

4. Герасимюк І.Є. Структурно-просторова перебудова коронарних артерій після двобічної обширної резекції легень / І.Є. Герасимюк, С.А. Заяківський // Проблеми, досягнення і перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичного здоров'я. – Симферополь: Издательський центр КГМУ. – 2002. – Т. 138, часть 3. – С. 28-31.
5. Гнатюк М.С. Особливості ремоделювання артерій міокарда при токсичному ураженні / М.С. Гнатюк, А.М. Пришляк // Вісник наукових досліджень. – 2005. – №3. – С. 134-136.
6. Жарінов О.Й. Профілактика серцевої недостатності / О.Й. Жарінов // Серце і судини. – 2004. – №2(8). – С. 96-104.
7. Калінкіна Н.В. Ремоделювання артерій при серцево-судинних захворюваннях / Н.В. Калінкіна, О.К. Кашанська, Є.В. Кетінг // Серце і судини. – 2004. – №4(8). – С. 87-91.
8. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях Excell / С.Н. Лапач, А.В. Губенко, П.Н. Бабич. – К.: Морисон, 2001. – 410 с.
9. Саркисов Д.С. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций / Д.С. Саркисов – М.: Медицина, 1997. – 448 с.
10. Сорочинников А.Г. Гистологическая и микроскопическая техника / А.Г. Сорочинников, А.Е. Дорошевич. – М.: Медицина, 1997. – 448 с.
11. Черкасов В.В. Ядерно-плазматическое отношение в клетках тканей позвоночных дисков человека и животных в связи с возрастом / В.В. Черкасов // Проблемы старения и долголетия. – 1993. – Т.3, №2. – С. 112-119.
12. Шестакова С.В. Дисфункция эндотелия – причина или следствие метаболического синдрома / С.В. Шестакова // Рос. мед. ж-л. – 2001. – №2. – С. 88-90.
13. Шорманов С.В. Состояние сердца и коронарного артериального русла при экспериментальном подключичном анастомозе и после его устранения / С.В. Шорманов // Архив патологии. – 1998. – №6. – С. 51-58.
14. Barnes P.Y. Chronic obstructive pulmonary disease molecular and cellular mechanisms / P.Y. Barnes, D. Shapiro, R.A. Pakwels // Eur. Respirat. J. – 2003 – Vol. 22. – P. 672-678.

УДК 611.12 – 08:612.6] – 092

МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕМОДЕЛЮВАННЯ АРТЕРІЙ ШЛУНОЧКІВ СЕРЦЯ ПРИ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ЛЕГЕНЕВІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Гнатюк М.С., Татарчук Л.В., Слабий О.Б.

Резюме. Морфометричними методами вивчено особливості ремоделювання артерій шлуночків серця при пострезекційній артеріальній легеневої гіпертензії. Встановлено, що в умовах змодельованої патології виражено потовщується стінка, звужується просвіт переважно дрібних артерій, пошкоджуються ендотеліоцити, що ускладнюється їх дисфункцією, погіршенням кровопостачання органа, гіпоксією, дистрофічними, некробіотичними змінами клітин і тканин, осередками інфільтрації, кардіосклерозу. Структурні зміни переважали у правому шлуночку і при декомпенсації легеневого серця.

Ключові слова: артерії, шлуночки серця, легенева гіпертензія.

УДК 611.12 – 08:612.6] – 092

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА ПРИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гнатюк М.С., Татарчук Л.В., Слабий О.Б.

Резюме. Морфометрическими методами изучены особенности ремоделирования артерий желудочков сердца при пострезекционной артериальной легочной гипертензии. Выявлено, что в условиях смоделированной патологии выражено утолщается стенка, суживается просвет преимущественно мелких артерий, поражаются эндотелиоциты, что осложняется их дисфункцией, ухудшением кровоснабжения органа, гипоксией, дистрофическими, некробіотическими изменениями клеток и тканей, очагами инфильтрации и кардиосклероза. Структурные изменения доминировали у правом желудочке и при декомпенсации легочного сердца.

Ключевые слова: артерии, желудочки сердца, легочная гипертензия.

UDC 611.12 – 08:612.6] – 092

MORPHOMETRIC EVALUATION STRUCTURAL RECONSTRUCTION ARTERIES VENTRICLES OF THE HEART AT POSTRESECTION PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

Hnatjuk M.S., Tatarchuk L.V., Slaby O.B.

Summary. The peculiarities of remodeling ventricles of the heart have been studied morphometric methods of postresection pulmonary arterial hypertension. It was established that the model pathology results in thickening of the arterial wall, narrowing of their spaces, affection of small arteries, endotheliocytes that led to their dysfunction, decreasing of organ blood supply, hypoxia, dystrophic and necrobiotic changes of tissues and cells. Structural changes of arteries ventricles of the heart prevail in right ventricle of decompensated cor pulmonale.

Key words: arteries, ventricles of the heart, pulmonary hypertension.

Стаття надійшла 31.03.2011 р.

УДК 616.834.1-002-08-07

О.Б.Горбаченко, О.Ю.Половик, В.Г.Рожнов, В.Ю.Марченко, С.М.Супруненко

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГАНГЛІОНІТІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В 3 ПОЗИЦІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ РОЗТАШУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ВУЗЛІВ

ГОЛОВИ ВІД ФОРМИ ЧЕРЕПА ЛЮДИНИ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м.Полтава)

Виконане дослідження є частиною науково-дослідної роботи кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології «Оптимізація консервативного та хірургічного лікування хворих, що мають

дефекти та деформації тканин щелепно-лицевої ділянки» № держреєстрації 0110U04629 і кафедри топографічної анатомії та оперативної хірургії «Морфологія судинно-нервових взаємовідношень органів голови та шиї людини

в нормі та під дією зовнішніх чинників у віковому аспекті. Створення нових та модифікація існуючих хірургічних шовних матеріалів і експериментально-морфологічне обґрунтування їх використання в клініці», № держреєстрації 0107U001657.

Вступ. Вегетативним вузлом голови: крилопіднебінному, вушному, піднижньощелепному та під'язиковому належить важлива роль в забезпеченні іннервації слизових оболонок порожнин носа і рота, слинних залоз. В клінічних умовах зустрічаються запалення вегетативних вузлів голови, що носять назву гангліонітів. Характер протікання запалення в значній мірі залежить від особливостей топографії того чи іншого вузла та наявності його зв'язків з іншими вегетативними вузлами голови [2].

Захворювання вегетативних вузлів голови, за даними Яворської Є.С. [5], становлять 75% випадків серед існуючих патологічних синдромів обличчя. Клінічна картина вегетативних гангліонітів різна. Це пов'язано з тим, що вегетативні ганглії, нерви та сплетення розташовані на великій площі і функціонально зв'язані між собою та з верхнім шийним симпатичним вузлом.

Мета дослідження. Прослідкувати ефективність консервативних методів лікування та проведення блокади при гангліонітах щелепно-лицевої ділянки з урахуванням особливостей розташування вегетативних вузлів голови в залежності від форми черепа.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження стали 15 хворих з вегетативними гангліонітами щелепно-лицевої ділянки. Так, з крилопіднебінним гангліонітом було 8 хворих, з гангліонітом вушного вузла – 7 і з гангліонітом під'язикового і піднижньощелепного вегетативних вузлів – 5. Вік хворих коливався від 40 до 72 років; період захворювання 1-10 років.

Для дослідження застосовували загальноклінічні методи: скарги пацієнтів, анамнез захворювання, огляд, пальпацію, перкусію, визначення чутливості шкіри.

Як диференційну ознаку в діагностиці крилопіднебінного гангліоніту, використовували змазування слизової оболонки порожнини носа 10% розчином лідокаїну під час болювого нападу, що у випадку гангліоніту призводило до стихання болю. Діагностичною ознакою гангліоніту вушного вузла є припинення болю після введення 2% розчину лідокаїну попереду зовнішнього слухового отвору. Основною диференційною ознакою гангліоніту під'язикового та піднижньощелепного вузлів є виникнення болювих пароксизмів від уживання великої кількості їжі за відсутності об'єктивних ознак конкрематозного сіалоаденіту. При цьому під час болювих нападів, які можуть тривати від 5 до 60 хвилин, у хворих виникає відчуття напруги і розпирання нижньої губи та язика, що супроводжується гіперсалівацією.

Також використовували спеціальні методи дослідження: рентгенографію, дистанційну інфрачервону термографію, ультразвукове дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення. При гангліонітах вегетативних вузлів голови, біль частіше носив нападopodobний характер: напади спостерігалися протягом годин, а деколи тижнів. При цьому характерним був

вихід болювої хвилі за межі зон анатомічної іннервації гілок трійчастого нерва. З боку ураження вегетативного вузла голови часто відмічалися набряки м'яких тканин обличчя, слизової оболонки язика та порожнини рота. Вхіді проведеного дослідження характерною була наявність типових секреторних порушень: при ураженні крилопіднебінного вузла виникала сльозо-, слино-, ринотеча, а при ураженні вушного вузла, під'язикового та піднижньощелепного – характерною була гіперсалівація.

Блокаду проводили в залежності від локалізації гангліоніту, типу будови черепа хворого та припустимого топографо-анатомічного розташування вузла.

При лікуванні крилопіднебінного гангліоніту, найоптимальнішим є модифікований шлях підвлично-крилопіднебінної анестезії у крилопіднебінній ямці за Вейсблатом, запропонований Рибалко Т.І. [4]. Модифікація полягає у додатковому нахилі голки вгору або вниз на 10°, що зумовлено типом черепа хворого та розташуванням крилопіднебінного вузла в крилопіднебінній ямці. Згідно даних Рибалко Т.І., у людей з брахіцефалічною будовою черепа вузол розташовується ближче до задньої стінки однойменної ямки, тому більш точним є введення голки у верхні її відділах. У людей з доліхоцефалічною формою голови вузол розташовується ближче до передньої стінки, тому найбільш точним є введення голки у нижніх відділах крилопіднебінної ямки. Під час введення голки основним орієнтиром залишалася латеральна пластинка крилоподібного відростка основної кістки, а місцем вколу – серединна трагоорбітальна лінія.

Щодо вушного вегетативного вузла, то є два його положення відносно овального отвору і нижньощелепного нерва [1]. У осіб з брахіцефалічною формою голови і хемопрозопічною формою обличчя вушний вузол займає задньо-верхнє положення, у доліхоцефалів з лептопрозопічною формою лица він займає передньо-нижнє положення. Тому, для максимального точного підведення голки до вушного вегетативного вузла підходить модифікація центральної анестезії нижньощелепного нерва за Вейсблатом у підскроневій ямці. Модифікація полягає у додатковому нахилі голки вгору або вниз на 10° у залежності від будови черепа хворого та розташування вузла.

При ураженні під'язикового та піднижньощелепного вегетативних вузлів вкол проводимо на рівні останнього моляра під слизову оболонку під'язикової ділянки в найглибшій частині щелепно-язикового жолобка, так як вузол розташований на латеральній поверхні під'язикової слинної залози над язиковим нервом [3].

При лікуванні гангліонітів з урахуванням типу будови черепа, ефективність була набагато вищою.

Висновок. Таким чином, ефективне раціональне лікування гангліонітів залежить від правильного проведення блокади із урахуванням локалізації вегетативних вузлів, яка залежить від типу будови черепа. Застосування цієї методики дозволяє досягнути кращого результату в лікуванні захворювань вегетативних вузлів голови.

Перспективи подальших досліджень. Планується провести дослідження залежності ефективності проведеного лікування від попередніх клінічних та морфологічних проявів гангліонітів.

Список літератури

1. Горбаченко О.Б. Топографія, зв'язки та структурна організація вушного вегетативного вузла у людей зрілого та похилого віку: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.03.01 «нормальна анатомія» / О.Б.Горбаченко. – Харків, 2004. – 21 с.
2. Грицай Н.М. Нейростоматологія / Грицай Н.М., Кобзиста Н. О. – К: Здоров'я, 2001. – 144 с.
3. Половик О.Ю. Топографія, структура та зв'язки під'язикового вегетативного вузла у осіб похилого та старечого віку: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.03.01 «нормальна анатомія» / О.Ю.Половик. – Харків, 2005. – 19 с.
4. Рибалко Т.І. Различия во внешнем строении крылонёбного узла у лиц зрелого и пожилого возраста: Автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.02. «анатомия человека» / Т.И.Рибалко. – Харьков, 1992. – 20 с.
5. Яворская Е.С. Диагностика, клиника и лечение вегетативных ганглионитов головы / Яворская Е.С. // Методические рекомендации МЗ УССР. – Киев, 1988. – 117 с.

УДК 616.834.1-002-08-07

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГАНГЛІОНІТІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В З ПОЗИЦІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ РОЗТАШУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ВУЗЛІВ ГОЛОВИ ВІД ФОРМИ ЧЕРЕПА ЛЮДИНИ

Горбаченко О.Б., Половик О.Ю., Рожнов В.Г., Марченко В.Ю., Супруненко С.М.

Резюме. За допомогою загальноклінічних та спеціальних методів діагностики проведено дослідження захворюваності на гангліоніти у щелепно-лицевій ділянці. Визначена ефективність проведеного лікування гангліонітів при урахуванні особливостей розташування вузлів у залежності від форми будови черепа.

В результаті проведених досліджень виявлено, що раціональне лікування гангліонітів залежить від правильного проведення блокади, із урахуванням локалізації вегетативних вузлів, що залежить від типу будови черепа. Застосування цієї методики дозволяє досягти кращого результату в лікуванні запалень вегетативних вузлів голови.

Ключові слова: діагностика, вегетативні вузли голови, гангліоніти.

УДК 616.834.1-002-08-07

ДІАГНОСТИКА І ЛЕЧЕННЯ ГАНГЛІОНІТИВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЇ ОБЛАСТІ С ПОЗИЦІЙ ЗАВИСИМОСТІ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНИХ УЗЛОВ ГОЛОВЫ ОТ ФОРМЫ ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА

Горбаченко О.Б., Половик А.Ю., Рожнов В.Г., Марченко В.Ю., Супруненко С.Н.

Резюме. Спомощью общеклинических специальных методов диагностики проведено исследование заболеваемости ганглионитами в челюстно-лицевой области. Определена эффективность проведенного лечения ганглионитов с учетом особенностей расположения узлов в зависимости от формы строения черепа.

В результате проведенных исследований выявлено, что рациональное лечение ганглионитов зависит от правильного проведения блокады, с учетом локализации вегетативных узлов при различных типах строения черепа. Применение этой методики позволяет достичь лучших результатов в лечении заболеваний вегетативных узлов головы.

Ключевые слова: диагностика, вегетативные узлы головы, ганглиониты.

UDC 616.834.1-002-08-07

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF GANGLIONITIS OF JAW-FACIAL AREA FROM POSITIONS OF DEPENDENCE OF LOCATION OF VEGETATIVE NODS OF HEAD FROM FORM OF MAN'S SKULL

Gorbachenko O.B., Polovik A.Yu., Rozhnov V.G., Marchenko V.Yu., Suprunenko S.N.

Summary. By the clinical and special methods of diagnostics research of ganglionitis's morbidity is conducted in a maxillofacial area. Efficiency of the conducted treatment of ganglionitis is certain taking into account the features of location of nodds depending on the form of skull's structure.

It is exposed as a result of the conducted researches, that rational treatment of ганглионитов depends on the correct lead-through of blockade, taking into account localization of vegetative nodds at the different types of skull's structure. Application of this method allows to attain the best results in treatment of diseases vegetative nodds's of head.

Key words: diagnostics, vegetative nodds of head, ganglionitis.

Стаття надійшла 17.03.2011 р.

УДК 611.1+611.74

А.В. Григорьянц, А.П. Дьяченко, Т.А. Фоминых

СОСУДИСТОЕ РУСЛО СУХОЖИЛИЯ ГЛУБОКОГО СГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦЕВ ТАЗОВОЙ КОНЕЧНОСТИ КРОЛИКА

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского» (г. Симферополь)

Работа была выполнена в соответствии с тематическим планом научных исследований Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского, и является составной частью научно-исследовательской темы кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии «Индивідуальна анатомічна мінливість серцево-судинної системи» (№ гос. регистрации 0104U010155).

Вступление. Сухожилие глубокого сгибателя пальцев задней лапки кролика является удобным объектом для экспериментального исследования сухожильных швов. Выявление склонности сухожильного шва нарушать кровоснабжение сухожилия невозможно без составления предварительной картины сосудистого русла оперируемого сухожилия. В доступной нам литературе каких-либо данных о характере кровоснабжения указанного сухожилия мы не нашли. Между тем, изучение склонности сухожильного шва изменять сосудистое русло сухожилия важно для комплексной оценки качества данного шва [1, 2, 5].

Целью настоящей работы явилось изучение характера и степени кровоснабжения сухожилия глубокого сгибателя пальцев тазовой конечности кролика на своём протяжении.

Объект и методы исследования. Объектом исследования явилось сосудистое русло сухожилий глубокого сгибателя пальцев тазовой конечности кроликов в норме.

Материалом для исследования послужили сухожилия глубокого сгибателя пальцев кроликов. Сухожилие глубокого сгибателя пальцев кролика располагается в костно-фасциальном футляре, образованном тонкой плотной пластинкой и большеберцовой костью. При рассечении пластинки сухожилие свободно вывихивается в рану. В дистальном направлении сухожилие проходит под заплюсневыми костями на подошву. Длина сухожилия от места мышечно-сухожильного перехода до продолжения на подошву составляет 4,8-5,3 см. Известно, что сухожилие неодинаково кровоснабжается на своём протяжении [1, 5, 6, 7]. В связи с этим, для изучения степени кровоснабжения сухожилие было поделено на 3 зоны: 1) проксимальную, 2) среднюю и 3) дистальную (рис. 1).

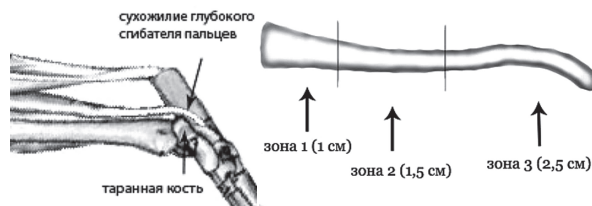


Рис. 1. Длина выделенных зон сухожилия глубокого сгибателя пальцев