

Раздел 2. Здоровье: активное курение

Глава 7. Можно ли оценить влияние курения на здоровье

Содержание главы

7.1 Эпидемиологические исследования	61
7.1.2 Виды эпидемиологических исследований	61
7.1.3 Что такое риск и как он измеряется	63
7.2 Основополагающие эпидемиологические исследования в отношении влияния потребления табака на здоровье	64
7.2.1 Пятидесятилетнее исследование британских врачей	64
7.2.2 Исследования Американского общества рака	65
7.3 Бремя табака для здоровья населения	66
7.4 Курение и качество жизни	66
7.5 Динамика связанных с курением заболеваемости и смертности	67
Литература к главе 7	68

Общеизвестно, что курение оказывает вредное воздействие на здоровье любого человека. Помимо многочисленных заболеваний, специфически связанных с курением, курильщики имеют пониженный уровень здоровья, что проявляется, например, в том, что они чаще, чем некурящие, обращаются в медицинские службы и отсутствуют на работе по болезни.

В качестве всеобъемлющего проявления влияния курения на здоровье можно назвать меньшую ожидаемую продолжительность жизни курильщиков по сравнению с некурящими.

Курение является причиной нескольких групп заболеваний: рака ряда органов, сердечно-сосудистых заболеваний, хронических заболеваний легких и других болезней. Эти заболевания возникают не только в тех органах, где происходит контакт тканей с табачным дымом, то есть в ротовой полости, горле и легких, но также и там, куда попадают наиболее «подвижные» компоненты табачного дыма и их метаболиты, например, в сердце, кровеносных сосудах, почках, мочевом пузыре.

Кроме того, курение во время беременности оказывает неблагоприятное влияние на плод.

Согласно оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно от обусловленных табаком болезней умирает около 5 миллионов человек, и, если нынешние тенденции распространенности курения будут сохраняться, то к 2030 году 10 миллионов человек будут ежегодно погибать от табака¹.

Такие цифры часто вызывают удивление и недоверие. На жизнь человека воздействует множество факторов, все люди смертны, и можно ли точно сказать, что данный человек умер именно от табака? Безусловно, табак является лишь одним из факторов гибели конкретного человека, и о «100-процентной табачной» смерти в индивидуальном случае говорить нельзя, даже если больной раком легких выбросит горящую сигарету на табачной фабрике и погибнет в возникшем пожаре. В то же время никто не будет отрицать, что табак негативно влияет на здоровье и безопасность человека, и, если бы люди не курили, они бы меньше болели, устраивали бы меньше пожаров и жили бы дольше. Оценить роль табака среди других факторов, негативно влияющих на здоровье человека, позволяют эпидемиологические исследования.

7.1 Эпидемиологические исследования

Существует наука эпидемиология. Она изучает закономерности распространения заболеваний среди населения, прежде всего инфекционных². Эпидемиология как метод исследования применяется в отношении не только инфекционных заболеваний, но и всех остальных, чаще всего не имеющих инфекционной природы, и даже получивших соответствующее название - «неинфекционные». Эпидемиология - это научный метод, используемый для изучения распространения заболеваний в популяциях и факторов, определяющих такое распространение.

7.1.2 Виды эпидемиологических исследований

Эпидемиологические исследования отличаются от исследований причин заболеваний, но обычно служат источником гипотез или фактов в пользу той или иной гипотезы. Исследования этиологии, то есть причин возникновения какого-то конкретного

заболевания, обычно начинаются после обнаружения изменения его частоты на фоне каких-то характеристик. На первом этапе обычно проводится **описательное** изучение. Анализ описательных данных может обнаружить, например, географические различия в стереотипах развития заболевания. Как описательный анализ, так и **клинические** наблюдения, могут стать источником тех или иных гипотез о причинах или факторах риска развития заболевания. Гипотезы затем проверяются с использованием **контрольных групп** или **когортных исследований**, о которых речь пойдет чуть ниже.

Исследования на людях могут классифицироваться как **наблюдательные** (когда воздействие интересующего фактора на объект исследования не назначается исследователем) и **экспериментальные** (исследователь определяет субъекты, которые будут или не будут подвергаться воздействию интересующего фактора). Обычно исследователь может лишь наблюдать за возникновением заболевания в группах людей, которые уже разделились на подгруппы по воздействию фактора. Хотя экспериментальный подход может дать более надежные сведения относительно причинных взаимосвязей, основная информация поступает все же именно благодаря наблюдениям.

Большая часть исследований, проведенных в отношении табака, являются наблюдательными, поскольку курительный статус не назначается исследователем, а выбирается самим субъектом, который решает, быть ли ему курильщиком.

В **сравнительных исследованиях** (или опросах) подверженность фактору и его результат оцениваются в **поперечных срезах**, когда вся информация об исследуемых субъектах собирается в одно и то же время. Этот подход широко применяется, например, для исследования влияния курения на функцию легких и частоту респираторных симптомов.

Экспериментальные исследования включают клинические испытания и исследования воздействия тех или иных программ на уровне сообщества. Примером может служить проведенное в США испытание Множественных Факторов Риска, в ходе которого участники мужского пола случайным образом распределялись в группы, где оказывалась обычная помощь, или в специальные группы для проведения вмешательств по прекращению курения, и отслеживалось влияние на показатели здоровья.

Исследование химического состава и токсических эффектов компонентов табачного дыма дало важные результаты для понимания вредного влияния табака на здоровье человека. Существует целый ряд методов, ориентированных на исследование токсичности компонентов табачного дыма как *in vivo*, то есть в живом организме, так и *in vitro*, то есть «в пробирке», с использованием различных приборов, аппаратов, реактивов. Значительные научные исследования были проведены в отношении отдельных химических компонентов табачного дыма,

однако в нормальных условиях на человека действует именно смесь компонентов.

Исследования этого рода дают важную информацию, которая дополняет данные эпидемиологических исследований. Например, Ernst Wynder и Evarts Graham в 1953 году опубликовали статью, показывающую, что у мышей, на спину которых был нанесен конденсат табачного дыма, с большей вероятностью обнаруживали развитие злокачественных опухолей, нежели у мышей в контрольной группе. Это исследование стало экспериментальным подтверждением эпидемиологических наблюдений, что курение вызывает рак легких.

Эпидемиологические исследования используются для того, чтобы определить, существует ли связь между подверженностью воздействию фактора и заболеванием. Когда взаимосвязь обнаружена, следующим шагом является оценка того, достаточны ли имеющиеся данные для того, чтобы говорить о причинно-следственной связи. Например, в 1964 году, когда внимание многократно привлекали данные о возможной взаимосвязи между курением и раком легких, Главный Врач США назначил комиссию, которая должна была пересмотреть имеющиеся данные относительно курения и решить, являются ли они достаточными, чтобы идентифицировать курение в качестве причины рака легких. Доклад Главного Врача в 1964 году³ подчеркнул необходимость оценить все виды данных, включая эпидемиологические, клинические и патологические (патологоанатомические) исследования. Доклад предоставил набор руководящих рекомендаций, позволяющих оценивать причинный характер взаимосвязи, учитывая ее устойчивость, силу и специфичность.

Устойчивость касается степени, в которой результаты могут воспроизводиться. Это подобие результатов разных типов исследований, полученных на основе оценки различных популяций.

Сила. Более сильные взаимосвязи с большей вероятностью отражают лежащие в основе явления причинные механизмы, поскольку с увеличением силы взаимосвязи отклонения становятся менее вероятными.

Специфичность касается уникальности взаимосвязи между влиянием фактора и возникновением заболевания. Но поскольку курение вызывает множество заболеваний, помимо рака легкого, и большинство вызываемых курением заболеваний имеют многофакторную природу, то этот критерий обычно оставляют без внимания.

Временная взаимосвязь предполагает, что курение предшествует началу заболевания, и это очевидным образом наблюдается в случае рака легкого.

Комиссия признала сложность определения «причины» для многофакторного комплексного заболевания. Однако эти установленные в 1964 году критерии стали руководящими рекомендациями для оценки данных относительно влияния потребления табака на

здоровье, также как и других вызывающих заболевания факторов.

Зависимость риска от дозы

Кроме перечисленных выше критериев, в большинстве современных исследований для суждения о причинности взаимосвязи используется критерий увеличения риска с увеличением степени воздействия фактора риска. Для оценки степени воздействия в крупных исследованиях обычно собирается информация о трех характеристиках воздействия курения.

1. Длительность, или стаж курения.
2. Интенсивность курения, выраженная в количестве сигарет в день.
3. Кумулятивная доза курения, выраженная в таких единицах, как пачко-годы. Чтобы определить количество пачко-лет, необходимо разделить среднее количество сигарет, выкуриваемых человеком в день, на 20, и умножить результат на количество лет курения.

Как мы увидим в последующих главах данного раздела, в отношении ряда заболеваний было обнаружено возрастание риска развития заболевания после достижения определенной длительности воздействия или у людей, чья кумулятивная доза курения превысила определенное количество пачко-лет.

Если результаты исследования указывают на достоверное увеличение риска с ростом интенсивности, длительности и кумулятивной дозы курения, то это обычно служит основанием для того, чтобы считать связь между курением и исследуемой патологией причинно-следственной.

Снижение риска у бывших курильщиков

Данный критерий является еще одним важным основанием для суждения о причинно-следственной связи.

У большинства заболеваний, для которых причинно-следственная связь с курением в настоящее время является установленной, после прекращения курения происходит постепенное снижение риска. При наличии достаточного объема данных исследователи обычно сообщают, по прошествии какого количества лет после прекращения курения происходит достоверное снижение риска, и через сколько лет риск снижается до уровня некурящих.

К сожалению, к настоящему времени известен ряд заболеваний, в отношении которых риск у бывших курильщиков навсегда остается более высоким, чем у тех людей, которые никогда не курили. А в отношении некоторых заболеваний исследователям пока не удалось обнаружить снижения риска после прекращения курения. К таким заболеваниям относятся некоторые злокачественные новообразования, а также ряд аутоиммунных заболеваний.

7.1.3 Что такое риск и как он измеряется

В медицине важной мерой являются **риски**, или опасности. По определению ВОЗ, под

риском понимается “вероятность негативных последствий или фактор, повышающий такую вероятность”. Вероятность возникновения заболевания в данной популяции (или «заболеваемость» в русскоязычной терминологии) является показателем абсолютного риска.

Относительный риск – это отношение риска возникновения заболевания у индивидов, подвергнутых воздействию данного фактора, к риску заболевания у индивидов, не подвергшихся такому воздействию. Например, этот показатель может суммировать риск заболевания курильщиков по отношению к тем, кто никогда не курил, и дает меру силы взаимосвязи. Если относительный риск больше 1, то риск подвергнутых воздействию индивидов выше, чем тех, кто воздействию не подвергался (положительная связь). Если относительный риск меньше 1, то риск у подвергшихся воздействию фактора меньше, чем у не подвергшихся (отрицательная связь).

Относимый за счет данного фактора риск дает оценку той доли риска заболевания, которая может быть отнесена за счет конкретного агента. Этот показатель особенно важен, когда необходимо продемонстрировать доленое влияние на возникновение заболевания и на смертность, а также в клинической практике и общественном здравоохранении, так как позволяет ответить на вопрос, в какой степени можно предупредить риск, если полностью исключить воздействие данного агента.

Относимый за счет данного фактора риск можно вычислить как для подверженных действию факторов индивидов, так и для населения в целом, включая как подверженных, так и не подверженных его влиянию людей. Чтобы подсчитать относимый риск для подвергнутых влиянию индивидов, необходимо вычесть заболеваемость не подвергнутых влиянию индивидов из заболеваемости подвергнутых индивидов. Чтобы подсчитать относимый риск для населения в целом, необходимо знать заболеваемость среди курильщиков, заболеваемость среди некурящих и долю населения, которую составляют курильщики⁴. В этом случае необходимо вычесть заболеваемость не подвергнутой воздействию группы из заболеваемости населения в целом.

В качестве иллюстрации возьмем гипотетическую группу людей, или когорту, состоящую из 1000 курильщиков и 2000 некурящих, из которых в течение года наблюдения ишемической болезнью сердца (ИБС) заболели 25 курильщиков и 30 некурящих. Заболеваемость ИБС в этом случае составит 25 на 1000 курильщиков и 15 на 1000 некурящих. Относительный риск составит 25/15 или 1.67, а избыточный риск (25-15) или 10 на 1000 человек в год. Доля общей заболеваемости в подвергнувшейся влиянию группе, которая может быть отнесена за счет курения, $(25 - 15)/25 = 40\%$. Таким образом, 40% заболеваемости ИБС среди курильщиков можно отнести за счет курения.

Если известно, что доля курильщиков в популяции в целом составляет 45%, то заболеваемость в популяции в целом может быть вычислена $(25/1000)(0.45) + (15/1000)(0.55)$

= 19.5 на 1000 человек. Доля заболеваемости в популяции, которая может быть отнесена за счет курения, может быть подсчитана $(19.5 - 15)/19.5 = 23\%$. Таким образом, 23% заболеваемости ИБС в этой популяции в целом можно отнести за счет курения.

Для оценки риска возникновения заболевания в связи с воздействием конкретного фактора используются два типа наблюдательных эпидемиологических исследований.

В исследованиях типа **случай-контроль** воздействие факторов сравнивают для индивидов, имеющих данное заболевание, (это так называемые случаи) и тех, у кого данного заболевания нет (это контроль). Найти подходящих индивидов в контрольную группу может быть затруднительно, поэтому существует потенциальная возможность ошибок. Информация может быть собрана в отношении ряда воздействующих факторов, включающих, в данном случае, как воздействие табака, так и потенциальные сопутствующие факторы, такие как диета, профессия и потребление алкоголя. Цель состоит в том, чтобы определить, различаются ли обе группы по тому, какую долю составляют лица, подверженные действию табака. Такие исследования сравнительно недороги, могут быть проведены быстро при относительно небольшом количестве индивидов, и дают информацию о рисках вскоре после проведения исследования. Их существенное ограничение состоит в том, что каждое исследование может проводиться в отношении только одного заболевания, и они не показывают, каким образом меняется эпидемиология заболеваний, связанных с потреблением табака, если только подобные исследования не проводятся периодически. Подобный план исследования использовался на ранних стадиях изучения рака легких. В США Wynder и Graham провели на госпитальной базе исследование, показавшее, что 95% из 684 больных раком легкого были умеренными либо тяжелыми курильщиками.

В **когортных исследованиях** у участников обычно нет исследуемого заболевания. В случае курения базовой целью когортного исследования является количественная оценка курительного поведения, воздействия других факторов, индивидуальных характеристик и медицинской истории изучаемой группы. Эта информация затем используется для мониторинга заболеваемости и смертности от разных заболеваний в течение ряда лет. Важным преимуществом когортного исследования является то, что когорта классифицируется в зависимости от подверженности действию фактора до развития заболевания. Поскольку новые случаи заболеваний идентифицируются по мере их возникновения, то возможно установление временных взаимоотношений между воздействием фактора и заболеваемостью. Можно сравнить уровни смертности курильщиков и тех, кто никогда не курил, и подсчитать относительные риски.

Перспективные исследования, то есть исследования, направленные на регистрацию и оценку будущих изменений в исследуемой группе, позволяют собрать информацию об относительных рисках возникновения

заболеваний или смерти от разных заболеваний. Такие исследования относительно дороги, требуют много времени, зависят от качества и доступности данных о заболеваемости и причинах смерти.

В отличие от перспективных когортных исследований, исследования типа случай-контроль являются по принципу ретроспективными, то есть оценка влияния проводится после того, как известен результат.

7.2 Основополагающие эпидемиологические исследования в отношении влияния потребления табака на здоровье

7.2.1 Пятидесятилетнее исследование британских врачей

Исследование было начато Р.Доллом и А.Хиллом в 1951 году, и первые его результаты были опубликованы в 1954 году⁵.

В 1951 году в исследовании приняло участие 34 439 британских врачей мужского пола, что составило две трети от всех врачей, чьи адреса были известны Британской Медицинской Ассоциации. Среди них было 10118 человек, родившихся до 1900 года, 7477 родившихся в 1900-1909 годах, 9459 родившихся в 1910-1919 годах и 7385 родившихся в 1920-30 годах. Только 17% участников исследования (когорты) никогда не курили. В 1951 году курили 77% врачей, участвовавших в исследовании, что было лишь немного ниже, чем средний национальный уровень, составлявший 80% среди взрослых мужчин. В настоящее время в Великобритании наблюдается довольно низкий уровень курения среди развитых стран, около 20%.

После публикации первых результатов исследование регулярно повторялось. Опросники рассылались врачам в 1951, 1957, 1966, 1971, 1978, 1991, 2001 годах.

Необходимо отметить, что вплоть до 1980-х годов общее воздействие курения сигарет на уровень смертности значительно недооценивалось, так как ни одна популяция, интенсивно потребляющая табак, не была прослежена на протяжении всей продолжительности ее жизни.

В Великобритании только среди тех мужчин, которые родились уже в XX столетии, и среди которых оказалось много таких, кто уже в молодом возрасте начал курить значительное количество сигарет, можно было надеяться отследить полное влияние курения в течение всей взрослой жизни, а также влияние прекращения курения в различном возрасте.

В 2004 году опубликованы результаты 50-летнего наблюдения за здоровьем британских врачей, среди которых к началу данного этапа исследования в 2001 году оставались в живых 6 тысяч человек⁷. Данное исследование является наиболее долгосрочным из всех исследований, касающихся влияния табака на здоровье человека. Хотя смертельное воздействие курения сигарет хорошо изучено, данное

исследование является первым, которое позволяет количественно выразить ущерб, который курение оказало на жизнь целого поколения. И это воздействие оказалось значительно большим, чем можно было предполагать.

Курение убивает не половину курильщиков, а две трети

Ранее опубликованные результаты исследования⁸ показали, что почти половина постоянных курильщиков погибают из-за своей привычки, а четверть умирает, не дожив до 70 лет, теряя 10 лет жизни⁹. Нынешний этап исследования, в котором отдельно рассматривалась смертность британских врачей, родившихся в разное время, уточнил, что для лиц, родившихся в первое десятилетие XX века, имеет место определенная ранее закономерность, то есть курение убило половину из родившихся в это время постоянных курильщиков. Для наиболее молодой группы участвовавших в исследовании британских врачей, то есть тех, кто родился в течение третьего десятилетия XX века, установлено, что две трети курильщиков умирают преждевременно из-за вызванных курением заболеваний.

Стало известно, что продолжающееся курение увеличивает вдвое уровни смертности как в среднем, так и в старшем возрасте.

В течение последних десятилетий усилия, направленные на улучшение профилактики и лечения заболеваний, вдвое уменьшили уровни смертности среди некурящих в Великобритании. Однако британские исследователи вынуждены были признать:

Все достижения медицины аннулируются быстро нарастающим ухудшением состояния здоровья тех, кто продолжает курить

Продолжительность жизни курильщиков практически не изменилась за последние пять десятилетий.

Результаты курения особенно ярко проявляются после 60 лет. Исследование британских врачей показало, что в возрасте 70 лет среди некурящих живы 88%, а среди курильщиков 71%. В возрасте 80 лет в живых остаются 65% некурящих и 32% курильщиков.

Если посмотреть на эти данные по-другому, то у 70-летнего человека (в данном случае речь идет о человеке, условия жизни которого близки к условиям жизни британского врача), если он никогда не курил, шанс дожить до 90 лет составляет 33%. Для курильщика вероятность прожить еще 20 лет составляет 7%.

Поскольку вслед за первыми результатами исследования, показавшего, что курение является основной причиной рака легких, многие британские врачи отказались от курения, последующие этапы исследования позволили оценить, каким образом прекращение курения влияет на уровень смертности.

Исследования показали, что прекращение курения оказывает чрезвычайно благотворное воздействие

Было установлено, что тот, кто бросает курить к 60 годам, проживет в среднем на три года дольше, чем продолжающий курить, те, кто прекращает курить к 50 годам, теряют 4 года, а не 10 лет, как те, кто продолжает курить, к 40 годам – проживут в среднем на 9 лет дольше, чем курильщики, а тот, кто прекратил курить к 30 годам, имеет практически такую же продолжительность жизни, как и некурящие.

Результаты данного исследования ставят под сомнение широко распространенную среди убежденных курильщиков точку зрения, что прекращение курения бессмысленно, поскольку они уже нанесли своему организму непоправимый вред.

Когда исследование начиналось, почти не существовало долгосрочных бывших курильщиков, на которых можно было направить исследование эффектов прекращения курения. В настоящее время этих людей множество. Даже если человеку 50 лет, и он курил в течение 30 лет, прекращение курения позволит ему вдвое сократить риск смерти от курения. Прекращение курения в 30 лет снижает такой риск на 90%.

7.2.2 Исследования Американского общества рака

Американское общество рака провело два знаменательных исследования^{10, 11}, каждое из которых включало примерно один миллион участников-добровольцев. Первое исследование было начато в 1959 году, и итоги подводились вплоть до 1972 года. Второе исследование стартовало в начале 1980 годов и продолжается до сих пор, хотя курение участников оценивалось только при приглашении их в исследование. Для оценки изменений риска, связанного с курением, было проведено сравнение влияния курения на смертность в первые годы исследования.

В каждом из двух исследований относительные риски оказались выше для мужчин, чем для женщин. При сравнении рисков, подсчитанных в первом и втором исследованиях, обнаруживается их устойчивое повышение для всех причин смерти, и если это лишь умеренное повышение для ИБС, то для рака легких произошел резкий рост риска¹².

Повышение относительных рисков у женщин от первого ко второму исследованию, вероятно, частично отражает изменение стереотипов курения с более ранним началом курения и большей его интенсивностью у участниц второго исследования. Возрастание же относительного риска для мужчин не может быть так же легко объяснено. В связи с этим возникла гипотеза, что увеличение относительного риска произошло в результате изменения характеристик сигарет. С этим согласуются данные исследования британских врачей, в котором обнаружено возрастание риска в период вторых 20 лет по сравнению с первыми 20 годами.

Исследования убедительно показали, что сигареты не просто вредны в принципе, они еще и совершенствуются в направлении большей вредности и опасности для жизни

Американские исследования также убедительно показали, что прекращение курения существенно снижает показатели заболеваемости и смертности¹³.

7.3 Бремя табака для здоровья населения

Большинство людей знают, что табак опасен, но лишь немногие, даже среди медицинских работников, осознают, насколько он опасен в реальности.

Исследования в США показали, что в группе американских мальчиков 15-летнего возраста табак, согласно прогнозам, убьет, прежде чем они достигнут 70 лет, в три раза больше из них, чем наркотики, убийства, самоубийства, СПИД, дорожно-транспортные происшествия и алкоголь, вместе взятые¹⁴.

В Российской Федерации в группе из тысячи 20-летних курильщиков, которые будут курить в течение всей своей жизни, мы можем ожидать, что до достижения возраста 70 лет один из них будет убит, девять погибнут в дорожно-транспортных происшествиях, а 250 будут убиты курением. Каждый из этих 250 умерших от курения людей в среднем потеряет около 22 лет ожидаемой продолжительности своей жизни. И еще 250 людей умрут от связанных с табаком болезней после семидесяти лет.

В 1990 году в развитых странах курение обусловило 35% всех смертей мужчин, произошедших в среднем возрасте (35–69 лет)¹⁵. Благодаря массовому прекращению курения в этих странах данный показатель в 2000 году снизился до 30%¹⁶. Однако успехи развитых стран, к сожалению, с лихвой перекрываются ростом табачной эпидемии в развивающихся странах. Международные эксперты пришли к выводу, что во всемирном масштабе существуют только две главных причины преждевременной смерти, ущерб от которых возрастает – ВИЧ-инфекция и табак.

Как сообщается в ежегодном Докладе о состоянии здравоохранения в мире, выпущенном ВОЗ в 2003 году¹⁷, употребление сигарет и других табачных изделий, а также воздействие табачного дыма вызвало в 2003 году приблизительно пять миллионов случаев смерти (четыре миллиона среди мужчин и один миллион среди женщин). Число жертв через 20 лет удвоится, если нынешние тенденции курения сохраняются.

Неспособность переломить нынешние тенденции будет означать, что около 500 миллионов из ныне живущих людей – приблизительно 9% населения мира – будут, в конце концов, убиты табаком.

В течение двадцатого века табак убил около 100 миллионов человек, то есть больше, чем погибло во второй мировой войне. Некоторые эксперты предсказывают, что если ничего не предпринимать, табачные изделия вызовут до одного миллиарда смертей до конца XXI столетия

В настоящее время табачная пандемия наиболее остра в Центральной и Восточной Европе, а также в Западном Тихоокеанском Регионе. Согласно оценкам ВОЗ^{18, 19}, в 1995 году в Центральной и Восточной Европе произошло 700 000 обусловленных табаком смертей, приблизительно четвертая часть таких смертей в мире. Более того, в отличие от стран Западной Европы и Северной Америки, где лишь половина или менее таких смертей происходят с людьми моложе 70 лет, в Центральной и Восточной Европе от двух третей до четырех пятых таких смертей происходит с людьми среднего возраста. Показатель потребления табака на одного взрослого в этих странах является довольно высоким, а в некоторых случаях превышает среднемировой уровень почти вдвое.

Как сообщается в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, выпущенном ВОЗ в 2002 году²⁰, табак вызывает 8,8% всех смертей в мире (13,3% среди мужчин и 3,8% среди женщин). Во всемирном масштабе на табак приходится 12% смертей от сосудистых заболеваний, 66% смертей от рака легких, трахеи и бронхов, а также 38% смертей от хронических респираторных заболеваний.

По данным того же Доклада, табак также вызывает 4,1% глобального бремени болезней, согласно измерениям по такому показателю как DALY (disability adjusted life years – годы нетрудоспособности, пересчитанные на годы утраченной жизни), который принимает во внимание как заболеваемость, так и смертность. Более того, число смертей от табака продолжает расти. К 2020 году при сохранении нынешних тенденций табак будет вызывать 12% смертей в мире. В странах Центральной и Восточной Европы табак вызывает 14% DALY. Табак также является возрастающей причиной DALY. Через примерно 10 лет ожидается, что обусловленные ВИЧ-инфекцией DALY начнут снижаться, но общее количество утраченных из-за табака лет полноценной жизни будет продолжать расти. Вся эта информация заставила Всемирную организацию здравоохранения прийти к выводу:

Употребление сигарет и других табачных изделий, а также воздействие табачного дыма являются ведущей причиной смерти в мире, поддающейся предупреждению

7.4 Курение и качество жизни

Курильщики иногда говорят, что устали от призывов бросать курить, и что многие из них предпочитают умереть, но не стать инвалидом. Трудно судить о том, что делает жизнь стоящей. Многие заболевания, возникающие вследствие курения, такие как болезни сердца, инсульты, рак, ухудшают состояние человека.

Их последствия таковы, что ухудшающееся качество жизни воспринимается как менее желательное, чем ее сокращение.

Американские исследователи¹ решили сфокусироваться на том, как курение влияет на американцев среднего и старшего возраста, определяя качество их жизни как степень их способности к физическому, эмоциональному и социальному функционированию. Те, кто считает свое здоровье отличным, получали балл 0,95, а те, кто умирает – 0. Пользуясь грубой оценкой, исследователи подсчитывали годы и месяцы здоровой жизни. Если человек прожил 10 лет с оценкой 0,8, то это приравнивалось к 8 годам здоровой жизни. Если оценка составляла 0,3, то прожитые 10 лет считались 3 годами здоровой жизни. Оценив количество лет жизни и количество лет здоровой жизни, теряемое курильщиками старше 50 лет, исследователи экстраполировали эти результаты на масштабы страны и подсчитали, что ежегодно из-за болезней и инвалидности американские курящие мужчины 50–84 лет теряют 3,1 миллиона лет здоровой жизни, а курящие женщины того же возраста – 1,6 млн. лет. Речь идет не о смертях. Но это означает, что 4,7 млн. лет здоровья утрачены.

Курение не только сокращает жизнь, но также ухудшает качество жизни, которое может быть более важным для курильщика, чем удлинение ее продолжительности

7.5 Динамика связанных с курением заболеваемости и смертности

Массовое прекращение курения в США, Великобритании и других странах привело к существенному снижению смертности от рака легких и других связанных с курением заболеваний в этих странах. К сожалению, это может быть лишь весьма отдаленной перспективой для стран бывшего СССР, которые оказались в этом смысле в роли национальных меньшинств. Вначале нам предстоит пережить рост заболеваемости и смертности среди мужчин, затем среди женщин, лишь после этого, если в наших странах будут предприняты адекватные усилия по контролю над табаком, можно ожидать сначала снижения заболеваемости и смертности среди мужчин, затем среди женщин.

На основе опыта, полученного в XX столетии в отдельных развитых странах, была построена модель последовательно развивающихся эпидемий курения и связанных с курением заболеваний у мужчин и у женщин²³.

Распространенность курения среди мужчин возрастает в течение первых пятидесяти лет, достигая максимума примерно на уровне 60%. После этого пика распространенность курения снижается, переходя в плато на уровне 40%. Как 60%, так и 40% – это некие усредненные величины. Напомним, что в годы начала исследования британских врачей в Великобритании распространенность курения среди мужчин составляла 80%.

В большинстве стран среди женщин эпидемия начинается позднее, чем среди мужчин²³. Распространенность курения среди женщин повторяет динамику распространенности курения среди мужчин, достигая максимума на уровне 40% на 20 лет позднее. В зависимости от соотношения преобладающих поло-ролевых моделей максимум распространенности курения среди женщин может составлять 40% в западных странах или 20% в восточных.

Прежде чем будет достигнуто снижение смертности, необходимо добиться снижения распространенности курения

Рост связанной с табаком смертности через три или четыре десятилетия почти точно отражает рост распространенности курения, и это является проявлением того факта, что многие люди курят в течение десятилетий, прежде чем у них возникает связанное с курением заболевание, приводящее к смерти. Этот же стереотип повторяется как для мужчин, так и для женщин.

Из-за временного лага, то есть времени, проходящего между воздействием курения и возникновением последствий, распространенность вызванных курением заболеваний возрастает в то же время, когда распространенность курения снижается.

Нынешняя ситуация в мире такова, что отдельные страны мира добились стабилизации и снижения вызванной курением заболеваемости и смертности сначала среди мужчин, а теперь и среди женщин. Соответственно в самых передовых странах снижение табачной смертности среди мужчин наметилось два-три десятилетия назад, а снижение смертности среди женщин только теперь намечается в тех странах, где наиболее выражены действия по контролю над табаком.

В странах, которые стоят в начале пути принятия эффективных мер контроля над табаком, все эти проблемы и достижения пока впереди.

Снижение распространенности курения сопровождается изменением характеристик курильщиков

При этом даже в развитых странах перспективы развития табачной эпидемии не столь оптимистичны, как хотелось бы. Опыт многих стран показывает, что успешные меры контроля над табаком приводят к снижению распространенности курения и к изменению характеристик популяции курильщиков. Более благополучные и менее зависимые курильщики с большей вероятностью отказываются от курения, и среди курильщиков накапливаются люди, которые менее образованы, менее успешны и обладают худшим исходным уровнем здоровья. Известны исследования²⁴, которые сравнивают курильщиков с разной степенью никотиновой зависимости и констатируют, что лица с выраженной никотиновой зависимостью – это совершенно особая группа, которая отличается наличием признаков ряда психических расстройств и низким качеством здоровья. Другие исследования²⁵, оценивающие связь никотиновой зависимости и психического здоровья, указывают на огромную

распространенность курения среди психиатрических пациентов. Таким образом, менее благополучные, с точки зрения здоровья и социального статуса, индивиды с большей легкостью становятся жертвами табачной зависимости и всех связанных с курением последствий для здоровья.

В большинстве стран бывшего Советского Союза мы имеем иную, менее продвинутую стадию табачной эпидемии. В исследованиях, проводимых в этой части мира, связь курения с уровнем образования может не выявляться или быть противоположной той, которая известна в развитых странах. У нас нередко курят те, кто мог бы бросить при минимальных усилиях или небольшой помощи.

Результаты международных исследований привлекают внимание к тому, что популяция курильщиков является весьма неоднородной. В ней стоит выделить, по меньшей мере, две принципиальных группы.

Первая группа у нас велика и почти отсутствует в развитых странах. Она состоит из курильщиков «за компанию», не имеющих выраженной зависимости, но могущих заболеть и умереть из-за курения с той же вероятностью, как и те, кто имеет зависимость. Этим курильщикам нужна информация о вреде курения и том, как бросать курить. Именно им помогает настойчивый и авторитетный совет врача отказаться от курения.

Вторая группа курильщиков – люди с разнообразными проблемами здоровья, в том числе психического характера. Нередко в системе здравоохранения для них ключевой фигурой должен быть психиатр. Известны примеры, когда именно эффективное лечение психического заболевания позволяет справиться с табачной зависимостью или хотя бы контролировать ее. Отличительной особенностью данной группы может быть позднее начало ежедневного курения. В некоторых исследованиях²⁶ было обнаружено, что начать курить после 20 лет и стать ежедневным курильщиком может только человек с психическим заболеванием. Ряд психических расстройств предрасполагает страдающих ими людей к началу курения, эффективное лечение, достижение стойкой ремиссии снижает риск начала курения, но, к сожалению, не служит фактором прекращения курения.

Все это свидетельствует о том, что

Потребление табака отнюдь не является
«просто дурной привычкой»,
а требует серьезного отношения к нему
со стороны системы здравоохранения

Литература к главе 7

¹ Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362:847–852.

² Gordis L. Epidemiology. 2nd edn 2000. Philadelphia: WB Saunders Co.

³ US Department of Health, Education and Welfare. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington DC: US Government Printing Office; 1964.

⁴ World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998.

⁵ Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. *British Medical Journal* 1954; 1:1451-1455.

⁶ Doll R & Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years' observations of male. British doctors. *British Medical Journal* 1976; 2:1525-1536.

⁷ Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal* 2004;328: 1519-28.

⁸ Doll R, Peto R, Wheatley K, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *BMJ*, 1994; 309:901-911.

⁹ Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *British Medical Journal*, 1994; 309: 901-911.

¹⁰ Burns DM, Shanks TG, Choi W, et al. The American Cancer Society Cancer Prevention Study I: 12 year follow-up of 1 million men and women. In Monograph 8. Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. 1996, Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.

¹¹ US Department of Health and Human Services, Public Health Service, and National Cancer Institute (NCI). Monograph 8. Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control. Report of the NCI Expert Committee 1997. Bethesda, MD, National Institutes of Health.

¹² Thun MJ, Day-Lally C, Myers DG, et al., Trends in tobacco smoking and mortality from cigarette use in cancer prevention studies I (1959 through 1965) and II (1982 through 1988). In Monograph 8. Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control, 1996. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.

¹³ US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 1990.

¹⁴ Всемирная организация здравоохранения. Усиление контроля над табаком в Центральной и Восточной Европе. Труды учебного семинара. Варшава, 1995.

¹⁵ Peto R, Lopez A., Boreham J. et al. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000, Oxford, ICRF & WHO. OUP, 1994. Updated 1997.

¹⁶ Peto R. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, 2nd ed. Oxford, Oxford University Clinical Trial Service Unit (<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>)

¹⁷ World Health Organization. The World Health Report 2002. Shaping the Future. 2003. Geneva. 210 pages.

¹⁸ Lopez AD. Mortality from tobacco in the new independent states. In: Bobadilla JL, Castello CA, Mitchell F, eds. Premature death in the new independent states. Washington, DC: National Academy Press, 1997.

¹⁹ World Health Organization. Tobacco or Health: A global status report. Geneva: World Health Organization, 1997.

²⁰ World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks to Health, Promoting Healthy Life. 2002. Geneva. 268 pages.

²¹ Ostbye T, Taylor DH. The effect of smoking on years of healthy life (YHL) lost among middle-aged and older Americans. *Health Serv Res*. 2004; 39(3):531-52.

²² Lopez AD, Collislaw NE & Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3:242-247.

²³ Chollat-Traquet C. Women and Tobacco. Geneva: World Health Organization. 1992.

²⁴ Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, Quality of Life, and Mental Disorders Associated With Smoking and Nicotine Dependence. *American Journal of Psychiatry*. 160:1670-1676, September 2003.

²⁵ McNeill A. Smoking and mental health - a review of the literature. 2001, SmokeFree London Programme

²⁶ De Leon J, Diaz FJ, Rogers T, Browne D, Dinsmore L. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res* 2002 Jul 1;56(1-2):47-54