

рого молодежь получает информацию о взаимоотношениях полов в семейной жизни, являются средства массовой информации (50%), на втором месте – родители (35%), на третьем – сверстники (15%). При этом 80% молодежи считает, что необходимо проводить специальные занятия перед началом семейной жизни. На вопрос: «Что для Вас является основной трудностью в счастливой семейной жизни?» 50% ответили, что психологическая несовместимость, 30% – эмоциональная несовместимость и 15% – физиологическая несовместимость и экономический аспект – 5%. Большинство представителей молодого поколения считают, что брак – это союз людей на всю жизнь (82%), при этом толерантно относятся к тому, что два человека живут вместе, не будучи женатыми (50%). Однако 86% считают обязательным религиозное обоснование брака. На вопрос: «Допускаете ли вы интимные отношения до создания семьи?» 76% респондентов ответили положительно, 12% не смогли ответить на этот вопрос однозначно.

На основе анализа анкет можно сделать вывод, что отношение молодежи к вопросам планирования семьи достаточно противоречиво. Основным барьером на пути семейного счастья является недостаточный уровень знаний семейных отношений. Поэтому молодым людям необходимо понять, что подготовка к семейной жизни представляет собой комплекс всесторонних взаимодействий, в результате которых происходит осознание особенностей брачно-семейных взаимоотношений, формирование представлений, взглядов, убеждений, связанных с готовностью к браку и семейной жизни. Вступление в брак, рождение и воспитание детей, создание крепкой семьи – дело отнюдь не такое простое, и успешно решать эту задачу большой общественной значимости может лишь тот, кто вступает в семейные отношения с сознанием своей огромной ответственности.

Литература:

1. Исютина-Федоткова, Т.С. Некоторые аспекты образа жизни студентов Белорусского государственного медицинского университета / Т.С. Исютина-Федоткова // Вестник Полоцкого гос. университета. Сер.Е, Педагогические науки. – 2005. – №5. – с. 154–159.
2. Урбанович, Г.В. Молодая семья: как победить конфликты. / Г.В. Урбанович. Слоним, 2005. – 144 с.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С НАЛИЧИЕМ КОММУНИКАНТНОЙ ВЕНЫ ДЖАКОМИНИ

*Приходько Е.С., Ярмолик А.В., Шимко Н.М., Сидор Е.П., Плесацкевич Д.И., Кудло В.В.
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра хирургических болезней №1
Научный руководитель – к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.*

Актуальность проблемы: варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей является одним из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний и представляет собой чрезвычайно важную медицинскую и социальную проблему.

Цель работы: оценить результаты хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей у больных с наличием коммуникантной вены Джакомини.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 47 пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей, которое проводилось на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ». У больных преобладал смешанный тип варикозного расширения (на бедре преимущественно стволовой, на голени – рассыпчатый). Возраст наблюдаемых пациентов составлял от 19 до 80 лет, в среднем – 41 год. Мужчин было 39 (83%), женщин – 8 (17%). Вена Джакомини была выявлена у 11 (23,4%) больных. Среди них мужчин было 10 (90,9%), женщин – 1 (9,1%). Анамнез заболевания составлял от 1,5 до 35 лет.

При объективном осмотре больных и выполнении функциональных проб можно предположить наличие коммуникантной вены Джакомини. Диагноз подтверждался во время операции. Хирургическое лечение варикозного расширения вен нижних конечностей при нали-

чии коммуникантной вены Джакомини имеет ряд особенностей. Выполняется разрез в верхней трети голени для ревизии на наличие вены Джакомини. При наличии вены осуществляется её выделение максимально до малой подкожной вены и перевязка для разобщения связи системы большой и малой подкожных вен. При её отсутствии выполняется типичная флебэктомия с перевязкой большой и малой подкожных вен.

Результаты. Интраоперационных изменений не было. Все пациенты начали активно двигаться, ходить в день или на следующие сутки после операции. Прогрессирования явлений венозной недостаточности после операции не отмечалось ни в одном случае. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и осложнений в виде кровотечений не было. В отдаленные сроки (до 3 лет) у 100% пациентов наблюдалось клиническое улучшение – уменьшение или ликвидация отека, уменьшение трофических изменений, рецидива варикозного расширения вен, посттромбофлебитического синдрома не было.

Выводы. Детальное обследование пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей даёт возможность предположить наличие коммуникантной вены Джакомини и определить метод оперативного вмешательства, который позволяет избежать осложнений во время операции (кровотечение) и в дальнейшем исключить возможность рецидива варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

Литература:

1. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. М., 1972. с.413–8, с.421.
2. Материалы международного съезда флебологов, Москва, 2008 год, с. 132–137.
3. А.Ш. Серажитдинов, А.А. Фокин, Л.А. Орехова, В.В. Владимирский. Лечение варикозной болезни нижних конечностей при осложненных обстоятельствах. Флебологическая 2002; 15: с.18–20.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ГЛУТАТИОНОВОГО РЕДОКС-ЦИКЛА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Прихожий А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Петушок Н.Э.

Внутриклеточный трипептид глутатион и связанные с ним ферменты играют исключительно важную роль в поддержании клеточного гомеостаза. Как сейчас известно, прямо или косвенно глутатион принимает участие во многих важных биологических процессах. Восстановленный глутатион (GSH) является субстратом ряда ферментов – таких как глутатионпероксидаза (ГПО) или глутатион-S-трансфераза (ГТ), защищающих клетку от действия различных токсических соединений. Поэтому нарушение глутатионового гомеостаза может оказать губительное влияние на клеточные процессы. GSH, ГПО, ГТ, глутатионредуктаза (ГР) и НАДФН·Н⁺ образуют так называемую глутатионовую систему, в которой ГР и НАДФН·Н⁺ нужны для восстановления глутатиона из его окисленной формы. И именно на этом участке существует сопряженная взаимосвязь метаболизма глутатиона и углеводов: НАДФН·Н⁺, необходимый для регенерации GSH, образуется в ходе глюкозо-6-фосфатдегидрогеназной реакции пентозофосфатного пути. В нашей работе мы изучили изменения активности ГПО и ГР в печени крыс при прерывистой алкогольной интоксикации.

Опыты проводились на белых беспородных крысах-самцах массой 180–220 г, содержащихся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. Животным экспериментальных групп в течение 4 суток дважды в день внутрижелудочно вводили 25 % раствор этанола в дозе 3,5 г/кг массы тела, после этого следовало 3 суток отмены введения. В первой опытной группе такой цикл повторялся 2 раза (то есть 2 недели прерывистой алкогольной интоксикации), а во второй – 4 раза (4 недели прерывистой алкогольной интоксикации). Животные контрольной группы подвергались тем же манипуляциям и в том же режи-