

«кровавых слёз». Аналогично этому болезнь неотреагированных эмоций – то же, что гипертоническая болезнь, болезнь святого Лазаря – проказа, бред прикосновения – выраженная бактериофобия, большой рот – макростомия и т.п. Метафора обеспечивает более быстрое и прочное запоминание.

Довольно часто в различных областях медицинских знаний можно встретить одни и те же выражения. Например, словосочетание «чудесная сеть» используется при описании строения сетчатки, гистоструктуры печени и сосудов почки, «бамперный перелом» - в судебной медицине и травматологии и т.п. Однако, например, выражение «амфорическое дыхание», употребляемое в пульмонологии и фтизиатрии, имеет два самостоятельных значения, которые обусловлены различиями в патогенезе заболеваний.

Одно и то же терминологически устойчивое выражение может иметь несколько значений. Например, *волосатый чёрный язык* – 1) в дерматовенерологии – *гиперкаретоз нитевидных сосочков*; 2) в гастроэнтерологии – *одна из форм глоссита*.

В изучении русского языка иностранным студентам-медикам может помочь словарь-справочник метафор и терминологически устойчивых выражений [1], которыми активно пользуются врачи-практики различных специальностей при описании симптомов, синдромов, заболеваний, которые встречаются в медицинской практике, а также методы их диагностики и лечения.

Изучение метафор и терминологически устойчивых выражений всегда вызывает интерес, активизирует систему языковых ассоциаций, помогает выделять новую для студентов-иностранцев систему понятий и ценностей, способствуя тем самым полноценному овладению языком.

Литература

1. Метафоры и терминологически устойчивые выражения в медицине: Словарь-справочник / Авт.-сост. А.П.Дьяченко. – Минск, 2003г.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

Волчкевич Д. А., Горустович О. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: Хирургическое вмешательство сегодня является основным методом лечения васкулярной патологии. Для того, чтобы максимально увеличить точность действий врача и этим снизить время операции, специалисту необходимы твердые знания в области топографической анатомии сосудов.

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: проведенное исследование подтвердило классическое описание источников подключичной артерии. Так, левая а. subclavia всегда брала начало от дуги аорты, в то время как правая – от плечеголового ствола. Однако следует отметить, что левый сосуд несколько крупнее ($8,6 \pm 0,89$ мм) правого ($8,0 \pm 1,12$ мм).

От подключичной артерии отходит ряд крупных ветвей: позвоночная артерия, щитошейный ствол, реберношейный ствол.

Позвоночная артерия диаметром $2,7 \pm 1,04$ мм как справа, так и слева всегда являлась ветвью подключичной артерии. Однако была установлена вариабельность

уровня отхождения исследуемого сосуда. В 85,5% случаев а. vertebralis начиналась на уровне шестого шейного позвонка, в 12,5% – на уровне С₅ позвонка, в 1,5% – на уровне С₄ позвонка, в 0,5% – на уровне третьего шейного позвонка.

Щитошейный ствол, диаметром 2,65±0,58мм, в 96% случаев отходил от первого отдела подключичной артерии. В оставшихся случаях – от ее второго отдела.

Реберношейный ствол, диаметром 2,71±0,32мм, в 41% случаев брал начало от первого отдела подключичной артерии, а в 59% – от второго отдела. В литературе описаны случаи начала реберношейного ствола от внутренней грудной артерии (Кованов, 1974).

Внутренняя грудная артерия, диаметром 2,52±0,33мм, в 84% случаев начиналась непосредственно от подключичной артерии, в 10% она отходила от щитошейного ствола, и в 6% данный сосуд отсутствовал.

Поперечная артерия шеи, диаметром 2,37±0,31мм, в 83% случаев отходила от подключичной артерии, в 13% – от щитошейного ствола, в 4% – от реберно-шейного ствола.

Редкими ветвями подключичной артерии являлась нижняя щитовидная артерия (в 1 случае), и грудокраниальная артерия (в 2 случаях).

Вывод: проведенное исследование показало незначительную изменчивость ветвей подключичной артерии, а также установило редкие варианты отхождения ряда артерий пояса верхней конечности, что необходимо иметь в виду при проведении оперативных вмешательств на данной области тела человека.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Войтехович В.И., Ериш Т.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хлебовец Н.И.

Пиелонефрит (ПЕН) микробновоспалительное заболевание почек с поражением чашечно-лоханочной системы, интерстициальной ткани паренхимы почек и канальцев. По данным разных авторов, ПЕН обнаруживают у 2-3% взрослых (на аутопсийном материале морфологические признаки ИН и ПЕН выявляют у 15% взрослых), в 50-70% случаев болезнь начинается в раннем детстве [1].

По данным современных исследований, у подавляющего большинства больных ПЕН имеются нарушения уродинамики, то есть затруднения или нарушения естественного тока мочи. При этом считают, что нарушения уродинамики предшествуют возникновению ПЕН. Именно восходящий (уриногенный) путь инфицирования и является ведущим в попадании возбудителя сначала в лоханки, затем в канальцы, интерстиций почки. Объяснение, каким образом при постоянном токе мочи вниз микробы попадают в почку, дает учение о рефлюксах (рефлюкс - обратное течение). Рефлюксы представляют собой патологическое явление, возникающее в результате анатомических дефектов, препятствующих току мочи, или нарушение нервной регуляции тонуса мускулатуры разных отделов мочевыводящей системы. В восходящем инфицировании почки придают основное значение пузырно-мочеточниковому рефлюксу (МПР). Различают 5 степеней МПР.

МПР может быть обусловлен анатомическими дефектами (дивертикул или удвоение уретера; эктопия мочеточника; короткая внутримышечная часть уретеры – клапан уретеры, патология мышц и нервных окончаний в области треугольника Льебо);