

робована на 42 хворих методика опромінення печінково-шлункової, печінково-дванадцятипалої, шлунково-селезінкової, шлунково-ободової зв'язок, а також шлунково-панкреатичних та печінково-панкреатичних складок. Анатомічними дослідженнями виявлено, що шлунково-підшлункова та печінково-підшлункова складки очеревини розташовані на рівні XII грудного – I поперекового хребців, завдовжки 2-3 см, вкривають ліву шлункову і спільну печінкову артерію, досягають початку черевного стовбура. Променеву терапію проводили в лежачому положенні хворого на спині через 5-10 хв після випивання ним 250 мл рідкої барієвої суміші (з розрахунку 100 мг сухого сульфату барію). На живіт у проекції шлунка накладали металеву сітку з кроком 1 см і металеве кільце. Виконували рентгенографію на плівці 30х40 см, яка захоплювала всю епігастральну ділянку та діафрагму. Передумовою для правильного планування променевої терапії є цілковите заповнення із захопленням черевної частини стравоходу та верхньої частини дванадцятипалої кишки. На животі, користуючись даними координатної сітки, замальовували контури шлунка ляписним олівцем і чорнилом, а далі наносили поля опромінення: праве – від діафрагми на відстані 5-6 см від контрастованої малої кривини шлунка до дванадцятипалої кишки на 7-8 см вище її верхнього контура, ліве – від великої кривини на 6 см і на таку ж відстань вниз, нижче пупка. Зіставлення цих полів з анатомічними утвореннями після лапаротомії показали, що вони охоплюють означені шляхи лімфовідтоку, майже половину лівої частки печінки, ворота селезінки, більшу частину тіла та хвоста підшлункової залози.

УДК 616.59-053.2-076-089

## ЗМІНИ МОРФОСТРУКТУРИ НІГТЬОВОГО ЛОЖА ПРИ ВРОСЛОМУ НІГТІ

*С.О.Сокольник*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Врослий ніготь – досить поширене захворювання у різних вікових груп населення, переважно у працездатному віці. Частота врослого нігтя становить 5-10% від усіх амбулаторних хворих. У клініці дитячої хірургії проведено гістологічне дослідження біопсійного матеріалу врослих нігтів від 10 хворих дітей. Використано матеріал, забраний при оперативному лікуванні інкарнованого краю нігтя (бічний валік, грануляційні тканини, врастаючий край нігтя). Встановлено, що зміни морфоструктури м'яких тканин нігтьового ложа зумовлені постійним стискуванням бокових нігтьових валків пальців стопи врастаючою нігтьовою пластинкою. У тканинах, які знають постійного тиску, виникають стійкі трофічні зміни з порушенням кровопостачання м'яких тка-

нин, спотворюється нормальний ріст нігтя. В ішемізованих тканинах надмірно розвивається менш стійка до дії зовнішніх чинників грануляційна тканина, що об'єктивно проявляється “наповзанням” грануляцій на бічну поверхню нігтьової пластинки.

УДК 611.81

## О СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ КООРДИНАТАХ СУБТАЛАМИЧЕСКОГО ЯДРА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

*М.В.Сотникова, С.Ю.Масловский<sup>1</sup>*

*Харьковский национальный университет  
им. Каразина, <sup>1</sup>Харьковский государственный  
медицинский университет*

Стереотаксические операции (СО) являются “последним словом” нейрохирургии. Наиболее частые локусы СО – субталамическое ядро (СТЯ), ядра таламуса, поля Фореля. Особенно актуальными эти локусы являются для лечения экстрапирамидных нарушений. В последнее время все больше СО по поводу экстрапирамидных расстройств, в частности болезни Паркинсона, проводят на СТЯ, что подтверждается уменьшением количества осложнений, увеличением эффекта от СО. Для успешного проведения операций необходимо знать точные стереотаксические координаты СТЯ относительно внутримозговых ориентиров, а также индивидуальную вариабельность координат. Нами исследовано 14 пар СТЯ головного мозга людей разных возрастных групп. За нулевую стереотаксическую координату принято считать середину межспаечной линии. Установлено, что расстояние от нулевой сагитальной стереотаксической плоскости до центра СТЯ зависит от возраста, связано с длиной межспаечной линии и ширины III желудочка. Стереотаксические координаты СТЯ не зависят от пола, формы черепа. Не выявлено асимметрии координат левого и правого полушарий. Подсчитано количество нейронов, глиальных клеток и капилляров в 1 мм<sup>2</sup>. Дальнейшие исследования позволяют уточнить стереотаксические координаты СТЯ, а также нейроно-глиально-капиллярные отношения СТЯ.

УДК 611.342:616-089

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*С.П.Суман, Б.М.Топор, А.В.Суман, В.Е.Наку*

*Государственный университет медицины и  
фармации, г. Кишинёв (Молдова)*

Большой сосочек (БС) двенадцатиперстной кишки (ДПК) расположен на задневнутренней полуокружности, примерно на уровне середины нисходящей части ДПК на расстоянии 8-12 см от привратника. В