

рентные импульсы, которые дезинтегрируют ноцицептивную систему, что приводит к самоподдерживающейся патологической активности.

2. Данная стимуляция развивается на уровне спинного мозга, затем переходит на таламус, ретикулярную формацию, таламические структуры двигательных экстрапиримидных систем и кору больших полушарий. Эта реорганизация соединяет ноцицептивные структуры в патологическую алгическую систему, из-за которой проявляется болевой синдром. Ее основные качества: гиперактивность, восприимчивость к различным неблагоприятным факторам, которые усиливают чувство боли, — изменение погодных условий, переохлаждение ампутированной конечности, ухудшение общего состояния.

3. Периферическая алгическая система образует стабильные образования с центральной болевой доминантой путем увеличения возбудимости и реактивности центростремительных нервных волокон, нейронов задних рогов спинного мозга и вышележащих структур болевой системы, из-за этого периферический фактор полностью или частично утрачивает свое главенство. Боли превращаются в «центральные» и влияние на периферический аппарат почти не действует на их устранение.

В результате образуется извращенный центр в коре головного мозга, который является источником фантомных болей. Предполагается, что при образовании фантомного синдрома большое значение имеют сочетанные очаги возбуждения, которые создают другие пути для распространения возбуждения, тем самым подкрепляя фантомные боли и образуя единую функциональную систему [4].

Выводы

Таким образом, ФБС формируется в результате рассогласования между болевой импульсацией от поврежденных волокон в культе, блокированием нисходящего эфферентного воздействия, дефицитом адекватной информации от рецепторов ампутированной части, а также образованием очагов запредельного торможения ввиду чрезмерной силы раздражителя. Из этого следует, что дополнительная неизбежная травматизация при удалении невром, реампутации и других оперативных вмешательствах, ведет к формированию патологической болевой доминанты и прогрессированию болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ишинова, В. А. Роль фантомных болей в формировании психопатологической симптоматики у больных после ампутации нижних конечностей / В. А. Ишинова, О. Н. Горчанинов, С. П. Сухоруков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2013. — № 1. — С. 47–50.
2. Phantom pain and posttraumatic pain conditions / L. Rasulic [et al.] // USA. — 2004. — Vol. 51, № 4. — P. 71–80.
3. Фантомно-болевой синдром: патогенез, лечение, профилактика (обзор литературы) / О. К. Чегуров [и др.] // Гений ортопедии. — 2014. — № 1. — С. 89–93.
4. Сайко, А. В. Современное состояние проблемы фантомной боли / А. В. Сайко // Международный неврологический журнал. — 2018. — № 4. — С. 84–95.

УДК 613.84-0.57.875:613.844

ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ В ПРЕКРАЩЕНИИ КУРЕНИЯ

Бурцева Е. Н., Бончик А. В.

Научный руководитель: м.м.н., старший преподаватель А. В. Провалинский

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

Введение

Курение является одним из основных факторов риска для здоровья курящих и некурящих людей и негативно влияет на динамику демографических процессов [1]. В

течение ряда лет в Республике Беларусь сокращается численность населения, снижается рождаемость, растет смертность от онкологических, сердечно-сосудистых и других заболеваний, которые вызваны злоупотреблением спиртными напитками и курением [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно во всем мире табак убивает 5 млн людей (11 тыс. человек каждый день). В Беларуси от болезней, связанных с курением, ежегодно умирают около 15,5 тыс. человек. Согласно прогнозам, к 2020 г. табак станет ведущей причиной смерти 10 млн человек во всем мире [2]. По данным республиканского социологического исследования доля курящих мужчин составляет 43 %, доля курящих женщин — 15,6 % [2].

Цель

Оценить готовность студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет» к оказанию помощи в прекращении курения.

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 400 респондентов из числа студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет». Полученные данные были сведены в таблицы. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Среди опрошенных было 35 % (n = 140) юношей и 65 % (n = 260) девушек. Из общего числа респондентов пробовали начать курить 84 % (n = 336) и 16 % (n = 64) не предпринимали попыток курить. К моменту опроса курящими оказались 29 % (n = 116) студентов.

Из числа курящих респондентов большинство 41 % (n = 164) выразили желание бросить курить, 38 % (n = 152) хотели бы сократить число выкуриваемых сигарет в день и 79 % (n = 316) не стали бы менять свой образ жизни. При опросе ранее куривших студентов о применявшихся ими методах отказа от курения, 86 % (n = 344) ответили, что они не использовали никаких специальных методов. Только 14 % (n = 56) бросавших курить ответили, что они прибегали к использованию тех или иных видов специальных средств и методов для отказа от курения.

При анализе ответов на вопрос «Какие специальные методы для прекращения курения Вы знаете?», наиболее частыми ответами являлись: никотиновые пластыри (45 %), фармакологические препараты (25 %), переход на электронные сигареты (19 %), психотерапия (6 %), специальные жвачки (3 %), народные средства (2 %).

Из общего числа респондентов среди курящих и не курящих 87 % (n = 348) считают, что курение в целом наносит вред обществу.

На вопрос «Должны ли быть обучены работники здравоохранения методам прекращения курения» 81 % (n = 324) ответили утвердительно, остальные респонденты 10 % (n = 40) считают, что это должен делать другой специалист, а 9 % (n = 36) опрошенных считают это прерогативой самого пациента. При этом на вопрос «Должны ли работники здравоохранения советовать пациентам отказаться от курения» 90 % (n = 360) ответили положительно, однако на вопрос об эффективности данных рекомендаций медработников курящим пациентам 49 % (n = 196) считают, что данная тактика не повысит шансы пациента бросить курить.

Также по данным опроса 58 % (n = 232) утверждают, что современная профилактика курения оказывается не эффективной, но 42 % (n = 128) отмечают эффективность антирекламы табака.

На ряд вопросов, касающихся рекламы сигарет, большинство 82 % считают, что она не оказывает значительного влияния на мотивацию к началу курения и 18 % опрошенных отметили свое нейтральное отношение к рекламе.

Выводы

Таким образом, большинство опрошенных выразили готовность к помощи в отказе от курения другим курящим. 90 % респондентов, считают, что работники здравоохранения

должны давать рекомендации о прекращении курения своим пациентам и 49 % отмечают, что это увеличит шансы пациента отказаться от курения.

Студенты УО «Гомельский государственный медицинский университет» получают подготовку, касающуюся помощи пациентам в прекращении курения, и 80 % считают, что необходимо обучать врачей методам помощи в прекращении курения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарасов, В. С. Эффективность мер профилактики и борьбы с курением в Беларуси / В. С. Тарасов // Социологический альманах. — 2010. — № 1. — С. 322.
2. Материалы сайта Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.minzdrav.gov.by>. — Дата доступа: 03.03.2019.

УДК 613.84-057.875:378-029.61(476.2-25)

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ В УЧРЕЖДЕНИИ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Бурцева Е. Н., Бончик А. В.

Научный руководитель: м.м.н., старший преподаватель *А. В. Провалинский*

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

Введение

Курение сигарет является крупнейшим предотвратимым фактором риска заболеваемости и смертности в развитых странах. Никотин (основное действующее вещество табака) — вещество, способное вызывать выраженную лекарственную (табачную, никотиновую) зависимость из-за оказываемого им психоактивного действия (МКБ-10), что подтверждается частыми рецидивами возобновления табакокурения у «бывших» курильщиков. В 1994 г. N. L. Benowitz и J. E. Henningfield определили потребление 5 мг никотина в день как «порог» для развития никотиновой зависимости, что означает, что пороговое значение достигнуто для тех, кто курит 5 или больше сигарет в день (1 мг никотина на сигарету) [1].

Американская медицинская ассоциация в 1998 г. предположила, что такой «порог» будет отличаться у разных людей и что предлагаемое N. L. Benowitz и J. E. Henningfield значение для развития зависимости, вероятно, представляет собой самое высокое пороговое значение, которое следует учитывать [1].

Цель

Оценить структуру и особенности курящих студентов в УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Материал и методы исследования

Было проведено анкетирование 400 респондентов из числа студентов УО «Гомельский государственный медицинский университет». Полученные данные были сведены в таблицы. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Среди опрошенных было 35 % (n = 140) юношей и 65 % (n = 260) девушек. Из общего числа респондентов пробовали начать курить 84 % (n = 336) и 16 % (n = 64) не предпринимали попыток курить. К моменту опроса курящими оказались 29 % (n = 116) студентов.