

глубоких ожогов составляла 4,8 %, поверхностных - 13,32 %. Ожоговая болезнь наблюдалась у 37 (44,6 %) детей.

При поступлении в стационар дети с ожоговым шоком госпитализировались в реанимационное отделение. Выполнялся туалет ожоговой раны и накладывались марлевые повязки с раствором фурацилина 1:1000. На 2-е сутки удалялись верхние слои марли, однослойная повязка обрабатывалась водным раствором йодопирона. Ожоговая рана осушивалась с помощью фена и вентилятора до образования струпа в течение 6-7 суток. Ежедневно производилась обработка йодопироном. Химическая некрэктомия выполнялась салициловой мазью в течение 1-3 суток.

После удаления струпа на гранулирующую поверхность в течение 6-7 суток накладывалась повязка с раствором антисептика.

Закрытие дефекта кожи осуществлялось методом аутодермопластики расщепленным лоскутом.

**Выводы:**

В младшей возрастной группе основной причиной поражения является ожог горячей жидкостью - у 67 (80,8 %) детей. Чаще поражались конечности – у 78 (94%) детей, грудная клетка - у 32 (38,6 %) детей и лицо - у 29 (34,9%) детей.

Открытое ведение ожоговой раны (под однослойной повязкой) является эффективным методом лечения. Его использование в течение 8 суток после поражения позволяет очистить рану от некроза и подготовить к пластике.

**Литература:**

1. БелМАПО. Каф. медицины катастроф. Экстренная медицинская помощь пострадавшим с тяжелой термической травмой (уч.-метод. пособие). 2002 г.
2. Хирургические болезни детского возраста. Под ред. А.И.Ленюшкина. 2006 г.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ**

*Горустович О. А., Волчкевич Д. А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность:** морфология сосудистой системы является достаточно актуальным направлением практической и теоретической современной медицины в силу острой проблемы сосудистой патологии современного общества.

**Цель исследования:** изучить половозрастные особенности строения артериальной системы человеческого организма.

**Методы исследования:** анатомическое препарирование, морфометрия, статистический метод.

**Объект исследования:** 11 трупов человека обоего пола разных возрастных групп.

**Полученные данные:** подмышечная артерия, диаметром  $7,15 \pm 1,69$  мм, является продолжением подключичной артерии. Ветвями подмышечной артерии являются:

1. Боковая грудная артерия, диаметром  $2,29 \pm 0,435$  мм, в 90% случаев отходила от подмышечной артерии, а в 10% она вообще отсутствовала. В двух случаях боковая грудная артерия брала начало одним стволом с грудоакромиальной артерией, а в одном случае исследуемый сосуд имел один корень с подлопаточной артерией.

2. Грудоакромиальная артерия, средним диаметром  $2,9 \pm 0,45$  мм, помимо классического отхождения от подмышечной артерии, брала начало общим стволом с боковой грудной артерией. В двух случаях источником грудоакромиальной артерии являлась подключичная артерия.

3. Передняя артерия, огибающая плечевую кость,  $2,8 \pm 0,97$  мм, в подавляющем большинстве случаев отходила самостоятельно от подмышечной артерии. В одном случае она брала начало общим стволом с задней артерией, огибающей плечевую кость.

4. Задняя артерия, огибающая плечевую кость, несколько крупнее передней одноименной артерии ( $3,56 \pm 0,58$  мм), в большинстве случаев отходила непосредственно от подмышечной артерии. В одном случае данный сосуд отсутствовал.

*Вывод:* проведенное исследование показало относительную постоянность ветвей подмышечной артерии. Полученные данные могут быть полезны практикующим врачам хирургических специальностей.

## **ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ И ПОСЛЕДУЮЩЕМ ОТОГРЕВАНИИ В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ**

*Глуткин С.В., Буксанов М.В., Глуткин А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.*

Восстановление живого организма после холодого воздействия остаётся актуальной задачей практической и теоретической медицины [Иванов К.П., 2002]. Известно, что при введении L-аргинина (в дозе 300 мг/кг, внутривенно, одномоментно) крысам отмечалось повышение холодовой устойчивости, уменьшение кислородной недостаточности [Zinchuk V.V., Dorokhina L.V., 2002], но не изучался эффект оксида азота в период отогревания, после холодого воздействия. Мелатонин может влиять на активность NO-синтаз, ингибируя уровень образования NO [Асуña-Castroviejo et al., 2005]. Целью настоящей работы является изучение влияния модификаторов L-аргинин-NO системы и мелатонина на ректальную температуру тела крыс в течение холодого воздействия и последующего их отогревания.

Эксперименты проведены на крысах-самцах массой 220-270 г. Катетеризировали наружную яремную вену животных для введения модификаторов L-аргинин-NO системы. Для проведения исследований нами использовался комбинированный метод создания искусственной гипотермии с последующим отогреванием животных. Крысы в период охлаждения и отогревания располагались в специальных боксах без непосредственного контакта с водой. Холодовое воздействие выполнялось в течение 120 минут при температуре воды  $19^{\circ}\text{C}$ , отогревание животных осуществлялось на протяжении последующих 120 минут при температуре воды  $32-35^{\circ}\text{C}$ , со средней скоростью отогревания  $0,06^{\circ}\text{C}/\text{мин}$ . Для модификации L-аргинин-NO системы использовались следующие вещества: субстрат синтеза оксида азота (NO) – L-аргинин (300 мг/кг), донор NO – нитропруссид натрия (50 мкг/кг), ингибитор NO-синтазы - Nw-нитро-L-аргинин метил эстер (40 мг/кг). Модификаторы L-аргинин-NO системы вводились внутривенно в течение вторых 60 минут охлаждения в объеме 1 мл. За 30 минут до холодого воздействия животным внутрибрюшинно вводился мелатонин (однократно 0,1, 1 и 10 мг/кг, а также 1 мг/кг ежедневно в течение 4 суток). Измерение температуры осуществлялось с помощью электротермометра ТПЭМ-1 через каждые 10 минут.

Введение L-аргинина привело к наименьшему снижению ректальной температуры в конце гипотермического периода ( $29,05 \pm 0,18^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0,05$ ) в сравнении с группой гипотермия ( $28,55 \pm 0,16$ ) и её наибольшему подъему в период отогревания ( $36,24 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0,001$ ) в сравнении с группой гипотермия/отогревание ( $35,36 \pm 0,11$ ). При введении мелатонина в больших дозах (однократно 1 и 10 мг/кг, и 1 мг/кг ежедневно в течение 4 дней) наблюдалось наименьшее снижение температуры тела ( $29,09 \pm 0,19$ ,  $p < 0,05$ ,  $29,23 \pm 0,15$ ,  $p < 0,01$ ,  $29,15 \pm 0,15^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0,05$ , соответственно). Наибольшая величина ректальной температуры в конце периода отогревания