

6. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Саха (Якутия): Статистический сборник /Госкомстат РС (Я). – Якутск, 2002.

*Доклад представлен к публикации членом редколлегии Ю.М. Перельманом.*

УДК 616.2:613.84

**А.А. Ермолаев**, канд. мед. наук,

**С.В. Нарышкина**, д-р мед. наук,

**А.Н. Старков**, канд. мед. наук

(Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН,  
Благовещенск)

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСКРИМИНАНТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОТБОРА НА АНТИСМОКИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ КУРЯЩИХ ТАБАК БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Для дифференцированного отбора больных на антисмокинговые программы был применен метод дискриминантного анализа, с помощью которого определены наиболее значимые признаки, позволяющие проводить отбор по степени никотиновой зависимости и мотивации к отказу от курения. Разработан и запатентован способ дифференцированного отбора больных на антисмокинговые программы.

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важнейших медико-социальных проблем пульмонологии, что связано с чрезвычайно высокой распространенностью этого заболевания. Следует отметить, что большинство проведенных эпидемиологических исследований показало неуклонный рост заболеваемости и смертности от ХОБЛ как в развитых, так и в развивающихся странах. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), по наносимому экономическому ущербу ХОБЛ с 12 места в 1990 г. к 2020 г. переместится на 5 место, опередив все другие заболевания респираторной системы, в том числе и туберкулез легких [3].

Продолжающийся рост заболеваемости и смертности от ХОБЛ связан по большей части с увеличением использования табачных изделий во всем мире. Это приводит ежегодно к 300000 смертям в России и 4 миллионам во всем мире [4]. В настоящее время большое практическое значение в лечении табачной зависимости имеет выявление курящих пациентов, оценка фактора риска курения и степени табачной зависимости, а также степени мотивации у пациентов к отказу от курения, т.е. оценка статуса курения. Оценка статуса курения у пульмонологических больных должна стать обязательным дополнением медицинского заключения врача-терапевта и пульмонолога. Доказано, что пациентам с различным статусом курения необходимо рекомендовать адекватные антисмокинговые программы, отличающиеся по длительности и интенсивности никотинзамещающей терапии [2].

С учетом рекомендаций ВОЗ и Российского руководства по лечению табачной зависимости нами был разработан специальный опросник, позволяющий со-

брать подробный анамнез курильщика, оценить степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), степень мотивации к отказу от курения, факторы мотивации к курению [2]. Всем курильщикам рассчитывался индекс курящего человека (ИК).

Нами проведено обследование 82 больных ХОБЛ, курящих табак: 59 (72%) мужчин и 23 (28%) женщин. Количество выкуриваемых сигарет в сутки и ИК у женщин были достоверно ниже, чем у мужчин, что составило соответственно:  $11,3 \pm 2,38$  ( $p < 0,05$ );  $129 \pm 9,23$  ( $p < 0,01$ ). Женщины в среднем начинали курить на 3 года позже, чем мужчины. ИК у мужчин имел в среднем более высокие показатели, позволившие отнести эту группу обследуемых к «злостным» курильщикам. Среди обследованных курящих пациентов 18 (22%) начали курить табак в возрасте до 15 лет. У 29 (35%) респондентов родители были активными курильщиками. Готовность отказаться от курения выразили 47 (57%) опрошенных. Только 8 (10%) больных раньше участвовали в программах по отказу от курения, но ни один из них не отметил пролонгированного положительного эффекта. Самостоятельные неудачные попытки отказа от курения были у 26 (32%) больных. Большинство опрошенных 59 (72%) осознавали пагубное воздействие курения на свой организм, но только 24 (29%) связывали свое настоящее заболевание с этой привычкой. 23 (28%) респондентов считали, что курение ухудшает течение настоящего заболевания и 28 (34%) пытались не курить во время нахождения в стационаре. 35% исследуемых пациентов имели высокую степень никотиновой зависимости. В то же время у 23% больных выявлена слабая и у 8% очень слабая зависимость от никотина. Высокий процент опрошенных (41%) имел слабую мотивацию к отказу от курения. У 32% больных мотивация к отказу от курения отсутствовала. Большинство пациентов (34%) отметило привязанность к курению как поддержку при нервном напряжении.

Нами разработан способ дифференцированного отбора курящих пациентов на антисмокинговые программы [1], который позволяет с высокой точностью (86,7%) проводить разграничение пациентов, не прибегая к их анкетированию. Цель достигается тем, что оценка ИК проводится на основании расчета путем умножения числа сигарет, выкуриваемых в день, на число месяцев в году, в течение которых пациент курит. Стаж курения в годах выясняется при сборе анамнеза, а дифференцированный отбор курящих пациентов на антисмокинговые программы осуществляется путем решения дискриминантного уравнения на основании полученных значений указанных параметров:

$$D = -1,049 \cdot \text{стаж курения} - 0,266 \cdot \text{ИК},$$

где  $D$  – дискриминантная функция, граничное значение которой составляет -73,20.

При величине дискриминантной функции, равной или больше (по абсолютному значению числа) -73,20, применяют короткую антисмокинговую программу или программу снижения интенсивности курения. При величине дискриминантной функции меньше граничного значения (по абсолютному значению числа) -73,20 – применяют длительную антисмокинговую программу.

Таким образом, учет особенностей статуса курения у больных ХОБЛ позволяет проводить дифференцированный отбор курящих пациентов на антисмокинговые программы, что может повысить их эффективность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. RU 2212837 С1 МПК А 61 В 5/00 Способ дифференцированного отбора курящих пациентов на антисмокинговые программы/ *А.А. Ермолаев, С.В. Нарышкина*; заявлено 01.04.2002 ; опубл. 27.09.2003, опубликовано на CD-ROM: MIMOSA RFD 2003/009 MRFD2003009
2. Практическое применение программы по лечению табачной зависимости/ *А.Г. Чучалин, Г.М. Сахаров, К.Ю. Новиков* // Русский медицинский журнал. – 2002. – №4. – С.149-153.
3. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (executive summary) //Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2006.
4. The tobacco atlas /J.Mackay, M. Eriksen. – М., WHO, 2002.  
*Доклад представлен к публикации членом редколлегии Ю.М. Перельманом.*

УДК: 616.12-073:616.248

**Е.И. Карапетян**, канд. мед. наук,

**А.А. Ермолаев**, канд. мед. наук,

**В.П. Колосов**, д-р мед. наук

(Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН,  
Благовещенск)

### **СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

В ходе проведенного исследования выявлено наличие взаимосвязей между показателями функции внешнего дыхания, уровнем физической работоспособности больных бронхиальной астмой и параметрами общего и специфического качества жизни. Полученные данные позволили разработать способ прогнозирования уровня физической работоспособности у больных бронхиальной астмой.

Обследовано 129 больных бронхиальной астмой (БА), в том числе 77 (60%) женщин и 52 (40%) мужчины. Средний возраст пациентов составил  $45 \pm 0,9$  лет. Мы выделили 4 группы больных, соответственно получаемым методам физической реабилитации. В среднем курс циклических тренировок составил 10-12 дней. Тренировки проводились с кратностью 5 дней в неделю (2 дня перерыв). I группу составили больные, которые получали комплексы дыхательных и общеукрепляющих упражнений, во II группу были включены пациенты, получавшие дозированные тренировки на эрготренажерах, III группу представляли больные, программа физической реабилитации которых включала тренировки 6-минутной ходьбой по коридору, IV группу (контрольную) составили пациенты, получавшие только стандартную базисную терапию.

Параметры функции внешнего дыхания изучались в динамике с использованием аппарата *Ultrascreen* (Эрих Егер, Германия). Вентиляционная функция