

метод свободных описаний, контент-анализ и метод корреляционных плеяд.

По результатам исследования мы выяснили, что образ больного в представлениях студентов первого, пятого курсов и врачей имеет существенные отличия. В начале обучения студенты имеют четко выраженное положительное отношение к больному, при этом мало представляя себе взаимодействие с будущими пациентами, с увеличением срока обучения положительное отношение меняется на отрицательное, при этом возрастает точность и дифференцированность восприятия образа больного, а в процессе работы с реальными больными в медицинских учреждениях отношение становится более дифференцированным, негативность и позитивность оценки качеств больного нивелируется, врачи оценивают больного чаще всего с точки зрения взаимодействия в лечебном процессе.

Анализ структур представлений об образе больного позволяет заключить, что медицинские работники, независимо от их профессионализации, оценивают больного, как человека, находящегося в негативном эмоциональном состоянии, с проблемами в сфере волевой саморегуляции. Это может говорить о представлениях врачей о больном, как о человеке, который находится в подавленном состоянии и не способен бороться с болезнью. В связи с тем, что собственные усилия пациента для имеют огромное значение для скорейшего выздоровления, эта тенденция в восприятии больного врачами может иметь крайне негативное значение для успешности лечебного процесса, в связи с чем приобретает большое значение коррекционная работа, направленная на формирование социально-психологической компетентности медицинских работников.

Литература:

1. Дроботова, Е.В. Динамика профессионального самосознания на разных этапах профессионализации личности // Белорусский псих. журнал, №3, 2006 г. – С. 59-64.
4. Копылова, Н.В. К вопросу о становлении личностно-профессиональных качеств будущего специалиста // Мир психологии, № 1, 2005 г. – С. 162-170.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВОСХОДЯЩИХ ПОЯСНИЧНЫХ ВЕН

Клюй Е.А., Баешко А.А., Вартанян В.Ф., Маркауцан П.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь

Восходящие поясничные вены (ВосхПВ), устья которых, как правило, располагаются у общих подвздошных вен (уровень L_{IV} - L_V), проходят

справа и слева от поясничных позвонков и, направляясь вверх, широко анастомозируют с поясничными венами, а также с венами крестцового сплетения, боковыми крестцовыми и подвздошно-поясничными венами. ВосхПВ, проникая между медиальными и промежуточными ножками диафрагмы в заднее средостение (уровень Th_{XII}), формируют непарную вену с правой стороны и полунепарную – с левой. Непарная вена дренируется в верхнюю полую вену, таким образом, обеспечивается связь верхней и нижней полых вен (кава-кавальный анастомоз) [1]. Система непарной и полунепарной вен, включающая восходящие поясничные вены, играет важную роль в коллатеральном оттоке при нарушении проходимости нижней полых вен. Функциональные возможности пояснично-непарной-полунепарной системы могут колебаться в широких пределах, что зависит от степени развития первичной венозной сети (возможно полное отсутствие связи непарной и полунепарной вен, с нижней полых веной из-за несформированности восходящих поясничных вен). Спиральная компьютерная томография (СКТ) дает возможность получить объективную и полную ценную информацию о вариантной анатомии сосудов.

Цель исследования – изучение топографической рентгенанатомии правой и левой ВосхПВ на основании данных СКТ с контрастным усилением.

Материал и методы

Проведен анализ результатов данных СКТ – ангиографии 84 пациентов обоего пола в возрасте от 22 до 83 лет (ср. $57 \pm 4,5$ лет), обследованных в связи с заболеваниями органов грудной и брюшной полости не связанных с нарушением проходимости магистральных сосудов (ТЭЛА, пневмония, аневризма аорты, и др.). Сканирование проводили на спиральном компьютерном томографе «HiSpeed CT/I» (General Electric Medical Systems) на фоне внутривенного усиления (болюсное введение 100 мл 0,35% Omnipaque с использованием автоматического иньектора, задержка 70 сек). Для ручной морфометрии была использована программа Scion Image версия 4.0.2. Сканирование проводили на спиральном компьютерном томографе «HiSpeed CT/I» фирмы «General Electric» (США). Статистический анализ всех полученных данных выполнялся с помощью лицензионной программы Statistica 10, методами вариационной статистики, параметрическими (t-критерий Стьюдента) и непараметрическими методами (тест Мана-Уитни), применялось вычисление средних величин. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты и обсуждение

При анализе срезов КТ у пациентов без нарушения проходимости по нижней полых вене, ВосхПВ определялись не у всех обследуемых, в отличие от полученных нами результатов при имеющемся затрудненном оттоке крови по вышеупомянутому магистральному сосуду. Контрастирование ВосхПВ на протяжении от L_I до L_{IV} получено справа у 62 (77,5%) пациентов, слева у 59 (73,8%). Отсутствие визуализации исследуемых сосудов у

22,5% – 26,2% обследованных, позволяет предположить минимальный кровоток в них при нормальных размерах нижней полой вены. Полученное нами 100% контрастирование ВосхПВ в ситуациях с наличием различной степени и уровня окклюзии нижней полой вены указывает на определенную роль их в обеспечении окольного кровотока. Имеются литературные источники, в которых утверждается, что направление тока крови в ВосхПВ в физиологических условиях имеет нисходящий (каудальный) путь и становится восходящим (краниальным) лишь в случаях окклюзии нижней полой вены [2]. Статистически достоверной разницы в диаметре в зависимости от уровня и пола пациентов не отмечалось. ВосхПВ во всех наблюдениях располагались на передней поверхности тел поясничных позвонков справа и слева от средней линии. Истоки их находились у общих подвздошных вен, в некоторых случаях около ВосхПВ наблюдалось один – два рядом расположенных сосуда сходного размера, поднимающихся краниально рядом с ВосхПВ и сливающихся с ними к уровню $L_1 - Th_{XII}$. Диаметр левой ВосхПВ колебался от 0,5 до 5,8 мм, в среднем составил $2,3 \pm 0,1$ мм, правой – от 0,7 до 5,3 мм, в среднем $3,1 \pm 0,2$ мм.

ВосхПВ на уровне $Th_{XII} - L_1$ сливаясь с 12-ой межреберной веной, формировали непарную и полунепарную вены. Основные характеристики ВосхПВ представлены в таблице 1.

Таблица 1- Характеристика ВосхПВ в зависимости от стороны

Сторона Критерии	Правая	Левая
Контрастирование	77,5% обследованных	73,8% обследованных
Расположение	Справа от средней линии вдоль тел поясничных позвонков	Слева от средней линии вдоль тел поясничных позвонков
Диаметр	от 0,7 до 5,3 мм (ср. $3,1 \pm 0,2$ мм)	от 0,5 до 5,8 мм (ср. $2,3 \pm 0,1$ мм)

Выводы.

1. Контрастирование восходящих поясничных вен на протяжении от L_1 до L_{IV} получено справа у 62 (77,5%) пациентов, слева у 59 (73,8%).
2. Диаметр левой ВосхПВ в среднем составил $2,3 \pm 0,1$ мм, правой – $3,1 \pm 0,2$ мм.
3. Отсутствие или недостаточный диаметр ВосхПВ в 22,5-26,2% позволяет предположить минимальный кровоток в них при нормальных размерах нижней полой вены.

Литература:

1. Флебология: руководство для врачей / Савельев В.С. [и др.] под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – С.46–49.
2. Flow direction of ascending lumbar veins on magnetic resonance angiography and venography: would “descending lumbar veins” be a more precise name physiologically? /Satoru Morita [et al.] // *Abdom Imaging* – 2007. – 32:749–753.
3. Plaisant, O. The lumbar vein at L2 and the reno-azigo-lumbar arch: anatomic and radiologic studies / O. Plaisant [et al.] // *Morphologie*. – 1999. – Mar. 83(260). – P.75–81.
4. Venieratos, D. Variations of the iliac and pelvic venous systems with special attention to the drainage patterns of the ascending lumbar and ilio-lumbar veins / D. Venieratos [et al.] // *Ann Anat.* – 2012. – Jul; 194(4). P. 396–403.

ТОПОГРАФО – АНАТОМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НЕПАРНОЙ И ПОЛУНЕПАРНОЙ ВЕН

Клюй Е.А., Баяшко А.А., Тихон С.Н., Дечко В.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь

Известно, что система непарной – полунепарной вен является основным обходным путем, объединяющим в единое целое верхнюю и нижнюю полые вены [1]. Непарная (НВ) и полунепарная (ПНВ) вены располагаются на передне-боковой поверхности тел грудных позвонков, являясь продолжением восходящих поясничных вен выше диафрагмы, принимают в себя верхние диафрагмальные вены, задние межреберные вены, а также висцеральные притоки от пищевода, бронхов, перикарда, средостения. Слева имеется связь полунепарной вены с левой почечной веной (дуга Лежара) [3,4]. Степень участия системы непарной вены в развитии коллатерального кровообращения связана с формой ее индивидуальной изменчивости. Использование спиральной компьютерной томографии (СКТ) позволяет получить объективную и полноценную информацию о системе непарной – полунепарной вен.

Цель исследования – изучение индивидуальной изменчивости НВ и ПНВ на основании данных СКТ с контрастным усилением.

Материал и методы. Проведен анализ результатов данных СКТ – ангиографии 84 пациентов обоего пола в возрасте от 22 до 83 лет (ср. $57 \pm 4,5$ лет), обследованных в связи с заболеваниями органов грудной и брюшной полости (ТЭЛА, пневмония, аневризма аорты, и др.). Сканирование проводили на спиральном компьютерном томографе «HiSpeed CT/I» (Gen-