

Выводы

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить гендерные различия стрессоустойчивости у студентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шлык, Н. И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов: монография / Н. И. Шлык — Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2015. — 255 с.
2. Патологическая физиология: учебник / Ф. И. Висмонт [и др.]; под ред. проф. Ф. И. Висмонта. — Минск: Выш. шк., 2016. — 640 с.
3. Психодиагностика стресса: практикум / сост. Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол. ун-т. — Казань: КНИТУ, 2012. — 212 с.
4. *Рогов, Е. И.* Настольная книга практического психолога: в 2 ч. Часть 2. Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения: практич. пособие / Е. И. Рогов. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Издательство Юрайт, 2019. — 507 с.

УДК 616-009.7

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Бернацкая Е. Н., Миронова К. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фантомно-болевым синдром (ФБС) относится к группе неврогенных болевых синдромов, причиной возникновения которых является повреждение структур периферической или центральной нервной системы, ведущим компонентом симптоматики представлены психопатологическими проявлениями. На данный момент патогенез развития данного вида синдрома до конца не изучен [1].

Цель

Рассмотреть патогенетические механизмы возникновения ФБС.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ, обобщение и интерпретация литературных источников по проблеме исследования, размещенных в англоязычных ресурсах и в ряде русскоязычных изданий за период с 2010 по 2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Частоту развития фантомно-болевого синдрома после ампутации конечности оценивают в диапазоне от 45 до 90 % [2]. ФБС включает в своей структуре следующие компоненты: периферические раздражения, центральные нейрофизиологические механизмы и психологическая переработка получаемых ощущений, которые находятся в единстве, взаимозависимости и взаимосвязи [3].

В настоящее время сложилась теория об этапности ФБС. Она подразумевает постепенное формирование болезненного очага возбуждения в глубоких структурах головного мозга и складывается из трех этапов:

1. Дезафферентация, связанная с утратой большого участка рецептивного поля, приводит к развитию аномальной эктопической активности. В результате повышения возбудимости и реактивности нервных волокон в области поврежденной конечности, нейронов задних рогов спинного мозга и структур ноцицептивной системы облегчается синаптическая передача, активизируются «молчащие» синапсы и происходит формирование патологического очага усиленного возбуждения. Этот очаг вырабатывает аффе-

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 экстрапирамидных 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