

снижение D-димеров- у 31(62%), увеличение- у 6(12%), разнонаправленный характер изменения уровня D-димеров- у 8(16%) пациентов. Среднее значение максимальных показателей снижения D-димеров 1-й группы меньше чем у 2-й ( 2232 и 4195 соответственно). Снижение этих максимальных показателей составил 61 % в 1-й группе, а у 2-ой группе -78%. Среднее значение максимальных показателей роста уровня D-димеров 1 группы-3882, 2-й -1102, увеличение от среднего исходных уровней в 1 группе – 85%, у 2-й – 48%.

Если в течение 3 суток назначения НМГ не наблюдалось снижение D-димеров, больному назначали лечебные дозировки этих препаратов. Осложнение с летальным исходом, связанные с ТЭЛА наблюдались у 2 пациентов (1,94%) из 2-й группы и, вероятно, были связаны с недостаточной тактикой профилактики. В случае доказательства факта наличия тромбов путем ультразвукового исследования венозной системы, оперативное вмешательство отменялось и пациенту предлагали пройти курс лечения в профильном отделении по месту жительства.

**Заключение.** Таким образом, динамика D-димеров носила более выраженный характер у больных с переломами костей нижних конечностей в сравнение с остеоартрозами, что требуют более длительной подготовки к оперативным вмешательствам.

Результаты исследования доказывают целесообразность предлагаемой нами тактики в случае диагностирования повышенных уровней D-димеров для профилактики ТЭЛА у травматологических больных.

#### Список литературы

1. Приказ МЗ РБ №615 от 08.06.2011 «Клинический протокол предоперационной диагностики, мониторингования и выбора метода анестезии у пациентов в стационарных условиях».
2. Шанцило, Э.И. / Эффективность использования низкомолекулярных гепаринов при остром коронарном синдроме / Э.И. Шанцило // Здоровоохранение. – 2007. – 4. – С. 60-63.

## **ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ МОЛОДЁЖИ К НЕЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Быков Е.С., 3 к., 4 гр., ЛФ*

*Кафедра общей гигиены и экологии  
Научный руководитель – к.б.н., доцент Зиматкина Т.И.*

Курение как таковое известно очень давно. Фрески в индийских храмах изображают святых подвижников, вдыхающих дым

ароматических курений. Курительные трубки были найдены при раскопках захоронений знати в Египте, датируемых XXI–XVIII веками до нашей эры. Предполагают, что курение возникло как атрибут ритуальных действий, помогающих освободить сознание шамана и достигнуть особого состояния духа. Также словом курение или воскурение обозначают сожжение или испарение благовоний и ароматических веществ, применяемых в религиозных ритуалах, в ароматерапии и для ароматизации воздуха [9].

Сегодня распространение табакокурения, его негативные последствия и причиняемый ущерб, приобрели масштабы эпидемии. Табакокурение – это тяжёлая наркотическая зависимость. Исследования зависимых лиц свидетельствуют о существенных нарушениях у них саморегуляции контроля поведения, неспособности к высокой самооценке. Все эти особенности сознания и поведения курящих создают соответствующие проблемы в их межличностных отношениях. Состояние может доходить до степени, когда человек не может дифференцировать свои чувства [2]. Табакокурение является причиной острого повреждения легочной ткани (80-90% случаев хронической обструктивной болезни лёгких связывают именно с ним), снижает их вентиляционную функцию, вызывает рак лёгких и других органов, приводит к окислительному и генотоксическому стрессу, инициирует нарушение баланса в системе оксиданты–антиоксиданты, подавляет фагоцитарную активность и уменьшает число альвеолярных макрофагов. Это является биологической причиной склонности курящего человека к инфекционным заболеваниям и другой патологии. Остается еще много нерешенных вопросов о влиянии табакокурения на организм человека. К таким вопросам, в частности, относится взаимодействие табачного дыма и целого ряда лекарственных препаратов. Так, известно, что снижается эффект макролидов, теофиллина, ингаляционных глюкокортикостероидов и целого ряда других лекарственных средств у курящих людей [6].

Табачный дым содержит азот, метан, водород, аргон и цианистый водород, а также еще более 4600 компонентов, многие из которых являются биологически активными и проявляют токсичные, мутагенные и канцерогенные свойства. Вредный и опасный характер табачному дыму придают такие соединения, как ацетальдегид, ацетон, аммиак, бензол, бутиламин, диметиламин, ДДТ, этиламин, формальдегид, сероводород, гидрохинон, метиловый спирт, метиламин, пиридин, соединения никеля, мышьяка, полония-210 и др. [7].

Существуют неопровержимые доказательства того, что и пассивное курение представляет серьезную опасность для здоровья. Оно может вызвать затруднение дыхания, раздражение дыхательных путей, кашель, а также является фактором риска развития рака легких, приступов астмы и ухудшения симптомов бронхита. Треть случаев рака легких у некурящих возникает в результате пассивного воздействия на них

сигаретного дыма. Пассивное курение является причиной необратимых изменений в здоровье, а также является причиной ранней смерти у некурящих. Даже в небольших количествах табачный дым раздражает слизистые глаз, дыхательных путей, вызывая их отек. Дети подвержены риску отравления табачным дымом в гораздо большей степени, чем взрослые. Физически и умственно они развиваются медленнее, имеют слабые легкие, часто болеют простудными заболеваниями. Риск развития респираторных болезней у детей в курящих семьях возрастает в прямой зависимости от интенсивности курения родителей. При этом самый высокий уровень риска достигается при курении обоих родителей [8]. Всё вышесказанное делает проблему распространения табакокурения и её негативного воздействия на здоровье человека, а также профилактику этой вредной привычки чрезвычайно важной и актуальной.

Согласно статистическим данным около 30% взрослого населения Европейского региона относится к группе регулярно курящих. Ежегодное число смертей в мире от этой пагубной привычки составляет 1,2 млн. Особую тревожность вызывает высокий показатель табакокурения среди молодежи – около 27-30%. Беларусь не является исключением. По результатам опроса общественного мнения, проведенного Республиканским центром гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, курильщиками являются 41,6% населения в возрасте от 16 лет и старше. Их число постоянно пополняется за счет подрастающего поколения. Следует отметить некоторую положительную тенденцию. Так, доля курящего населения в возрасте 15 лет и старше в последние годы снизилась с 41,6% до 34,3%. Доля тех, кто курит постоянно, среди мужчин составляет 44,8%, что в 7,2 раза больше, чем в группе женщин [4].

Довольно остро стоит проблема табакокурения в учебных заведениях. Так, среди учащихся колледжей г. Гродно курят в настоящее время 31% опрошенных. Среди юношей доля курящих составила 44%, среди девушек – 24,5%, пробовали когда-либо курить 38% [5]. Что же касается студентов Гродненского медицинского университета, то курильщиков среди них 40,4%. На вопрос «Кто вас приобщил к курению?» 67% респондентов ответили – «друзья и товарищи», 16% – «не могу вспомнить» и 9% – «сам». Что же касается причины курения, то 41% респондентов делают это для того, чтобы уйти от стрессов и проблем, расслабиться, 35% – потому что это единственный способ для общения в компании. На вопрос «Хотите ли вы бросить курить?» 79% респондентов дали положительный ответ, 16% – не задумывались об этом и 5% – осознанно не хотят этого делать [3].

М.В. Валюк и Л.Э. Кацер разработали ряд рекомендаций для желающих бросить курить, в соответствии с которыми к отказу от курения следует готовиться. Нужно назначить конкретную дату. Не докуривать сигарету до конца, оставляя последнюю треть. Не затягиваться сигаретой. Ежедневно сокращать количество выкуриваемых сигарет на 1-2. Не курить на пустой желудок и завести “бездымные” привычки. Никогда не

курить “за компанию” [1].

Полагаем, что для улучшения ситуации с табакокурением необходимо повышение уровня знаний о негативном воздействии табакокурения на здоровье человека и активизация информационно-просветительской работы среди учащейся молодёжи, в том числе и среди студентов-медиков, а также силами последних для других категорий населения. Всегда надо помнить о том, что “сигарета – это бикфордов шнур, на одном конце которого огонек, а на другом – дурак” (Б. Шоу).

#### Список литературы

1. Валюк, М.В. Как бросить курить? / Кацер Л.Э. // Мир медицины. – 2007. – №5. – С. 28.
2. Головач, А.А. Психотерапия никотиновой зависимости / А.А. Головач // Психотерапия. – 2007. – № 2 – С. 15.
3. Качановская, А.А. Частота встречаемости курения среди студентов Гродненского медицинского университета / А.А. Качановская // Материалы конференции студентов и молодых учёных, посвящённой памяти профессора Н.И. Аринчина, 16-17 апреля 2009. – Гродно: ГрГМУ. – 2009. – С. 143-144.
4. Секач, А.С. Распространённость табакокурения среди населения республики / А.С. Секач, Г.С. Мисяченко, О.Н. Матюшевич // Здравоохранение. – 2006. – №7. – С. 23-25.
5. Тищенко, Е.М. Образ жизни учащихся колледжей города Гродно / М.Ю. Сурмач, С.А. Куль, Т.И. Артеменко // Журнал ГрГМУ. – 2010. – №2. – С. 160-162.
6. Чучалин, А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания / А.Г. Чучалин // Российский медицинский журнал. – 2006. – Т. 16, № 22.
7. <http://www.prosigareti.ru/page105.html/> [режим доступа: 23.09.2011г., 00.56]
8. <http://www.ru.european-lung-foundation.org/> [режим доступа: 23.10.2011г., 00.23]
9. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Заглавная\\_страница/](http://ru.wikipedia.org/wiki/Заглавная_страница/) [режим доступа: 15.10.2011г., 00.23]