

тей отмечается изменение угла отклонения 1-го пальца; так, у 4-летних детей он наибольший и составляет  $9,44^\circ$ , затем до 6-летнего возраста его среднее значение уменьшается до  $7,51^\circ$ . Динамика изменения угла отклонения 5-го пальца стопы имеет иную тенденцию. Начиная с 5-летнего возраста отмечается его увеличение с  $6,98^\circ$ . Если с 4 до 6 лет угол меньше у мальчиков, то в дальнейшем он становится больше, чем у девочек. Таким образом, с возрастом происходит варусное отклонение 5-го пальца, что свидетельствует об увеличении поперечного свода за счет латерального отдела стопы.

Коэффициент К, являющийся показателем свода среднего отдела стопы, имеет наибольшее значение у детей 4 лет и равен 0,96. Изучение возрастной динамики коэффициента К позволило выявить, что стопа имеет уплощенную форму в среднем отделе до 6-летнего возраста. Пяточный угол НС'К, определяющий угол наклона пяточной кости и характеризующий состояние продольного свода заднего отдела стопы, у детей 4 лет составляет в среднем  $5,7^\circ$  слева и  $6,62^\circ$  справа. До 6 лет угол НС'К справа уменьшается, а слева наоборот увеличивается.

Подобные морфофункциональные изменения состояния стопы отражают особенности морфогенеза в процессе взросления у детей дошкольного возраста.

#### **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ПО ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**И.И. Каган, С.В. Чемезов, Л.М. Железнов, А.М.  
Адегамова, П.В. Самойлов, А.В. Рыков**

*Оренбургская государственная медицинская академия*

Внедрение в широкую клиническую практику современных методов визуализации, в частности компьютерной томографии, позволяет говорить о возможностях ее использования для проведения прижизненных топографо-анатомических исследований как отдельных органов, так и целых областей и частей тела.

Сотрудниками кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии, анатомии человека, совместно с врачами областной клинической больницы № 1 и клинического онкологического диспансера накоплен определенный опыт такого рода исследований. Исследование органов брюшной полости проводилось на компьютерном томографе "General Electric", а средостения – на компьютерном томографе "Tomoscan AVE" с толщиной среза 7мм и возможностью реконструкцией через 5 мм. При выполнении анатомо-клинических исследований использован способ изучения прижизненной топографии (Каган И.И., Железнов Л.М., Фатеев И.Н., 2001).

При изучении прижизненной анатомии восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки при-

нимались во внимание следующие параметры: ширина внебрюшинных отделов этих анатомических структур, выраженность боковых каналов, расстояния до близлежащих образований – нижней полой вены, мочеточников, почек, поджелудочной железы и др.

Клиническая прижизненная анатомия поджелудочной железы оценивалась по следующим параметрам: линейные размеры головки, тела и хвоста железы, угловые параметры изгиба железы, расстояние от отделов железы до аорты, позвоночного столба, брыжеечных сосудов, нижней полой вены, почек, селезенки, отделов ободочной кишки и пр.

В ходе проведения изучения прижизненной топографии заднего отдела средостения обращали внимание на следующие параметры: размеры изучаемого отдела на уровнях грудино-ключичных сочленений, дуги аорты, бифуркации трахеи, купола диафрагмы, а после проведения хирургических вмешательств по поводу рака пищевода на изменение взаимоотношений анатомических структур на уровне наложенного пищеводно-желудочного анастомоза. Проводилась морфометрия отдельных анатомических структур, а также расстояние между ними.

Полученные результаты отражают прижизненную клиническую анатомию исследованных анатомических структур, дают представления о диапазоне индивидуальных различий всех изученных количественных параметров и форм как в норме, так и при некоторых патологических процессах. Представляется возможным не только описать эти различия количественно, но и оценить их с точек зрения возрастных, половых и типологических различий.

Полученные результаты дают представление о прижизненных взаимоотношениях анатомических структур отдельных областей, расширяют возможности диагностики, предварительного выбора хирургического доступа с учетом индивидуальных особенностей пациентов и разработки оперативного приема в зависимости от места, распространенности патологического очага, его влияния на окружающие органы и анатомические структуры. Все это вместе взятое минимизирует операционную травму, возможность возникновения интраоперационных осложнений, а в послеоперационном периоде появляется перспектива детального анализа изменений топографии в оперированной области.

Использование набора компьютерных программ позволяет, кроме всего прочего, проводить трехмерную реконструкцию изучаемых органов и областей как в до-, так и послеоперационном периоде.