



Распространенность табакокурения в Санкт-Петербурге.

О.А.Суховская, А.О.Карелин, М.Н.Давыдова, М.А.Смирнова

НИИ пульмонологии и кафедра социальной гигиены Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад.

И.П.Павлова, Санкт-Петербург

Табакокурение относится к числу важнейших медико-социальных проблем современного общества, представляя серьезную опасность для здоровья населения, способствуя развитию целого ряда хронических неинфекционных заболеваний и являясь причиной преждевременной смерти. Именно поэтому Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) табак назван убийцей номер один. По инициативе ВОЗ была принята рамочная конвенция по борьбе против табака, цель которой в защите нынешнего и будущих поколений от разрушительных медицинских, социальных, экологических и экономических последствий потребления табака и воздействия табачного дыма. Она определяет меры, которые необходимо предпринять на национальном, региональном и международном уровнях, чтобы постоянно и существенно сокращать распространенность употребления табака и воздействия табачного дыма.

Как сообщают авторы исследования анализа смертности в 14 регионах мира, опубликованного в журнале Tobacco Control, от болезней, вызванных табакокурением, в 2000 году умерли около 5 миллионов человек. В целом в мире ведущей причиной смерти, связанной с курением были сердечно-сосудистые заболевания, от которых умерли почти миллион человек. Следующей по значимости причиной смерти был рак легкого в

индустриальных странах (более полумиллиона человек) и хроническая обструктивная болезнь легких – в развивающихся (650 тысяч человек). Соответственно, на третьем месте в развитых странах была хроническая обструктивная болезнь легких (310 тысяч), а в развивающихся – рак легкого (330 тысяч). Более половины всех смертей от болезней, вызванных табакокурением, произошли среди курильщиков в возрасте 30-69 лет, т.е. лиц трудоспособного возраста. Рост распространенности курения, который происходит в мире, начиная с 1975 года, обуславливает каждую десятую смерть среди взрослого населения в целом и каждую пятую смерть среди мужчин. В настоящее время установлено, что табачный дым является опасным фактором окружающей среды, вызывающим заболевания у некурящих и вследствие этого убивающим дополнительно 100 тысяч человек в год.

Ежегодно из-за болезней, вызванных табакокурением в России умирают около 300 тысяч человек, и это, несомненно, заниженные данные, поскольку не во всех историях болезней имелись записи о курении. Показано, что смертность российских мужчин от злокачественных новообразований и болезней системы кровообращения, обусловленные курением, были самыми высокими среди стран европейского региона. Согласно данным ВОЗ в целом в мире с курением были связаны 4,1% потерь здоровых лет жизни, в России – 13,6%.

В разных регионах России распространенность табакокурения различна. Например, исследование распространенности табакокурения в Тюмени показало, что мужчины курили в 52,9% случаев регулярно и в 7,3% случаев – эпизодически, женщины – в 12,4% и 7,6%, соответственно. Несколько выше данные по распространенности табакокурения мужчин в Новосибирске, а женщин – в Таллинне. Замглавы Минздравсоцразвития Юрий Воронин подчеркнул, что курению подвержены все группы населения вне зависимости от пола, возраста и социального положения. Курят 40,2% городского и 35,9% сельского населения

В Санкт-Петербурге по данным опроса 2000-2006 гг курили 53,2% мужчин и 27,7% женщин. В 2009-2010 годах курили 61% мужчин и 29,7% женщин. Имелись различия в частоте встречаемости регулярного курения в различных возрастных группах. У мужчин больше всего курильщиков встречалось в возрасте 26-40 лет, у женщин – 18-25 лет. В среднем мужчины выкуривают около 15 сигарет в день, женщины – 7.

Большинство респондентов (77%) начали курить в возрасте до 18 лет включительно, при этом в 50% случаев первую сигарету взяли в возрасте от 11 до 14 лет.

Опрос в школах в 2001-2003 годах показал, что первую сигарету мальчики закуривали в 11-14 лет в 45% случаев, при этом в 15% случаев возраст начала регулярного (ежедневного) курения составил 8,5 лет. Девушки 11-14 летнего возраста курили в 23% случаев, около 3% девочек с 7-8 летнего возраста уже употребляли табак.

Из приведенных данных следует что основные мероприятия по профилактики курения должны быть направлены на подростков. Это подтверждают и исследования В.Ф. Левшина и соавторов (2004), получивших данные о том, что только 3% мужчин и 14% женщин начали регулярно курить в возрасте старше 29 лет. Среди молодежи эффект в борьбе с курением может быть достигнут как за счет проведения первичной, так и вторичной профилактики табакокурения, так как большинство молодых людей курят сравнительно не много - до 10 сигарет в день (до 5 сигарет в день – 61%, от 5 до 10 сигарет в день – 22%, 11-20 сигарет в день – 16,5%), и не имеют сильной табачной зависимости.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) табачная зависимость отнесена к категории F10-F19 - «Психические расстройства и расстройства поведения, обусловленные употреблением психоактивных веществ» в рубрике F1x.2 – «Синдром зависимости», рубрика F17.3x - «Синдром отмены табака», рубрика F17.0x - «Острая интоксикация,

вызванная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация). Табак не относится к "Перечню наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ (списки I, II, III)", а отсутствие в клинике табачной зависимости психоорганической дефицитарной симптоматики и изменений личности, вызванных курением табака, определяет особое место табачной зависимости в ряду расстройств влечений. Табачную зависимость следует рассматривать как патологическое состояние, которое необходимо диагностировать, а пациента лечить.

В развитии табачной зависимости ключевую роль играет никотиновая зависимость. Поглощение никотина происходит в ротовой полости (это щелочной дым) и в легких (кислотный дым). Всасывание никотина приводит к повышенному высвобождению катехоламинов, вазопрессина, норадреналина, ацетилхолина, дофамина, гамма-аминомасляной кислоты, бета-эндорфина. Такие биохимические изменения человек ощущает как наслаждение, повышение работоспособности, снижение тревоги, уменьшение голода. Под влиянием оксидантов табачного дыма патологические изменения в бронхолегочной системе начинаются с нарушения реологических свойств слизи, соотношения фракции гель/золь, снижения противомикробного потенциала. Наблюдается дозозависимый эффект для таких симптомов, как кашель и дискринация, что обусловлено изменениями в эпителии дыхательных путей: потерей ресничек, гипертрофией слизистых желез, увеличением количества бокаловидных клеток и проницаемости слизистой бронхов. В дальнейшем через оксидативные механизмы развиваются бронхоконстрикция и вазоконстрикция. Хронический воспалительный процесс, затрагивающий трахеобронхиальное дерево, легочную паренхиму и сосуды, приводит к структурному «моделированию» бронхиального дерева, а оксидативный стресс и дисбаланс протеолитических ферментов и антипротеиназ - к развитию эмфиземы.

Начинающие курильщики, как правило, испытывают неприятные токсичные эффекты никотина. Однако достаточно быстро появляется толерантность к никотину, то есть исчезают его центральные токсические эффекты – тошнота, головокружение, слабость. Как только организм привыкнет к функционированию при определенном уровне никотина в крови, он стремится поддерживать этот уровень, и курильщики чувствуют необходимость в приеме никотина.

Большие дозы никотина могут вызвать коллапс, блокаду нейромышечной передачи, дыхательный паралич. В случае отказа от курения у заядлых курильщиков в большинстве случаев возникает синдром отмены, который включает в себя страстное желание закурить, беспокойство, раздражительность, плохое настроение, повышение аппетита, затруднение с концентрацией внимания. Симптомы синдрома отмены достигают своего максимума через 48 часов после прекращения курения и длятся до 3-4 недель.

Несмотря на то, что большинство людей знает о вреде табакокурения (в 83,3% случаев), однако большинство из них не осознает степень вреда от воздействия табачного дыма на конкретного человека, у большинства отсутствует информация о глубине зависимости, возникающей от табакокурения, и большинство из курящих полагает, что в любой момент они могут прекратить курение, в то время как известно, что только 4% курящих в состоянии самостоятельно бросить курить.

Однако очень часто попытки прекратить курение оказываются безуспешными. Так, например, в исследовании лиц, отказавшихся от употребления табака (В.Ф.Левшин и соавт., 2004 г.) только 26% курильщиков удалось прекратить курение на определенные периоды времени и 10% - сократить количество выкуриваемых в день сигарет. Для отказа от курения у курильщика должно быть желание прекратить курение и возможность получить грамотную консультацию и помощь специалиста.

Таким образом, борьба с табакокурением должна включать три направления: информирование населения о вреде активного и пассивного

табакокурения, выработка мотивации к отказу от курения и помощь курильщику при прекращении курения. По утверждению экспертов ВОЗ отказ от табакокурения является сегодня наиболее эффективным и доступным направлением профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний и снижения общей заболеваемости и смертности.

В целях информирования населения о вреде табакокурения необходимы как научные исследования по изучению распространенности эпидемии табакокурения, учету рисков развития никотиновой зависимости, так и выпуск информационных листовок, плакатов на остановках общественного транспорта, в образовательных и медицинских учреждениях.

Большую роль в проведении профилактики и лечении табачной зависимости играют медицинские работники. Однако многие врачи и медицинские сестры курят. Так, по данным исследования медицинских работников 47% мужчин и 40% женщин являются регулярными курильщиками, эпизодически курят 25% мужчин и 18% женщин. Врач-курильщик вряд ли будет убеждать пациента прекратить курение, а совет такого врача пациенту не будет достаточно убедителен. Поэтому важным шагом в антитабачной пропаганде и борьбе с курением следует признать запрет курения в учреждениях здравоохранения.

Практически нет сведений в популярной литературе и в средствах массовой информации о вреде пассивного табакокурения. По нашим данным в 91% случаев школьники являются пассивными курильщиками (в 61% случаев они живут в семьях, где курит кто-либо из родителей и в 30% случаев проводят более 2 часов в день в обществе курящих).

Многие курильщики отказались бы от курения, если бы это было легко (от 25 до 60% опрошенных) и не сопровождалось бы синдромом отмены. В этих случаях грамотное назначение медикаментозной терапии будет способствовать продолжительности периода воздержания от табака и увеличит число лиц, бросивших курить.

Доказано, что применение лекарственных средств, по меньшей мере, удваивает эффективность лечения никотиновой зависимости, поэтому они должны рекомендоваться (при отсутствии противопоказаний) всем курильщикам.

В заключении следует отметить, что медицинские и социальные проблемы, связанные с курением могут быть решены лишь при совместных усилиях государственных, общественных и научных институтов. Как показывает опыт США и некоторых стран западной Европы, это ценовая и налоговая политика, запрет курения в общественных местах, запрет рекламы табачных изделий и активная антитабачная пропаганда. Уже сейчас можно было бы предпринять ряд дополнительных мер по сдерживанию «табачной эпидемии», снижению вреда, который наносит табак здоровью населения города. К таким мерам можно отнести: информирование населения о вреде табакокурения, в том числе о вреде пассивного курения, например, с помощью социальной антитабачной рекламы на остановках общественного транспорта, вблизи медицинских и образовательных учреждений; предоставление курильщику возможности лечиться от никотиновой зависимости в лечебных учреждениях как городского, так и районного подчинения; лечение (с предоставлением бесплатных препаратов) и помощь при отказе от курения беременным женщинам и, наконец, строгое соблюдение законодательства по запрету курения сотрудников и учащихся государственных образовательных и медицинских учреждений. Это не является ущемлением прав курильщиков, поскольку человек, сознательно наносящий вред своему здоровью не может быть пропагандистом здорового образа жизни. И для врача и для педагога это особенно недопустимо.

Список литературы.

1. Т.Б.Гречаная, Линн Макдональд, В.В.Барцалкина, Н.Г.Дмитриева
Современный подход к первичной профилактики употребления алкоголя и
наркотиков, основанный на взаимодействии семьи и школы // Профилактика
заболеваний и укрепление здоровья.-2004.-№3.-С.26-30.

2. Г.Я.Масленникова, С.А.Мартыничик, С.А.Шальнова и др.
Медицинские и социально-экономические потери, обусловленные курением
мужского населения России// Профилактика заболеваний и укрепление
здоровья.-2004.-№3.-С.5-9.

3. Ad Hoc Inter-Agency Task Force on Tobacco Control., Report of the
Secretary-General.-2002.-E/2002/44. New York.

**Hatsukami, D.K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J., de Vos, A.,
Horwith, G & Pentel, P.R. Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in
current smokers. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. [Clin Pharmacol Ther.](#)
[2005;78:456-67.](#)**