

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-

чити особливості будови та механізму дії ПФВ. Матеріалом послужили 60 свіжих трупів і 30 здорових дорослих людей. В роботі використані методи макроскопічного дослідження за допомогою препарування, ультрасоноскопії з доплероскопією та комп'ютерної томографії. Умовно ПФВ можна поділити на надзв'язкову (вище пахвинної зв'язки) і підзв'язкову частини. Головними елементами надзв'язкової частини ПФВ є пахвинний канал (ПК) з його вмістом та пахвинний проміжок (ПП). Будова ПП вирізняється індивідуальною конституціональною мінливістю, що позначається на формуванні стінок ПК. В будові ПК доцільно виділити три анатомічні ділянки, що чітко різняться топографією їх структур: ділянка глибокого пахвинного кільця, міжкільцева ділянка та ділянка поверхневого пахвинного кільця. Така топографія ПК, особливості будови стінки живота нижче лінії Дугласа, взаємодія його з дугоподібним (забезпечує функціонування стременого механізму), параректальним, присерединним ФВ забезпечують функціонування затульного механізму ПК – забезпечення оптимального кровопостачання та іннервації яєчка, а також запобігання виходу внутрішніх органів за межі черевної порожнини. Підзв'язкова частина ПФВ утворена м'язовою і судинною лакунами з їх вмістом та зв'язковим апаратом. Скорочення клубово-поперекового м'яза, підтягування пахвинної зв'язки вгору при відтворенні стременого і затульного механізмів ПК збільшують вертикальні розміри судинної лакуни, забезпечуючи достатнє кровопостачання нижньої кінцівки при її згинанні в кульшовому суглобі. Отже, пахвинний фасціальний вузол запобігає порушенню кровопостачання яєчка та нижньої кінцівки.

УДК 616.2:611.9

### ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПІДТРИМАННЯ ПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

*В.В.Власов, О.А.Малоголовка*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Хмельницька обласна лікарня*

Незрілість респіраторного відділу легень, природжені вади дихальних шляхів, слабкість дихального центру в дітей, народжених після 22 тижнів виношування, зумовлюють високу смертність, потребують тривалої штучної вентиляції. Забезпечення і підтримання прохідності дихальних шляхів пов'язано з низкою проблем, зумовлених анатомічними особливостями будови дитячого організму: складність інтубації трахеї (ІТ) у недоношених; ускладнення ІТ; невизначеність термінів пролонгованої ІТ і час накладання трахеостоми; алгоритм

вибору методу трахеотомії (Т); техніка проведення Т у цих дітей; підбір адекватних за розмірами ендотрахеальних та трахеостомічних трубок. Означені особливості у плодovому періоді вивчені недостатньо. В основі запобігання подібним труднощам лежить вивчення анатомії дихальних шляхів, їх розмірів і форми, визначення соматовісцеральних кореляцій у недоношених. Вивчено топографію структур шиї ІІ плодів 23-29 тижнів методами оглядової рентгенографії, рентгенографії з контрастуванням, комп'ютерної томографії, ультрасонографії, препарування, виготовлення зрізів методом Пирогова. Морфологічний експеримент полягав у встановленні розмірів підбиранням відповідного інструмента з відомими параметрами. Встановлено, що кількісні характеристики (діаметр трахеї, ширина хрящів та міжхрящових проміжків, відстань від поверхні шкіри до перснеподібного хряща, розміри щитоподібної та вилочкової залоз, гортанно-трахеальний кут) відповідають терміну внутрішньо-утробного розвитку. Визначені анатомічні чинники ІТ у недоношених, ускладнень пролонгованої ІТ і Т. Вивчені соматометричні показники для вибору ендотрахеальних та трахеостомічних трубок, зондів відповідних розмірів. Встановлені розміри верхніх дихальних шляхів, гортані і трахеї зумовлюють вибір адекватних засобів для ІТ та Т. Топографо-анатомічно обгрунтовані показання до того чи іншого методу Т. Як і в новонароджених, розтин трахеї зручніше виконувати нижче перший щитоподібної залози (нижня трахеостомія).

УДК 616.716:615.47

### ПРИСТРІЙ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ЧЕРЕПА

*Ю.М.Вовк, О.Ю.Вовк, С.Ю.Труфанов, Ф.В.Логвінов, В.І.Лузін*

*Луганський державний медичний університет*

Для покращання умов краніологічних та морфометричних досліджень вперше розроблений та впроваджений у практику пристрій нової конструкції (патент № 62533А). Він дозволяє визначити зовнішні, лінійні, внутрішні, кутові розміри та площу кісток черепа. Пристрій складається з горизонтальної підставки (основи), в яку вмонтований стержень з різьбою, який служить опорою для трьох вимірювальних частин, взаємозміщуваних за допомогою різьбових втулок. Нижня частина – вимірювальна прозора пластина з рухомими горизонтальною та вертикальною лінійками. Кожна з них з'єднана з гранями пластин похилими П-подібними затискачами, які дозволяють переміщувати лінійки над препаратом уздовж пластини. Остання має градуйовану сітку (1 квадрат = 1 см), що дозволяє визначити площу анатомічних утворень. Середня частина представлена прозорим плоским (дисковим) кутоміром