

шинстве случаев встречалось среди мужчин – 94,1% (32 чел.). Прекратили курить в связи с заболеванием только 13,2% (9 чел.) опрошенных. Интенсивность курения у 56,3% (18 чел.) курящих составила более 10-ти сигарет в день. Подавляющее большинство курящих – 90,6% (29 чел.) имели стаж курения более 10-ти лет.

При ХОБЛ из общего числа обследованных 54% (20 чел.) имели вредные привычки, при этом 35,1% (13 чел.) – курили, 5,4% (2 чел.) употребляли алкоголь; у 13,5% (5 чел.) отмечалось сочетание данных вредных привычек. Из числа лиц, имеющих вредные привычки, большинство (85,0%) составили мужчины, основная часть которых, 16 чел., курили (76,2%). У 23,8% (5 чел.) мужчин отмечалось сочетание вредных привычек. Среди женщин курящих оказалось только 12,5% (2 чел.), употребляющих алкоголь – 6,3% (1 чел.). У большинства курящих (83,3%) длительность курения составила более 10 лет. Интенсивность курения в 55,6% случаев составила до 10 шт., в 44,4% - до 20 шт. в день. Из числа курящих больных ХОБЛ бросили курить в связи с заболеванием только 4 чел. (22,2%). Стаж курения у 83,3% курящих составил более 10-ти лет.

При ХОБЛ в целом характер вредных привычек (курение, алкоголь, курение в сочетании с алкоголем) оказывает достоверное влияние на формирование 2 группы инвалидности ($\mu^2=10,9$; $p<0.05$). Интенсивность курения достоверно влияет на тяжесть инвалидности (($\mu^2=18,6$; $p<0.01$) при 2 и ($\mu^2=17,0$; $p<0.05$) при 3 группе инвалидности).

Наличие и характер вредных привычек оказывает достоверное влияние на формирование инвалидности при профессиональном бронхите ($\mu^2=22,9$; $p<0.05$). Интенсивность курения влияет на тяжесть инвалидности (($\mu^2=11,5$; $p<0.05$) при 2 и ($\mu^2=13,5$; $p<0.05$) при 3 группе инвалидности).

При ХОБЛ достоверное влияние на формирование инвалидности оказывает только длительность курения ($\mu^2=42,7$; $p<0.01$).