

будет выражаться в *совокупности индивидуального капитала здоровья каждого члена семьи в условиях реального времени и периода жизненного цикла семьи*. Таким образом, будут оценены показатели самореализации человека в семье и накопления капитала здоровья общества в зависимости от продолжительности и завершенности жизненного цикла семьи.

Выводы

1. Роль здоровья в настоящее время выходит на первое место в ряду жизненных ценностей независимо от уровня образования, социальной дифференциации населения и субъективной оценки состояния здоровья.

2. Исходя из позиции, что человеческий капитал не только формируется и накапливается, но и воспроизводится в социуме по экономическим законам, развитие капитала здоровья семьи с позиции общественного здоровья также может иметь схожую тенденцию.

3. Важнейшим свойством оценки элемента капитала является динамичный характер его структуры, т. е. он может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от величины его оценки.

4. Рассматривая семью как единую целостную систему, предполагается, что капитал здоровья семьи будет выражаться в совокупности индивидуального потенциала здоровья каждого члена семьи в условиях реального времени и периода жизненного цикла семьи.

5. С позиции семейной медицины и охраны здоровья человека оценка семейного капитала здоровья, и определение недостающих составляющих для его формирования, позволит выработать стратегии и тактику охраны здоровья современной семьи.

Оценивая перспективу дальнейших исследований в области семейной медицины по изучению формирования здоровья семьи и потенциала здоровья ее членов, следует признать необходимость дальнейших исследований в области разработки научных основ развития капитала здоровья человека на протяжении всей его жизни.

Список литературы

1. Беккер Г. Человеческий капитал: теоретический и импирический анализ. – М., 1964. – 234 с.
2. Дятлов С.А. Основы теории человеческого капитала. – СПб., 1994. – 175 с.
3. Кендрик Дж. Экономический рост и формирование капитала. // Вопросы экономики. – 1976. – №11. – С. 54-56.
4. Лысков А.Ф. Человеческий капитал: понятие взаимосвязь с другими категориями. // Менеджмент в России и за рубежом. – 2004. – С. 3-11.

5. Покаякова Г.М. Человеческий капитал в экономике России на рубеже XX-XXI веков. – Абакан: Издательство Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2006. – С.14-18.

6. Щетинин В. Человеческий и вещественный капитал: общность и различие. // Мировая экономика и международные отношения. – 2003. – №8. – С. 55-61.

7. Coleman D. // Demographic Trends in the Industrial World: Europe's Declining Population // Economic Affairs. N9.1989.

8. Denison E. The Sources of Economic Growth in the US and Alternative Before US / E. Denison. – NY, 1962.

9. Schuler T. Social Capital and human Capital the search for appropriate technology methodology Policy Studies / T. Schuler. – 2000.

10. Shultz T. Investment in Human Capital N.V. / T. Shultz. – London, 1971.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ У ЖЕНЩИН

Великанова Л.П., Кравцова Т.В.

ГОУ ВПО «АГМА Росздора»,
Россия, Астрахань

Алкоголизм у женщин, по-прежнему, остается актуальной медико-социальной проблемой современности. Выявление лиц на донологическом этапе болезни является основой первичной профилактики алкоголизма (Э.Е. Бехтель, 1986; Супрун С.В., 2008). По мнению ряда авторов (В.Д. Менделевич, 2005; Ш.И. Спектор, 2008) триггерным механизмом в формировании зависимости нередко является психологический стресс и способности человека совладать с ним (копинг-стратегии). Современные ученые (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, 2008) рассматривают алкогольную аддикцию как неадаптивный способ совладания со стрессом (неконструктивный копинг). Целью исследования явилось изучение стратегий совладания со стрессом (coping) у молодых женщин, с разными формами донологического потребления алкоголя. Объектом были женщины (191 человек, средний возраст – $21,7 \pm 1,8$ лет), копинг-стратегии выявляли методом Е. Neima (1988). Форму потребления алкоголя определялась на основании частотно-количественных критериев бытового пьянства Э.Е. Бехтеля. Результаты исследования и выводы: независимо от принадлежности к группе (абстиненты, эпизодически пьющие, систематически

пьющие – группа риска), выявлен широкий диапазон применяемых копинг-стратегий. Соотношение конструктивных и деструктивных механизмов совладания обуславливает динамику развития болезни. Наличие конструктивных стратегий совладания свидетельствует о сохранности адаптационных способностей в условиях стресса. Деструктивные копинги, вероятно, создают возможности перехода от бытового пьянства в группу риска с последующим формированием зависимости. Следует заметить, что неадаптивные копинг-стратегии формируются (фиксируются) в процессе становления заболевания (алкогольной болезни). Вариант копинг-стратегии «компенсация», активно применяемый группой риска, подтверждает компенсаторно-приспособительную природу алкоголизма. Копинг-стратегии «религиозность», «сохранение самообладания», «эмоциональная разрядка», «отвлечение» препятствуют приему спиртных напитков. Выявление доминирующих копинг-стратегий в условиях стресса, позволяет выявить места наименьшего сопротивления в структуре личности, целенаправленная коррекция которых может предотвратить формирование алкогольной аддикции и существенно повысить эффективность психологической составляющей профилактической работы с группой риска.

ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НА ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ УКОРОЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Волчкова И.С.

*АО «Медицинский университет
Астана», Астана, Казахстан*

Цель исследования: изучить влияние размеров хиатусной грыжи на вероятность развития укорочения пищевода (КП).

Материал и методы

В исследование включено 75 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Нами проведены измерения хиатусного отверстия диафрагмы при помощи гибкого металлического ретрактора «Гольдфингер» с нанесенными на него сантиметровыми метками и определены метрические величины укорочения пищевода у пациентов с ГПОД по методу Mattioli et al (1998).

Все оперированные пациенты в зависимости от размера хиатусного отверстия были разделены на 4 группы. Первая группа – W1-пациенты с малым расширением пищевода хиатуса – до 3 см ($2,5 \pm 0,6$), $n=4$; вто-

рая группа – W2-пациенты со средним расширением пищевода хиатуса – от 3-х до 5 см ($4,77 \pm 0,5$), $n=26$; третья группа – W3 с большим расширением пищевода хиатуса – от 5 см до 8 см ($6,8 \pm 0,77$), $n=31$; четвертая группа – W4 с гигантским расширением пищевода хиатуса – 8 см и более ($10,1 \pm 1,0$), $n=14$. Все случаи укорочения пищевода устранены лапароскопически. После оперативной мобилизации пищевода размещали его абдоминальный отдел на расстоянии от 2,5 до 3 см ниже диафрагмы.

Результаты

В первой группе у пациентов с малым расширением пищевода хиатуса, укорочения пищевода не наблюдалось. Во второй группе, из 26 оперированных, у 3 выявлено укорочение пищевода 1-й степени. Третья группа имела наибольшее количество укорочений пищевода – у 15 из 31 пациента. При этом КП первой степени выявлен у 14 больных, а КП второй степени у 1 пациента. В четвертой группе из 14 пациентов у 7 было укорочение пищевода, из них 1-й степени у 4 и 2-й степени у 3 больных. Следует отметить, что среди оперированных 75 пациентов нами не выявлено ни одного случая истинного нередуцируемого (врожденного) КП. Лапароскопическая интрамедиастиноскопическая диссекция была эффективна в 100% случаев приобретенного КП.

Выводы

1. По нашим данным, у 33% оперированных пациентов по поводу ГЭРБ с ГПОД наблюдается приобретенное (ложное) укорочение пищевода различной степени.

2. Лапароскопическая интрамедиастиноскопическая диссекция является безопасным и эффективным методом устранения приобретенного (ложного) укорочения пищевода.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И-АПФ И ДИУРЕТИКАМИ

**Горшунова Н.К., Мауер С.С.,
Смагина А.В.**

*Государственный медицинский
университет, Курск, Россия*

С целью исследования изменений биомаркеров эндотелиальной дисфункции после ман-