

Не обнаружено каких-либо достоверных связей между данными исследования с помощью указанных выше психодиагностических методик и принадлежностью испытуемого к той или иной специальности, полу, возрастному диапазону.

Сопоставление результатов исследования с помощью ТНА и шкалы Зунга выявило лишь умеренную корреляционную связь между уровнем психологической дезадаптации и выраженностью депрессивных переживаний.

С целью более точной классификации испытуемых был проведен кластерный анализ на основе показателей ТНА и шкалы Зунга. В результате проведенной кластеризации выделены две группы испытуемых, находящихся на значительном расстоянии друг от друга. Первая группа состояла из 132 чел. (30%), вторая - из 303 чел. (70%). Анализ межгрупповых различий в показателях методик ТНА и шкалы Зунга показал, что первая группа отличается достоверно более высокими значениями показателей по обоим указанным методикам. Учитывая значительную величину евклидова расстояния между группами, первая группа испытуемых может квалифицироваться как группа риска по развитию нарушений психологической адаптации. Данная группа врачей не имеет каких-либо специфических особенностей в плане пола, возраста, стажа и принадлежности к какой-либо специальности. Анализ перцентильных границ значений показателей ТНА и шкалы Зунга в каждой из обеих групп позволил выделить критерии отнесения испытуемого к указанной группе риска.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак

Сложные оперативные вмешательства на сонных артериях, включая резекцию артерии с последующим анастомозированием «конец в конец», либо замещением при аневризмах сонных артерий и удалении опухолей шеи с вовлечением каротидных артерий, диктуют необходимость расширения знаний о вариантной анатомии данных кровеносных сосудов. У 16-26% взрослого населения выявляются различные варианты удлинения и извитости сонных или позвоночных артерий на шее.

Цель исследования – оценка имеющихся данных о вариантной анатомии сонных артерий по материалам отечественных и зарубежных изданий.

Объект исследования – 10 источников: 3 отечественной и 7 зарубежной литературы.

В общей сонной артерии, как в правой, так и в левой, принято различать три отдела: 1) от грудино-ключичного сочленения до нижнего края верхнего брюшка лопаточно-подъязычной мышцы, 2) от нижнего края лопаточно-подъязычной мышцы до места деления общей сонной артерии, и 3) собственно место бифуркации общей сонной артерии. Длина ствола общей сонной артерии колеблется в зависимости от расположения дуги аорты и плечеголового ствола. Правая общая сонная артерия составляет 6-13 см., левая 9 – 16 см. Наибольшая длина встречается у мужчин в возрасте от 25 до 44 лет и у женщин в возрасте от 17 до 24 лет.

НАРУЖНАЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ.

В наружной сонной артерии различают два основных отдела: от бифуркации общей сонной артерии до заднего брюшка двубрюшной и шилоподъязычной мышцы; и от указанной мышцы до уровня деления наружной сонной артерии на ее конечные ветви – верхнечелюстную и поверхностную височную артерию. Наружная сонная артерия может располагаться над-, под – или позади внутренней сонной артерии.

Крайне редко существует вариант, при котором основной ствол наружной сонной артерии отсутствует. Такой вариант считается состоявшимся, если основные ветви наружной сонной артерии отходят от общей сонной артерии, а собственно ствол данной артерии отсутствует (М.А.Тихомиров, 1900г.).

ВНУТРЕННЯЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ – основная артерия, несущая кровь в интракраниальные отделы черепа и кровоснабжающая головной мозг. Артерия начинается от бифуркации общей сонной артерии и до входа в наружное сонное отверстие ветвей не имеет. По топографо-анатомическому положению принято выделять 4 отдела внутренней сонной артерии: 1) шейный, 2) канальный, 3) пещеристый, 4) внутричерепной. Длина внутренней сонной артерии, от бифуркации до входа в сонный канал, составляет в среднем 5,8 см, от бифуркации до угла нижней челюсти около 2,8 см, от бифуркации до заднего брюшка двубрюшной мышцы 2,7 см. Внутренняя сонная артерия располагается в одноименном костном канале, который закладывается еще во внутриутробный период жизни и после рождения практически не изменяется. Окончательное формирование канала заканчивается к 18-19 годам. Длина отрезка внутренней сонной артерии в канале колеблется от 5 до 30 мм, составляя в среднем 10 – 15 мм.

Одним из наиболее малоизученных и загадочных заболеваний сонных артерий является патологическая извитость. Виды патологической извитости сонных артерий: кинкинг, койлинг, удлинение артерии. Описание этих феноменов требует большей детализации и расширения знаний о вариантной анатомии сонных сосудов.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ДУГИ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак

Изучение новых особенностей анатомического строения дуги аорты и ее ветвей не теряет актуальность в настоящее время.

Цель исследования - обобщить имеющиеся данные об анатомии дуги аорты и её ветвей в отечественной и зарубежной литературе.

Объектом исследования послужили 11 литературных источников.

Анализ многочисленных исследований скелетотопии дуги аорты позволяет сделать вывод, что с возрастом она изменяется как в диаметре, так и в проекции по отношению к окружающим образованиям. Доказано, что чем старше человек, тем ниже располагается дуга аорты. У плода она находится на уровне устья плече-головного ствола, а в возрасте 25 – 30 лет дуга аорты проецируется на ThIII, при этом в возрасте 40 – 55 лет на межпозвоночный хрящ ThIV и на уровень ThIV и ThV в более старшем возрасте.

Г.А.Соколов (1965) выделил три основные формы дуги аорты:

1) нисходящую – наибольшая кривизна дуги аорты приходится на начало ее среднего изгиба, на остальном протяжении она как бы расправляется и плавно переходит в нисходящую аорту;

2) равномерно изогнутую – аорта плавно переходит сначала в дугу, затем в нисходящую часть;

3) восходящую – место наибольшей кривизны дуги аорты приходится на начало левой подключичной артерии или на дистальную часть дуги. Нисходящая форма, как