

tion. – 1997. – Vol.96. – Suppl.Abstr. – P. 593.

5. Colombo A., Briguori C. // J. Amer. Coll. Cardiol. – 1999. – Vol.34. – P.1907–1909.

6. Kastrati A., Dirschinger J., Boekstegers P. et al. // Cath. Cardiovasc. Interv.–2000.– Vol. 50(3). –P. 290–297.

7. Serruys P.W., van Hout B., Bonnier H. et al. // Lancet. – 1998. – Vol. 352. – P.673– 681.

8. Serruys P.W., De Jaegere PPT, Kiemeneij F. et al. // N. Engl. J. Med. – 1994. – Vol. 331. – P. 489–495.

9. Serruys P.W., Juilliere Y., Bertrand M.E. et al. // Am. J. Cardiol.– 1998. –Vol. 61 (Suppl. G). – P. 71–76G.

10. Wei-Chin Hung, Bih-Fang Guo, Chiung-Je Wu et al. // Chag. Gung. Med. J.– 2003. –Vol. 26. –P. 925–929.

Поступила 20.04.06.

THE EXPERIENCE IN THE USE OF ENDOVASCULAR METHODS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

V.V. Korobov, R.F. Akberov, A.Z. Sharafiev, R.F. Mahmutov

S u m m a r y

The direct and remote efficacies of two methods of coronary angioplasty were analysed. It was found that results of ballon dilatation and coronary stentation were depend on localisation, degree, prolongation of stenosis, morphology of atherosclerotic disorders of coronary arteries, presence of thrombus, calcinosis, number of arteries affected, type of myocardial hemocirculation, presence or absence of collateral circulation, condition of distal parts of coronary arteries. Coronary stentation improved prognosis in remote period, however do not reduced significantly relapse of ischemic conditions due to progress of coronary atherosclerosis.

УДК 616. 24 - 008. 46 : 613. 84

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КУРИЛЬЩИКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

А.В. Дзюбайло

*Кафедра профессиональных болезней и клинической фармакологии (зав.- проф. В.В. Косарев)
Самарского государственного медицинского университета, городская поликлиника № 15
(главрач - канд. мед. наук Л.С. Федосеева), г. Самара*

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких рассматривается как экологически опосредованная болезнь органов дыхания [8, 10]. Этим подчеркивается, в первую очередь, определяющая роль поллютантов окружающей среды (в том числе табачного дыма), особенно в городах, где образуются малоподвижные массы воздуха. Воздействие табачного дыма оказывает раздражающее или повреждающее воздействие на слизистую оболочку бронхов [7, 9]. Сила никотиновой зависимости велика, поэтому многие курящие не способны бросить курить самостоятельно. В связи с этим роль врача в лечении табачной зависимости весьма значительна. По данным доказательной медицины существуют только два эффективных метода лечения табачной зависимости – беседа врача и никотинзамещающая терапия [1–3]. Большое значение имеет изучение закономерностей распространения табакокурения внутри популяции, то есть ее зависимость от различных демографических и социальных характеристик [4–6].

Целью исследования являлась оценка особенностей формирования и эффективности лечения никотиновой зависимости у курящих с ХОБЛ на амбулаторном этапе.

В условиях городской клинической поликлиники №15 г. Самара в ходе 6-месячного открытого контролируемого рандомизированного исследования было обследовано 140 курящих и некурящих пациентов с установленным ранее диагнозом ХОБЛ. Из них 75 (1-я группа) - пациенты с различным стажем курения (мужчины и женщины в возрасте от 18 до 79 лет) и 65 (2-я группа) – некурящие с ХОБЛ. Кроме того, в исследованиях участвовали 11 курящих беременных, средний возраст которых составлял 25,4 года.

Отбор пациентов проводился методом случайной выборки, отвечающей требованиям репрезентативности по отношению к изучаемой совокупности. В контрольную группу вошли 40 практически здоровых некурящих мужчин и женщин в возрасте от 21 до 63 лет. Все пациенты прошли клинико-лабораторное, функциональное обследование и лечение, соответствовавшие протоколам "единого подхода к диагностике и лечению неспецифических заболеваний легких" [9, 11].

Для характеристики тяжести заболевания учитывались рекомендации отечественных исследователей и Европейского респираторного общества [12, 13].

Таблица 1

Вероятность формирования никотиновой зависимости у мужчин и женщин

Объясняемый признак: да ("никотиновая зависимость"), объем — 73						
детерминации	объясняющие признаки, пол		характеристики правил			
			ПЗ	ВД	Σпр	Σпд
1	муж.		0,43	0,47	79	34
2	жен.		0,54	0,53	72	39
Суммарные характеристики системы детерминаций			0,48	1,00	151	73
Пороги			0 <= ПЗ <= 1 0 <= ВД <= 1			

Таблица 2

Наиболее вероятный возрастной интервал формирования никотиновой зависимости у мужчин и женщин

Объясняемый признак: да ("никотиновая зависимость"), объем — 73 оптимизируемая переменная: «Возраст»						
детерминации	объясняющие признаки		характеристики правил			
	пол	возраст	ПЗ	ВД	Σпр	Σпд
1	муж.	21—27	0,83	0,07	6	5
2	жен.	18—45	0,81	0,36	32	26
Суммарные характеристики системы детерминаций			0,82	0,21	38	31
Пороги			0 <= ПЗ <= 1 0 <= ВД <= 1			

Все курильщики прошли программу тестирования табачной зависимости, разработанную НИИ пульмонологии РФ [10]. Оценивалась степень никотиновой зависимости, рассчитывался индекс курильщика. В качестве терапии пациентам были предложены селективный М-холиноблокатор ипратропиума бромид (атровент Н) и препарат НЗТ "Никоретте" в форме жевательной резинки и ингалятора, содержащих 2 и 4 мг никотина. Эффективность лечения оценивали с помощью тестов Фагерстрема по степени никотиновой зависимости, мотивации бросить курить, мотивации к курению и данным компьютерной спирографии с определением вязкостного дыхательного сопротивления. Результаты нашего исследования анализировали применяя различные методы параметрической и непараметрической статистики. Перед их использованием проверяли, подчиняется ли выборка гауссовскому (нормальному) закону распределения, который определяли по критериям нормальности Колмогорова–Смирнова и Лиллиефорса, одновыборочного теста нормальности W Шапиро–Уилко.

Переменные, подчиняющиеся нормальному закону распределения, подвергались анализу с использованием дескриптивного, корреляционного (Спирмена), дисперсионного, факторного и дискриминантного анализов (Айвазян С.А., Мхитарян В.С., 1998, Afifi A.A., Asen S.P., 1984). Средний индекс курильщика у мужчин составлял 213,3,

у женщин — 194,4, у беременных — 148,8. В момент наступления беременности отмечалась тенденция к снижению количества выкуриваемых сигарет. Однако даже при этом индекс курения превышал индекс высокого риска развития хронической обструктивной болезни легких. Стаж курения рассчитывался на годы непрерывающегося курения. У курящих мужчин он составил 21,4 года, женщин — 11,9 года, беременных — 5,8 года.

В результате нами было установлено, что развитие никотиновой зависимости прямо пропорционально непрерывности стажа курения (табл. 1).

При этом возрастной интервал формирования никотиновой зависимости у женщин был больше, чем у мужчин. Так, с вероятностью 81% никотиновая зависимость у женщин формируется в интервале 18–45 лет, в то время как у мужчин с вероятностью 83% — в интервале 21–27 лет (табл. 2).

Валидность признака у мужчин в 5 раз меньше, чем у женщин, что может свидетельствовать о меньшей предрасположенности мужчин к формированию никотиновой зависимости. Вместе с тем следует отметить, что у мужчин чаще формируется никотиновая зависимость высоких степеней (четвертая и выше) по сравнению с таковой у женщин (табл. 3 и 4).

На рисунке представлены результаты исследования взаимосвязи непрерывного стажа курения со степенью никотиновой зависимости.

Таблица 3

Степень никотиновой зависимости у курящих мужчин и женщин

Степень никотиновой зависимости	Пол		
	муж.	жен.	вся выборка
Относительные значения, %			
Нет	9,7	0,0	4,9
0—2 очень слабая	14,6	38	26,7
3—4 слабая	22	21,5	21,7
5 средняя	9,8	7,1	8,4
6—7 высокая	21,9	19	20,5
8—10 очень высокая	22	14,4	18
Вся выборка	100,0	100,0	100,0

Таблица 4

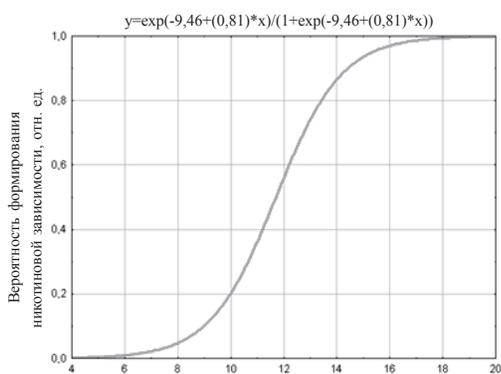
Динамика степени никотиновой зависимости в результате лечения

Изменения в процессе лечения	Пол		
	муж.	жен.	вся выборка
Относительные значения, %			
Исчезла	10,0	25,0	17,1
Уменьшилась	77,5	58,3	68,4
Без изменений	5,0	11,1	7,9
Увеличилась	5,0	0,0	2,6
Не было и нет	2,5	5,6	3,9
Вся выборка	100,0	100,0	100,0

Таблица 5

Показатели ФВД у пациентов до (в числителе) и после (в знаменателе) лечения (M±m)

Показатели ФВД	Некурящие мужчины (n=38)	Курящие мужчины (n=41)	Курящие небеременные женщины (n=42)	Некурящие небеременные женщины (n=30)	Курящие беременные (n=11)	p
ЖЕЛ, л	3,30± 0,96	3,32± 1,02	3,20 ±0,84	3,16 ±0,85	4,17± 0,55	< 0,05
	3,63 ±0,98	3,67 ± 1,04	3,49 ±0,90	3,43 ±0,90	4,60 ±0,46	< 0,05
ОФВ ₁ , л/с	1,92 ±0,83	1,96 ± 0,84	1,80 ±0,80	1,81±0,78	2,81± 0,55	< 0,05
	2,26 ±0,94	2,31 ± 0,96	2,09 ±0,90	2,08± 0,88	3,27± 0,60	< 0,05
ОФВ ₁ /ЖЕЛ, % должн.	56,3 ±0,12	57,3 ± 0,12	54,2 ±0,12	55,2± 0,12	67,1 ±0,06	< 0,05
	60,2 ±0,12	61,2 ± 0,12	58,3 ±0,12	59,3± 0,11	71,3 ±0,07	< 0,05
ПСВ, л/с	3,43 ±0,91	3,41 ± 0,97	3,12 ±0,97	2,96± 0,88	4,66 ±0,45	< 0,05
	3,97 ±1,05	3,97 ± 1,08	3,46 ±0,96	3,34± 0,85	5,00± 0,29	< 0,05
Rfo, кПа/(л·с)	0,33 ±0,09	0,34 ± 0,10	0,34 ±0,09	0,34± 0,10	0,29 ±0,09	< 0,05
	0,29 ±0,09	0,28 ± 0,09	0,29 ±0,09	0,30 ±0,10	0,25± 0,08	< 0,05



Вероятность увеличения степени никотиновой зависимости от непрерывного стажа курения.

Эта зависимость нелинейна и с высокой степенью статистической значимости ($c^2 = 12,2, p=0,0005$) описывается следующим логит-регрессионным уравнением (метод оценивания Квази-Ньютоновский):

$$ВНЗ = \frac{e^{-9,46+0,81СК}}{1 + e^{-9,46+0,81СК}}$$

где ВНЗ – вероятность формирования никотиновой независимости (отн. ед), СК –

непрерывный стаж курения (годы), e — основание натурального логарифма. Как следует из полученной модели, вероятность увеличения степени никотиновой зависимости с увеличением стажа непрерывного курения увеличивается в среднем в интервале $0 \leq p \leq 100$ с резким нарастанием в интервале от 9 до 14 лет.

Высокую информативность дает анализ динамики показателей ФВД, включающий вязкостное дыхательное сопротивление (табл. 5).

Как следует из данных, приведенных в табл. 5, применение ипратропия бромидом способствовало уменьшению выраженности клинических симптомов ХОБЛ (кашель, количество и характер мокроты, одышка) и увеличению скоростных показателей ФВД: прироста ЖЕЛ – 6–8%, ОФВ₁ – 10–15%, прироста ПСВ – 7–12%, индекса Тиффно – 5–7%, вязкостного дыхательного сопротивления – 12–15%.

Никотинзаместительная терапия препаратом никоретте способствовала исчезновению никотиновой зависимости у 17,1% пациентов, уменьшилась у 68,4%, осталась без изменений у 7,9%, увеличилась у 2,6%, что свидетельствует об эффективности данного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсанов З.Р. // Consilium medicum - 2003. - №3. - С.8-9.
2. Вихирева О.В. // Профил. заболев. и укрепл. здоровья. - 2002. - № 3. - С. 35-42.
3. Камардина Т.В., Глазунов И.С. // Профил. заболев. и укрепл. здоровья. - 2002. - № 3. - С. 28-31.
4. Кокосов А.Н. // Тер. арх. - 2000. - № 3. - С.75-77.
5. Красовский К., Андреева Т., Крисанов Д. и др. Экономика контроля над табаком в Украине с точки зрения общественного здравоохранения. - Киев, 2002.
6. Смирнова И.П., Кваши Е.А., Горбась И.М. и др. // Укр. кардіол. журн. - 2002. - № 4. - С. 97-102.
7. Федосеев Г.Б. // Новости фармакогер.- 2000.- № 7.- С.11-19.
8. Холмогорова Г.Т. // Профил. заболев. и укрепл. здоровья. - 2002. - № 5. - С. 46-47.
9. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа. - М., 1999.
10. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких - М., 2001.
11. Шмелев Е.И. // Consilium medicum. - 2002. - Приложение. - С.23-26.

12. Hurt R.D., Sachs D.P., Glover E.D. et al. // New Engl. J. Med. - 1997. - Vol. 37. - P. 1195-1202.

13. Ne.Avoy B.H., Kaner E.F., Lock C.A. et al. // Brit. J. Gen. Pract. - 1999. - Vol. 49. - P. 187-190.

Поступила 11.09.06.

PECULIARITIES OF NICOTINIC DEPENDENCY DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

A.V. Dzyubailo

S u m m a r y

140 patients (smokers and non-smokers) with chronic obstructive respiratory disease were under observation. Patients were taken selective M-cholinoblocker ipratropium bromide (Atrovent H) for treatment of chronic obstructive respiratory disease and Nicorette for their nicotinic dependency. Clinical signs of chronic obstructive respiratory disease (cough, quantity and quality of sputum, breathlessness) were reduced and velocity indexes of external respiration were increased as results of treatment. After the treatment nicotinic dependency vanished in 17,1% of patients, reduced – in 68,4%, did not changed – in 7,9% and increased – in 2,6%.

УДК 612. 664 : 616 - 089. 844

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ТРАНСАКСИЛЛЯРНАЯ СУБПЕКТОРАЛЬНАЯ АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, Х.М. Губайдуллин, А.М. Гимранов, Е.В. Абдуллина

Отделение маммологии Клинического онкологического центра (главврач - проф. Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ, г. Казань

В настоящее время аугментационная маммопластика наряду с липосакцией является наиболее популярной операцией в пластической хирургии. Использование имплантатов в пластике по увеличению груди было впервые описано Т. Cronin, F. Ge-gow [1]. Имплантаты могут иметь круглую или анатомическую форму, гладкую или текстурированную поверхность и заполняться физиологическим раствором или силиконовым гелем. Преимущества силиконовых имплантатов заключаются в минимальной растворимости силикона и превосходной вязкости этого материала, обеспечивающей идентичность по отношению к ткани молочной железы.

В зависимости от способа установки имплантат может располагаться прямо за молочной железой или в пространстве позади большой грудной мышцы. Преимуществами расположения имплантата за железой являются легкость диссекции, меньшая болезненность в послеоперационном периоде и возможность установки имплантатов больших размеров. Способ расположения имплантатов за большой грудной мышцей получил свое развитие вследствие

недостатков, наблюдающихся при субгландулярном расположении вживляемых материалов, – капсулярной контрактуры, контурирования краев и толщины покровных тканей. Преимуществами расположения имплантата за большой грудной мышцей являются снижение частоты возникновения капсулярной контрактуры, меньшая заметность краев имплантата под кожей, а также минимальная вероятность возникновения гематом, поскольку субпекторальное пространство представляет собой бессосудистую зону. Недостатки данного расположения – возможное ограничение выбора размера имплантата, выраженный болевой синдром, возможность смещения имплантата при сокращении мышцы в послеоперационном периоде. Кроме того, существует и двухплоскостная установка, при которой имплантат устанавливается частично за мышцей и частично за железой. Правильный выбор формы и объема, а также места расположения имплантата позволяют в большинстве случаев добиться хорошего эстетического результата. Но требование женщин к аугментационной маммопластике в последнее время выросло, и пациентки