

данных показателей при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (Заславская, 1979).

Вместе с тем достаточно очевидно, что развитие ОКН связано, главным образом, с моментами повышения активности симпатoadренальной системы, что не удивительно, поскольку эффекты симпатического гипертонуса и катехоламинов заключаются в сужении резистивных сосудов, повышении АД, стимуляции работы сердца, повышении агрегации тромбоцитов, потребности миокарда в кислороде, усилении свободнорадикальных и кальций-опосредованных реакций и пр., что в совокупности создает благоприятную почву для возникновения абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока.

В более ранних работах (Михайлис, 2007) нами была обнаружена зависимость заболеваемости ИМ в г. Ставрополе от динамики солнечной активности в 11-летнем цикле (1995-2005). Однако не было обнаружено закономерности внутригодового распределения ИМ по месяцам, что говорит об определенной искусственности деления годового календаря на известные 12 месяцев. Зато при распределении случаев возникновения в течение года различных заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом, в зависимости от лунных циклов, выявилась довольно четкая закономерность: в периоды полнолуния и новолуния обращаемость по поводу болевых синдромов различного происхождения, в том числе ОКН, значительно возрастает (Михайлис, 2010).

Полученные результаты обязывают при выборе оптимальных схем фармакотерапии считаться не только с фармакокинетикой препарата, но и с целым рядом других экзогенных и эндогенных факторов, имеющих циклическую организацию. Речь идет о физиологии кровообращения и ее зависимости от времени суток, сезона года, периода лунного и солнечного цикла. Внедрение методик хронотерапии и хронопрофилактики позволит достичь максимального эффекта от медицинских воздействий организм человека в норме и патологии.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АЛЬВЕОЛИТА ЧЕЛЮСТИ

Петинов К.В.

*ММУ Городская стоматологическая
поликлиника №1
Самара, Россия*

Профилактика альвеолита челюсти является одной из актуальных проблем хирургической стоматологии. Альвеолит чаще встречается у жен-

щин (57,1%), чем у мужчин (42,9%). Считается, что у женщин на появление альвеолита влияет повышение уровня женских половых гормонов, отмечаемое в период менструации. Гормоны влияют на фибринолиз сгустка крови. При отсутствии регулярной менструации у девочек до 16 лет количество осложнений после удаления зубов значительно меньше. Данное заболевание характеризуется сезонностью течения. Осенью альвеолит наблюдается реже. Довольно часто альвеолиты развиваются в результате травматически проведенной операции удаления зуба, особенно при несоблюдении больными правил гигиены полости рта. Считается, что при уменьшении в полости рта количества бактериальной микрофлоры число альвеолитов (особенно при удалении нижних зубов) снижается. Альвеолит чаще наблюдается при продолжительном проведении операции удаления зуба или корня, а также при значительном травмировании кости и слизистой оболочки, которые в дальнейшем подвергаются инфицированию. Если после удаления корня зуба края лунки остаются острыми и обнаженными, то это способствует появлению в послеоперационный период посттравматического неврита и развитию на его фоне альвеолита. Для нормального заживления постэкстракционной раны необходимо наличие в лунке кровяного сгустка. Чтобы предупредить образование «сухих лунок», нужно устранять причины, которые могут препятствовать образованию кровяного сгустка. В литературе имеются указания на существование факторов, которые мешают образованию или способствуют разрушению уже сформированного кровяного сгустка. Так, использование сосудосуживающих препаратов, вводимых совместно с местными анестетиками, ведет к длительному спазму сосудов и препятствует образованию в лунке зуба кровяного сгустка. Нарушение процесса свертывания крови (гемофилия, псевдогемофилия, болезнь Шенлейна-Геноха, применение антикоагулянтов у больных с инфарктом миокарда, гормональные геморрагии), тампонада лунки марлевыми полосками, несоблюдение больным рекомендаций врача (полоскание полости рта после операции, курение, употребление алкоголя) также может явиться причиной нарушения образования кровяного сгустка. Разрушение кровяного сгустка может произойти за счет фибринолитического действия слюны. Следует помнить, что существенную роль в возникновении альвеолитов играет инфицирование лунки. Микроорганизмы могут проникать в постэкстракционную рану из одонтогенных и неодонтогенных очагов хронического инфицирования, которые располагаются в виде гранулемы или грануляционной ткани в самой лунке или на слизистой оболочке полости рта и носа.

Таким образом, профилактика альвеолита

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, диapedезные 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