

зателя высоты величину высотного диаметра умножают на 100 и делят на величину продольного диаметра.

Выделяют 4 степени пневматизации пазухи лобной кости: 1) хорошая, 2) умеренная, 3) слабая, 4) пневматизация полностью отсутствует.

В зависимости от соотношения между сагиттальным (продольным) и вертикальным размерами турецкого седла различают: 1) плоское – преобладает продольный размер, 2) круглое – продольный размер равен вертикальному, 3) глубокое – преобладает вертикальный размер.

По высоте спинки турецкого седла (в сравнении с его бугорком) могут быть следующие варианты: 1) минус вариант – низкая спинка, 2) нулевой вариант – средняя, 3) плюс вариант – высокая.

По пневматизации пазухи основной кости различают: 1) отсутствие пневматизации, 2) пневматизация передней трети, 3) пневматизация до уровня середины дна турецкого седла, 4) пневматизация до уровня задней стенки турецкого седла, 5) пневматизация всей пазухи и спинки турецкого седла (И. Г. Лагунова, 1981).

Различают следующие виды прикуса: 1) прогнатия (перекрывание верхними резцами коронок нижних более чем на 1/3 величины коронки), 2) ортогнатия (перекрывание верхними резцами коронок нижних до 1/3 величины коронки), 3) ортогения или прямой прикус (верхний ряд передних зубов своим режущим краем касается режущего края нижних зубов), 4) прогения (выступание вперед нижней челюсти).

По выраженности наружного затылочного бугра можно различить следующие варианты: 1) хорошо выражен, 2) умеренно выражен, 3) не выражен.

Математические расчеты показывают, что вероятность встречи двух электрорентгенограмм, одинаковых по всем классификационным признакам с учетом разделения на мужские и женские, составит около 1 на 13000, что вполне достаточно для успешного применения предложенной классификации при сравнительных исследованиях рентгенограмм и в случае возможного использования профильных электрорентгенограмм головы как дополнительного метода уголовной регистрации.

Предлагая данную классификацию, мы не считаем ее абсолютно исчерпывающей и допускаем возможность ее уточнений и дополнений.

ФАКТОРЫ РИСКА ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ ТЕЛА МАТКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Гаврош А.В., Рыжкова Н.Ю., Войтас Т.Н., Буденис О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гутикова Л.В.

Воспалительные заболевания придатков тела матки отличаются длительным, рецидивирующим течением и могут приводить к нарушению трудоспособности [1–3]. Лечение этой патологии продолжительное, требующее повторных госпитализаций, применения широкого арсенала лекарственных средств, физиотерапии и санаторно-курортного лечения, поэтому представляется актуальным и научно обоснованным изучение причин, приводящих к обострению воспалительных заболеваний для предотвращения развития патологии.

Цель исследования: определить основные причины обострения воспалительных заболеваний придатков тела матки и разработать меры профилактики этой патологии.

Материалы и методы исследования. Для реализации цели проведен анализ 43 историй болезни и анкетных данных пациенток (с диагнозом аднексит), находящихся на лечении в гинекологическом отделении УЗ «ГКБСМП» в 2009 году.

Результаты исследования. По нашим данным, 74,4% обследованных женщин имели обострение хронического аднексита, а 25,6% – острый аднексит. Средний возраст женщин, имевших данное заболевание, составил $25 \pm 1,2$ лет. Начало половой жизни у 76,6% женщин

отмечено в возрасте 16–19 лет. Среди методов контрацепции преобладали барьерный метод (34,9%) и отсутствие предохранения от беременности. Большинство пациенток указывают на переохлаждение или перенесенную ОРВИ (55,8%). Среди жалоб у женщин с острыми аднекситами преобладали острые боли внизу живота и повышение температуры, пациентки с обострениями хронического аднексита, помимо этого, предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла. В структуре гинекологической патологии чаще преобладали эрозия шейки матки (34,9%) и кисты яичников (25,6%). При обострении хронического аднексита самостоятельно лечились вне стационара на дому 56,25% женщин, 62,5% женщин получали лечение в условиях женской консультации. Промежуток времени от первых проявлений обострения аднексита до поступления в стационар составлял более 24 часов (в 75% случаев). У 68,8% обследованных женщин обострение хронического аднексита встречалось 2–3 раза в год. В 55,8% случаев нами обнаружены изменения в мазках, а именно: кокки, хламидии, «ключевые клетки», коккобациллярная флора.

Выводы. На основании проведенных исследований мы определили факторы риска обострения хронического аднексита: 1) раннее начало половой жизни; 2) перенесенная ОРВИ или переохлаждение; 3) эрозия шейки матки в анамнезе; 4) лечение дома.

По результатам проведенных исследований нами разработаны меры профилактики обострения воспалительных заболеваний придатков тела матки: 1) лечение обострения патологии строго в условиях стационара; 2) нивелирование фактора переохлаждения и респираторных заболеваний; 3) санитарно-просветительная и воспитательная работа в условиях женских консультаций в группах повышенного риска о последствиях воспалительных заболеваний гениталий; 4) назначение антиоксидантов (токоферол, ретинол, аскорбиновая кислота) и поливитаминотерапии.

Литература:

1. Сидорова, И.С. Воспалительные заболевания внутренних половых органов: Практическая медицина / И.С.Сидорова, И.О.Макаров, Н.А.Шешукова. – Москва, 2007. – 75с.
2. Василевская, Л.Н. Гинекология / Л.Н.Василевская, В.И.Грищенко, Н.А.Щербина, В.П.Юровская. – Ростов-на-Дону «Феникс», 2002. – 570 с.
3. Краснопольский, В.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Шукина. – Москва «МЕДпресс» , 1999. – 258 с.

СЛУЧАЙ ОТХОЖДЕНИЯ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ОТ БРОНХОЛЕГОЧНОГО СТВОЛА

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – профессор Околокулак Е.С.

Аномалии ветвей аорты тесно связаны с развитием и инволюцией аортальных дуг эмбриональных жаберных артерий в эмбриональном периоде. У человека в процессе онтогенеза закладываются аортальные дуги, которые затем преобразуются в артерии большого и малого кругов кровообращения. В области жаберных дуг восходящие и нисходящие аорты соединяются посредством 6 пар аортальных дуг. В дальнейшем часть аортальных дуг и часть нисходящих аорт, особенно правой, редуцируется, а из оставшихся первичных сосудов развиваются крупные присердечные и магистральные артерии. Дуга аорты образуется при слиянии левой 4-й аортальной дуги вместе с левой восходящей аортой и частью левой нисходящей аорты. Дуга аорты имеет 3 основные ветви: бронхолегочный ствол, который является самой первой и мощной ветвью, и от которого отходят правая общая сонная и правая подключичная артерии; левая общая сонная артерия и левая подключичная. Truncus brachiocephalicus исходит из проксимального отрезка правой нисходящей аорты. Левая подключичная артерия вырастает из левой нисходящей аорты.