



Рис. 6. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника в боковой проекции ребенка В., 2009 г. р. – изменение оси зубовидного отростка С2 из-за сдвига в зоне роста (подвывих С2).
Fig. 6. X-ray of the cervical spine in the lateral projection of the child V., b. 2009 – change in the axis of the tooth-like process of C2 due to a shift in the growth zone (subluxation of C2).

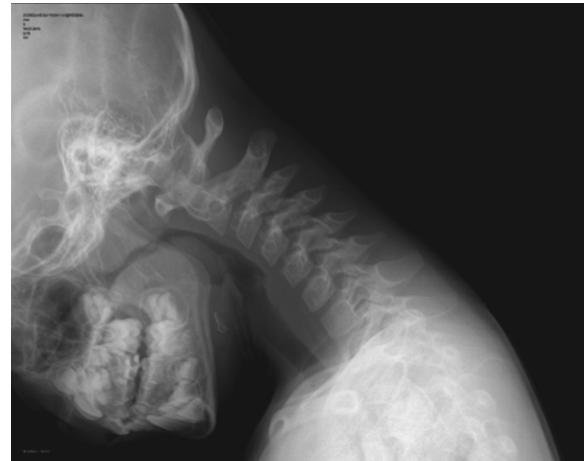


Рис. 9. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника в боковой проекции ребенка Е., 2010 г. р. – лестницеобразная деформация позвоночника из-за нестабильности на уровне С3–С4 в результате родовой травмы.
Fig. 9. X-ray of the cervical spine in the lateral projection of the child E., b. 2010 - ladder-like deformity of the spine due to instability at the level of C3 – C4 as a result of birth trauma.

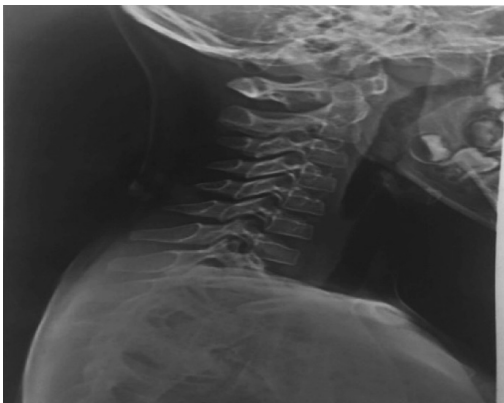


Рис. 7. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника ребенка Г., в боковой проекции – расширение щели в срединно-атланта-осевом суставе (сустав Крювелье).
Fig. 7. Radiograph of the cervical spine of the child G., in lateral projection – widening of the gap in the mid-atlanto-axial essence (joint of the Crewellier).

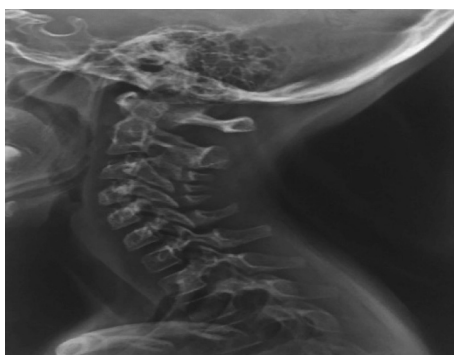


Рис. 8. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника ребенка Д., 2013 г. р. в боковой проекции. На уровне основания зубовидного отростка С2 утолщение мягких тканей с уплотнением из-за повреждения мягких тканей и кровоизлияния – конкременция.
Fig. 8. Radiograph of the cervical spine of a child D., b. 2013, in side view. At the level of the base of the dentoid process C2, thickening of the soft tissues with compaction due to damage to the soft tissues and hemorrhage is a concreteness.

назначали рентгеновскую компьютерную томографию придаточных пазух носа, где выявлялось в основном: субтотальное снижение пневматизации верхнечелюстных пазух, ячеек решетчатого лабиринта с наличием или отсутствием слизистого или слизисто-гнойного содержимого в передних или задних группах решетчатых ячеек. Изменения слизистой решетчатого лабиринта, как правило, сопровождалась воспалительными изменениями слизистой оболочки полости носа, верхнечелюстных пазух, реже клиновидной и лобных пазух (рис. 10).

Далее было проведено сравнение между исследуемыми группами показателей электромиографии (ЭМГ) в двух отведениях: нижневековая часть круговой мышцы глаза + передняя перстнещитовидная мышца и жевательная мышца + передняя перстнещитовидная мышца справа и слева.

Исследования, представленные в группе детей «Острый синусит» показали, что тонус мышц в проекции околоносовых пазух повышен в 2 раза, амплитуда сокращений снижена в 0,014 раза ($0,03 \pm 0,02$ мВ), что объясняется спазмом мышц. Латентность М-ответа превышала норму с двух сторон в 13 раз.

В связи с тем что результаты ЭМГ-показателей, полученные в двух разных, но анатомически приближенных (полость носа, верхнечелюстная пазуха) отведениях: нижнее веко – передняя перстнещитовидная мышца, жевательная мышца – передняя перстнещитовидная мышца – оказались в пределах одних референсных значений, мы решили продолжить исследование только в одном отведении: нижнее веко – передняя перстнещитовидная мышца справа/слева.