

вали гематоксилином — эозином, свежесамороженные срезы — тетразолиевым синим (по Нахласу), суданом IV и ставили ШИК-реакцию. Установлено, что экстракт *Calendula officinalis* ограничивал развитие в печени дистрофических, некротических изменений, интенсивность воспалительной реакции, а также способствовал репаративным процессам. Так, у животных, получавших экстракт, количество гепатоцитов с жировой и зернистой дистрофией было ниже на 24 и 32 % соответственно, клеток, подверженных некротическим изменениям, — на 27 % по сравнению с показателями у контрольных животных. Количество гипертрофированных и двуядерных гепатоцитов в печени животных подопытной группы было в среднем в 1,4 раза выше, чем в контроле; содержание гликогена и активность сукцинатдегидрогеназы в гепатоцитах повышались до уровня таковых в печени интактных животных. Таким образом, сухой экстракт *Calendula officinalis* оказывает гепатопротективное влияние на фоне токсического гепатита.

Байтингер Н.Н., Варакута Е.Ю., Мустафина Л.Р.,
Коняева А.Д. (г. Томск, Россия)

**ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГУБЫ У
КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТОМАТИТЕ
ПОД ВЛИЯНИЕМ N-ТИРОЗОЛА**

Baitinger N.N., Varakuta Ye.Yu., Mustafina L.R.,
Koniayeva A.D. (Tomsk, Russia)

**CHANGES IN LIP MUCOUS MEMBRANE IN RATS
WITH EXPERIMENTAL STOMATITIS TREATED
WITH N-THYROZOL**

Эксперименты выполнены на 36 крысах-самцах линии Вистар в возрасте 3 мес. Животным 1-й группы (n = 18) под ингаляционным наркозом парами эфира моделировали химический стоматит путем аппликации 5 % раствором едкого натрия в течение 10 с в область губы на уровне резцов. Крысам 2-й группы (n = 18) после моделирования стоматита проводили лечение гелем на основе n-тирозола 3 раза в сутки в течение 12 сут (в концентрации 100 мг/кг массы, доза — 25 мг). На 3-и сутки у животных 2-й группы удельная площадь воспалительных инфильтратов в очаге составила $46,0 \pm 2,6$ %, что в 1,3 раза меньше, чем у крыс 1-й группы ($P < 0,05$), а в окружающих тканях в 1,8 раз меньше (2-я группа — 45 ± 4 %; $P < 0,05$). На 7-е сутки в зоне ожога выраженность лимфоцитарной инфильтрации также преобладала в 1-й группе, тогда как во 2-й группе превалировала грануляционная и соединительная ткань. Так, удельная площадь грануляционной ткани в 1-й группе составила 25 ± 4 %, во 2-й — $43,4 \pm 2,4$ % ($P < 0,05$), соединительной ткани —

$14,4 \pm 1,8$ и 27 ± 4 % ($P < 0,05$) соответственно. Удельная площадь новообразованных сосудов также была значимо (в 1,5 раза) выше в группе с использованием n-тирозола, чем в группе без коррекции (2-я группа — $45,9 \pm 1,4$ %; $P < 0,05$). На 12-е сутки у животных 2-й группы удельный объем зрелой соединительной ткани в очаге поражения увеличился до 46 ± 4 %, что в 1,5 раз превышало таковой в 1-й группе ($P < 0,05$). Таким образом, n-тирозол стимулирует процессы репарации тканевых элементов слизистой оболочки губы за счет неоангиогенеза и интенсивного созревания соединительной ткани.

Баландина И.А., Порсаев А.И., Крутенъ А.В.,
Сажитов М.Р. (г. Пермь, Россия)

**АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ
К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ
С РАЗРЫВОМ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Balandina I.A., Porsayev A.I., Kruten' A.V., Sagitov M.R.
(Perm', Russia)

**ANATOMO-PHYSIOLOGICAL PREREQUISITES
FOR THE CHOICE OF SURGICAL APPROACH IN PATIENTS
WITH THE RUPTURE OF CEREBRAL VESSEL ANEURYSMS**

Цель исследования — дать анатомо-физиологическое обоснование хирургическому доступу при разрыве аневризм сосудов головного мозга. В нейрохирургическом отделении ГБУЗ ПК МСЧ № 11 им. С.Н.Гринберга в 2015–2016 гг. прооперирован 31 пациент в возрасте от 28 до 84 лет. У 15 больных аневризма локализовалась в бассейне передней мозговой артерии (ПМА), у 13 — в бассейне средней мозговой артерии (СМА), у 6 — в бассейне внутренней сонной артерии (ВСА). Множественные аневризмы разной локализации наблюдались у 6 больных. Во всех случаях достигнуто успешное клипирование аневризм без осложнений. Выбор хирургического доступа осуществляли с учетом локализации аневризмы, ее анатомической доступности и физиологической дозволенности применяемого хирургического вмешательства. При локализации аневризм в бассейне ПМА и ВСА выполнена супраорбитальная Key-Hole краниотомия, при локализации в сегментах СМА — птериональная краниотомия. Наиболее используемые доступы к аневризмам сосудов передних и средних отделов головного мозга — субфронтальный и птериональный, требуют выполнения большей по протяженности краниотомии и резекции основания черепа. Используемый нами супраорбитальный доступ простой и быстрый в исполнении, малотравматичный даже при клипировании гигантских аневризм, проводится в стороне от лобной пазухи, что исключает риск назоликвореи, дает хороший