

крови (ΔdV) в условиях выполнения теста с реактивной гиперемией на 1 мин. восстановления кровотока по плечевой артерии после декомпрессии [2].

Получены следующие величины ΔdV_1 и $\Delta dZ/dT_1$: 21,0% (-7,0; 49,0) и 4,5% (-7,2; 16,3), 6,9% (-9,7; 23,6) и -4,4% (-17,4; 8,5), -1,0% (-29,3; 27,3) и -11,6% (-36,3; 13,1) для I, II и III группы, соответственно (результаты представлены в виде M ($\pm 95\%$ ДИ)). Аналогичные показатели для IV группы составили 29,9% (13,4; 46,4) и 12,4% (3,7; 21,2). Распределение по степени дисфункции эндотелия (не нарушена/ умеренно выражена/ выражена/ резко выражена) [2] характеризовалось следующими значениями: I группа – 5 (33,3%)/5 (33,3%)/1 (6,7%)/ 4 (26,7%); II группа – 2 (15,4%)/ 5 (38,5%)/ 3 (23,1%)/ 3 (23,1%); III группа – 1 (12,5%)/ 2 (25,0%)/ 0/ 5 (62,5%); IV группа – 11(55,0%)/ 3 (15,0%)/5 (25,0%)/1 (5,0%).

Анализ данных выявил значимые различия как по скоростному, так и по объемному показателям при сочетании артериальной гипертензии со стажем курения по сравнению с контролем (критерий Манна-Уитни), кроме того, в указанной группе достоверно чаще имели место резко выраженные изменения вазомоторной функции эндотелия (критерий Фишера). Другие различия между группами не претендовали на уровень статистической значимости.

Таким образом, уже у молодых лиц с мягкой и умеренной артериальной гипертензией и эпизодическими нестойкими подъемами артериального давления имеют место изменения эндотелий-зависимой вазодилатации в виде снижения реактивности на постокклюзионную гиперемия, особенно в совокупности с курением. Это в очередной раз указывает на необходимость профилактики, раннего выявления и лечения данной категории больных.

Литература:

1. Fe'le'tou M., Vanhoutte P.M. Endothelial Dysfunction: a Multifaceted Disorder // Am. J. Physiol. Heart. Circ. Physiol. – 2006. - Vol. 291. – P. H985–H1002.
2. Полонецкий Л.З., Лаханько Л.Н., Шанцило Э.Ч. и соавт. Способ оценки вазомоторной функции эндотелия плечевой артерии реовазографическим методом: инструкция по применению, утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 14.07.05. – Минск, 2004. – 8 с.

ПРИЕМНАЯ СЕМЬЯ: ЭКОНОМИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

Довгайло Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – старший преподаватель О. Н. Рындова

В настоящее время в Республике Беларусь растет число детей, оставшихся без попечения родителей. Из них только 5% дети-сироты, все остальные имеют родителей, которые, в свою очередь, не могут или не хотят заниматься их воспитанием. Руку помощи детям, оставшимся без любви и ласки биологических родителей, протягивают приемные.

Идея «родителей по найму» взаимовыгодна и эффективна со всех сторон. Для государства это ощутимая экономия: по расчетам, приемная семья обходится бюджету на треть дешевле, чем содержание ребенка в интернате. Для воспитателей — работа плюс многочисленные бонусы, от частичной оплаты коммунальных услуг до летнего оздоровления. Ну а ребенок... на то он и ребенок, чтобы остро нуждаться в домашнем очаге, пусть и временном. Не исключено, найдутся люди, которые новую систему воспитания обвинят в практицизме: милосердие за деньги?! Но что мы знаем о чужой ноше? Начнем с того, что это тот редкий случай, когда родителей выбирают: последнее

слово за ребенком, часто очень сложным, педагогически запущенным. Дело воспитателя — методом проб и ошибок подобрать к нему ключ. Да, это работа, но она измеряется не выработанными часами и не перечисленными деньгами.

Пять лет назад при поддержке Министерства образования, белорусского представительства ЮНИСЕФ и Белорусской ассоциации помощи детям-инвалидам и детям, оставшимся без попечения взрослых, стартовал проект, и сегодня у нас в стране создано свыше тысячи приемных семей. Сейчас приемная семья — это: официальная работа; трудовой стаж; зарплата педагога 2-й категории; отпуск 56 дней; льготы и... десятки, сотни, тысячи улыбок детей, окруженных любовью и заботой новых родителей.

“Наследство” приемным и опекунам семьям достается незавидное. Как правило, 40 процентов детей, изъятых у деградировавших родителей, — с особенностями психофизического развития, попросту с искаленной психикой. Естественно, не всякая нормальная семья может самостоятельно с ними справиться. Государство даже с самой мощной экономикой и развитой социальной сферой вряд ли способно компенсировать детям-сиротам то, что для обычного ребенка кажется вполне обыденным. Ласку матери, заботу отца, уютные семейные вечера законом не проведешь. Но, если есть хоть малейшая возможность дать обездоленным детям крепче встать на ноги в жизни, взрослые просто обязаны ее использовать.

В Парламенте часто рассматриваются законопроекты, касающиеся воспитания детей-сирот. Недавно были внесены поправки в Закон РБ «О пенсионном обеспечении» по поводу социальных пенсий для сирот. Тема сиротства получила продолжение и во время обсуждения депутатами еще одного документа: Декрета Президента N 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях». Государство оказывает помощь и поддержку, и это дает свои результаты. В 2005 году из 6 тысяч детей, направленных на ресоциализацию, более 3 тысяч впоследствии были возвращены в семьи, в которых были созданы для этого соответствующие условия.

Таким образом, приемная семья- это эффективная альтернатива детским домам и интернатам. Для родителей это работа и возможность самореализации, а для детей это новая семья, где они окружены заботой и вниманием.

СИНДРОМ РЕПЕРFUЗИИ-РЕОКСИГЕНАЦИИ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРИТИЧЕСКИХ ИШЕМИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ ОККЛЮЗИЯХ

Довнар А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Иоскевич

В настоящее время особенности течения реперфузионно-реоксигенационного синдрома (РРС) у больных облитерирующим атеросклерозом (ОА), оперированных с критическими степенями ишемий нижних конечностей, до конца не раскрыты.

Целью настоящего исследования явилось установление закономерностей течения реперфузионно-реоксигенационного синдрома у больных ОА бедренно-подколенного сегмента с критическими стадиями ишемий нижних конечностей, перенесших бедренно-подколенное шунтирование.

Проанализированы результаты обследования двух групп пациентов. Первую группу составили 26 больных, перенесших бедренно-подколенное шунтирование реверсированной аутоvenой в связи со 2б стадией (по Fontaine - А.В. Покровскому)