

Цитологическое исследование действия тиосульфата натрия на процесс индуцированного острого панкреатита у крыс // Цитология.-1990.- Т. 32, № 12.- С. 1205-1211. 8. Колб. В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической химии. -Мн.: Беларусь, 1982.- 368с. 9. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г. Метод определения каталазы // Лаб. дело.- 1988.- № 1.- С. 16-19. 10. Короткина Р.Н., Фотченков Е.П., Бабкина А.В. Антиоксидантное действие даларгина на печень в условиях острого холестаза в эксперименте // Пат.физ.и экспер.терапия.- 1990.- № 4.- С. 42-43. 11. Кузнецов В.А., Чуприн В.Г., Анисимов А.Ю. Молекулы средней массы до и после детоксикации у больных перитонитом // Хирургия.- 1993.- №9.- С. 12-15. 12. Мецциен І.Ф. Метод визначення окислювальної модифікації білків плазми крові // Буковинський медичний вісник.- 1998.- Т. 2, №1.- С. 156-158. 13. Мецциен І.Ф., Польовий В.П. Механізм окислювальної модифікації білків // Буковинський медичний вісник.- 1999.- № 1.- С.196-206. 14. Ойвин І.А. Статистическая обработка результатов экспериментальных исследований // Пат. физ и эксп. тер.- 1960.- №4.- С. 76-84. 15. Острый разлитой перитонит / Под редакцией А.И.Струкова, В.И.Петрова, В.С.Паукова; АМН СССР.- М.: Медицина, 1987.- 288 с. 16. Острый перитонит / А.А.Шалимов, В.И.Шапошников, М.П.Пинчук - К.: Наукова думка, 1981.- 288 с. 17. Петров В.И., Пауков В.С. Новое в проблеме патогенеза и лечения перитонита // Архив патол.- 1992.- Т. 54, N 1.-С. 30-36. 18. Glauser M.P., Zannett G., Baumgartner J.-D., Cohen J. Septic shock: pathogenesis // Lancet.-1991.- Vol. 338.- P. 732-736. 19. Habig W.H., Parst M.L., Jakoby W.B. Glutathione-S-transferase. The first enzymatic step in mercapturic acid formation // J. Biol. Chem.- 1974.- Vol. 249, № 22.- P. 7130-7139. 20. Tuncel P., Kogol E., Olbek R. et al. Effect of vitamin E and cimetidine on peritonitis - induced lipid peroxidation // Res.-Exp.Med.(Berl.).- 1997.- Vol. 197.,№4.- P. 235-241.

ANTIOXIDANT THERAPY IN EXPERIMENTAL GENERALIZED PERITONITIS

V.P.Poliyovi

Abstract. Generalised peritonitis in experiments on dogs causes an increase of processes of blood lipid peroxidation as well as an activation of the degree of the oxidation modification of blood plasma proteins which is a sensitive marker of endogenous intoxication. The development of generalised peritonitis caused an induction of antioxidant enzymes in the blood and liver (ceruloplasmin, catalase, glutathioneperoxidase, glutathione-S-transferase) at the reactive stage of the disease followed by a decrease of their content at the toxic stage.

Their level must be maintained by means of including a course of antioxidant therapy in multimodality treatment of such patients.

Key words: peritonitis, antioxidant enzymes, lipid peroxidation, protein oxidative modification, sodium thiosulfate, dalargin.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

УДК 611.846.1-053.1

Т.Б. Сикирицька

МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ М'ЯЗІВ ОЧНОГО ЯБЛУКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини (зав. – проф. В. М. Круцяк),
кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І. Ю. Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Досліджено особливості будови та топографо-анатомічні взаємовідношення м'язів очного яблука із суміжними структурами очної ямки у новонароджених людини. Встановлено, що м'язи вже мають дефінітивну форму і можуть виконувати окорухову функцію.

Ключові слова: м'язи очного яблука, новонароджені, людина.

Вступ. Рухи очей настільки звичайні, що ми це рідко відчуваємо. Вся робота окорухових м'язів дуже складна і точна, виконується вона узгоджено з роботою м'язів другого ока. Новонароджена дитина бачить почергово кожним оком, тому що контроль за роботою очних м'язів з боку головного мозку ще не встановився [5]. М'язи очного яблука у новонароджених розвинуті достатньо добре, крім сухожилкової частини [3]. Морфологічні особливості очей у пренатальному періоді свідчать, що органогенез продовжується і у постнатальному періоді [4]. За даними Э.С.Аветисова (1977) [1], у момент народження дитини її зорова система в загальних рисах за будовою наближається до зорової системи дорослої людини, але відрізняється структурною незрілістю. Знання особливостей будови окремих структур очей у дітей впродовж першого року життя має важливе значення у зв'язку із впровадженням ранніх хірургічних втручань у дітей перших місяців життя [2].

Мета дослідження. Вивчити особливості будови та топографо-анатомічні взаємовідношення м'язів очного яблука із суміжними структурами очної ямки у новонароджених людини.

Матеріал та методи. Методами звичайного і тонкого препарування за допомогою мікроскопа МБС-10 досліджено м'язи очного яблука на 28 трупах новонароджених людини. Препарування проводилось на фронтальних і сагітальних розтинах ділянки очної ямки. Морфометрія виконувалась мікрометром МКО.

Результати дослідження та їх обговорення. Морфологічні дослідження розвитку, становлення та топографо-анатомічних взаємовідношень м'язів очного яблука із суміжними структурами очної ямки у плодів наприкінці внутрішньоутробного періоду розвитку і новонароджених людини свідчать, що вони за своєю будовою набувають дефінітивної форми і можуть виконувати окорухову функцію. М'язи починаються, за винятком нижнього косоного м'яза ока, від спільного сухожилкового кільця, яке розташоване у дорсальній ділянці очної ямки. Сухожилкове кільце представлене ущільненими круговими сполучнотканинними волокнами, які тісно охоплюють стовбур зорового нерва і зрощені з окістям очного краю зорового каналу. Всі м'язи очного яблука представлені повздовжніми м'язовими волокнами, які покриті фасціальною оболонкою. У їх міофібрилах чітко виявляється поперечна смугастість. Верхній прямий м'яз ока починається короткими сухожилковими волокнами від спільного сухожилкового кільця над стовбуром зорового нерва. Топографо-анатомічно м'яз розміщений над очним яблуком. Одна третина присереднього його краю прикрита м'язом підіймачем верхньої повіки. М'яз закінчується невеликими сухожилковими волокнами на верхній поверхні зовнішньої оболонки очного яблука на відстані 5,5 – 6,0 мм від лімба. Відносно вертикального меридіану дві третини сухожилка досліджуваного м'яза розташовані ззовні, а одна третина – зсередини. Довжина м'яза дорівнює 24,0 мм, товщина – 1,5 мм, ширина біля сухожилкового кільця – 2,5 – 3,0 мм, а дистальний кінець розширюється до 5,0 мм. Бічний прямий м'яз ока починається від сухожилкового кільця збоку від стовбура зорового нерва. Сухожилок його зрощений із окістям внутрішньоочної ділянки верхньої очної щілини. М'яз направляється по бічній стінці очного яблука вперед і закінчується

короткими сухожилковими волокнами на зовнішній оболонці ока на відстані 6,5 – 7,1 мм від лімба. Довжина м'яза дорівнює 22,0 – 23,0 мм, товщина – 2,0 мм, ширина біля сухожилкового кільця – 3,0 мм, а на очному яблуці – 7,0 мм. Присередній прямий м'яз ока також починається від спільного сухожилкового кільця м'язів очного яблука медіально від стовбура зорового нерва. М'яз направляєтся вперед і досередини, охоплює очне яблуко з медіальної поверхні і, не доходячи 5,0 мм до лімба, закінчується невеликим сухожилком на очному яблуці. Довжина м'яза дорівнює 20,0 – 21,0 мм, товщина – 1,5 мм, а ширина – 5,0 мм. Нижній прямий м'яз ока починається від сухожилкового кільця під зоровим нервом. Його дистальний відділ розташований на нижній поверхні очного яблука над нижнім косим м'язом ока і закінчується коротким сухожилком на очному яблуці на відстані 6,0 – 6,5 мм від лімба. Довжина м'яза досягає 21,0 мм, товщина – 1,5 мм і ширина – 4,5 – 5,0 мм. Верхній косий м'яз ока починається від спільного сухожилкового кільця медіально від м'яза, що піднімає верхню повіку і між верхнім та присереднім прямими м'язами ока, направляєтся вперед і досередини. Біля медіальної частини верхньої стінки очної ямки м'яз перекидається через блокову ость, повертає донизу і латерально, закінчуючись на верхній поверхні зовнішньої оболонки очного яблука під верхнім прямим м'язом на рівні екватора. У місці прикріплення зовнішня частина м'яза має сухожилкові волокна, а внутрішня – тільки м'язові. Блокова ость представлена хрящовою тканиною. Довжина м'яза від початку до блокової ості дорівнює 23,0 – 24,0 мм, а від ості до місця прикріплення – 8,0 – 9,0 мм. Товщина його не перевищує 1,5 мм, а ширина – 4,0 мм. Нижній косий м'яз ока, на відміну від інших м'язів, починається від нижнього краю кісткової частини ямки слезового мішка. М'яз направляєтся латерально і донизу, пересікає знизу кінець нижнього прямого м'яза ока і закінчується на очному яблуці на рівні нижнього краю бічного прямого м'яза ока.

Висновки. У новонароджених людини всі м'язи очного яблука набувають дефінітивної форми, за винятком їх сухожилкової частини, але можуть виконувати окорухову функцію.

Література. 1. *Аветисов Э.С.* Содружественное косоглазие. - М.: Медицина, 1977. - 312 с. 2. *Азнобаев М.Т., Азнобаев Р.А., Аришкуллова И.В.* Методы и результаты экстракции катаракт у детей первых месяцев жизни // Вестник офтальмологии. - 1985. - Т.101. - С. 20-22. 3. *Мальцев Э.В.* Врожденная и наследственная патология в практике офтальмолога // Офтальмологический журнал. - 1983. - № 3. - С. 193-195. 4. *Силева Н.Ф., Черновал Л.В.* Некоторые морфологические особенности глаз в пренатальном периоде // IV съезд травматологов-ортопедов и I съезд анатомов, гистологов и эмбриологов Белоруссии. - Минск. - 1984. - Т. 2. - С. 157-158. 5. *Цинн У., Соломон Г.* Зрение, очки и контактные линзы / Перевод с английского Д. Рапопорт. - Санкт-Петербург-Москва-Харьков-Минск. - 1996. - 416 с.

MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE EYEBALL MUSCLES IN HUMAN NEONATES

T. B. Sykyrytska

Abstract. We have studied the peculiarities of the structure and topographo-anatomical interrelations of the eyeball muscles with the adjacent structures of the orbit in human neonates. It has been established that the muscles have already a definitive form and can perform the eye motor function

Key words: eyeball muscles; neonates, human being.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)