

к нулю. Установленные данные можно использовать в диагностической работе рентгенологов, судмедэкспертов, врачей кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

*Баландин В. А., Железнов Л. М.* (г. Пермь, г. Киров, Россия)

**РЕНТГЕНОВСКАЯ ПЛОТНОСТЬ НЕЙРОНОВ КОРЫ  
В СРЕДНЕЙ ВИСОЧНОЙ ИЗВИЛИНЕ У ЮНОШЕЙ-МЕЗОКРАНОВ**

*Balandin V. A., Zheleznov L. M.* (Perm, Kirov, Russia)

**THE X-RAY DENSITY OF THE CORTEX NEURONS IN THE MIDDLE  
TEMPORAL GYRUS IN YOUNG MESOCRANIAL MEN**

В научной литературе имеются данные о цитоархитектонике коры большого мозга человека в разных периодах постнатального онтогенеза. При этом мы не обнаружили сведений, освещающих плотность нейронов коры в средней височной извилине в юношеском возрасте, установленную при помощи компьютерной томографии. Цель исследования — определить рентгеновскую плотность нейронов коры в разных участках средней височной извилины у юношей. Проведено рентгенокомпьютерно-томографическое исследование головного мозга у 17 юношей-мезокранов в возрасте от 17 до 21 года. У обследуемых в анамнезе отсутствовали заболевания и травмы анатомических образований нервной системы, отмечено преобладание правой руки (правши). Все они дали информированное согласие на рентгенологическое исследование, которое проводилось только по показаниям. Выборку исследования составили объекты с черепами средней формы — мезокраны, мезоцефалы, с величиной черепного указателя 75,0–79,9. Рентгенологическое компьютерно-томографическое исследование выполняли на 16-срезовом аппарате Optima CT 520 (General Electric — GE Healthcare, США). В средней височной извилине в правом полушарии головного мозга на границе с угловой извилиной (в точке T1) рентгеновская плотность нейронов коры достигает  $36,8 \pm 1,3$  HU, в начале верхней височной борозды (в точке T2) —  $44,0 \pm 1,1$  HU мм, в середине расстояния между точками T1 и T2 —  $35,6 \pm 1,3$  HU. В левом полушарии головного мозга рентгеновская плотность нейронов коры в точке T1 составляет  $37,0 \pm 1,2$  HU, в точке T2 —  $44,1 \pm 1,2$  HU, в середине расстояния между точками T1 и T2 —  $36,4 \pm 1,2$  HU. Коэффициент асимметрии стремится к нулю.

*Баландина И. А., Баландин А. А., Сапегина Ф. З.,  
Еремченко Н. В., Пимкина О. В., Баландин В. А.*  
(г. Пермь, Россия)

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДА  
ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ, УСТАНОВЛЕННАЯ  
ПРИ ПОМОЩИ ЭНДОСКОПИИ**

*Balandina I. A., Balandin A. A., Sapagina F. Z.,  
Yeremchenko N. V., Pimkina O. V., Balandin V. A.* (Perm, Russia)

**MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ESOPHAGUS  
AFTER CHEMICAL BURNS, ACCORDING TO ENDOSCOPIC  
FINDINGS**

Цель исследования — изучить с помощью эндоскопического метода исследования морфологические характеристики пищевода при химическом ожоге.

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 456 больных (247 мужчин и 209 женщин) в возрасте от 16 до 76 лет с химическими ожогами пищевода, поступивших в отделение острых отравлений ГБУЗ Пермского края «Медсанчасть № 9 им. М. А. Тверье» за период с 2017 по 2019 гг. Большинство пациентов (204 человека — 44,7%) получили ожоги пищевода в состоянии опьянения или абстиненции. На 7-е сутки после химического ожога им выполнили диагностическую эзофагогастродуоденоскопию. Эндоскопическая картина у пострадавших с I степенью ожога пищевода характеризовалась гиперемией и отеком слизистой оболочки, а также значительным содержанием слизи в просвете пищевода. При ожогах пищевода II степени на ярко гиперемированной, отечной слизистой оболочке определялись единичные или множественные эрозии, дно которых было покрыто фибрином. Наиболее часто они локализовались в области физиологических сужений пищевода. Отмечались резкое утолщение складок слизистой оболочки, гипотония стенок органа. Ожог III степени характеризовался некрозом ткани. Коррозионные язвы в пищеводе имели ту же локализацию, что и эрозии, и определялись как циркулярные или лентовидные наложения толстого слоя фибрина, располагающиеся между складок слизистой оболочки. При инструментальной пальпации поверхности язв под толстым слоем фибрина определялось плотное с незначительной кровоточивостью дно.

*Бароян М. А., Яшина И. Н.* (г. Курск, Россия)

**МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ  
ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ**

*Baroyan M. A., Yashina I. N.* (Kursk, Russia)

**LOCAL CHANGES IN THE DENTOFACIAL SYSTEM  
WITH DENTITION DEFECTS**

Изучены 20 компьютерных томографий орональной области у лиц мужского пола в возрасте 45–46 лет, полученных на дентальном цифровом томографе Fona XPan 3D. В трех плоскостях исследовали ширину челюстей на уровне VIII, VI, III и I зубов, ширину десны и толщину кортикальных пластинок и губчатого вещества. Выявлены значимые отличия в ширине верхней челюсти на уровне первых моляров по критерию Уилкоксона. Доверительный интервал для верхней челюсти справа составляет  $28,04 \pm 1,67$  мм, слева —  $26,33 \pm 2,27$  мм. Выявлено значительное сужение верхней челюсти слева между первым и третьим молярами. Верхняя челюсть справа не показывает таких отличий. Выяснено, что ширина десны справа и слева не имеет значительных отличий в боковом и фронтальном отделе верхней челюсти. Ширина кортикальной пластинки на вестибулярной и оральной поверхностях альвеолярного отростка верхней челюсти одинакова на всем протяжении. Общая ширина губчатого вещества у верхушек корней зубов верхней челюсти также приблизительно равна. Значимость отличий на протяжении всей ширины нижней челюсти не определяется. Выявлено значительное сужение ширины десны в области первого моляра слева. Ширина кортикальной пластинки альвеолярной части

нижней челюсти на язычной поверхности в области клыков значительно увеличена по сравнению с вестибулярной поверхностью. Наблюдается значительное увеличение ширины кортикальной пластинки на оральной поверхности в области медиального резца слева. Общая ширина губчатого вещества у верхушек корней третьих моляров слева увеличена при одинаковой ширине справа, такая же картина наблюдается и в области клыков.

*Барышников И. А., Каган И. И.* (г. Оренбург, Россия)

**АНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО НАПОЛНЕНИЯ ПО ДАННЫМ  
ПРИЖИЗНЕННОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*Baryshnikov I. A., Kagan I. I.* (Orenburg, Russia)

**ANATOMICAL CHANGES IN THE URINARY BLADDER  
DEPENDING ON ITS FILLING ACCORDING TO INTRAVITAL  
MAGNETIC RESONANCE IMAGING**

Цель исследования — определение топографоанатомических изменений мочевого пузыря в зависимости от его наполнения по данным прижизненных МРТ. Обследовали 10 пациентов в возрасте от 19 до 75 лет, из которых 9 пациентов зрелого возраста — без патологии по данным МРТ и 1 пациент в старческом возрасте — после трансуретральной резекции (ТУР). Анализировали анатомо-функциональные МРТ органов малого таза до и после опорожнения мочевого пузыря, полученные на МРТ-сканере Siemens Magnetom Symphony, с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. Показано, что при наполнении мочевого пузыря происходит увеличение преимущественно его вертикального размера (с 3,9 до 7,2 см по средним значениям), кроме у пациента после ТУР, за счет подпаянности мочевого пузыря к передней брюшной стенке; в меньшей степени сагиттального (с 6,3 до 8,8 см) и фронтального (с 6,8 до 8,3 см), а также истончение его стенок примерно в 2 раза (в среднем от 3–6 до 1–3 мм). При наполнении мочевого пузыря расстояние до костных структур таза уменьшается, в большей степени до мыса (с 7,1 до 4,2 см), в меньшей степени — до тазового кольца справа и слева (от 1,6 до 0,8 см). Увеличиваются выстояние дна мочевого пузыря над плоскостью входа в малый таз (с 0,5 до 2,5 см) и протяженность прилегания к лобковому симфизу (с 1,0 до 1,8 см). Различия наполнения мочевого пузыря не влияют на протяженность прилегания его к простате. При выраженном наполнении мочевого пузыря количество органов, к которым он прилежит, и протяженность прилегания увеличиваются.

*Барышников С. Н., Копылова Ю. Ю., Чистикин А. Н.*  
(г. Тюмень, г. Омск, Россия)

**ОРФАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДКА (БОЛЕЗНЬ ДЬЕЛАФУА)  
С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ**

*Baryshnikov S. N., Kopylova Yu. Yu., Chistikin A. N.*  
(Tyumen, Omsk, Russia)

**ORPHAN DISEASES OF STOMACH (DIEULAFUY'S LESION)  
WITH FATAL OUTCOME**

В хирургической практике нередко кровотечения из гастродуоденальной зоны. Одной из сравнительно

редких патологий является болезнь Дьелафуа (интрамуральные артериовенозные мальформации). Принято считать болезнь Дьелафуа генетически обусловленным заболеванием, связанным с аномалиями строения сосудов подслизистого слоя желудка и наличием эрозии крупной артерии. В наибольшем числе литературных источников эта патология отписывается с клинической точки зрения. Между тем патологоанатомические особенности заболевания важны, в том числе для постановки правильного диагноза. Изучены гистологические препараты стенки желудка в кардиальной части, полученные от 5 умерших мужчин, погибших от массивных кровотечений. Диагноз «болезнь Дьелафуа» был поставлен после смерти по результатам патологоанатомического и судебно-медицинского исследований. Все кровотечения возникли из крупных артерий, выступающих в полость желудка из язвенных изъявлений. При гистологическом исследовании в подслизистом слое находился крупный извитой артериальный сосуд с признаками аневризмы, который прилегал к мышечному слою. В области имевшегося изъявления слизистой оболочки обнаружили зияющий разрыв стенки сосуда. В целом гистологическая картина вполне совпадала с описаниями синдрома Дьелафуа, представленными в литературе.

*Батаев Х. М., Везирханов А. З., Вагабов И. У., Докаева Т. С.*  
(г. Грозный, Россия)

**3D-КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ  
ПОЧЕК ЧЕЛОВЕКА**

*Bataev Kh. M., Vezirkhanov A. Z., Vagabov I. U., Dokaeva T. S.*  
(Grozny, Russia)

**3D-QUANTIFICATION OF HUMAN KIDNEY ARTERIAL VESSELS**

Проведен трехмерный (3D) количественный анализ 116 коррозийных препаратов артериальных сосудов почек человека. Выявлено, что на 73 препаратах из 116 главная почечная артерия разветвлялась на вентральную и дорсальную артерии (90,1 % случаев). При этом на 19 препаратах из 73 почечная артерия делилась в воротах, т. е. латеральнее от сагиттальной плоскости, касательной медиального края почки, что составило 26,1 % случаев. В 73,9 % случаев главная почечная артерия делилась на расстоянии от ворот почек, т. е. медиальнее от сагиттальной плоскости, касательной медиального края почек. Стоит отметить группу препаратов, где главная почечная артерия делилась на две артерии (вентральную и дорсальную) сравнительно далеко от ворот почки (54 препарата, 73,9 % случаев). При этом на 24 коррозийных препаратах вентральная ветвь главной почечной артерии делилась на 4±1 сосуд 3-го порядка и от 4 до 6 сосудов 4-го порядка, а дорсальная ветвь делилась на 3±1 и от 4 до 8 сосудов 4-го порядка, веерообразно расходясь от места своего формирования (32,8 % случаев). На 18 коррозийных препаратах вентральная ветвь главной почечной артерии делилась на 3±1 сосуд 3-го порядка и от 4 до 7 сосудов 4-го порядка, а дорсальная — на 2±1 и от 4 до 6 сосудов 4-го порядка (24,6 % случаев). На 12 коррозийных препаратах и вентральная, и дорсальная ветви почечных артерий делились на 3±1 сосуд 3-го порядка