

Средняя потеря продолжительности жизни курящих белорусов составляет 18 лет, а для возраста 35-69 лет – 21 год. По статистическим данным Минздрава Беларуси «в течение последнего года более трети курящих (35,6%) предпринимали попытки бросить курить, из них удалось отказаться от курения только 9,8%».

Цель настоящего исследования – разработка и проведение тренинга для преодоления никотиновой зависимости с использованием интегрированного подхода.

В связи с этим, задачами исследования являлись:

1. Изучение психологических особенностей потребления никотина.
2. Определение типа курильщиков и форм никотиновой зависимости.
3. Разработка и применение тренинга по преодолению никотиновой зависимости.

Для проведения исследования была сформирована группа из 10 добровольцев (6 мужчин и 4 женщины), студентов УО «ГрГМУ». Критериями включения явились наличие симптомов никотиновой зависимости, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 и отсутствием других психических и соматических расстройств. Методы исследования: шкала депрессии Зунга, опросник Спилберга-Ханина для выявления тревожности, опрос на определение клинических форм никотиновой зависимости, тест Фагерстрема, индекс курильщика, опросник для выявления СВД. Проводились три раза, соответственно этапам тренинга. Тренинг состоит из четырех этапов. Первый этап – диагностический (2 недели), происходило определение форм и степени никотиновой зависимости, степень выраженности вегетативных дисфункций. Первый месяц второго этапа, основного, (2 месяца), был направлен на формирование и закрепление навыков устойчивости к табачной зависимости, определение и развитие способности концентрации ощущений напряжения и релаксации на разных группах мышц. Во второй месяц этапа произведен прием лекарственных средств: «Табекс», купирующий симптомы синдрома отмены; «Рексетин», антидепрессант, обладающий высокой эффективностью в уменьшении тревоги. На 5 день приема препарата «Табекс» был проведен сеанс акупунктуры с повторным недельным контролем, для закрепления эффекта купирования никотиновой абстиненции.

Поддерживающий этап (1 месяц) включал в себя индивидуальные поддерживающие встречи для установления устойчивости сформировавшихся навыков совладения с никотиновой зависимостью.

Во время заключительного этапа было проведено проверочное собрание с целью подведения итогов и проверки установления устойчивости сформировавшихся навыков совладения с никотиновой зависимостью.

Проведенный тренинг показал высокую эффективность: семь человек из десяти вошли в полную ремиссию, с устойчивыми чертами формирующегося безаддиктивного поведения.

**Корогода Н. П., Елаго И. Ю.**

СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СВЯЗИ С ДЕМЕНЦИЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2002-2011 гг.  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Дудук С.Л., к.м.н.

В работе рассчитаны показатели первичной инвалидности при болезни Альцгеймера по Гродненской области за 2002-2011 гг., оценены специальные характеристики интенсивных показателей, тяжесть структуры первичной инвалидности, зависимость инвалидности от пола и места жительства пациентов. Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Среди психической патологии пожилого возраста доминируют деменции. Ведущее место в плане распространенности на сегодняшний день принадлежит деменции при болезни Альцгеймера. Известно, что деменция – необратимый процесс, однако, своевременные лечебно-реабилитационные мероприятия могут стабилизировать состояние пациента, не допуская или отодвигая во временном промежутке необходимость постоянного ухода за ним. Традиционно структура первичной инвалидности при психических расстройствах зависит от своевременности

диагностики заболевания, качества и доступности специализированной психиатрической помощи изучить особенности выхода на инвалидность и структуру тяжести первичной инвалидности вследствие болезни Альцгеймера населения старше 40 лет, проживающего в Гродненской области за период 2002-2011 гг., как один из аспектов бремени медико-социальных проблем в связи с деменцией при болезни Альцгеймера. Уровень, структура, динамика инвалидности в связи с болезнью Альцгеймера изучены сплошным методом среди городского и сельского населения Гродненской области за 2002-2011 гг. с общим числом наблюдений 238 больных. За единицу наблюдения в работе приняты: 1. Больной, вышедший на пенсию по возрасту, и на инвалидность в связи с деменцией при болезни Альцгеймера за период с 2002 по 2011 гг. включительно. 2. Рабочий и служащий, вышедший на инвалидность в связи с деменцией при болезни Альцгеймера за период с 2002 по 2011 гг. включительно. 3. Инвалид, страдающий деменцией при болезни Альцгеймера, подлежащий переосвидетельствованию в связи с окончанием срока инвалидности. Средний возраст зарегистрированных инвалидов в связи с болезнью Альцгеймера равен 71,43 года. Число первично обратившихся женщин до выхода на пенсию составляет 0.16197 на 100 тыс. населения, мужчин 0.39308 на 100 тыс., после выхода на пенсию женщин 3.72533 на 100 тыс. населения, мужчин 1.79072 на 100 тыс. населения.

Выводы: 1. До выхода на пенсию чаще первично обращаются в МРЭК Гродненской области мужчины, а после выхода на пенсию женщины. 2. В течение изучаемого периода 2002-2011 гг. первичная инвалидность в связи с деменцией при болезни Альцгеймера постепенно снижается: наибольшее значение в 2004 году-6,552 на 100 тыс. населения, наименьшее в 2010 – 0. 3. Общая инвалидность при болезни Альцгеймера не значительно превышает первичную 1,4:1. 4. При выходе на инвалидность в связи с деменцией при болезни Альцгеймера 100% признаются полностью нетрудоспособными, в 82,2% случаев устанавливается I гр. инвалидности, в 88,3% случаев инвалидность устанавливается бессрочно. 5. Среди всего контингента инвалидов в связи с деменцией при болезни Альцгеймера, преобладают женщины-3,8873 на 100 тыс. населения. 6. Сельское население в структуре контингентов инвалидов при болезни Альцгеймера составляет 3,5 на 100 тыс. населения, из них женщины 2,073 на 100 тыс. населения. 7. Чаще выставляется I гр. инвалидности в независимости от места жительства как мужчинам так и женщинам, III гр. инвалидности встречается только у мужчин проживающих в сельской местности.

#### **Костюкова Н.И.**

#### **АНТИОКСИДАНТЫ И ЭРИТРОПОЭТИН В ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ**

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Научный руководитель: Выдыборец С.В., д.м.н., профессор

Достижением в коррекции анемии при гемобластозах явилась рациональная терапия рекомбинантным эритропоэтином (р-ЭПО) у больных множественной миеломой (ММ) отмечается активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и снижение антиокислительной активности плазмы крови (АОА) Лечение антиоксидантами (АО) приводит к снижению активности ПОЛ, что способствует повышению уровня гемоглобина (Hb). Цель работы – изучить влияние АО в комплексном лечении анемического синдрома при ММ. Материалы и методы. Обследовано 48 больных ММ. Из них у 26 лиц проведено лечение анемического синдрома р-ЭПО+АО (основная группа). На фоне стандартной химиотерапии больные получали АО –  $\alpha$ -токоферол в суточной дозе 300 мг (по 100 мг 3 раза в день внутрь) в течение одного месяца. У 22 больных лечение АО не проводилось (контрольная группа). Проведено определение Hb, диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), АОА. Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6. Результаты. Исходные данные показателей Hb, ПОЛ и АОА у больных основной и контрольной групп статистически не отличались. Уровень Hb у больных основной группы после лечения составил 103 г/л (90–122 г/л), ДК – 12,57 мкмоль/мл (9,18–19,33 мкмоль/мл), МДА – 2,99 мкмоль/мл (2,88–3,09 мкмоль/мл), АОА – 0,699 у.е. ОП