

ветствии с уровнем экспрессии Ki67 в клетках ПО: 1-я группа — $\leq 10\%$ ($n=29$), 2-я — от 10 до 30% ($n=37$), 3-я — $\geq 30\%$ ($n=38$). Уровень экспрессии Ki67 в клетках РМ при сравнении с ПО во всех случаях выборки отличался в 47 (45,2%, 95% ДИ 35,5–55,2%), в 1-й группе — в 6 (20,7%, 95% ДИ 8,7–40,3%), во 2-й группе в 13 (35,1%, 95% ДИ 20,7–52,6%), в 3-й группе в 28 (73,7%, 95% ДИ 56,6–86,0%) случаях; был выше в 24 (23,1%, 95% ДИ 15,6–32,6%), 6 (20,7%, 95% ДИ 8,7–40,3%), 10 (27,0%, 95% ДИ 14,4–44,4%), 8 (21,1%, 95% ДИ 10,1–37,8%) случаях соответственно; был ниже — в 23 (22,1%, 95% ДИ 14,8–31,5%), 0,3 (8,1%, 95% ДИ 2,1–23,0%), 20 (52,6%, 95% ДИ 36,1–68,7%) случаях соответственно. Значимое различие частот случаев с повышением и понижением уровня экспрессии Ki67 в РМ наблюдалось в группе 3 (точный тест Фишера, $p=0,008$). Изменение уровня экспрессии Ki67 при регионарном метастазировании РМЖ происходит разнонаправленно, с частотой 45,2%. В случаях с высоким уровнем экспрессии Ki67 в клетках ПО снижение уровня его экспрессии происходит чаще, чем повышение. Работа выполнена в рамках государственного задания УГМУ № 056-00151-18-00.

Коняева А.Д., Варакута Е.Ю., Крикова С.А., Больбасов Е.Н., Твердохлебов С.И., Бадараев А.Д.
(г. Томск, Россия)

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННЫХ
ПОЛИМЕРНЫХ МЕМБРАН НА ОСНОВЕ
СОПОЛИМЕРАВИНИЛИДЕНФТОРИДА
С ТЕТРАФТОРЭТИЛЕНОМ ПРИ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТАХ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

*Koniaeva A.D., Varakuta Ye. Yu., Krikova S.A.,
Bolbasov Ye. N., Tverdohlebov S.I., Badaraev A.D.*
(Tomsk, Russia)

**USING THE MODIFIED POLYMERIC MEMBRANES
BASED ON A COPOLYMER OF VINYLIDENE FLUORIDE
WITH TETRAFLUOROETHYLENE FOR WOUND DEFECTS
OF THE ORAL MUCOSA**

Исследованы 2 группы животных по 10 крыс линии Вистар в каждой, которым были сформированы раневые дефекты слизистой оболочки полости рта (СОПР) размером 4x7 мм. У животных 1-й группы раневой дефект оставался открытым, 2-й — перекрывался полимерной мембраной (ПМ). Животных выводили из эксперимента на 7-е и 12-е сутки исследования, производили забор соединительнотканного аутоотрансплантата, его фиксацию, проводку и заливку в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином — эозином и по методу Ван-Гизона. Микроскопически на 7-е сутки в 1-й группе наблюдали лимфогистиоцитарную инфильтрацию (ЛГЦИ), окружающую небольшие участки некроза, образование грануляционной ткани (ГТ). Во 2-й группе некротические массы не определялись, обнаруживалась ГТ с новообразованными сосудами и области с рыхлой волокнистой соединительной тканью (РВСТ). Гистологически на 12-е сутки у животных 1-й группы наблюдалась незначительная ЛГЦИ, РВСТ

и плотная волокнистая соединительная ткань (ПВСТ), свидетельствующая о рубцевании раны. Во 2-й группе ЛГЦИ не выявлялась, место раневого дефекта было заполнено РВСТ и незначительными островками ПВСТ. Таким образом, использование ПМ оптимизирует и ускоряет процесс заживления ран СОПР, осуществляя защиту от механических и инфекционных раздражителей.

Копосова С.А., Цай Г.Е. (г. Тверь, Россия)

**РЕНТГЕНОВСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ**

Koposova S.A., Tsay G.Ye. (Tver, Russia)

**THE X-RAY ANATOMY OF THE BILE DUCTS
IN LIVER DISEASES**

Цель настоящего исследования — изучение изменений архитектоники вне- и внутриорганных желчных протоков при хронических заболеваниях печени. Исследование выполнено с помощью морфометрических и рентгеноконтрастных методов у 130 пациентов в возрасте от 22 до 84 лет с различными заболеваниями печени. В норме ход внутрипеченочных протоков был прямолинейным без резкого изменения их диаметра. Диаметр правого печеночного протока в воротах печени колебался от 4 до 6 мм, левого от 3 до 5 мм. Длина внепеченочных протоков (общего печеночного и общего желчного) варьировала от 8 до 10 см при диаметре 6–8 мм. У пациентов с воспалительными заболеваниями печени отмечалось равномерное увеличение диаметра протоков на 1–2 мм, ход их становился извитым. При диаметре общего желчного протока более 10 мм в нем всегда определялись камни. При очаговых поражениях печени ход внутрипеченочных протоков становился извитым со смещением по контуру очага. Цирроз печени сопровождался появлением зон, лишенных внутрипеченочных протоков. Мелкие протоки не доходили до периферии органа, диаметр крупных (сегментарных и внутридолевых) протоков был неравномерно увеличен. По мере нарастания тяжести заболевания резко усиливалась их извитость, форма их на протяжении приобретала четкообразный вид. Особенно резко протоки расширялись при билиарном циррозе, достигая в диаметре 20 мм. Отмечалась прямая зависимость изменений в протоковой системе от состояния давления в желчевыводящих путях: чем больше были выражены явления желчной гипертензии, тем больше увеличивался и диаметр протоков. Таким образом, каждый вид заболеваний печени характеризуется собственными рентгеноанатомическими особенностями желчных протоков.

Копьева В.М., Вишневецкая К.А., Ермакова Н.И.
(г. Смоленск, Россия)

**ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИЕЛИНОВЫХ ВОЛОКОН
БЕДРЕННО-ПОЛОВОГО НЕРВА**