

температуре 70 и 80 °С, наряду с послойной отслойкой, отмечалось растрескивание эпифизарного хряща с отслойкой по краям. Количество и расположение трещин варьировало от одиночных по краю суставной поверхности до множественных по всей поверхности хряща. Появление трещин в области края суставной поверхности объясняется наименьшей толщиной хряща в этой области. Термическое воздействие 90 °С приводило к полному исчезновению эпифизарного хряща, костная ткань становилась хрупкой и легко крошилась. Эти изменения наиболее демонстративны на головках бедренных костей. Головки плечевых костей разрушались раньше. При воздействии в течение 4 мес температур от 50 до 80 °С эпифизарный хрящ на головках плечевых и бедренных костей полностью отсутствовал. Видимых макроскопических изменений костной ткани у лиц обоего пола не наблюдалось. Результаты гистологического исследования подтвердили гипотезу о разных механизмах образования поврежденных суставного хряща при термическом воздействии до 70 и более 70 °С.

Лазарев С. Д., Бычков В. Г., Пантелеев С. М., Молокова О. А. (г. Тюмень, Россия)

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ НА ФОНЕ СУПЕРИНВАЗИОННОГО ОПИСТОРХОЗА

Lazarev S. D., Bychkov V. G., Panteleev S. M., Molokova O. A. (Tyumen, Russia)

LIVER REMODELING AFTER PARTIAL HEPATECTOMY IN SUPERINVASIVE OPISTHORCHIASIS

Сирийских хомячков заражали 50 метацеркариями *O. felipeus*, суперинвазия — 50 личинками, частичная гепатэктомия — 17,3–17,7% от массы органа. Результаты показали, что к 15-м суткам опыта в печени сформировались 3 зоны: А, В, С. Зона А отмечалась наличием шовного материала, очагов некроза гепатоцитов. В плёночных препаратах капсулы культуры выявлены трихотомические ветвления капилляров и артериол. В зоне В с 7-х по 280-е сутки в печени определялись пролифераты CD34, CD117, Oct 4-позитивных клеток, в дальнейшем дифференцирующихся в холангиоциты и гепатоциты. Происходит формирование новообразованных сосудов путём васкулогенеза (реакция с антителами CD31). Гепатоциты аваскулярных островков содержат α -фетопротеин, богаты гликогеном, участвуют в метаболизме инсулина (реакция с антителами инсулина); формируются инфекционные гранулёмы различных размеров: малые (<173,94 мкм²), средние (3620,26 мкм²) и гигантские (>6531,17 мкм²) с наличием некрозов, площадью до 2114,96 мкм². В зоне С наблюдалось образование аденом, в новообразованных гепатоцеллюлярных островках всех зон выявлен феномен дуктулопении. К 280-м суткам признаков формирования опухолей не отмечено, т. е. частичная гепатэктомия при суперинвазионном описторхозе не создаёт рисков канцерогенеза.

Лазутина Г. С., Овчинникова Н. В., Гаврикова О. Е., Плаксина Л. Н., Шаршкова С. В. (г. Рязань, Россия)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕФЕРЕНТНЫХ УГЛОВ СТОПЫ

Lazutina G. S., Ovchinnikova N. V., Gavrikova O. Ye., Plaksina L. N., Shashkova S. V. (Ryazan, Russia)

DETERMINING THE REFERENCE ANGLES OF THE FOOT

В последние годы количество заболеваний костей и суставов неуклонно растёт: такие патологии, как пяточная шпора, вальгусная деформация I пальца стопы, невромы, ригидность I пальца. В работе проанализировано 60 МРТ-снимков стопы больных, средний возраст которых составлял 39 лет. Методом рентгеноморфометрии определяли референтные углы между большеберцовой и таранной костями, между таранной и пяточной костями, а также измеряли пяточно-подошвенный угол в сагиттальной и фронтальной плоскостях в программе «Vidar Dicom Viewer». Латеральная часть стопы обычно стабильна, а медиальная — адаптируется к распределению массы тела и движению. В сагиттальной плоскости показателем правильности соотношений считаются равномерная высота рентгеновской суставной щели и расположение на одном уровне центров сочленяющихся суставных поверхностей эпифиза большеберцовой кости и блока таранной. В сагиттальной плоскости положение таранной кости характеризует величиной таранно-берцового угла, образующегося при пересечении продольных осей этих костей. Нормативное значение этого угла — 90°. В нашем исследовании это значение приближалось к норме. Пространственное положение пяточной кости характеризует величину пяточно-подошвенного угла, образующегося при пересечении двух линий, одна из которых проводится касательно к нижней поверхности пяточной кости, а вторая — соединяет нижнюю поверхность I плюсневой кости. Нормативное значение этого угла — 15–20°. Во фронтальной плоскости показателем нормы пространственных положений названных костей является пересечение их продольных осей под углом 12–15° (пяточно-таранный угол). Нормативное значение этого угла — 25–55°. Нами были определены именно эти углы, так как они являются самыми актуальными для определения вида патологии стопы. При оценке состояния стопы пациента (особенно ребенка) врачу важно учитывать ее возрастную рентгеноанатомию, референтные линии и углы различных отделов сегмента для более детальной верификации патологии, планирования и оценки результата лечения.

Лашев А. Ю., Чемезов С. В. (г. Оренбург, Россия)

РАСПОЛОЖЕНИЕ МЕДИАЛЬНОЙ СТЕНКИ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Lashev A. Yu., Chemezov S. V. (Orenburg, Russia)

THE LOCATION OF THE MEDIAL WALL OF THE SPHENOID SINUS ACCORDING TO COMPUTED TOMOGRAPHY

Исследованы компьютерные томограммы головы у 200 пациентов без патологии sella-области. С помощью программы «Philips DICOM Viewer R 2.4» произведены измерения краниологических показателей для характеристики формы черепа. Пациенты были разделены по гендерному типу и форме черепа. Выявлено, что в 100% случаев межпазушная перегородка (медиальная стенка) начинается от передней