

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 коррозионных 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 коррозионных 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 коррозионных 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 коррозионных препаратах и вентральная, и дорсальная ветви почечных артерий делились на 3±1 сосуд 3-го порядка