рована у 12,9% респондентов (n=11). Низкая приверженность (отсутствие критериев) отмечается у 7 (8,2%) студентов. Распределение количества опрошенных представлена на рисунке 2.



Рисунок 2 – Уровни приверженности студентов ЗОЖ по индексу ИПЗОЖ

Выводы

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Большинство студентов медицинского университета демонстрируют высокую физическую активность (83,5%), однако наиболее слабым звеном в структуре ЗОЖ является рацион питания: лишь 40% респондентов соблюдают норму потребления овощей и фруктов.

2. Интегральный показатель выявил преобладание удовлетворительной приверженности ЗОЖ (78,8%), в то время как высокий уровень приверженности (соблюдение всех 5 критериев одновременно) отмечен лишь у 12,9% студентов.

3. Результаты указывают на необходимость разработки целевых профилактических программ для студентов-медиков, сфокусированных на коррекции пищевых привычек и повышении культуры питания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Макарова, Л. П. Формирование мотивации здорового образа жизни как критерий качества образования / Л. П. Макарова, М. С. Матусевич, О. В. Шатровой // Молодой ученый. − 2014. − № 4. − С. 1021−1023.

2. Поздеева, А. Н. Оценка приверженности здоровому образу жизни студентов медицинского вуза как основа формирования профилактических программ / А. Н. Поздеева, М. С. Гурьянов // Менеджер здравоохранения. – 2023. − № 5. – С. 58−66.

3. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер / С. А. Шальнова [и др.]. // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 65–72.

УДК 613.84:615.85

Г. О. Гулюта

Научный руководитель: старший преподаватель Н. В. Халецкая

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОБЛЕМА ПРЕОДОЛЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Введение

По данным десятого доклада Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) от заболеваний, связанных с употреблением табака, ежегодно умирает более 7 миллионов человек.

В 2008 году ВОЗ ввела комплекс 6 эффективных мер MPOWER: о мониторинге употребления табака и мерах профилактики; о защите людей от употребления табака; о предложении помощи в целях прекращения употребления табака; о предупреждении опасности, связанной с употреблением табака; о обеспечении соблюдения запретов на рекламу; о повышении налогов на табачные изделия [1].

Однако не смотря на введение мер по профилактике табакокурения эта проблема остается актуальной во всем мире. По данным социологического исследования, проведенного институтом социологии Академии наук Республики Беларусь, курят 64% мужчин и 19,7% женщин. В возрасте от 14 до 18 лет курят 48% опрошенных. Среди городских жителей курят 37% опрошенных и 33% в селе [2].

Около 90% взрослых курильщиков пытаются прекратить курение самостоятельно. Но, к сожалению, 70% вновь начинают курит, как правило, в течение 3-х месяцев после попытки отказа от вредной привычки [3].

При курении развивается фармакологическая или психосоциальная зависимость. При первом типе организм требует поддержания определенной концентрации никотина в крови. При психосоциальном типе курения нет фармакологической зависимости. Этот вид связан с особенностями личности и труднее поддается лечению.

При попытке прекратить курение важно выяснить какой преобладает тип зависимости фармакологический или психосоциальный. Выяснение типа зависимости может способствовать выбору более эффективных методов для купирования синдрома отмены и индифферентного отношения к никотину.

Цель

Изучить соматические и психологические проблемы курящих пациентов, возникающие при отказе от табакокурения.

Материал и методы исследования

Было проведено выборочное медико-статистическое исследование соматических и психологических проблем, возникающих при отказе от курения у пациентов, находящихся на лечении в пульмонологических отделениях учреждения «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». В исследовании приняли участие 25 пациентов.

Для исследования была разработана анкета, которая включала следующие вопросы: стаж курения, количество выкуриваемых за день сигарет, наличие в анамнезе предшествующих попыток отказа от курения и причины их неудач, наиболее трудные моменты в процессе отказа от курения. Вторая часть анкеты была представлена в виде ежедневной табличной разбивки, включающей следующие вопросы: количество сигарет, выкуренных в течение дня, наличие раздражительности, головной боли, бессонницы, кашля, одышки, повышение аппетита, сердцебиение и перебои в работе сердца, частота сердечных сокращений (ЧСС), цифры артериального давления (АД).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил M 42 года стандартное отклонение среднего значения (SD 12,9).

Мужчины n=17 (68%) преобладали над женщинами n=8 (32%) (рисунок 1).

Стаж курения в группе исследования составил M 26 лет (SD 12,9).

У n=11 (44%) исследуемых имелись хронические заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, бронхиальная астма).



Рисунок 1 – Соотношение мужчин и женщин в группе исследования

При сравнении стажа курения у пациентов с хроническими заболеваниями показатель составил M 28,3 SD (12,5) против M18,7 SD (9,3) у n=14 пациентов без хронических заболеваний органов дыхания. Количество выкуренных сигарет в день у пациентов с хроническими заболеваниями составил M 22 SD (13,8) против M16,3 SD (8,6) у пациентов без хронических заболеваний органов дыхания.

У n=21 (84%) в анамнезе были предшествующие попытки отказа от курения. Причиной неудачи у n=17 (81%) оказался стрессовый фактор.

При анализе симптомов было выявлено, что раздражительность нарастала к 3 дню отказа от курения n=20 (80%) и снижалась к 7 дню до n=5 (20%). Также n=15 (60%) отмечали головную боль, которая усиливалась с 1 по 3 день. Бессонница наблюдалась у n=15 (60%) первые 3 дня, но далее снижалась до n=5 (20%) к 7 дню.

Соматические проявления, связанные с изменением ЧСС и АД на фоне отказа от курения, не отмечались.

У n=19 (72%) на фоне отказа от курения наблюдалось усиление кашля. Одышка была у n=16 (64%) пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания, на фоне лечения и снижения количества выкуренных сигарет отмечалась тенденция к снижению выраженности одышки. У n=18 (72%) повысился аппетит при отказе от курения. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика симптомов абстинентного синдрома в первую неделю отказа от курения

Симптомы	1-й день	3-й день	7-й день
Раздражительность	16 (64%)	20 (80%)	5 (20%)
Головная боль	15 (60%)	13 (52%)	7 (28%)
Бессонница	15 (60%)	15 (60%)	5 (20%)
Кашель	1 (4%)	13 (52%)	19 (76%)
Одышка	16 (64%)	6 (24%)	4 (16%)
Повышение аппетита	7 (28%)	14 (56%)	18 (72%)

На вопрос *«Опишите наиболее трудный момент в процессе отказа от курения»* были получены следующие ответы:

– n=19 (76%) указывали на психологический дискомфорт, связанный с невозможностью реализации привычных ритуалов, таких как курение в первые минуты после пробуждения, во время употребления кофе, в процессе телефонных разговоров;

– n=13 (52%) исследуемых пациентов отмечали раздражительность, склонность к агрессивным реакциям, депрессивный фон настроения;

– n=18 (72%) отмечали повышение аппетита. Из них n=3 человека (12%) поставили страх набора веса как наиболее трудный момент в процессе отказа от курения.

Выводы

До 81% неудачных предшествующих попыток отказа от курения связаны с психологическими проблемами курящих пациентов, в частности, со сложностью преодоления стрессовых ситуаций.

При отказе от курения пик неврологических симптомов (раздражительность, головная боль, бессонница) приходился на 3-й день. К 7-му дню данные симптомы уменьшались.

Респираторные симптомы имели двойственный характер – одышка на фоне отказа от курения имела тенденцию к уменьшению, однако у 76% исследуемых отмечено усиление кашля.

Отмечали значительное усиление аппетита к 5–7-му дню отказа от курения и выражали тревогу по поводу возможного увеличения массы тела 72% пациентов, что в 12% послужило причиной преждевременного прекращения попытки отказа от курения.

По данным исследования установлено, что основные трудности при отказе от курения связаны с психологической зависимостью. Поэтому важно проводить комплексную терапию синдрома отмены совместно с психотерапевтом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco // World Health Organization. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/B09466?ysclid=mmmxcbgwv (date of access: 22.02.2026).

2. Заневский, В. П. Комбинированная терапия никотиновой зависимости / В. П. Заневский, А. В. Копытов, В. П. Максимчук // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 1. – С. 51–56.

3. Табакокурение. Последствия для здоровья, подходы к профилактике и лечению : пособие // Гомельский городской родильный дом № 2. – URL: https://www.gor-roddom2.by/zdorovyj-obraz-zhizni/903-tabakokurenie-posledstviya-dlya-zdorovya-podkhody-k-profilaktike-i-lecheniyu. (дата обращения: 22.02.2026).

УДК 616.12-008.46-052-08

А. Р. Дегтярева, М. С. Дроздова

Научный руководитель: ассистент П. Л. Жоголь

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одной из основных причин госпитализаций, инвалидизации и смертности во всем мире. Несмотря на наличие эффективных схем медикаментозной терапии (ингибиторы АПФ/сартаны, бета-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, ингибиторы SGLT2), реальная эффективность лечения в значительной степени определяется приверженностью пациентов. По данным международных регистров, до 50 % пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями нерегулярно принимают препараты или самовольно прекращают лечение. В Республике Беларусь, где приняты новые подходы к диспансеризации взрослого населения (постановление МЗ РБ № 173), оценка приверженности у пациентов с ХСН приобретает особую актуальность для планирования индивидуализированных программ ведения.