

4. У больных РА, имеющих высокую активность заболевания, чаще выявляются нарушения суточного профиля АД.

5. Учитывая большую частоту встречаемости АГ у больных РА, при повышении активности РА необходим тщательный мониторинг уровня АД для своевременной коррекции проводимой терапии.

Библиографический список

1. Van Doornum, S. Accelerated atherosclerosis: an extraarticular feature of rheumatoid arthritis? / S. Van Doornum, G. McColl, I. P. Wicks // *Arthritis Rheum.* — 2002. — № 46. — С. 862–873.
2. Насонов, Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема // *Тер. архив.* — 2004. — № 5. — С. 5–7.
3. Шальнова, С.А. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль. / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, О.В. Вихирева и др. // *Проф. забол. и укреп. здоровья.* — 2001. — № 2. — С. 3–7.
4. Аршин, Е.В. Эпидемиология артериальной гипертензии у больных ревматоидным артритом / Е.В. Аршин // *Научно-практ. ревматол.* — 2005. — № 5. — С. 23–26.

5. Panoulas, V.F. Prevalence and associations of hypertension and its control in patients with rheumatoid arthritis / V.F. Panoulas, K.M. Douglas, H.J. Milionis et al. // *Rheumatology* 2007. — № 46 (9). — С. 1477–1482.

6. Чазова, И.Е. Роль суточного мониторирования артериального давления в оценке эффективности антигипертензивной терапии (Результаты суточного мониторирования артериального давления в программе КЛИП — АККОРД) / И.Е. Чазова, Л.Г. Ратова // *Consilium medicum.* — 2007. — № 1 (9). — (http://www.consilium-medicum.com/media/system/07_01/18.shtml).

7. Парнес, Е.Я. Артериальная гипертония и центральная гемодинамика у больных ревматоидным артритом пожилого возраста / Е.Я. Парнес, Е.А. Ермоленко // *Клин. геронтология.* — 2000. — № 3–4. — С. 24–27.

8. Оганов, Р.Г. Сердечно — сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX столетия: тенденции, возможные причины, перспективы / Р.Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // *Кардиология.* — 2000. — № 6. — С. 4–9.

9. Лазебник, Л.Б. Систолическая артериальная гипертензия у пожилых / Л.Б. Лазебник, И.А. Комиссаренко, О.М. Милукова // *РМЖ.* — 1997. — № 5 (20). — С. 28–36.

УДК 616.233–002.2:616.248–06:616–009.12] — 085.382 (045)

Оригинальная статья

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРСОВОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, СОЧЕТАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Т.Г. Шаповалова — ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет Росздрава, профессор кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов, доктор медицинских наук; **Т.В. Степанова** — МУЗ «Городская клиническая больница № 8», г. Саратов, врач-пульмонолог; **С.Б. Смоляк** — МУЗ «Городская клиническая больница № 8», г. Саратов, заведующая отделением функциональной диагностики, кандидат медицинских наук. E-mail: T.G.Shapovalova@gmail.com

MEDICATION AND PLASMAPHERESIS EFFICACY IN BRONCHIAL ASTHMA COMBINED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

T.G. Shapovalova — *Saratov State Medical University, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Professor, Doctor of Medical Science*; **T.V. Stepanova** — *Saratov Clinical Hospital N 8; Pulmonologist*; **S.B. Smolyak** — *Saratov Clinical Hospital N 8, Head of Department of Functional Diagnostics, Candidate of Medical Science.* E-mail: T.G.Shapovalova@gmail.com

Дата поступления — 20.11.08 г.

Дата принятия в печать — 22.04.09 г.

Т.Г. Шаповалова, Т.В. Степанова, С.Б. Смоляк. Эффективность курсовой медикаментозной терапии и плазмафереза при бронхиальной астме, сочетанной с артериальной гипертензией. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 2, с. 194–197.

С целью оценки эффективности включения лечебного плазмафереза в комплексную терапию обострения бронхиальной астмы, сочетанной с артериальной гипертензией, у 178 больных были исследованы показатели функции внешнего дыхания, кардиогемодинамики и вязкости крови. Показано преимущество комплексной терапии.

Ключевые слова: бронхиальная астма, артериальная гипертония, плазмаферез.

T.G. Shapovalova, T.V. Stepanova, S.B. Smolyak. Medication and Plasmapheresis Efficacy in Bronchial Asthma Combined with Arterial Hypertension. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 2, p. 194–197.

Expiration function, cardiohemodynamics and blood viscosity indices have been investigated in 178 patients in order to evaluate the efficacy of plasmapheresis application in complex therapy of acute bronchial asthma combined with arterial hypertension. Complex therapy proved to be advantageous.

Key words: bronchial asthma, arterial hypertension, plasmapheresis.

¹В последние десятилетия на фоне ухудшения экологической среды отмечается неуклонный рост аллергизации населения, что способствует росту заболеваемости бронхиальной астмой (БА), особенно среди лиц трудоспособного возраста. Сохраняется тенденция к формированию тяжелых, инвалидизирующих и сочетанных с другими заболеваниями форм БА, в том числе с артериальной гипертензией (АГ) [1,2]. Одна из причин этого явления — формирование лекарственной резистентности и возникновение побочных эффектов [3]. С другой стороны, при соче-

тании БА с АГ у практикующего врача нередко возникают трудности с подбором гипотензивной терапии. В этих случаях применение бета-адреноблокаторов небезопасно. Нередко ограничено и назначение ингибиторов АПФ вследствие их побочных эффектов. В связи с этим повышается значение включения немедикаментозных методов в комплексную терапию, в том числе лечебного плазмафереза (ПФ) [4,5,6].

Цель исследования состояла в обосновании тактики применения комплексной медикаментозной терапии с включением плазмафереза при бронхиальной астме различной степени тяжести, сочетанной и не сочетанной с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Были обследованы 178 больных, находившихся на лечении в городском пульмонологическом центре Саратова (ММУ «Город-

Ответственный автор — **Шаповалова Татьяна Германовна**
410012 г. Саратов, Б. Казачья, д. 112,
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ, кафедра терапии педиатрического и
стоматологического факультетов,
тел. 89271058499,
Email: T.G.Shapovalova@gmail.com

ская больница № 8) в 1998–2008 гг. Возраст пациентов колебался от 35 до 62 лет, преобладали лица трудоспособного возраста. У 26 человек имело место легкое течение, у 82 — среднетяжелое и у 70 — тяжелое течение БА. Частота обострений в год составила 1–2 раза у 48 чел, свыше 3–4 раза — у 87 человек, чаще — у 43 человек. Инвалиды по основному заболеванию составили 21%. Все обследованные в зависимости от наличия сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы были разделены на 2 группы. 1 группу (88 чел.) составили больные БА без патологии сердечно-сосудистой системы. Во 2 группу (90 чел.) были включены пациенты, у которых БА сочеталась с артериальной гипертонией II стадии. У этих пациентов фиксировались повышенные цифры АД: 145–170 и 90–105 мм рт. ст. Все больные поступали в стационар в фазе обострения легочного заболевания. Традиционное лечение (ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, бронхолитики, муколитики, гипотензивные средства) получали 90 пациентов, дополнительно три сеанса ПА в составе комбинированной терапии — 88 человек.

Кроме общеклинических, использовались специальные методы обследования. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводилось на автоматическом пневмотахометре «Етон — 01» с расчетом ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁, ПОС, МОС^{25–75}, СОС^{75–85}. Ультразвуковое исследование сердца (Эхо-КГ) проводилось на аппарате «APOGEE — SX» с использованием датчика с частотой 3,5 мГц. Из парастернального доступа определялись конечно-систолические и конечно-диастолические размеры (КДР, КСР), толщина межжелудочковой перегородки в систолу и диастолу (ТМЖПс, ТМЖПд), толщина задней стенки левого желудочка сердца в систолу и диастолу (ТЗСПЖс, ТЗСПЖд), размер левого предсердия, конечно-диастолический размер правого желудочка, толщина передней стенки сердца (ТПСС), период изоволюмического расслабления левого желудочка (ПИР), время ускорения систолического потока в легочной артерии, отношение скоростей трансмитрального (Ve'/Va') и транстрикуспидального (Ve/Va) диастолических потоков, отношение времени ускорения и изгнания систолического потока (АК) и индекс массы миокарда. Реологические свойства крови оценивались по показателям вязкости как наиболее информативной обобщающей величины. Исследовалась цельная кровь и плазма при скоростях сдвига 20 с⁻¹, 100 с⁻¹, 200 с⁻¹ на ротационном вискозиметре методом В.Н. Захарченко с последующим подсчетом индексов деформации (ИДЭ) и агрегации (ИАЭ) [7]. Контрольную группу составили здоровые лица — 45 человек в возрасте от 18 до 41 года (мужчин 24, женщин — 21). Больные были обследованы трижды в ходе лечения: в первые 3 дня после госпитализации, на 7–10 сут, в период максимальной лекарственной нагрузки (в это время пациентам назначался ПА) и перед выпиской. Лечебный ПА выполнялся дискретным методом с помощью центрифуги ОС-6М.

Результаты и обсуждение. У половины больных легкой (БАЛТ) и среднетяжелой (БАСТ) бронхиальной астмой без сопутствующей АГ в периоде обострения были отмечены преимущественно умеренные нарушения бронхиальной проходимости (ОФВ₁ — 67,2±1,7 л/сек). При Эхо-КГ были выявлены небольшие нарушения диастолической функции обоих желудочков с тенденцией к увеличению Ve'/Va' , Ve/Va , а также периода изоволюмического расслабления. Вместе с тем показатели вязкости крови у этих пациентов до-

стоверно превышали контрольные величины (7,0±0,5 сПЗ при скорости сдвига 20 с⁻¹, p<0,05). У пациентов с тяжелым, гормонозависимым течением БА (БАТТ) в периоде обострения были выявлены значительные и резкие нарушения бронхиальной проходимости (ОФВ₁ — 53,4±2,1 л/сек). При Эхо-КГ были отмечены более выраженные нарушения диастолической функции обоих желудочков: достоверное увеличение Ve'/Va' , Ve/Va , периода изоволюмического расслабления, а также диаметра и толщины передней стенки правого желудочка, что свидетельствовало о начальных стадиях гипертрофии последнего. Выявленные нарушения согласовывались с отчетливыми изменениями легочной гемодинамики. Так, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) было повышенным в сравнении с контролем у 47% пациентов, в том числе свыше 30 мм рт. ст. — у 27%. Изменения сократительной функции сердца у гормонозависимых больных оказались более значимыми. По-видимому, это связано с увеличением сопротивления в сосудах малого круга кровообращения. Показатели вязкости крови в этой группе были достоверно выше контрольных при всех скоростях сдвига (6,7±0,29 сПЗ; 5,25±0,19 сПЗ; 5,4±0,27 сПЗ при 20 с⁻¹, 100 с⁻¹, 200 с⁻¹, p<0,05). ИДЭ в этой группе обследованных, напротив, был достоверно снижен в сравнении с больными БАЛТ и БАСТ (0,98±0,02 отн. ед., p<0,05). Таким образом, гемореологические сдвиги у больных тяжелой, гормонозависимой БА характеризовались синдромом патологически высокой вязкости крови со снижением деформируемости эритроцитов.

При исследовании ФВД у больных БАЛТ и БАСТ, сочетанной с АГ, в периоде обострения у 79% больных была выявлена обструкция умеренной степени, преимущественно периферических дыхательных путей. При Эхо-КГ были отмечены нарушения диастолической функции обоих желудочков, в том числе возрастание Ve'/Va' (1,39±0,18, p<0,05), Ve/Va (1,45±0,11 p<0,05), а также отчетливая тенденция к увеличению индекса массы миокарда. Почти у половины больных (47%) СДЛА было повышенным до 35 мм рт. ст. Показатели вязкости крови у обследованных этих групп превышали контрольные величины, а ИДЭ имел тенденцию к снижению. У больных БАТТ в сочетании с АГ в периоде обострения отмечались преимущественно резкие нарушения бронхиальной проходимости (ОФВ₁ — 48±4,2 л/сек). При Эхо-КГ были выявлены отчетливые нарушения диастолической функции обоих желудочков: увеличение Ve'/Va' (1,28±0,06, p<0,05), Ve/Va (1,36±0,05, p<0,05), а также удлинение ПИР (0,089±0,003 сек), причем последний достоверно увеличивался в сравнении с пациентами БАЛТ и БАСТ (p<0,05). Кроме того, у больных БАТТ с сопутствующей АГ отмечалось увеличение индекса массы миокарда (110,15±5,21 г/м², p<0,05) и имелись признаки гипертрофии правых отделов сердца (ТПСС правого желудочка — 0,366±0,01 см, p<0,05). СДЛА было повышенным в сравнении с контролем у 77% пациентов. В анализируемой группе отмечались также значительные реологические нарушения в виде синдрома повышенной вязкости. Увеличение ИАЭ (1,66±0,13 отн. ед., p<0,05) и снижение ИДЭ (0,97±0,025 отн. ед., p<0,05) свидетельствовали о снижении эластических свойств мембран эритроцитов, тенденции к формированию сгустков-агрегатов, замедлению кровотока в микрососудах и снижению интенсивности трансапиллярного обмена. Таким образом, изменения сократительной функции сердца и реологические расстройства у тя-

желых, гормонозависимых больных бронхиальной астмой, сочетанной с артериальной гипертензией, оказались наиболее выраженными.

После курса медикаментозной терапии, в периоде начинающейся ремиссии, у больных БАЛТ и БАСТ приступы удушья не рецидивировали вовсе, при аускультации легких обструктивный синдром не выявлялся и все показатели ФВД не отличались от должных величин. Вместе с тем у 10 пациентов с тяжелым течением БА в фазе начинающейся ремиссии сохранялись легкие приступы удушья до 1–2 раз в сутки. Показатели ФВД, хотя и улучшались в сравнении с периодом обострения, все же оставались ниже контрольных величин. Обострение заболевания в группах БАЛТ и БАСТ купировалось в среднем на 7,3±0,3 сутки после начала лечения, в группе БАТТ — на 11,4±1,2 сутки. В ходе лечения было отмечено также постепенное улучшение показателей ЭхоКГ, в том числе нормализация показателей Ve/Va , Ve/Va и длительности ПИР. Это свидетельствовало об улучшении диастолической функции сердца. Вместе с тем у тяжелых, гормонозависимых больных, в отличие от пациентов с БАЛТ и БАСТ, параметры вязкости крови и перед выпиской достоверно отличались от контрольных (4,8±0,53 сПЗ; 5,6±0,73 сПЗ; 6,9±1,1 сПЗ соответственно скоростям сдвига 200 об/сек, 100 об/сек, 20 об/сек; $p < 0,05$).

У больных с сочетанной патологией для купирования обострения БА требовалось применение большего количества препаратов и более высоких дозировок гормональных и бронхолитических средств. С увеличением степени тяжести БА лечение АГ становилось также более сложным, чаще приходилось использовать сочетания гипотензивных средств, медленнее стабилизировалось АД, то есть БА и АГ взаимно отягощали друг друга. Для купирования обострения БА у пациентов с сочетанной патологией требовалось больше времени. Так, в группах БАЛТ и БАСТ, сочетанных с АГ это достигалось в среднем на 10,3±0,3 сутки ($p < 0,05$) после начала лечения, в группе БАТТ и АГ — на 16,4±1,2 сутки ($p < 0,05$). Показатели ФВД в периоде начинающейся ремиссии у больных БАЛТ и БАСТ, сочетанной с АГ оставались ниже должных значений и в 20% случаев соответствовали умеренной бронхиальной обструкции. В группе БАТТ, сочетанной с АГ, умеренные и значительные нарушения бронхиальной проходимости перед выпиской сохранялись у 30% и 18% больных соответственно. Аналогично, у больных с сочетанной патологией к выписке сохранялись и более значимые нарушения сократительной функции миокарда. Так, даже в дебюте ремиссии у гормонозависимых больных было выявлено достоверное снижение отношений скоростей раннего и позднего диастолического наполнения в правом (1,38±0,03; $p < 0,05$) и левом желудочках (1,35±0,02; $p < 0,05$), причем отмеченная тенденция к возрастанию КДР, КДО в этих условиях скорее всего была следствием дилатационных изменений камер сердца, а уменьшение АК подтверждало вклад артериальной гипертензии в нарушение сократительной способности миокарда. СДЛА в третьем периоде обследования оставалось повышенным у 67% пациентов (но не более 40 мм рт.ст.). Перед выпиской у больных нетяжелой БА, сочетанной с АГ, сохранялись повышенные значения вязкости крови при разных скоростях сдвига (5,0±0,3 сПЗ при 200 об/сек; 4,1±0,2 сПЗ при 100 об/сек; 5,9±0,1 сПЗ при 20 об/сек, $p < 0,05$) и агрегации эритроцитов (ИАЭ до 1,45±0,08 отн. ед.; $p < 0,05$). В формировании внутрисосудистой

агрегации эритроцитов важную роль играет потеря их способности к пластичной деформации, что и подтверждалось снижением ИДЭ до 0,86±0,01 отн. ед. ($p < 0,05$) даже в дебюте ремиссии БА. Особенно выраженными были нарушения показателей вязкости крови у пациентов с БАТТ, сочетанной с АГ, у которых вискозиметрия перед выпиской показала сохранение исходных реологических нарушений (4,68±0,1; 4,51±0,15; 6,1±0,2 сПЗ соответственно скоростям сдвига 200 об/сек, 100 об/сек, 20 об/сек; $p < 0,05$). О сохранении у тяжелых больных в динамике наблюдения микроциркуляторных расстройств свидетельствовали также высокая агрегация эритроцитов (ИАЭ — 1,35±0,02 отн. ед., $p > 0,05$) и снижение их деформируемости (ИДЭ — 0,96±0,06 отн. ед., $p > 0,05$).

Включение в комплексную терапию обострения БА трех сеансов ПА сопровождалось полной нормализацией показателей ФВД, кардиогемодинамики и вязкостных показателей крови у больных с легким и среднетяжелым течением заболевания. У тяжелых, гормонозависимых пациентов показатели вязкости крови к выписке оставались ниже контрольных значений. Клиническое улучшение у больных с сочетанной патологией, получавших сеансы ПА, по сравнению с пациентами, которым проводилось только медикаментозное лечение, характеризовалось уменьшением приступов удушья, потребности в ингаляциях β_2 -агонистов короткого действия и стабилизацией артериального давления на 3±0,7 дней раньше ($p < 0,05$). У 65% пациентов, получивших ПА, при выписке были отмечены более высокие показатели фракции выброса левого желудочка и ФВД. В группе больных, получавших ПА, уже после проведения первой процедуры отмечалось улучшение вязкостных показателей крови, тогда как у пациентов, принимавших только медикаментозную терапию, это происходило в более поздние сроки. У гормонозависимых пациентов, получавших в составе комплексной терапии сеансы ПА, удалось снизить дозу системных глюкокортикоидов к выписке в среднем на 30–40%.

Выводы:

1. Бронхиальная астма и артериальная гипертензия взаимно отягощают друг друга. Это проявляется в усугублении нарушений функции внешнего дыхания, более выраженных нарушениях диастолической функции сердца и вязкостных показателей крови у больных с сочетанной патологией.

2. Достижение клинической ремиссии у больных бронхиальной астмой, сочетанной с артериальной гипертензией, не сопровождается адекватной нормализацией функции внешнего дыхания. В еще большей степени инертными оказываются показатели кардиогемодинамики и вязкости крови.

3. Включение трех процедур плазмафереза в комплексную терапию обострения бронхиальной астмы у больных, не получавших системные глюкокортикоиды, приводит к полной нормализации кардиогемодинамики и вязкостных показателей крови; у гормонозависимых пациентов и при сопутствующей артериальной гипертензии способствует достижению более высоких показателей функции внешнего дыхания, фракции выброса левого желудочка к началу ремиссии легочного заболевания, а также к более раннему и отчетливому улучшению вязкостных характеристик крови.

Библиографический список

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. — М.: Атмосфера, 2007. — 103 с.

2. Задионченко, В.С. Системная и легочная артериальная гипертензия при хронических неспецифических заболеваниях легких / В.С.Задионченко, Н.В. Волкова, С.М. Копалова //Русский медицинский журнал. — 1996. — Т.4, № 12. — С.12–17.
3. Трофимов, В.И. Фармакогенетические аспекты тяжелой астмы /В.И.Трофимов, Ж.А.Миронова, Е.Д.Янчина, М.В.Дубина // Пульмонология. — 2008. — №2. — С.111–115.
4. Костюченко, А.Л. Эфферентная терапия / А.Л. Костюченко. — СПб., 2003. — 426 с.

5. Воинов, В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез / В.А.Воинов — М.: Новости, 2002. — 270 с.
6. Царев, В.П. Клинико-иммунологические параллели у больных бронхиальной астмой при комбинированной базисной терапии с включением лечебного плазмафереза и ультрафиолетового облучения крови /В.П.Царев// Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2002. — № 1. — С. 54–62.
7. Захарченко В.Н. Вискозиметр для исследования реологических характеристик крови / В.Н. Захарченко, С.М.Ларионов, Е.С.Безгребельная // Лаб. дело. — 1982. — № 11. — С. 55–57.

УДК 613.84(1–21)

Оригинальная статья

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В СРЕДНЕМ ПОВОЛЖЬЕ

С.А. Бабанов — ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, кафедра профессиональных болезней и клинической фармакологии, ассистент, доктор медицинских наук; **И.А. Агаркова** — врач акушер-гинеколог ММУ «Городская поликлиника №1» городского округа Самара. E-mail: s.a.babanov@mail.ru

GENDER AND AGE PECULIARITIES OF TOBACCO ADDICTION AMONG THE URBAN POPULATION OF THE MIDDLE VOLGA REGION

S.A. Babanov — Samara State Medical University, Department of Professional Diseases and Clinical Pharmacology, Assistant, Doctor of Medical Science; **I.A. Agarkova** — Samara Polyclinic №1, Obstetrician-gynecologist. E-mail: s.a.babanov@mail.ru

Дата поступления — 10.02.2009 г.

Дата принятия в печать — 22.04.09 г.

С.А. Бабанов, И.А. Агаркова. Гендерные и возрастные особенности табачной зависимости среди городского населения в Среднем Поволжье. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 2, с. 197–200.

В статье на основе проведенного исследования описывается распространенность табакокурения и ее интенсивность в зависимости от гендерных и возрастных характеристик среди городского населения в Среднем Поволжье (на примере города Самары). Исследованием доказано, что в общей выборке среди мужчин и женщин курят 49,37% и 14,17% соответственно, курили ранее 22,80% и 8,86%, никогда не курили 27,83% и 76,97%. Установлен вклад уровня образования и семейного положения в эпидемиологии табачной зависимости. Авторы считают, что разработка мер общественного и медицинского характера по борьбе с табакокурением должна строиться с учетом гендерных, возрастных, социальных и ментальных особенностей населения, что является сложным, но необходимым процессом.

Ключевые слова: табакокурение, распространенность, гендерные, возрастные особенности, Самара

S.A. Babanov, I.A. Agarkova. Gender And Age Peculiarities Of Tobacco Addiction Among The Urban Population Of The Middle Volga Region. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 2, p. 197–200.

On the basis of the conducted research, prevalence of tobacco smoking and its intensity according to the gender and age descriptions among the urban population in the Middle Volga region (Samara as an example city) is described in the article. It is proved, that among men and women under study 49,37% and 14,17% smoke accordingly, 22,80% and 8,86% smoked before, 27,83% and 76,97% never smoke. The education level and family status have considerably contributed to the epidemiology of tobacco smoking addiction. Authors consider, that the development of public and medical measures directed to the fight against smoking must be realized taking into account the gender, age, social and mental points, that is difficult, but necessary process.

Key words: smoking, prevalence, gender, age factors, Samara.

¹В течение последних двадцати лет эксперты Всемирной Организации Здравоохранения говорят о глобальной эпидемии табакокурения, которая охватила весь мир и неуклонно нарастает с каждым годом. На середину 90-х годов прошлого века в мире насчитывалось 1,1 млрд курильщиков, что составляло одну треть населения планеты в возрасте старше 15 лет[1]. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, к 2020 году эпидемия табакокурения переместится из стран Западной Европы и Америки, где в течение последних 20–30 лет проводилась активная антитабачная пропаганда, в развивающиеся страны, система здравоохранения которых окажется не в состоянии бороться с эпидемией из-за отсутствия средств на финансирование антикурительных программ [1,2]. Все это в полной мере касается и Российской Федерации, где к нехватке финансовых ресурсов для активной антитабачной пропаганды присоединяется общественное вос-

приятие курения как привычки достаточно безобидной и связанной с весьма неопределенным риском для здоровья [3,4,5].

Целью настоящей работы было изучение распространенности и интенсивности курения среди неорганизованного населения, проживающих в Красноглинском и Кировском районах г. Самары, и ее зависимости от различных социальных факторов, а также распространенности табакокурения среди врачей и студентов медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование проводилось в рамках изучения эпидемиологии и факторов риска хронического бронхита среди взрослого городского населения г. Самары. Разработанная специальная стандартизованная анкета учитывала особенности как эпидемиологического, так и социологического исследования [6,7,8], согласно которым вопросы должны быть адекватными; ограниченными информацией, доступной при опросе; сформулированы недвусмысленно; не вызывать беспокойства; ориентироваться на социокультурные традиции общества. При разработке

Ответственный автор — **Бабанов Сергей Анатольевич**
443112 г. Самара, ул. Сергея Лазо дом 15 кв. 21,
тел. 89272653503, E-mail: s.a.babanov@mail.ru,