

локон располагается ближе к предсердной поверхности створок указанных Кл. Многочисленные ответвления указанных сосудов заканчиваются капиллярами диаметром 6-8 мкм, которые образуют многочисленные петли полигональной и неправильно овальной форм. Артериальные сосуды проникают со стороны основания в направлении свободного края створок от 1/4 до 1/6 их длины. У людей I периода зрелого возраста в свободной части створок ПЖК от 1/5 до 1/7 их длины также обнаружены артериальные сосуды диаметром 15-20 мкм и густопетлистая сеть капилляров. Во II периоде зрелого возраста артериальные сосуды с диаметром 15-25 мкм в основании створок и 5-8 мкм в конечных разветвлениях проникают в свободную часть створок от 1/7 до 1/10 их длины и не только сопровождают проникающие в створки миокардиальные волокна, но и встречаются в слое рыхлой волокнистой соединительной ткани, где можно обнаружить не только сосуды микроциркуляторного русла, но и тонкие нервные волокна и сравнительно широкие нервные пучки. Сердечные мышечные волокна проникают в створки левого ПЖК на сравнительно большую протяженность (до 1/2 их длины), чем правого (до 1/3 длины). В грудном возрасте в створки левого и правого ПЖК волокна сердечной мышечной ткани проникают до 1/3 длины, у детей от 1 года до 12 лет указанные мышечные волокна располагаются на меньшей протяженности – от 1/5 до 1/4 длины створок. В подростковом и юношеском возрасте сердечные поперечно-полосатые мышечные волокна проникают в створки левого ПЖК на несколько большую протяженность (до 1/6 их длины), чем в правом (до 1/8 их длины). В I периоде зрелого возраста в створки левого и правого ПЖК сердечные мышечные волокна проникают от 1/8 до 1/7 их длины, а во II периоде зрелого возраста в створках левого ПЖК миокардиальные волокна располагаются до 1/8 их длины, в створках правого Кл располагаются на сравнительно небольшой протяженности – до 1/10 их длины. В полулунных заслонках Кл аорты и легочного ствола у новорожденных и детей грудного возраста артериальные сосуды имеют диаметр от 15 до 20 мкм, а многочисленные разветвления указанных сосудов диаметром 6-8 мкм образуют густопетливую сеть только вблизи их основания. Такая же архитектура артериальных сосудов характерна для Кл аорты и легочного ствола людей подросткового возраста, юношей и I периода зрелого возраста. Во II периоде зрелого возраста мелкие артериальные сосуды и узкопетлистая сеть капилляров обнаружены, как правило, только в основании полулунных заслонок Кл аорты и легочного ствола. Таким образом, наши исследования показали, что КС – это органное образование, а не простая дубликатура эндокарда. Несомненно, что расположенные в створках ПЖК нервные структуры вместе с миокардиальными волокнами, получая васкуляризацию главным образом со стороны основания створок,

обеспечивают регулярную работу КС синхронно с фазами сердечной деятельности в соответствии с теми особенностями, которые соответствуют определенным возрастным периодам жизнедеятельности организма. Отмеченные особенности кровоснабжения КС необходимо учитывать при подборе материала для их трансплантации и изготовления комбинированных механобиологических протезов.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СПОСОБІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОСЛОГО НІГТЯ В ДІТЕЙ

С.О.Сокольник

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проведено порівняльний аналіз річних результатів хірургічного лікування хворих дітей з приводу врослого нігтя, які у 2003-2004 роках лікувалися амбулаторно (103 хворих) і стаціонарно (31 хворий). Інкарнацію нігтя спостерігали на одному пальці в 96,3% випадків. Ліва і права стопи уражувалися однаково часто. Вростання одночасно на обох ногах було у 21 хворого (15,6%). Повторне звертання з даною патологією відмічалось у 20 дітей (14,9%). Три і більше разів зверталися з приводу рецидивів 6 дітей (4,5%). Лікування даної патології здійснювалось переважно трьома оперативними способами: 29 дітям (21,6%) було виконано операцію Дюпюїтрена; 74 дітям (55,2%) – операцію Шмідена (клиноподібне вирізування врослого краю нігтя з частиною нігтьового вмістища і боковим валиком); 31 хворий (23,1%) оперований за власною методикою (Патент № 5528 А). Рецидиви після операції Дюпюїтрена відмічались у 8 дітей (27,6%), після операції Шмідена – 14 дітей (18,9%). Аналіз віддалених результатів після лікування за власним способом показав позитивний ефект у 29 (93,5%) дітей. У 2 відмічалось повторне вростання, пов'язане з недотриманням умов лікування.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А.Стецько, И.Г.Жук, И.В.Кумова

Гродненский государственный медицинский университет (Беларусь)

Цель исследования – изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) и фотодинамической терапии (ФДТ) на течение послеоперационного панкреатита (ПОП). Исследования проводились на 30 белых беспородных крысах-самцах массой 200-250 г, находившихся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. ПОП моделировали путем резекции дистальной части поджелудочной железы (ПЖ) под внутримышечным калипсоловым наркозом. Животные разделены на 3 группы: контрольная – без лечения; 1-ая опытная – однократное интраоперационное с последующим чрезкожным в зоне проекции облучением гелий-неоновым лазером (мощность – 20 мВт;