

вносит елемент упорядоченности, надійності і достовірності отримуваної інформації.

Предметом розробки і впровадження автоматизованих форм обробки інформації в Полтавському онкодиспансері є задача «Стационар».

Система розробляється з урахуванням питань громадського характеру: зміст накопичуваної інформації відповідає міжнародним стандартам: при кодуванні використовується міжнародний кодифікатор (Статистична класифікація захворювань, травм і причин смерті — МКБ — 9), розробка ведеться на ПК IBM PC AT з використанням системи управління базами даних (СУБД) FOXPRO. вхідним документом створюваної інформаційної системи «Стационар» є затверджена статистична форма, «Історія захворювання», «Карта амбулаторного хворого».

Впроваджена система «Стационар» полегшила роботу служб підрозділів, практичних лікарів, внісла елемент упорядоченности, надійності і достовірності отримуваної інформації.

## РОЛЬ СЕРЕДНЬОЇ НОСОВОЇ РАКОВИНИ У РОЗВИТКУ СИНУЇТІВ

*С.Б.Безшапочний, В.В.Лобурець, Ю.В.Гаврилук*

*Державний медичний стоматологічний інститут, м.Полтава, Україна*

Однією з найпоширеніших причин, що сприяють розвитку запальних процесів біля носових пазух, є порушення їх дренажної функції, яке може виникати внаслідок різних топографо-анатомічних відхилень носової порожнини /викривлення, шипи, гребні та синехії носової перегородки, гіпертрофія передніх решітчастих клітин та ін./ . При цьому безпосередньою перешкодою на шляху відтоку вмісту пазухи є середня носова раковина, на що вказує ряд дослідників.

Ціллю нашого дослідження було з'ясування ролі особливостей будови середньої носової раковини та її взаєморозташування стосовно анатомічних структур бокової стінки носової порожнини у розвитку патології біляноскових пазух. Проведені морфологічні та клінічні дослідження.

В морфологічній частині роботи проведені розтини голів трупів людей різних вікових груп. У середній носовій раковині досліджувались такі параметри: 1 /форма; 2

/довжина;3 /висота;4 /товщина;5 /відстань від міста кріплення до передньої черепної ямки;6 /наявність власної клітчастої структури;7 /наявність базальної пластинки;8 /форма лінії кріплення середньої носової раковини. У клінічній частині дослідження проводилась пневмотахометрія, синусоскопія та назальна ендоскопія здорових людей а також хворих на гострі, рецидивуючі та хронічні форми параназальних синуїтів.

Аналіз результатів дослідження показав, що середня носова раковина має досить великий діапазон топографо-анатомічних варіантів будови. У більшості випадків при хронічних та рецидивуючих формах синуїтів має місце морфофункціональні порушення носової порожнини. Усунення цих порушень, яке досягалось завдяки проведенню різних хірургічних втручань, в більшості випадків призводило до усунення синуїту, навіть без традиційного використання антибактеріальної терапії.

Результати дослідження дозволили розробити клінічну класифікацію середньої носової раковини та носової порожнини, яка допомагає у визначенні найбільш оптимальної техніки ендоназальних хірургічних втручань.

## **СПОСОБ ИЗВЛЕЧЕНИЯ РЕСНИЧНОГО УЗЛА ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

***С.В.Билай, Т.В.Петухова***

*Полтавский государственный медицинский  
стоматологический институт г.Полтава, Украина*

Изучению ресничного узла, как части вегетативной нервной системы, посвящено большое количество работ отечественных и зарубежных авторов.

Однако в настоящее время в литературе недостаточно внимания уделяется методу изъятия пораженного цилиарного узла, известного в медицинской литературе под названием синдром Оппенгейма.

Целью наших исследований является изучение подробной топографии и особенностей структурно-функционального строения узла, которое поможет разработать метод обезболивания ресничного узла.

Основным способом исследования послужил метод анатомической препаровки.

Объектами исследования были препараты изолирован-