

ет $5,46 \pm 0,9\%$. Таким образом, наибольшее прогрессирующее инволютивных процессов в Тм отмечается во II зрелом возрастном периоде. В пожилом и старческом возрасте на месте Тм отмечаются лишь небольшие островки ЛТ, окруженные жировой тканью. Отсутствие в Тм людей пожилого возраста пролиферативных процессов, по-видимому, обусловлено как отсутствием притока предшественников из костного мозга, так и снижением уровня секторных процессов в клетках тимического микроокружения.

ВИВЧЕННЯ АНАТОМІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО ПЕРЕХОДУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ГРУДНИХ ДІТЕЙ

А.Й.Заволович

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність природженого пілоростенозу з-поміж інших лікувально-тактичних чинників визначається й утрудненою діагностикою. Одним з поширених методів діагностики цієї вади є ультразвукове дослідження. Вивчення ультразвукової анатомії гастродуоденального переходу проведено у 32 новонароджених (від 5 днів) та грудних дітей обох статей без патології органів травлення в межах планового обстеження на базі Хмельницької міської дитячої клінічної лікарні за допомогою апарата "SonoLine G60S" фірми "Siemens" (Німеччина) високошільним лінійним датчиком 7,5 МГц. Дітей обстежували вранці двічі: перший раз – через 3-4 год. після останнього годування, другий – зразу ж після чергового годування, з огляду на те, що оптимальна методика ультразвукового дослідження передбачає попередній прийом рідини. У положенні дитини на спині здійснювали поздовжні зрізи в надчеревній ділянці по серединній лінії та справа від неї. Для детального огляду воротарної частини шлунка дитину повертали на правий бік або з напівобертом. Сканування починали з поздовжніх зрізів у межах верхньої половини передньобічної стінки живота, доповнюючи їх поперечними та косими зрізами. Анатомічними орієнтирами під час візуалізації воротарної частини шлунка слугували ліва частка печінки, дно і тіло шлунка та підшлункова залоза. Воротарну частину шлунка визначали поздовжнім скануванням (перпендикулярно до поздовжньої осі шлунка). Потім здійснювали поступальний рух датчика вправо, аж до медіальної стінки жовчного міхура. Латерально і ззаду, інколи вище воротарного каналу реєстрували цибулину дванадцятипалої кишки. Після наповнення дванадцятипалої кишки рідиною при положенні дитини на правому боці порожнини воротаря і цибулини дванадцятипалої кишки сканували як поздовжньо до цибулини, так і перпендикулярно до неї. Під час сканування визначали діаметр просвіту, товщину стінки, наявність деформацій. Стінку гастродуоденального переходу вивчали в період релаксації, тобто зразу ж за перистальтичною хви-

лею. Товщину стінки воротарної частини визначали з розміщенням датчика перпендикулярно до стінки шлунка. Під час сканування воротарної частини шлунка датчик фіксували косопоперечно. Вимірювали товщину м'язового шару воротаря, поперечний внутрішній діаметр воротарного каналу. Поздовжнім скануванням визначали довжину воротарного каналу. Стінка верхньої частини дванадцятипалої кишки визначається в вигляді двошарової структури: зовнішній гіпоехогенний шар – м'язовий, внутрішній гіперехогенний – слизова оболонка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗВРАТНОЙ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ И ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К АРТЕРИИ

А.И.Зайченко

Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

Больные с патологией кисти в поликлиниках составляют 11-33% всех первичных обращений. Подавляющее большинство гнойно-некротических заболеваний верхней конечности локализуется на пальцах (панариции), кисти (флегмоны кисти), предплечье (пространство Пирогова-Парона). Кроме хирургического лечения, большое значение имеет путь введения антибиотиков. Внутриартериальные инфузии имеют преимущества перед внутривенным введением: в очаге создается концентрация препарата в 3-28 раз большая, чем в общем кровотоке; препарат минует естественные физиологические барьеры, он в 2-3 раза дольше находится в очаге патологии, а общее токсическое действие препарата на организм минимально. Пункции и катетеризации непосредственно магистрального сосуда порочны, так как повреждение интимы артерии ведет к тромбозу ее просвета. Введение препаратов через ветвь магистральной артерии лишено этих недостатков. С целью лечения гнойно-некротических процессов кисти, предплечья мы разработали способ катетеризации лучевой артерии через ее ветвь – возвратную лучевую артерию (ВЛА). В ходе исследований на трупах было выявлено: для ВЛА характерна постоянная локализация (в латеральной бороздке локтевой ямки), она имеет значительный диаметр (1,8-3,7 мм), глубина ее залегания мала. Ее перевязка существенно не отражается на кровоснабжении верхней конечности. Доступ для обнажения артерии длиной 3-4 см мы предлагаем проводить в латеральной бороздке локтевой ямки от линии локтевого сгиба до места крепления сухожилия двуглавой мышцы плеча к лучевой кости (определяется пальпаторно при попытке больного согнуть предплечье в локтевом суставе). Рассекаем покровы и собственную фасцию. ВЛА пересекает сверху и поперек сухожилие двуглавой мышцы плеча. Опасность повреждения лучевого нерва мала, так как последний расположен на 1,5-2 см кнаружи от артерии, залегает глубоко и прикрыт плечелучевой мышцей. В просвет артерии рет-