

кул неэлиминированных препаратов с созданием депо препарата в пораженном участке легкого.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КРЫЛОНЕБНОГО УЗЛА ЧЕЛОВЕКА

Горская Т.В., Цыбулькин А.Г.

*Московский государственный
медико-стоматологический университет
Москва, Россия*

Целью нашего исследования является изучение строения и выявление индивидуальных различий в крылонебном узле человека.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на 20 сериях крылонебных узлов человека в возрасте до 40 лет, окрашенных геметоксилин-эозином (10 серий), по Маллори (10 серий) с последующей трехмерной реконструкцией по гистотопограммам.

Результаты исследования

Применение данного метода позволило определить, что крылонебный узел представляет собой расширенное продолжение большого каменистого нерва, который является единственным корешком узла. Большая часть перикарионов клеток узла составляет довольно плотное скопление, профиль которого на гистотопограммах приближается к овалу. Узел окружен выраженной соединительнотканной капсулой, пучки коллагеновых волокон которой являются непосредственным продолжением эпиневрия большого каменистого нерва. Вместе с тем коллагеновые волокна периневрия и эндоневрия последнего проникают в узел и пролегают далее между нейронами, формируя для каждого из них соединительнотканную капсулу. По всей поверхности узла они подкрепляются пучками коллагеновых волокон, внедряющихся в узел из его капсулы.

Большой каменистый нерв, при вступлении в крыловидно-небную ямку сквозь крыловидный канал, или уже в самой ямке, содержит среди нервных волокон сначала отдельные нейроны, а затем группы нервных клеток, вливающиеся в общую массу узла. При этом он разделяется сначала на относительно крупные, затем на более мелкие пучки, а те — на группы волокон, следующие в соединительнотканых прослойках внутри узла, среди его нейронов. Из массы нейронов крылонебного узла выдвигаются различной величины и формы «отростки», в которых по мере удаления от узла становится все меньше и меньше клеточных тел, так что остаются только пучки нервных волокон.

Как можно заключить, анализируя трехмерные реконструкции, указанные пучки волокон протягиваются к ветвям верхнечелюстного нерва: задним верхним носовым и небным нервам. К последним ветви узла следуют как в сторону большого небного канала, так и в обратном на-

правлении, отчего т.н. узловые ветви верхнечелюстного нерва можно рассматривать как начальные участки небных нервов. Они не только не проникают в узел, но пролегают от узла на значительном в сравнении с размерами объекта расстоянии, отделяясь от него волокнистой соединительной и жировой тканью.

По данным трехмерной реконструкции, передняя поверхность узла по форме напоминает треугольник, а весь узел — четырехгранную пирамиду (тетраэдр), в одну из вершин которой входит парасимпатический корешок, а из трех вершин выходят упомянутые ранее ветви узла. Диаметр большого каменистого нерва при вступлении в крылонебный узел на разных препаратах составляет 9,7 - 1,45 мм, диаметр восходящей ветви крылонебного узла к небным нервам составляет 0,6 — 1,3 мм, а нисходящей — от 0,7 мм до 1,2 мм, но она может быть множественной. К задним верхним носовым нервам обычно направляется ряд более тонких ветвей узла — от 100 до 300 мкм в диаметре.

Характерной особенностью крылонебного узла является то, что его прободает сосудисто-нервный пучок, состоящий из глубокого каменистого нерва и тонких артерий, происходящих из системы верхнечелюстной артерии и являющихся источниками кровоснабжения узла. Указанный сосудисто-нервный пучок может только вдаваться в клеточную массу крылонебного узла, так что последний охватывает его с трех сторон, но чаще он окружен узлом со всех сторон. В любом случае пучок отделен от капсулы узла волокнистой соединительной и жировой тканью.

Индивидуальные различия в строении крылонебного узла, выявляемые на изученных нами препаратах, состоят, прежде всего в том, что в одних случаях почти все нейроны узла собраны в единое компактное образование, от которого отходят одиночные ветви по упомянутым выше направлениям. Такое строение узла можно назвать концентрированным. Его крайняя форма наблюдается на 7 препаратах. В других случаях это компактное образование имеет значительно меньший объем, и многочисленные нейроны выселяются из него, образуя многочисленные полностью отделившиеся группы большей или меньшей величины, отчего структура узла принимает дисперсный характер, что в наиболее выраженной форме отмечено на 13 объектах.

Кроме того, на ряде препаратов (14) констатируется размещение мелких групп нейронов среди пучков нервных волокон большого каменистого нерва уже в переднем отрезке крыловидного канала, тогда как на других объектах (6) указанный нерв не содержит нейронов, проходя некоторое расстояние уже в крыловидно-небной ямке. Это обстоятельство можно рассматривать, как проявление различной степени смещения крылонебного узла вперед. Узел также может быть вытянут в большей или меньшей степени в

сторону задних верхних носовых или небных нервов. В таком случае значительная часть нервов узла распределяется среди пучков нервных волокон последних.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ ПО МЕТОДИКЕ ДЖ. БАРРЕТТА

Доника А.Д.
*Волгоградский государственный медицинский
университет
Волгоград, Россия*

Современные социально-экономические реалии, характеризующиеся формированием рынка медицинских услуг и модернизацией института здравоохранения, актуализируют вопросы оценки и аттестации специалистов медицинского профиля, прогноза их профессионального роста и карьеры, с целью повышения конкурентоспособности и профессиональной мобильности. Для скрининговых исследований целесообразно разработать методик, дающих комплексную оценку при минимальных временных и материальных ресурсах. С этой целью мы модифицировали и апробировали на модельных группах врачей методику диагностики личностных свойств американского психолога Дж.Барретта, широко используемую для профессионального консультирования за рубежом.

Результаты исследование врачей модельных групп демонстрируют особенности личностных свойств врачей в зависимости от профиля специальности. «Медицинские» (согласно интерпретации Дж.Барретта) типы встречаются в среднем у половины исследуемых врачей всех модельных групп. При этом в группе хирургов – у 42,8%, в группе терапевтов - у 48,0%, в группе врачей нелечебного профиля – у 49,7%, ($p > 0,05$). Несоответствие личностных свойств у остальной половины исследуемых можно рассматривать как фактор риска для развития социально-профессиональной дезадаптации (что подтверждается результатами настоящего исследования, в частности широкой распространенностью среди исследуемых синдрома профессионального выгорания).

Проведенное исследование позволяет рекомендовать методику экспресс-диагностики личностных свойств Дж.Барретта для выявления лидерских качеств врачей при назначении на руководящие должности, а также при перепрофилировании врачей в случае выявления психосоматических расстройств, связанных с профессиональным стрессом или с нормативными личностными кризисами.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Дробот Н.Н.
*Кубанский государственный медицинский
университет
Краснодар, Россия*

В настоящее время во фтизиатрии остается актуальным вопрос о своевременности установления факта завершения основного курса лечения больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) и его эффективности. В связи с этим нами предложена методика цитохимического определения активности кислой неспецифической эстеразы (КНЭ) лимфоцитов и моноцитов периферической крови у больных ТОД. При этом использовали в качестве специфического стимулятора подкожное введение туберкулина АТК 20 ТЕ. Исследование активности КНЭ лимфоцитов и моноцитов периферической крови проводили до и через 72 часа после введения туберкулина. Под наблюдением находились три группы пациентов: 41 человек (1-я группа) здоровые лица, 76 больных (2-я группа) с впервые выявленным активным ТОД, 35 человек (3-я группа) лица после окончания основного курса лечения. В 1-ой группе наблюдения число эстеразосодержащих лимфоцитов до введения туберкулина составило в среднем 67,6%, моноцитов - 79,2%. После введения 20 ТЕ АТК произошли следующие изменения – число лимфоцитов увеличилось до 68,4%, моноцитов – 80,8%. У лиц 2-ой группы до введения туберкулина количество эстеразосодержащих лимфоцитов и моноцитов составило 82,0% и 90,7% (соотв). После введения туберкулина число эстеразосодержащих лимфоцитов и моноцитов достоверно увеличилось до 92,2% и 98,9% (соотв). У пациентов 3 –ей группы после завершения основного курса лечения число эстеразосодержащих лимфоцитов и моноцитов до и после введения туберкулина достоверно не изменилось. В то же время у 11 из 35 человек этой группы наблюдения средний показатель КНЭ в лимфоцитах составил 78,5%, в моноцитах - 83,5%, что превышало показатели у здоровых. Это послужило основанием продолжить 11 пациентам основной курс лечения. Проведенное клинико-рентгенологическое и цитохимическое исследование выявило положительную динамику туберкулезного процесса и подтвердило необходимость продолжения основного курса лечения. Исследования позволили сделать вывод, что при установлении факта завершения основного курса лечения больных ТОД в комплексное клинико-рентгенологическое обследование целесообразно включать цитохимический метод определения активности КНЭ лимфоцитов и моноцитов периферической крови.