

нередко приводит к повреждению внутриутробного плода. У новорожденных несовершенны ферментные системы, и они не в состоянии утилизировать вводимые витамины. Гипервитаминозы у стариков возникают из-за ошибочного представления, будто в старости потребность в витаминах повышена. Существуют обоснованные опасения непереносимости больших доз витаминов в преклонном возрасте.

Представленные данные не должны вызывать боязни применения витаминов с лечебной и профилактической целью, обусловить витаминофобию. Напротив, следует подчеркнуть безусловную эффективность рациональной витаминотерапии. Необходимо использовать этот мощный лечебный фактор строго по показаниям, с учетом научных данных об их синергизме и антагонизме, о взаимодействии витаминов между собой и с другими фармакологическими средствами, точно зная, какой эффект можно ожидать от каждого витамина в отдельности и от сочетанного их применения.

Поступила 9 июля 1980 г.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 613.84:362.147

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ НИКОТИНИЗМА

В. С. Нечаев, Э. В. Малая, С. Н. Ковтун

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. А. Ф. Серенко) I ММИ им. И. М. Сеченова

Реферат. Среди 270 студентов путем анкетирования выявлены три группы наблюдения: больные никотинизмом, риск-группа и здоровые. Разработана комплексная программа мероприятий по борьбе с курением.

Ключевые слова: никотинизм, студенты.
1 иллюстрация. 1 таблица.

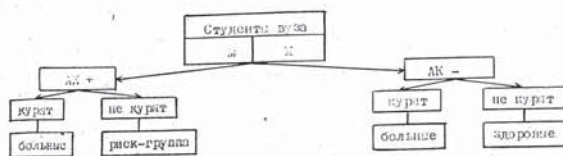
В настоящее время курение становится все более определяющим в возникновении и развитии многих тяжелых заболеваний. Поэтому в литературе появилось понятие «никотинизм», означающее род бытовой наркомании, вызванной курением табака. Следовательно, никотинизм рассматривается как одно из патологических состояний. Курящих лиц, страдающих никотинизмом, следует относить к группе больных. Проблема борьбы с никотинизмом среди студентов является наиболее актуальной и должна рассматриваться как важная задача их диспансеризации.

Для углубленного изучения факторов, влияющих на формирование никотинизма, нами было обследовано 270 студентов с оценкой таких психологических характеристик личности, как потребность в общении, техника общения, социометрический статус и attitude¹ к курению.

Материалы исследования показали, что на процесс приобщения к курению в первую очередь влияет attitude. Разработанная нами методика позволила категоризировать студентов на лиц с положительным и отрицательным attitude к курению, а на основании этого классифицировать их при диспансеризации на три группы: больные никотинизмом, риск-группа и здоровые (рис.).

В группу больных входят курящие студенты с положительным и отрицательным attitude к курению (АК+ и АК-). Наши материалы показали, что студенты, страдающие неврозами и психопатиями, особенно женщины, прибегают к систематическому курению чаще, чем здоровые. Это необходимо учитывать при работе с такой группой больных студентов.

Риск-группу составляют некурящие студенты с АК+. Это группа потенциальных курильщиков, которые на первом курсе еще не курят, но имеют неустойчивый или положительный attitude, что будет способствовать приобщению их к курению.



¹ Attitude-установка — это неосознаваемое личностью состояние готовности к определенной деятельности, с помощью которой может быть удовлетворена та или иная потребность.

УВАЖАЕМЫЙ ТОВАРИЩ!

Просим Вас дать ответы на все вопросы по порядку («да» или «нет»)

№№ пп	Вопросы	Графа 1 (ответы студентов «да», «нет»)	Графа 2 (для врача, ответы в баллах)
1.	Нравится ли Вам, когда курят окружающие Вас люди?	да нет	1 0
2.	Отрицательно ли Вы реагируете, когда в Вашем присутствии курят?	да нет	0 2
3.	Вы можете предлагать людям закурить?	да нет	2 0
4.	Понравилось бы Вам курение Вашего ближайшего друга?	да нет	1 0
5.	Понравилось бы Вам курение Вашей ближайшей подруги?	да нет	1 0
6.	Если бы Вам предложил закурить Ваш друг или приятный для Вас человек, Вы закурите?	да нет	3 0
7.	Вы согласны с мнением, что курение снижает умственную деятельность?	да нет	0 1
8.	Раздражает ли Вас пребывание в накуренном помещении?	да нет	0 2
9.	Являетесь ли Вы активным пропагандистом вреда курения?	да нет	0 2
10.	Вы курите?	Общая сумма баллов:	
11.	Выкуриваете ли Вы 10—20 сигарет в день?		
12.	Выкуриваете ли Вы более 1 пачки сигарет в день?		
13.	Вы начали курить в институте?		
14.	Хотите ли Вы бросить курить?		
15.	Желание бросить курить вызвано ухудшением Вашего здоровья?		
16.	Вы бросали курить?		

Среди мужчин такая группа риска составляет $10 \pm 5\%$, среди женщин— $27 \pm 10\%$.

К здоровым относятся некурящие студенты с АК—. Эта группа студентов может составить актив, помогающий врачу в его работе по борьбе с курением, но периодически врач должен осуществлять контроль за ней, учитывая, что у каждой четвертой женщины к 4—5-му курсу меняется отношение к курению, АК— переходит в АК+, и часть женщин начинает курить на старших курсах.

Для правильной дифференциальной диагностики в процессе диспансеризации — отнесения к группе больных никотинизмом, группе риска или группе здоровых — необходимо прежде всего овладеть методикой определения положительного или отрицательного отношения к курению (АК+, АК—). Для этого нужно предложить каждому студенту ответить на вопросы анкеты «да» или «нет». Затем врач оценивает ответы на первые девять вопросов в баллах и для определения АК подсчитывает общую сумму баллов у каждого студента (см. табл.). Вопрос 6-й является основным в оценке АК, поэтому ответ «да» на него оценивается в 3 балла. Сумма баллов от 0 до 4 характеризует отрицательный аттитюд (АК—), от 5 до 15 — положительный (АК+). От АК и от ответов на вопросы с 10-го по 16-й зависят соответствующие методы

лечения. Таким образом все студенты на основании анкетных данных будут разделены на больных, риск-группу и здоровых. Комплексная программа по борьбе с курением среди студентов в плане диспансеризации должна состоять из четырех разделов.

1. Раннее обследование, выявление и деление студентов на группы наблюдения: больные никотинизмом (курящие), риск-группа (некурящие, но с положительным отношением к курению), здоровые (некурящие с отрицательным отношением к курению).

2. Тщательный медицинский осмотр и социально-гигиеническое обследование риск-группы и больных никотинизмом.

3. Периодическое антินิกотиновое лечение нуждающихся в этом студентов.

4. Меры широкой медико-социальной профилактики курения в вузе, направленные на формирование отрицательной психологической установки — отношение к курению.

Поступила 29 января 1980 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

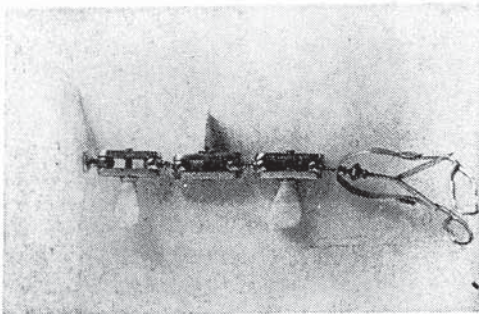
УДК 615.472.5:616.211

НОСОРАСШИРИТЕЛЬ, ФИКСИРУЮЩИЙСЯ НА ГОЛОВЕ БОЛЬНОГО

В. И. Коченов

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. В. Ю. Шахов) Горьковского медицинского института

Применяемые в настоящее время носорасширители не обеспечивают стабильного положения разведенных тканей преддверия носа и нуждаются в постоянном поддержании рукой врача во время работы. Положение бранш носорасширителя в процессе манипуляции и хирургических вмешательств неизбежно меняется. Нередко во время операции, когда приводится в готовность очередной хирургический инструмент, для чего необходимы обе руки, врачу приходится выпускать носорасширитель, удалять его из носа. В это время теряется контроль за операционным полем, изменяется направление преддверия носа, что нередко отражается на качестве операции или манипуляции.



Мы предлагаем устройство, предназначенное для расширения крыльев носа и фиксации их в любом удобном для осмотра и внутриносовых манипуляций положении. Устройство состоит из собственно носорасширителя, ширина разведения бранш которого регулируется и фиксируется специальным винтом, из оголовья, предназначенного для фиксации всего устройства на голове больного, и шарнирного механизма, соединяющего первые два элемента. Фиксация носорасширителя может быть произведена в любом положении с необходимой жесткостью, регулируемой тремя винтами с барашками. Шарнирный механизм

позволяет придать предварительно разведенным мягким тканям преддверия носа любое направление, нужное для осмотра и манипуляций, не изменяющееся при движениях головы больного (см. рис.). Предлагаемый носорасширитель легко удаляется из носа, отводится в сторону, не мешает проведению манипуляций, при которых он не нужен. Устройство облегчает внутриносовые манипуляции и хирургические вмешательства, удобно при осмотре полости носа под микроскопом. Оно освобождает хирурга от необходимости постоянно держать в одной руке носовое зеркало при внутриносовых манипуляциях, дает возможность оперировать двумя руками, сокращает время операции, улучшает ее качество.

Поступила 24 сентября 1980 г.