



АНАТОМИЯ КАНАЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА И ЕГО ВЗАИМООТНОШЕНИЕ С ТРЕУГОЛЬНИКОМ ШИПО У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Юсупов Машраб Исмаилович
PhD. Ассистент

Омонова Файёза Низомиддин кизи
*Студентка Самаркандский государственный
медицинский университет*

Аннотация: *Нарушение работы лицевого нерва и мышц лица человека, а в особенности ребенка или подростка, может существенно повлиять на его функциональное, психологическое и социальное благополучие. Ввиду особенностей топографической анатомии лицевого нерва существуют предпосылки к поражению данного нерва воспалительной, травматической, нейроваскулярной и ятрогенной этиологии, что вызывает высокую частоту встречаемости лицевого паралича. На сегодняшний день, несмотря на большой опыт, накопленный врачами разных стран, нет консенсуса по поводу оценки результатов лечения детей и взрослых с лицевым параличом.*

Ключевые слова: *лицевой нерв, треугольник Шипо, новорожденный, плод.*

Актуальность темы. Лицевой нерв является одним из четырнадцати пар черепно-мозговых нервов. Как правило в научной и учебной литературе описывается двенадцать пар черепно-мозговых нервов. Однако в современных источниках нулевой черепномозговой нерв рассматривается отдельно от обонятельного нерва, а промежуточный черепно-мозговой нерв рассматриваются отдельно от лицевого. В некоторых источниках описывается т.н. «промежуточно-лицевой нерв» На восьмой неделе эмбриогенеза лицевой канал состоит из примордиальной слуховой капсулы и хряща Рейхерта. Данный хрящ развивается из второй жаберной дуги и впоследствии трансформируется в шиловидный отросток, шилоподъязычную связку и малые рога подъязычной кости. Лицевой нерв вместе с расположенными рядом анатомическими структурами, а также иннервируемые им мышцы развиваются из второй жаберной дуги. В 30-50% случаев отмечается дегисценция лицевого канала по причине порока развития хряща Рейхерта и, как следствие, не закрытия фаллопиева канала. Исходя из клинической картины, можно достаточно точно определить локализацию патологического процесса.

Цель исследований. Изучить анатомия канала лицевого нерва и его взаимоотношение с треугольником шипо у плодов и новорожденных.

Объект и метод исследования: Строение канала лицевого нерва и его взаимосвязь с треугольником Шипо мы исследовали у 40 плодов (5-10



лунных месяцев) и новорожденных с обеих сторон, т. е. на 80 препаратах. Исследование проводилось анатомической препаровкой с использованием бинокулярной лупы.

Результаты исследования. У плодов обычно пирамидка височной кости трехгранной формы с несколько закругленными краями и умеренным наклоном к плоскости основания черепа. Только на четырех препаратах пирамидка нависала больше обычного и угол наклона был больше. У одного плода продольные оси пирамидок были параллельны плоскости основания черепа, а у другого-продольные оси были даже несколько опущены. На двух препаратах пирамидки были удлинено-уплощенной формы, с резко заостренным передним краем.

Как правило, у плодов с возрастом пирамидка более увеличивается в длину, чем в поперечнике и в высоту. Удлинение пирамидки отражается на форме канала лицевого нерва. Поперечная горизонтальная часть канала с возрастом удлиняется. Продольная часть в большинстве случаев не идет параллельно продольной оси пирамидки, а, как правило, проходит косо, назад и вниз. В начальной части продольная часть канала окружена тонкой, но плотной костной оболочкой, а ближе к нисходящей части-губчатой костной тканью, образуя в этом отделе круглое или эллипсоидное расширение, переходящее в нисходящую часть. Продольная часть канала у плодов 5-7 лунных месяцев длиннее остальных, а нисходящая часть в таких случаях составляет 1-2 мм общей длины. В двух случаях нисходящая часть была более выраженная. Продольная и поперечная горизонтальная части всегда образуют между собой тупой угол.

С возрастом продольная часть канала укорачивается и становится равной поперечно-горизонтальной части. Угол между этими частями приближается к прямому, так как нисходящая часть канала становится более выраженной; ее длина в одном случае была равна остальным частям, а в другом даже превосходила их по длине.

Исследованный материал позволил выделить три разновидности форм канала:

1 форма (наиболее частая) -характеризуется удлинённой продольной частью и менее выраженной нисходящей частью.

2 форма (встретилась один раз)-все составные части канала равны, он имеет 5-образную форму.



3 форма (три случая) - характеризуется более выраженной нисходящей частью, которая длиннее продольной.

Форма каналов при сравнительной оценке левой и правой сторон, как правило, симметричны, наряду с этим у двух плодов была заметна довольно четко выраженная асимметрия.

У плодов канал всегда разделен на две части имеющимся разрывом или промежутком и только у плодов 9-10 месячного возраста и новорожденных отмечаются случаи, не имеющие такого промежутка. Канал делится на поперечную горизонтальную часть и продольную с нисходящей частью. Этот разрыв равен 3-2-мм, убывая соответственно увеличению возраста. Постепенно промежуток между этими двумя частями закрывается костной пластинкой, которая нарастает с передней поверхности пирамидки, причем на двух плодах не было отмечено перекрытие промежуточной части канала. У 7 плодов промежуток был закрыт.

Связующим моментом этих двух частей является лицевой нерв с периневральной оболочкой. У плодов с малым возрастным показателем, 5-7 лунных месяцев, промежуточный участок лицевого нерва в виде пологой, опускающейся вниз и несколько назад дуги связывает поперечную и продольную части лицевого нерва. С укорочением продольной части нерва и с уменьшением угла между этими частями промежуточная часть уменьшается.

Промежуточная часть является местом отхождения большого поверхностного каменистого нерва, который отходит у места перехода поперечной горизонтальной части в промежуточную часть. Наиболее часто большой поверхностный каменистый нерв идет одним стволиком и только на одном препарате он раздваивался. Периневральная оболочка нерва в его продольной части, где канал образован губчатой костной тканью, образует шаровидное или эллипсоидное образование. Впереди него отходит нерв стремечка, иннервирующий мышцы стремечка. После этого нерв переходит в нисходящую часть, от которой тут же, у самого выхода нерва из канала, отходит под острым углом к нисходящей части лицевого нерва барабанная струна.

В основном нерв в канале идет одним стволом, на 8 плодах можно было различить в составе ствола две ветви и на одном препарате нерв разделился на два четко отграниченных стволика.



В связи с тем, что пирамидка с возрастом претерпевает, изменения, изменяется в области сосцевидного отростка и форма его треугольника (Шипо). Замечено, что у плодов 5-7 лунных месяцев, чаще встречается форма треугольника с удлинённым основанием и укороченной высотой, две стороны треугольника могут быть равны. Последнее является промежуточной формой. В дальнейшем у плодов 8-10 месяцев и новорожденных отмечается тенденция к укорочению основания и удлинению высоты треугольника.

В этих возрастах отмечается некоторая связь формы канала с удлинением треугольника Шипо в вертикальном направлении; чаще встречаются формы каналов лицевого нерва с более выраженной нисходящей частью.

Выводы. В заключение можно сказать, у плодов с возрастом длина продольной части канала лицевого нерва приближается к поперечной-горизонтальной, а угол между ними к прямому. С увеличением размеров пирамидки высота треугольника Шипо увеличивается, а нисходящая часть канала лицевого нерва становится более выраженной.

Использованная литература:

1. Даминов, Т. О., Туйчиев, Л. Н., Шукуров, Б. В., Юсупов, М. И., & Кодиров, С. Х. (2014). Повышение эффективности терапии ротавирусного гастроэнтерита у детей. *Медицинский журнал Узбекистана*, (2), 6.
2. Одилова, Г. М., & Юсупов, М. И. (2021). Течение стафилококковых энтероколитов у детей раннего возраста. *Проблемы биологии и медицины*, 5, 130.
3. Юсупов, М. И., & Одилова, Г. М. (2022). Чувствительность к антибиотикам инфекций верхних дыхательных путей, выделенных у детей. *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований*, 72-73.
4. Daminov, T. O., Tuychiev, L. N., Shukurov, B. V., Yusupov, M. I., & Kodirov, S. H. (2014). Improving the effectiveness of therapy for rotavirus gastroenteritis in children. *Medical journal of Uzbekistan*, (2), 6.
5. Юсупов, М. И., Одилова, Г. М., & Жамалова, Ф. А. (2021). Появление гемолитических свойств у кишечных палочек в зависимости от состава питательной среды. *Экономика и социум*, (3-2 (82)), 602-606.
6. Муродқосимов, С., & Юсупов, М. (2023). САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ЎТКИР ЮҚУМЛИ ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ ҲОЛАТИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК БАХОЛАШ. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(4 Part 2), 20-23.
7. Юсупов, М. И., & Матъякубова, Ф. Э. (2017). Лабораторная диагностика дизентерии у детей. *Педиатр*, 8(S).



8. Юсупов, М. И., Ризаев, Ж. А., & Зиядуллаев, Ш. Х. (2022). Esherixioz bilan kasallangan bolalarda sitokinlarning ahamiyati. *Журнал биомедицины и практики*, 7(4).
9. Yusupov, M. I., Sh, S. H., Mamarasulova, N. I., MASOFADAN, T. O. Q. M. E., & PLATFORMASINING, A. V. A. PEDAGOGS journali.–2022. T, 9(2), 47-50.
10. Mamarasulova, N. I., Yusupov, M. I., Sh, S. H., YANGI ELEKTRON, O. Q. T. B., & QANDAY IMKONIYATLAR, B. E. R. D. I. PEDAGOGS journali.–2022. T, 9(2), 19-23.
11. Ризаев Ж.А., Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш. (2022). ЭШЕРИХИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА АНТИБИОТИКЛАР ҚЎЛЛАНИЛИШИНИНГ ТАШКИЛИЙ - УСЛУБИЙ АСОСЛАРИ. *Экономика и социум*, (9 (100)), 561-576.
12. Юсупов, М., Шайкулов, Х., & Одилова, Г. (2020). Антигенное сходство *e. coli*, выделенных от матерей и их детей. *Журнал вестник врача*, 1(4), 130-133.
13. Шайкулов, Х. Ш., Исматиллоевич, Ю., & Махсудовна, О. (2021). Клинико-лабораторная характеристика сальмонеллезной инфекции у детей. *Биология*, 5, 130.
14. Мухамедов, И. М., Юсупов, М. И., & Шайкулов, Х. Ш. (2022). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У ДЕТЕЙ. *Innova*, (2 (27)), 35-39.
15. Хужакулов, Д. А., Юсупов, М. И., Шайкулов, Х. Ш., & Болтаев, К. С. (2019). Состояние внешнего дыхания у больных детей со среднетяжелым течением пищевого ботулизма. *Вопросы науки и образования*, (28 (77)), 79-86.