

выделилось 2 фактора - физическая агрессия, косвенная агрессия и негативизм. У **представителей 4 группы крови** выделилось 4 фактора - «внутренние проявления агрессии», «внешние проявления агрессии», подозрительность и негативизм.

В результате факторизации у представителей разных групп крови выделилось по четыре различных значимых фактора. Сходной для представителей всех групп крови является только одна выявленная взаимосвязь – раздражения и фрустрированности.

При рассмотрении факторной структуры показателей агрессивности и свойств интегральной индивидуальности также наблюдаются различия: у носителей 1 и 2 групп крови склонность к агрессии, направленной на другого, связана с подвижностью нервной системы, направленностью во вне (экстраверсия), беспечностью. У представителей 3 группы крови данные формы агрессии оказываются связанными с нейротизмом, склонностью к чувству вины и самостоятельностью.

Другой сходный фактор «Внутренне направленная агрессия» выделился у людей с 1, 3 и 4 группой крови, а у представителей 2 группы крови данный фактор распался на два.

Выводы:

1. Структура агрессии различается у представителей различных групп крови.

2. Агрессия, направленная на другого человека, в большей мере связана со свойствами нервной системы и личности у представителей 1 группы крови, со свойствами нервной системы и темперамента – 2 группы крови и со свойствами личности – у 3. Агрессия, направленная на себя, оказалась более тесно связана со свойствами темперамента у людей с 1 и 4 группами крови, со свойствами личности – у людей со 2 и 3 группами крови.

3. У представителей разных групп крови наблюдаются существенные отличия во взаимосвязях агрессивности и разноуровневых свойств интегральной индивидуальности, т.е. в зависимости от группы крови в онтогенезе формируются разные механизмы и стили проявления агрессивности, разные стимулирующие и блокирующие проявления той или иной формы агрессии взаимосвязи.

ДИАГНОСТИКА И ЗНАЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Сабанчиева Ж.Х.

*Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М. Бербекова,
Нальчик*

Перекисное окисление липидов, свободнорадикальные повреждения белков, ДНК ведут к различным нарушениям структуры и функции клетки, ее регуляции. Защита от свободных радикалов обеспечивается антиоксидантной системой. Оценка показателей антиоксидантного статуса проведена у 58 больных ВИЧ-инфекцией. Контрольную группу составили 41 здоровых человека. Ферментативное звено оценивали по активности глутатиопероксидазы (ГП) и су-

пероксиддисмутазы (СОД). Рассчитывали коэффициент СОД/глутатиопероксидаза – характеризующей баланс в ферментативном звене антиоксидантной системы. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета стандартных программ приложения Excel 7.0. Анализ полученных данных выявил ряд изменений общей антирадикальной активности сыворотки крови у больных ВИЧ-инфекцией. При оценке функционирования ферментативного звена антиоксидантной системы выявлено снижение активности СОД во всех периодах болезни. Так в период первичных проявлений снижение активности составила 15 %, в стадию – СПИДа – 27%. Изменение активности глутатиопероксидазы сыворотки крови у больных ВИЧ-инфекцией выявило незначительное снижение. Коэффициент СОД/глутатиопероксидаза уменьшился на 37 % у больных ВИЧ-инфекцией, что демонстрирует функциональную недостаточность ферментативного звена антиоксидантной системы, при которой избыточное образование активных форм кислорода и активация ими перекисного окисления липидов не компенсируется повышением активности ни СОД, ни глутатиопероксидазы.

У больных ВИЧ-инфекцией функционирование антиоксидантной системы значительное снижение уровня АО сыворотки крови коррелировало с наличием сопутствующих инфекций – как вирусный гепатит В и С. Данные лабораторные показатели можно использовать для оценки антиоксидантного статуса и контролировать состояние антиоксидантной системы. Коэффициент СОД/глутатиопероксидаза позволяет выявить группу больных с высокой вероятностью развития тяжелых генерализованных осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЛЕВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ И ЕЕ ВЕТВЕЙ В ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ ЭМБРИОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Савищев А.В., Данилевский А.С., Донской М.В.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Астраханская медицинская академия федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Исследованы сосуды сердца на 64 препаратах сердец плодов от 20 до 36 недель внутриутробного развития.

Проводилась инъекция взвесью свинцового сурика в скипидаре с последующей рентгенангиографией.

В результате исследования выявлено, что наиболее часто (76,3%) левая венечная артерия отходит под острым углом от внутренней полуокружности восходящей аорты, между ней и легочным стволом, спускается прямо вниз вертикально. После разделения ее на два ствола позади левого ушка сердца, передняя межжелудочковая ветвь идет косо, поворачивает в правую сторону, пересекает правый край сердца и локализуется в одноименной борозде. Достигнув верхушки сердца, она анастомозирует с задней межжелудочковой ветвью правой венечной артерии. В других случаях (23,7%) может огибать верхушку, продолжаясь на

диафрагмальной поверхности в задней межжелудочковой борозде. От передней межжелудочковой ветви к левому желудочку отходят 2-5, а к правому - 1-3 сравнительно крупные ветви. Огибающая ветвь левой венечной артерии отходит от главного ствола под прямым углом, поворачивает на заднебоковую поверхность сердца и ложится в поперечную борозду. Наиболее часто (57,2%) она продолжается в левую краевую ветвь. Но может заканчиваться между левым краем сердца и задней межжелудочковой бороздой (21,4%). Иногда она достигает задней межжелудочковой борозды и либо продолжается в ней, либо делится на заднюю межжелудочковую ветвь и заднюю ветвь правого желудочка (17,1%).

В подавляющем большинстве случаев (79,3%) левая венечная артерия на протяжении эмбрионального периода ветвится по рассыпному типу. Ее наиболее крупные ветви на своем пути довольно часто погружаются в мышцу и вновь появляются на поверхности из под перехватившего их мышечного пучка наружного слоя миокарда. Данный факт подтверждает высказывание А.С. Христуло-Финити (1957) о сосудах, имеющих «ныряющий» ход.

Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать, что проведенное нами исследование позволяет уточнить характерные особенности тополокации левой венечной артерии и ее ветвей в плодном периоде эмбриогенеза человека.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА

Саляева Л.А.

*Окружной кардиологический диспансер
Центр сосудистой хирургии,
Сургут*

Острые и хронические урогенитальные инфекции у человека могут протекать с поражением различных органов и систем, в том числе и суставов (болезнь Рейтера).

Было обследовано 207 больных болезнью Рейтера, вызванной урогенитальной хламидийной, уреоплазменной и смешанной (хламидия + уреоплазма) инфекциями. Контролем служили 40 практически здоровых человек.

Изучено содержание в крови общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП-ХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП-ХС), триглицеридов (ТГ). Кроме того, рассчитывали холестериновый коэффициент атерогенности (КАТ).

Обнаружено незначительное, но достоверное снижение на 13% уровня общего холестерина в крови больных со смешанной инфекцией по сравнению с контрольной группой. Уровень содержания липопротеидов высокой плотности в крови больных болезнью Рейтера практически не отличался от результатов данного параметра в контрольной группе. Наблюдалось увеличение на 12% коэффициента атерогенности в группе больных с урогенитальной хламидийной инфекцией по сравнению с контрольной группой. Однако, это, скорее всего, связано с сопутствующими заболеваниями у обследуемых нами больных, в част-

ности с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Отмечено снижение на 23% содержания ЛПНП-ХС в крови больных со смешанной инфекцией по сравнению с тем же показателем у здоровых людей. Не выявлено существенных изменений в содержании триглицеридов в сыворотке крови больных болезнью Рейтера по сравнению с контрольной группой.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕН-ГИДРОКСИАПАТИТОВОГО МАТЕРИАЛА «ЛИТАР» В УСЛОВИЯХ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

Селякин С.П., Чучков В.М.,

Марков А.И., Назаров С.Б.

Ижевск, Самара

Известно, что не все ткани обладают одинаковыми возможностями к полному восстановлению. Но, иногда, этого и не требуется. В некоторых случаях для санации очагов хронической инфекции, благоприятным является их полное замещение соединительной тканью.

На протяжении многих лет Самарскими учеными ведется разработка материала стимулирующего репаративные процессы в костной ткани. Конечно, костная ткань обладает более высокими репаративными способностями, чем легочная, тем не менее, изучение морфологических изменений в области внедрения биокомпозита в ткань легкого представляет определенный интерес в плане лечения ряда тяжелых заболеваний дыхательной системы.

Выбор коллаген-апатитового материала «ЛитАр», разработанного учеными г. Самары обусловлен рядом причин. Данный биокомпозит отвечает основным требованиям, предъявляемым к имплантатам: отсутствие токсичности, аллергизирующего влияния, наличие биодegradируемости и необходимых механических свойств. По своим характеристикам он превосходит используемые в настоящее время в клинике аналогичные материалы. Из всех коллаген-апатитовых имплантатов в РФ, только «ЛитАр» официально разрешен Министерством Здравоохранения для использования в медицинской практике (ТУ 9398 – 001 – 518911443 – 00). Имеются сообщения об успешном применении этого биокомпозита в травматологии, ортопедии, стоматологии и парадонтологии [1, 2].

Имплантация материала «ЛитАр» в паренхиму легких производилась 15 интактным кроликам под внутривенным наркозом. Контрольную группу составляли 3 кролика.

После торакотомии слева, осуществляли продольную пневмотомию язычковых сегментов.

У животных опытной группы в легкое помещали фрагмент композита «ЛитАр», предварительно обработанный порошком ампициллина. Рану легкого ушивали непрерывным обвивным швом с погружением коллаген-апатитового комплекса в ткань легкого. В контрольной группе ушивание раны легкого производили без имплантации композита.