

почти всегда похищает жизненную силу. Всякий знает, что каждая болезнь начинается со слабости. Наглядным примером служит расслабленный с парализованными членами (Матф. 9:2). По всей вероятности, в начале жизни он не был таким, как впоследствии, когда четверо несли его к Господу. Жизнь в нем еще была, но силы что-либо делать не было. Может быть, больные члены тела еще не утратили чувствительность. Порой этим недугом поражается только один член или одна сторона тела человека, иногда и все тело.

Похожим является действие греха не только на необращенных, но и на искренне верующих. Если грех найдет лазейку, через которую проникнет в сердце человека, то парализует его жизненные силы. Некоторые люди получили жизнь от Бога, и она еще есть в них, но силы духовной нет, они духовно расслаблены. Они не могут свидетельствовать о Христе, потому что у них нет внутреннего побуждения. А если даже оно есть, то либо воля их парализована, либо не освящена и приводится в движение лишь плотскими импульсами. У таких людей нет славных добродетелей, которые должны сопровождать истинную веру (2 Петр.1:5-7).

Эти бедные души надо опекать, ухаживать за ними и поддерживать их духовную жизнь, вместо того, чтобы они опекали других и продвигали их вперед. У них недостает решительного сопротивления отдельным грехам и искушениям вообще. Если такое парализованное состояние длится долго, вся моральная энергия пропадает, и, наконец, духовное чувство отмирает, и сердце ожесточается. Когда-то у таких христиан были боль и слезы о своей больной душе. Тогда свидетельство Святого Духа и Слова производили глубокую тревогу в них, но теперь ощущается равнодушие, даже бесчувствие. Глубина падения духовно парализованной жизни неизмерима.

Печально сознавать, что в наше время много духовно парализованных христиан. Может возникнуть вопрос: «Разве нет бальзама в Галааде? Разве нет там врача? Отчего же нет исцеления дочери народа моего?» (Иер.8:22). Истинные проявления силы редки, но зато хорошо видны: увядание, половинчатость, стремление уподобиться миру и множество уступок ему, что служит признаком глубокой внутренней болезни или непобедленного греха.

ЛИТЕРАТУРА

1. www.minds.by [Электрон. ресурс]
2. www.foma.ru [Электрон.ресурс]

УДК 577.115+577.121.7]:616.21

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛОР-ОГАНОВ

Петренко Т. С.

Научный руководитель: зав. каф. КЛД, д.м.н., профессор И. А. Новикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) играют важную роль в регуляции интенсивности адаптационных реакций организма. Они необходимы для поддержания нормального метаболического фона и функциональной активности клеток. В то же время чрезмерная активация ПОЛ, не сбалансированная антиоксидантной системой, способствует развитию и поддержанию различных патологических процессов. В настоящее время роль перекисного окисления липидов доказана в патогенезе более чем 100 заболеваний [1]. Изменения в системе ПОЛ характерны для болезней как воспалительной, так и невоспалительной этиологии, при этом у больных наблюдается дисбаланс в про- и антиоксидантной систем [1, 2].

Для оценки выраженности ПОЛ в организме в качестве биологического материала, чаще всего, используют плазму или эритроциты крови. В то же время логично предположить, что у пациентов с патологией ЛОР-органов не менее клинически информативным может оказаться исследование смешанной слюны. Имеется ряд работ, подтверждающих, что степень изменения таких лабораторных параметров, как концентрация остаточного азота, глюкозы, амилазы, гормонов (ТТЗ, ТТГ, ЛГ, ФСГ), минералов (кальция, магния, калия), лизоцима, специфических секреторных IgA-антител в смешанной слюне более выражена, чем в сыворотке крови [2, 3, 4]. Кроме того, слюна является доступным и удобным биологическим материалом.

Цель работы

Провести сравнительный анализ интенсивности липопероксидации в слюне, плазме и эритроцитах больных хроническими воспалительными процессами ЛОР-органов.

В исследование были включены 8 больных (6 мужчин и 2 женщины), из них 6 пациентов — с гиперпластическим хроническим ларингитом, 2 пациента — с хроническим гнойным отитом среднего уха. Возраст больных составил от 29 до 65 лет. Все обследованные не курят.

Материалом для исследования служили смешанная слюна и периферическая кровь. Забор слюны производили до начала лечения, утром натощак, до чистки зубов путем сплевывания в чистую сухую пробирку. Слюну центрифугировали 10 мин при 1500 об/мин. Периферическую кровь также получали утром натощак путем венепункции. Кровь центрифугировали 10 мин при 3000 об/мин для осаждения клеточных элементов.

Оценивали содержание продуктов ПОЛ (первичных — диеновые конъюгаты ДК, промежуточных — кетодиены и сопряженные триены КД/СТ, конечных — основания Шиффа ОШ в слюне, плазме и эритроцитах спектрофотометрически с отдельным определением продуктов липопероксидации в гептановой и изопропанольной фазе. Содержание продуктов ПОЛ рассчитывали по отношению E232/E220 (ДК), E278/E220 (КД/СТ), E400/E220 (ОШ), результаты выражали в единицах индексов окисления (е.и.о.).

Статистический анализ проводился с использованием пакета программ «Statistica» 6.0. С учетом результатов проверки на нормальность распределения использован критерий Манн-Уитни (уровень значимости $P \leq 0,05$). Результаты представляли как средняя величина (M) и ошибка средней ($\pm m$).

Результаты сравнительного анализа степени липопероксидации плазмы, эритроцитов и слюны представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Содержание продуктов ПОЛ в различных биологических жидкостях

Показатель, е.и.о.	Биологический материал		
	плазма	эритроциты	слюна
Показатели пероксидации нейтральных жиров (гептановая фаза), е.и.о.			
ДК	0,757 ± 0,067*	0,583 ± 0,087*	0,358 ± 0,124
КД /СТ	0,246 ± 0,073	0,268 ± 0,057	0,267 ± 0,100
ОШ	0,096 ± 0,029*	0,087 ± 0,031*	0,004 ± 0,002
Показатели пероксидации фосфолипидов (изопропанольная фаза), е.и.о.			
ДК	1,069 ± 0,058	1,415 ± 0,209*	0,618 ± 0,214
КД /СТ	0,784 ± 0,072	0,802 ± 0,136	0,596 ± 0,212
ОШ	0,074 ± 0,020	0,069 ± 0,045	0,067 ± 0,004

* Отмечены показатели, достоверно отличающиеся от соответствующих показателей в слюне ($p < 0,05$)

Как видно из таблицы 1, по содержанию вторичных продуктов окисления нейтральных жиров (КД/СТ), а также вторичных и конечных продуктов окисления фосфолипидов (КД/СТ и ОШ в изопропанольной фазе) сравниваемый биологический материал

(плазма, эритроциты и слюна) значимо не различался. В то же время концентрация первичных и конечных интермедиатов ПОЛ в гептановой фазе слюны оказалась ниже, чем в плазме и эритроцитах ($p < 0,05$). Выявлено также достоверно более низкое содержание изопробанол-экстрагируемых ДК в слюне относительно эритроцитов крови ($p < 0,05$).

Таким образом, по содержанию промежуточных продуктов липопероксидации слюна не отличается от плазмы и эритроцитов. Учитывая, что именно этот параметр (КД/СТ) является наиболее информативным при оценке интенсивности липопероксидации в организме [1, 2], можно рекомендовать слюну как альтернативный материал при проведении подобных исследований у больных с патологией ЛОР-органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кашулина, А. П. Роль перекисного свободнорадикального окисления в патологии и механизмы его изучения / А. П. Кашулина // Мед. консультация. — 1996. — № 2. — С. 20–24.
2. Состояние ПОЛ и антиоксидантной систем в плазме, эритроцитах и слюне детей с патологией органов полости рта, отягощённой дисбиозом кишечника / Г. П. Новожилова, В. М. Аксёнова, Л. А. Мозговая // [Электронный ресурс]. — 2006. — Режим доступа: <http://medi.ru/doc/167314.htm>. — Дата доступа: 04.03.2008.
3. Постникова, Л. Б. Значение биохимических показателей слюны в диагностике обострений ХОБЛ / Л. Б. Постникова, О. П. Алексеев // Клиническая лабораторная диагностика. — 2004. — № 10. — С. 16–18.
4. Григорьев, И. В. Слюна как предмет лабораторной диагностики / И. В. Григорьев, А. А. Чиркин // Медицинские новости. — 1998. — № 4. — С. 9–12.

УДК 612. 123 : 616. 8 : 612. 824. 4

ЛИПИДНЫЙ СОСТАВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Петрович Ю. В., Синявская И. В.

Научный руководитель: ассистент Г. А. Медведева

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Нарушение мозгового кровообращения у молодых людей в последнее время становится предметом специального изучения, как в нашей стране, так и за рубежом. Повышенный интерес к этой проблеме объясняется, прежде всего, тем, что увеличение частоты сосудистых поражений головного мозга происходит не только за счет лиц пожилого и старческого возраста, но и, в значительной степени, за счет лиц 40–50 лет.

В основе кратковременных нарушений мозгового кровообращения лежат многочисленные факторы и различные механизмы. При атеросклерозе это может быть сосудистая мозговая недостаточность, часто развивающаяся на фоне слабой сердечной деятельности или при отвлечении крови к периферическим отделам сосудистой системы, кровотечениях и т.д. Нарушения мозгового кровообращения могут быть следствием микроэмболии агрегатами кровяных пластинок при изменениях физико-химических свойств крови [1]. Поэтому анализ липидного состава периферической крови при патологиях нервной системы, связанных с нарушением мозгового кровообращения является актуальной задачей. В ходе исследований установлено количественное содержание холестерина и триглицеридов в плазме крови людей, имеющих патологии нервной системы, вызванные нарушением мозгового кровообращения. Определение содержания липидов проводилось стандартными методами: холестерин — методом прямой фотометрии, основанной на реакции Либермана-Бурхардта, триглицериды — колориметрическим методом [2]. При выполнении работы было обследовано 557 человек в возрасте 40–80 лет и старше с острым нарушением мозгового кровообращения, проживающих в г. Пинске. Обследованные имели следующие нарушения мозгового кровообращения: транзиторная ишемическая атака (ТИА), субарахноидальное кровоизлияние (СК), внутримозговое кро-