

группы гипополидемических препаратов в медицинской практике.

Работа представлена на VI научную конференцию «Успехи современного естествознания», 27-29 сентября 2005г. ОК "Дагомыс" (Сочи). Поступила в редакцию 08.12.2005г.

### **КОРРЕЛЯЦИИ ВЕЛИЧИНЫ, ФОРМЫ И РАЗМЕЩЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО УЗЛА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА**

Сударикова Т.В., Урываев М.Ю.,  
Цыбульский А.Г., Горская Т.В., Труфанов И.Н.  
*Московский Государственный  
Медико-Стоматологический университет,  
Москва*

Принимая во внимание большое практическое значение вопроса, вынесенного в заголовок статьи, мы изучили параметры тройничного узла на 120 трупах людей (240 узлов) обоего пола в возрасте от 29 до 69 лет методом тонкого анатомического препарирования.

Проведенные на препаратах измерения и статистическая обработка полученных данных позволяют сделать следующие заключения.

Многообразие форм тройничного узла составляет вариационный ряд. Одну из крайних форм в этом ряду представляют препараты, на которых полюса узла сближены, так что дуга составляет не меньше  $\frac{3}{4}$  окружности (7 объектов или 2,9% наблюдений). Другая крайняя форма тройничного узла имеет место на 5 наших препаратах (2,1% наблюдений): передний край узла демонстрирует «обратную» дугу, вогнутую кпереди. Переходными формами характеризуются 179 препаратов (74,6% наблюдений), на которых узел отличается типичной полулунной формой, и 49 препаратов (20,4% наблюдений) где передний край узла приближается к прямой линии.

Расстояние между наиболее удаленными точками узла статистически достоверно имеет наименьшее значение при первой крайней форме и наибольшее – при второй. Поперечный размер узла характеризуется обратным отношением.

Сопоставление величины и формы узла с формой черепа позволило выявить выраженную корреляцию: мелкие узлы с большой кривизной дуги характерны для долихоцефалических и долихобазиллярных черепов, а крупные «развернутые» узлы – для брахицефалических и брахибазиллярных черепов.

Расстояние между точкой пересечения тройничным нервом верхнего края пирамиды височной кости и серединой вертикального размера тройничного узла колеблется от 9 до 15 мм (в среднем  $12,1 \pm 0,22$ ). Расстояние от тройничного узла до овального отверстия составляет от 0 до 11 мм ( $6,31 \pm 0,12$ ), а до верхней глазничной щели – от 11 до 17 мм ( $14,22 \pm 0,17$ ). Соотношение этих размеров показывает, что по отношению к верхней глазничной щели тройничный узел занимает переднее, положение при длине глазного нерва менее 15 мм (21% наблюдений), среднее положение с длиной глазного нерва в пределах 15 – 21 мм (54% наблюдений) и заднее положение узла с длиной

глазного нерва более 21 мм (25% наблюдений). Соответственно, по отношению к овальному отверстию можно различать верхнее положение тройничного узла, при котором расстояние от узла до отверстия более 8 мм (19% препаратов) среднее положение с расстоянием в пределах 4 – 8 мм (58% препаратов) и нижнее положение узла с расстоянием до овального отверстия менее 4 мм (25% наблюдений). Как правило, наблюдается смещение тройничного узла одновременно вперед и вниз, или вверх и назад, причем переднее и нижнее положение узла чаще соответствует широкой и короткой форме средней черепной ямы и брахицефалическому типу черепа, а заднее и верхнее – длинной и узкой ямке и долихоцефалическому типу черепа. Так, размещение тройничного узла в типичном передненижнем положении, зарегистрированное на 57 объектах, в 49 случаях имеет место на препаратах с брахицефалической формой головы, тогда как типичное задневерхнее положение, отмеченное в 19 случаях, соответствует долихоцефалической форме головы в 16 случаях.

Несколько большее соответствие выявляется при сопоставлении положения тройничного узла с формой предаурикулярной части основания черепа. Из указанных выше 57 узлов с передненижним положением 52 принадлежат трупам с брахибазиллярной формой головы, а из 19 узлов, занимающих выраженное задневерхнее положение, 17 принадлежат трупам с долихобазиллярной формой головы.

Ветви тройничного нерва у разных людей расходятся под разными углами: угол между первой и второй ветвями тройничного нерва варьирует на наших препаратах от 23 до 58°, чаще всего составляет 35 - 45°, а между второй и третьей ветвями от 47 до 118°, более, чем на половине объектов - 75 - 90°. Величины углов находятся в выраженной корреляции с величиной и положением тройничного узла: при его малой величине, форме, приближающейся к кругу, и задневерхнем положении оба угла характеризуются малой величиной, а при другой его крайней форме – наибольшими значениями.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 15-25 января 2006г. Паттайа (Тайланд). Поступила в редакцию 19.12.2005г.

### **ПАТОМОРФОГЕНЕЗ ЛЕПРЫ С СОВРЕМЕННЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ**

Туманов В.П., Журавлева Г.Ф.  
*НИИ хирургии им. А.В. Вишневского, Москва  
КаспНИРХ, Астрахань*

Лепра - хроническое инфекционное гранулематозное заболевание. Лепроматозная гранулема состоит из специфических лепрозных клеток – вакуолизованных макрофагов, заполненных большим количеством микробактерий лепры, липидов и ферментов, а также плазмочитов, лимфоцитов, фибробластов. В иммунокомпетентных клетках при лепроматозной проказе идет беспрепятственное внутриклеточное

паразитирование микробактерий. Туберкулоидная гранулема состоит, в основном, из эпителиоидных и гигантских клеток типа Пирогова - Лангхаса, с редким обнаружением микробактерий лепры и большого количества лимфоцитов по периферии инфильтратов.

До последнего времени проблему воспроизведения болезни у экспериментальных животных разрешить не удалось, очевидно, в связи со слабой вирулентностью микробактерий лепры и резко выраженной резистентностью организма животных к ним. Предпринимались многочисленные попытки снизить резистентность животных содержанием их на определенной диете, применяя гормональные препараты, удаляя различные органы, путем воздействия радиоактивных излучений и др.. В последние годы появились сообщения об успешном заражении лепрой человека белых мышей в подушечки лапок, золотистых хомячков в ухо и яичко и броненосцев.

В активных лепроматозных инфильтратах, содержащих микробактерии, макрофаги богаты липидами, рибонуклеопротеидами, аэробными дыхательными ферментами (цикла Кребса, пентозного цикла, НАД -, НАДФ – оксидоредуктаз, цитохромоксидазы). С другой стороны, активность ферментов анаэробного гликолиза (лактат – и алкогольдегидрогеназ) в них низкая. Подавление гликолиза приводит к снижению фагоцитарной активности и угнетает лизирующее действие макрофагов на микробактерии лепры. При туберкулоидной лепре имеется сильная клеточная иммунная реакция (обширная лимфоцитарная инфильтрация и редкое обнаружение микробактерий), при лепроматозной – отсутствие или недостаточность клеточного иммунитета (размножение микробактерий лепры в макрофагах и дефицит лимфоцитов). Выяснение причин функциональной неполноценности макрофагов при лепре имеет значение для решения вопросов иммунитета, морфогенеза поражений и патогенеза заболевания

Клинические и экспериментальные исследования показали наличие иммунологической депрессии у больных лепроматозной лепрой, генерализованное угнетение способности к формированию клеточных иммунных реакций, угнетение феномена трансформации лимфоцитов в макрофаги. Так, при этом типе лепры имеет место выраженный дефект Т-системы с активацией В-системы иммунитета. При регрессе заболевания наблюдается восстановление как содержания Т – и В – лимфоцитов в периферической крови, так и их функциональной активности. Выяснение иммунологического феномена при лепре остается одним из основных вопросов в изучении патогенеза этого заболевания.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 15-25 января 2006г. Паттайа (Тайланд). Поступила в редакцию 16.12.2005г.

### МАРКЕРЫ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА» У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ходорович Н.А., Челмодеев С.А., Эттеева Н.В.  
*Российский Университет дружбы народов,  
Москва*

Как известно боль и стресс тесно связаны общими причинами и механизмами развития, морфофункциональным единством организации систем экстренного реагирования (стресс- протективные и антиноцицептивные системы), характером развивающихся осложнений, что сформировало отношение к этим состояниям как к экстренным, то есть развивающимся при действии сверхсильных раздражителей.

Реализация реакций при стоматологическом стрессе у пациентов с гипертонической болезнью осуществляется не всегда на фоне достаточной готовности организма к реагированию.

Целью нашего исследования явилась определение кортизола в слюне, как маркера активации симпатoadrenalовой системы при «стоматологическом стрессе» у больных артериальной гипертензией (АГ).

Обследовалось 40 больных АГ 1-2 стадии (мужчин и женщин поровну, в возрасте от 31 до 62 лет). При визите к стоматологу у больных оценивали степень вегетативных реакций по А.М.Вейну, измеряли артериальное давление и температуру, считали пульс, определяли тип дермографизма, проводили оценку стоматологической патологии. В слюне до начала осмотра определяли содержание кортизола иммуноферментным методом.

Кроме того, проводили психологическое тестирование с помощью опросников Айзенка и Спилберга. По результатам теста Спилберга определяли уровень личностной тревожности (УЛТ).

Для обработки материалов использовали факторный и корреляционный анализы.

Результаты обследований показали, что больные АГ характеризовались различными УЛТ. С использованием факторного анализа были обнаружены достоверные корреляционные связи ( $P < 0,01$ ) личностных особенностей и содержанием кортизола в слюне. При определении УЛТ показано, что выделение кортизола со слюной возрастает при увеличении УЛТ.

Таким образом, наиболее интенсивное выделение кортизола со слюной, соответствует большей степени выраженности стоматологического стресса. Это обстоятельство необходимо учитывать у больных АГ 1-2 стадий при визите к стоматологу.

Работа представлена на юбилейную конференцию с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 5-6 декабря 2005г., г. Москва. Поступила в редакцию 12.12.2005г.