

татіону в крові вірогідно менший, а активність глутатіонпероксидази і глутатіон-S-трансферази нижча. Отже, функціональний стан антиоксидантної системи, зокрема її глутатіонової ланки, має значення в схильності до спайкоутворення у черевній порожнині при травмуванні очеревини, що може бути основою для розробки методів прогнозування надмірного спайкоутворення у післяопераційному періоді.

УДК 616.61-002-07

### СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ НЕФРОПАТІЇ

*Л.І.Власик, О.Л.Кухарчук, В.М.Магальяс, А.О.Міхєєв, М.Г.Продавчук, Ю.Є.Роговий*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Відомий спосіб моделювання нефропатії, коли піддослідній тварині (білі щурі) вводять нефротоксичну речовину – сулему, яка з 100% точністю пошкоджує проксимальний відділ нефрону (А.И.Гоженко, 1982). Проте даний спосіб має низку недоліків, оскільки сулема пошкоджує проксимальний відділ нефрону, а це призводить до зниження проксимальної реабсорбції натрію і збільшення його доставки до *macula densa* дистального відділу нефрону, що активує внутрішньониркову ренін-ангіотензинову систему з наступним виділенням ангіотензину-II. Останній викликає спазм приносячої артерії з розвитком ішемії кіркової речовини нирки і зниженням клубочкової фільтрації. Розвиток ішемії кіркової речовини нирок призводить до вторинного пошкодження проксимального відділу нефрону і часткового ураження дистальних каналців. При цьому точність пошкодження дистальних каналців становить 30%. Отже, відома модель нефропатії має низьку точність пошкодження дистального відділу нефрону, пошкодження не ізольоване, а поєднується з ураженням проксимального каналця і реалізацією тубуло-гломерулярного зв'язку з розвитком ішемії кіркової речовини нирок, що значно ускладнює аналіз патології дистального відділу нефрону. Наша модель нефропатії локалізує нефротоксичну дію оксалату калію в дистальному відділі нефрону (патент України № 20825А, 1997).

УДК 611.957

### ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДУГОПОДІБНОГО ФАСЦІАЛЬНОГО ВУЗЛА

*В.В.Власов, Ю.Т.Ахтемійчук, А.І.Суходоля, В.Г.Мартинюк*

*Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова, Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Передньобічна стінка живота (ПСЖ) має складну м'язово-апоневротичну будову, зумовлену необ-

хідністю динамічної рівноваги між прямими та широкими м'язами живота. Мета дослідження – вивчити особливості будови та механізм дії дугоподібного фасціального вузла (ДФВ). Матеріалом послужили 116 нефіксованих трупів та 24 ізольованих макропрепаратів ПСЖ дорослих людей. В роботі використані методи макроскопічного дослідження – препарування і розпилювання трупів за методом М.І. Пирогова. Розглядаючи дугоподібну лінію задньої стінки піхви прямих м'язів живота (ПМЖ), її з'єднання з білою лінією живота та спільним апоневрозом нижньої третини внутрішнього косоного м'яза живота (ВКМЖ) і поперечного м'яза живота (ПоМЖ), вважаємо за доцільне виділити ДФВ. Його умовно можна поділити на верхню та нижню частини, розміщені в різних взаємно перпендикулярних площинах. Верхня частина ДФВ розміщена в горизонтальній площині і на поперечному зрізі ПСЖ нагадує форму вісімки. Вона утворена за рахунок дугоподібної лінії (ззаду), медіально – білої лінії, з боків – спільного апоневроза ВКМЖ і ПоМЖ, а попереду – передньої пластинки піхви ПМЖ. Нижня частина ДФВ розміщена у фронтальній площині, утворена дугоподібною лінією, яка є місцем спільного апоневроза ВКМЖ і ПоМЖ і прикріплюється до лобкових горбиків. Взаємодію середнього, параректального та медіального фасціальних вузлів (ФВ) вивчено й описано як “парасольковий” механізм, який забезпечує адекватне кровопостачання ПМЖ при фізичному навантаженні. Аналізуючи особливості будови ПСЖ, дійшли висновку, що нижче пупка “парасольковий” механізм замінюється ротаційними рухами горизонтальної частини ДФВ спереду назад. Дані рухи можливі за рахунок з'єднання горизонтальної частини ДФВ з нижньою його частиною. Тому нижче пупка механізм, який забезпечує стабільний кровотік у ПМЖ, можна назвати “стременим”.

УДК 611. 957

### ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАХВИННОГО ФАСЦІАЛЬНОГО ВУЗЛА

*В.В.Власов, Ю.Т.Ахтемійчук, А.І.Суходоля, С.Р.Микитюк*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Пахвинна ділянка (ПД) – об'єкт втручання при численній хірургічній патології (грижі, апендицит тощо). Апоневротичні частини м'язів живота з'єднуються між собою, кістками таза та грудної клітки, утворюючи фасціальні вузли (ФВ). В межах ПД розташовані нижні частини бічного, параректального, дугоподібного та цілком пахвинний (ПФВ) фасціальні вузли. Мета дослідження – вив-