

та челюсти представляет собой целый комплекс мероприятий, направленных на создание благоприятных условий для заживления постэкстракционной раны:

- Тщательный сбор анамнеза и компенсация общесоматической патологии
- Санация полости рта и носоглотки от источников одонтогенного и неодонтогенного инфицирования
- Обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта
- Адекватное и рациональное обезболивание
- Щадящая техника вмешательства.

УЛЬТРАСТРУКТУРА МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Цыпенкова В.Г., Илларионова Н.Г.

РКНПК, РГМУ им. Н. И. Пирогова, Москва

Изучена гисто-ультраструктура миокарда желудочков сердца больных хроническим алкоголизмом 2-3 стадии с нарушениями ритма сердца и проводимости на материале эндомикардиальных биопсий. В исследование были включены лица двух возрастных групп: 27-45 и 55-66 лет.

В первой группе больных отмечалась неравномерная гипертрофия кардиомиоцитов (КМЦ), явления «сладжа» в капиллярах, появления жировых клеток в интерстиции миокарда. Электронномикроскопически в отдельных КМЦ выявлялись локальный лизис миофибрилл, нако-

пление мелких митохондрий и липидных включений, расширение канальцев саркоплазматического ретикулула. Характерным для этой группы пациентов было появление большого количества лизосомоподобных образований и аутофагических вакуолей, содержащих крошечковидный материал и остатки органелл КМЦ.

Во второй группе пациентов наряду с гипертрофией КМЦ отмечалась выраженная атрофия миокардиальных клеток, склероз интерстиция. В капиллярах выявлялись явления адгезии форменных элементов крови к эндотелиоцитам, образование микротромбов, диапедезные кровоизлияния. Стенки артериол были утолщены, просвет резко уменьшен. В самих КМЦ наряду с атрофией и лизисом миофибрилл, накоплением мелких митохондрий отмечались изменения ядер КМЦ — маргинация хроматина, гипертрофия ядер, изменение формы, расширение перинуклеарного пространства с формированием крупных вакуолей. Встречались некротизированные КМЦ, вблизи которых можно было наблюдать накопление макрофагов и клеток лимфоцитарного ряда. В ряде КМЦ отмечалось значительное накопление гликогена, липидных включений, липофусцина, часто можно было видеть поврежденные контакты — вставочных дисков.

Накопление лизосомоподобных образований, липофусцина, а также аутофагических вакуолей с остатками органелл КМЦ являются признаками активизации аутофагических процессов в клетках. Последние трактуются двояко: как один из механизмов клеточной гибели («самопоедание») или процесс поддержания гомеостаза путем удаления токсических продуктов и стареющих элементов клетки. Этот вопрос нуждается в разрешении.

Психологические науки

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МОЛОДОЙ СЕМЬИ В СТУДЕНЧЕСКОМ БРАКЕ

Анафьянова Т.В.

ГОУ ВПО Медико-психолого-социальный институт при Хакасском государственном университете им. Н.Ф. Катанова, г. Абакан, Республика Хакасия

В последние годы ухудшение показателей здоровья молодежи зафиксировано многочисленными исследованиями влияния на здоро-

вье людей окружающей среды, негативных факторов условий жизни и образа жизни [4, 5]. Негативные условия жизни и факторы образа жизни студентов являются важнейшими факторами риска их здоровью, а в случае формирования студенческой семьи, проблем семейных и межличностных отношений. Следует отметить, что молодая семья, как семья *медико-социального риска*, способна осуществлять все свои основные функции, но для своего развития изначально нуждается в поддержке государственных органов для полноценного существования [3, 6].

Как объект научного исследования и практической деятельности учреждений здравоохранения молодая семья представляет собой развивающуюся систему не только понятий заболеваемости и распространенности болезней

молодежи, но и охраны ее здоровья, с учетом медико-социальных потребностей молодой семьи. Важным аспектом рассматриваемой проблемы является то, что изначально члены молодой семьи воспитываются в сельской или городской семьях, имеющих различия в характере трудовой деятельности, питания, отдыха, психологической и других сторон образа и уклада жизни. *Сельская семья* характеризуется как целостное образование с элементами традиционных отношений — «сельский семейный род» включающего в себя общность целей семейного (брачного) союза, значимость коллективного ведения хозяйства, стойкими «вертикальными взаимосвязями» — «прародители-родители-дети» [1]. Экономическую основу сельской семьи обуславливают доходы всех членов семьи от занятий сельского типа — в области сельского хозяйства и в частности — домашнего хозяйства. *Городская семья* — характеризуется как союз между мужчиной и женщиной, основанном на браке или кровном родстве, объединяя людей, связанных общностью быта и взаимной ответственности и взаимопомощи. В настоящее время городская семья в основном имеет тип нуклеарной семьи и не отличается стойкими «вертикальными взаимосвязями» [2]. Основное назначение городской семьи — удовлетворение общественных и групповых индивидуальных потребностей. Является необходимым компонентом социальной структуры общественной и социальной жизни города. Экономическую основу городской семьи обуславливают доходы взрослых членов семьи от занятий городского типа — в области промышленности, торговли, транспорта, культуры и многообразия обслуживания.

В данной статье под «студенческой семьей» подразумевается семья, где — либо один из супругов, либо оба супруга состоят в каком-либо виде брачного союза (официально зарегистрированном или формальном). Оценка состояния здоровья семьи проводилась по универсальной методика исследования состояния здоровья семей разных типов и видов независимо от ее возрастного состава, что наиболее подходит для изучения развития состояния здоровья молодой семьи [7, с. 68].

Статья подготовлена на основе анализа анкетного опроса студентов 5 курса, МПС Катанова, изучающих в течение 5 лет основы «социальной работы».

Целью данного исследования является выявление особенностей характера изменения состояния здоровья городской и сельской молодежи в студенческом браке.

Материалы и методы

В работе использовался метод проспективного когортного исследования. В соответствии с целью исследования, нами определена единица

наблюдения — студенты, поступившие в ВУЗ в 2005 году. Количество студентов за пять лет обучения оставалось неизменным. Исследованы 28 студентов: городских — 38,46%, сельских — 61,54% человек. Для оценки характера изменения состояния здоровья молодежи в студенческом браке использовались следующие данные: образ жизни, виды укрепления здоровья, наличие вредных привычек, условия проживания, обеспеченность жильем, рождение детей, совмещение работы с учебой, оценка состояния здоровья семьи.

Результаты и обсуждение

Городские студенческие семьи. Семейное положение городских студентов начинает меняться со второго курса. В формальном браке (незарегистрированный) состоят $20 \pm 1,24\%$ студентов. В дальнейшем лишь $10 \pm 0,62\%$ из их числа оформят официальный брак. Планируемое рождение детей отмечено у двух студентов, заключивших брак на 5 курсе ($40 \pm 1,75\%$). Незапланированное рождение детей в формальном не зарегистрировано. Супруги студенток уже закончили обучение в $20 \pm 1,24\%$, работают в $30 \pm 1,86\%$, сами являются студентами — $50 \pm 1,96\%$. При этом ни у одной семьи нет собственного жилья. Основным источником доходов студенческой семьи является помощь родителей — $70 \pm 3,28\%$, заработная плата — $20 \pm 1,24\%$, пособие на ребенка — $10 \pm 0,62\%$.

Изначально с первого курса 70% студентов имели хорошее здоровье и вели активный образ жизни ($15,38 \pm 1,53\%$ посещали спортивную секцию, $7,69 \pm 1,08\%$ делали утреннюю зарядку). Среди вредных привычек в $10 \pm 1,2\%$ отмечали алкоголь и курение. В формальном браке (10% семей) состояние здоровья студентов не изменилось. Они вели активный образ жизни — $11,53 \pm 1,3\%$, посещали спортивную секцию и делали утреннюю зарядку — $3,8 \pm 0,76\%$. Среди вредных привычек в $5 \pm 0,87\%$ отмечали алкоголь и курение. На пятом курсе по состоянию здоровья семьи имели статус *Здоровых семей социального риска* I-B — 46,15% (так как не имели собственного жилья и достаточного прожиточного минимума). В официальном браке (40% семей) на четвертом курсе студенты болели чаще — имели временную нетрудоспособность — $3,7 \pm 1,06\%$ и на пятом курсе — временную нетрудоспособность в $7,69 \pm 1,63\%$ и 1 хроническое заболевание в $3,84 \pm 1,08\%$. Вели, в основном, пассивный образ жизни и не укрепляли свое здоровье (по причине занятости учебной, временной подработкой и уходом за ребенком). На пятом курсе по состоянию здоровья семьи имели статус *Семей социального и медицинского риска* II-B — 3,85% (не имели собственного жилья, достаточного прожиточного минимума и имели риски здоровья).

Сельские студенческие семьи. Семейное положение сельских студентов начинает меняться с четвертого курса. В формальном браке (незарегистрированный) состоят $7,14 \pm 0,2\%$ студентов. В дальнейшем ни один из их числа не оформят официальный брак. Планируемое рождение детей отмечено у пяти студенток, заключивших брак на 5 курсе ($35,71 \pm 2,6\%$). Незапланированное рождение детей в формальном зарегистрировано у одной студентки на четвертом курсе — в $6,25 \pm 0,49\%$. В полных семьях супруги уже закончили образование и работают в 100%. При этом семьи обеспечены собственным жильем. Основным источником доходов студенческой семьи является помощь родителей — $30 \pm 2,4\%$, заработная плата — $60 \pm 3,39\%$, пособие на ребенка — $10 \pm 1,38\%$.

Изначально с первого курса $76,28\%$ студентов имели хорошее здоровье и вели активный образ жизни ($7,69 \pm 1,3\%$) посещали спортивную секцию, $19,23 \pm 2,1\%$ делали утреннюю зарядку). Среди вредных привычек не отмечали алкоголь и курение. В зарегистрированном браке ($41,96 \pm 2,7\%$ семей) состояние здоровья студентов не менялось.

По состоянию здоровья полные студенческие семьи сельских студентов, имеющие достаточные средства к существованию и собственное жилье оцениваются как *Практически здоровые семьи (I-A)* — $35,71\%$, а неполная семья (даже находясь на иждивении родителей) является семьей *Здоровой семьей неблагоприятной в социальном отношении (I-C)* — $6,25\%$.

Такое развитие студенческой семьи обусловлено финансово-экономической помощью от сельской прасемьи ее «городским ответвлениям», что и обеспечивает стабильность молодой сельской семьи в студенческом браке.

Заключение

Проведенное исследование выявило, что студенческий брак формирует неблагоприятную

ситуацию состояния здоровья в городских студенческих семьях. Сельские студенческие семьи имеют достаточный прожиточный уровень, следят за своим здоровьем, что в большинстве случаев дало возможность сформировать здоровые семьи. Учитывая данную тенденцию, следует создать при учебных заведениях единый деятельный цикл по обеспечению социально-медицинской работы со студенческими семьями на основе их мониторинга и интеграции существующих программ по данной проблеме: медицинского, социального и административно-управленческого плана.

Список литературы

1. Андреева, Т.В. Психология современной семьи. Монография. — СПб.: Речь, 2005. — С. 271–272.
2. Баранов, А.А. Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблемы // Рус. мед. журн. — 2000. — Т. 8, №8. — С. 4–15.
3. Гринина, О.В. Студенческая семья как социальный приоритет в современном обществе / Гринина О.В., Русакова Е.И. // Пробл. соц. гиг. и истории мед. 1997 №1. — С 10–14.
4. Какорина Е.П. Социально-гигиенические особенности состояния здоровья населения в современных условиях // Пробл. соц. гиг. и истории мед. 2000. №2. — С 12–15.
5. Лисицин, Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохран. Рос. Фед. 1998. — №3. — С. 49–52.
6. Полутин С.В. Молодежь в системе социального воспроизводства: социологический анализ. Саранск: Изд-во Мордовского Университета.
7. Семейная медицина / Смердин С.В., Капитонов В.Ф., Модестов А.А., Новиков О.М. // Метод. пособие. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. — 156 с.