

Содержание главы

13.1 Курение и ротовая полость	135
13.1.1 Периодонтит	135
13.1.2 Кариес	135
13.2 Курение и желудок	135
13.3 Курение и язвенная болезнь	136
13.4 Рак желудка	136
13.5 Воспалительные заболевания кишечника	136
13.5.1 Язвенный колит	136
13.5.2 Болезнь Крона	136
Литература к главе 13	137

Действие компонентов табачного дыма на органы пищеварения многообразно. Эпидемиологическими исследованиями показана связь между курением и рядом заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая язвенную болезнь, рак разных отделов.¹

13.1 Курение и ротовая полость

Курение является причиной пожелтения зубов и неприятного запаха изо рта.

Проведенное в Японии исследование² показало, что у тех, кто продолжает курить, по сравнению с некурящими, повышен риск периодонтита (ОР=2,3), потери зубов (ОР=1,6) и кариеса (ОР=1,5), хотя у них снижен риск кровотечения десен (ОР=0,7).

Пожилые курящие люди с большей вероятностью теряют все естественные зубы, чем некурящие³. При этом у бывших курильщиков риск потери зубов существенно снижается, хотя все равно превышает таковой у некурящих⁴.

(О злокачественных новообразованиях ротовой полости см. в главе 9).

13.1.1 Периодонтит

Согласно докладу Главного Врача США о курении 2004 года, периодонтит стал еще одним заболеванием, связь которого с курением является доказанной.

Курение является причиной более 50% заболеваний десен. Обнаружилось, что те, кто продолжает курить, в три-четыре раза чаще, по сравнению с некурящими, имеют прогрессирующее заболевание десен. Связь между курением и периодонтитом становится более выраженной, если учитываются только наиболее выраженные формы заболевания. Эффективность лечения периодонтита у курильщиков вдвое ниже, чем у некурящих.⁵

Как показали результаты проведенного новозеландскими учеными исследования, у курящих подростков болезни десен развиваются в 3 раза чаще, чем у тех, кто не

курит. Причем заболевания десен поражают курильщиков в гораздо более раннем возрасте, чем считалось прежде, - уже к 25 годам. Такие выводы были сделаны на основе обследования 900 мужчин и женщин в возрасте 26 лет.⁶

Воздействие курения сигар и трубки аналогично действию курения сигарет.⁷

Риск развития болезней периодонта снижается после прекращения курения. Через 11 лет после прекращения курения бывшие курильщики подвержены таким заболеваниям не больше, чем некурящие.

13.1.2 Кариес

Существуют данные, которые заставляют предполагать связь между курением и некоторыми локализациями кариеса. Обследование 1160 водителей автобуса в Джакарте показало преобладание кариеса на щечных поверхностях верхних и нижних зубов. Кроме того, выраженность кариеса коррелировала с длительностью и интенсивностью курения. Среди тех, кто курил менее 10 лет, кариесом страдали 27%, 11-15 лет - 79,6%, более 15 лет - 89,3%. Риск кариеса у тех, кто курил более 13 сигарет в день, был втрое выше, чем у тех, кто курил 0-6 сигарет.⁸

У курящих шведов 35-летнего возраста было значительно больше испорченных либо запломбированных зубов, чем у некурящих⁹. Данные проведенного в Финляндии исследования¹⁰ показывают, что даже с учетом сопутствующих факторов, у тех молодых людей, кто выкурил более 16 пачко-лет, риск потери зубов повышался более чем в 5 раз.

(О влиянии пассивного курения на развитие кариеса у детей см. главу 25).

13.2 Курение и желудок

Образующиеся при сгорании табака никотин, анилин и различные кислоты раздражают слюнные железы, что приводит к выделению слюны. Слюна проглатывается вместе с вредными веществами.

Курение изменяет как секрецию желудочного сока, так и моторику желудка.¹¹ Попадая в желудок, табачная смесь начинает активно атаковать его стенки, что приводит к выделению соляной кислоты. В результате желудок начинает переваривать сам себя. Хроническое отравление табачными ядами отражается на вегетативной нервной системе. Она теряет способность эффективно управлять деятельностью желудочно-кишечного тракта. В результате нарушается его двигательная активность, возникают спазмы. Несколько сигарет натошак могут вызвать даже кишечную непроходимость.

Существует миф, что курение снижает чувство голода. Это обусловлено тем, что никотин, всасываясь в кровь, действует на нервные окончания, расположенные на стенках желудка и кишечника, и те блокируют передачу импульсов, сигнализирующих о голоде.

13.3 Курение и язвенная болезнь

Пептическая язва – это нарушение целостности слизистой желудка или 12-перстной кишки. Признаками такого состояния обычно являются боли в брюшной полости, иногда кровотечение.

Курение повышает риск язвенной болезни

В 1979 году была высказана идея, что между курением сигарет и язвенной болезнью существуют причинно-следственные взаимоотношения¹². В этих взаимоотношениях, вероятно, могут участвовать несколько механизмов. У курильщиков повышена секреция кислоты в желудке, понижена секреция щелочи в поджелудочной железе, понижен уровень pH в районе луковицы 12-перстной кишки и понижен синтез простагландинов слизистой желудка. Никотин уменьшает давление сфинктера привратника и делает возможным рефлюкс, то есть обратный ток содержимого 12-перстной кишки в желудок, который повышает риск возникновения язв в желудке. Никотин также способствует повышенному образованию пепсиногена и подавляет синтез фактора эпидермального роста, который необходим для обновления клеток эпителия желудочной стенки. Наконец, курение способствует апоптозу, то есть программируемой смерти клеток слизистой желудочно-кишечного тракта и нарушает процесс образования сосудов в слизистой желудка, что блокирует процесс обновления клеток.¹³

Курение и никотин не только вызывают изъязвление, но они также потенцируют язвообразование, вызываемое такими факторами, как бактерии *Helicobacter pylori*, алкоголь, нестероидные противовоспалительные средства и т.д.

Присутствие *Helicobacter pylori*, роль которого в развитии язвенной болезни является общепризнанным фактом, более выражено у курильщиков при меньшем уровне кислотности их желудочного содержимого.¹⁴

Курение ухудшает прогноз при язвенной болезни

Курение является фактором, снижающим эффективность лечения, направленного на *Helicobacter pylori*.¹⁵

Курение также влияет и на течение язвенной болезни. У курильщиков язвы двенадцатиперстной кишки заживают дольше, чем у некурящих, а рецидивы оказываются более частыми как при язвенной болезни желудка, так и двенадцатиперстной кишки. Эти закономерности выявлены как для мужчин, так и для женщин.¹⁶

Курение повышает риск осложнений язвенной болезни

В исследовании, проведенном в Дании,¹⁷ были подсчитаны относительные риски развития кровотечения или перфорации язвы, с учетом данных возраста, пола, потребления алкоголя, курения, физической активности и уровня образования в группе из 26518 человек (где мужчины составили 54%). В течение периода наблюдения 13,4 лет, зарегистрировано 214 кровоточащих язв и 107 перфораций язв. Курильщики имели более высокий

относительный риск госпитализации по поводу перфорированной язвы по сравнению с некурящими, даже после того, как был учтен фактор потребления алкоголя. Риск увеличивался с годами курения и количеством выкуриваемых сигарет. Те, кто курил больше чем 15 сигарет (или 15г табака) в день, имели относительный риск перфорации язвы в 3,5 раза выше, чем некурящие.

Прекращение курения снижает риск возникновения и улучшает заживление язв желудка и двенадцатиперстной кишки

В докладе Главного врача США 1990 года было сделано заключение, что через шесть месяцев после прекращения курения снижается вероятность возникновения язв 12-перстной кишки, улучшаются процессы краткосрочного заживления и уменьшается склонность к обострениям.

13.4 Рак желудка

Согласно докладу Главного Врача США о курении 2004 года, доказана причинно-следственная взаимосвязь курения с раком желудка. (Подробнее о нем и о раке пищевода в главе 9).

13.5 Воспалительные заболевания кишечника

В понятие воспалительных заболеваний кишечника обычно включаются язвенный колит и болезнь Крона. Это болезни северных стран, и они более распространены среди городского населения. Однако за последние десятилетия заболеваемость ими возросла в Японии и в Южной Европе — параллельно повышению жизненного уровня.

Несмотря на схожесть симптомов этих заболеваний, курение оказывает на каждое из них противоположное воздействие.

13.5.1 Язвенный колит

Язвенный колит – это хроническое воспалительное заболевание толстой и прямой кишки с поражением слизистой оболочки и подслизистого слоя кишки и образованием язв. Язвенный колит развивается от такого действия факторов среды, при котором теряется толерантность к нормальной кишечной флоре, если у организма-хозяина имеется соответствующая генетическая предрасположенность.

Проведенные в США исследования показали, что, по сравнению с никогда не курившими людьми, у тех, кто продолжает курить, риск язвенного колита составляет 0,6, при этом у бывших курильщиков он возрастает до 2,0¹⁸. При этом у нынешних курильщиков стаж курения не влияет на величину риска. (Более подробно о возможных причинах такого парадоксального воздействия курения на развитие и течение язвенного колита см. Главу 22).

13.5.2 Болезнь Крона

Болезнь Крона представляет собой хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кишечника

аутоиммунного характера. Чаще всего поражается подвздошная кишка – конечный отдел тонкого кишечника – или толстый кишечник. В стенке кишечника появляются точечные очаги воспаления, которые впоследствии могут изъязвляться. Стенка кишечника в результате таких процессов может утолщаться, а просвет суживаться, в связи с этим может потребоваться хирургическое лечение. Воспаления в области подвздошной кишки могут имитировать приступы аппендицита. Воспаления в области прямой кишки могут сопровождаться образованием свищей вокруг ануса. В этиологии болезни Крона главное место отдается генетическим факторам. Исследования также указывают на роль курения и применения оральных контрацептивов.

Курение является фактором риска болезни Крона

Более высокая распространенность курения в группах пациентов, страдающих болезнью Крона, независимо от того, имеются ли у них признаки семейного воспалительного заболевания кишечника, дает основание предполагать, что курение является тем средовым фактором, который способствует проявлению имеющейся генетической предрасположенности.¹⁹

Курение негативно влияет на течение болезни Крона

Рецидивирование болезни Крона менее выражено у некурящих.²⁰ Риск развития обострений у курящих в 1,35 раза выше у тех, кто продолжает курить, по сравнению с бывшими курильщиками.²¹ Курение также является прогностическим фактором рецидивирования болезни после хирургического лечения болезни Крона.^{22,23}

Влияние курения на развитие и течение болезни Крона более выражено у женщин

При всех уровнях интенсивности курения избыточный риск возникновения заболевания и его обострений, который характерен для курящих, у женщин выше, чем у мужчин.¹⁶

Прекращение курения делает течение болезни Крона таким же, как у некурящих

В исследовании, проведенном во Франции,²⁴ группе из 474 курильщиков с болезнью Крона была предложена программа помощи в прекращении курения. Течение заболевания у 59 человек, отказавшихся от курения, отслеживалось в сравнении с двумя контрольными группами – некурящими и продолжающими курить. Риск обострения у бросивших курить не отличался от некурящих и был значительно ниже, чем у курильщиков. Потребность в применении стероидных гормонов и препаратов, подавляющих иммунный ответ, у некурящих и бросивших курить была меньше, чем у курильщиков.

Литература к главе 13

¹ Wu WK, Cho CH. The pharmacological actions of nicotine on the gastrointestinal tract. *J Pharmacol Sci*. 2004 Apr;94(4):348-58.

² Ide R, Mizoue T, Ueno K, Fujino Y, Yoshimura T. [Relationship between cigarette smoking and oral health status] *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2002 Jan;44(1):6-11. Japanese.

³ Locker D. Smoking and oral health in older adults. *Canadian Journal of Public Health*. 1992 Nov-Dec;83(6):429-32.

⁴ Krall EA, Dawson-Hughes B, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking, smoking cessation, and tooth loss. *Journal of Dental Research*. 1997 Oct;76(10):1653-9.

⁵ Johnson GK, Hill M. Cigarette smoking and the periodontal patient. *Journal of Periodontology*. 2004 Feb;75(2):196-209. Review.

⁶ Thomson WM, Hashim R, Pack AR. The prevalence and intraoral distribution of periodontal attachment loss in a birth cohort of 26-year-olds. *Journal of Periodontology*. 2000 Dec;71(12):1840-5.

⁷ Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR, Winn DM. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. *Journal of Periodontology*. 2000 Dec;71(12):1874-81.

⁸ Soetiarso F. The relationship between habitual clove cigarette smoking and a specific pattern of dental decay in male bus drivers in Jakarta, Indonesia. *Caries Res*. 1999 May-Jun;33(3):248-50.

⁹ Axelsson P, Paulander J, Lindhe J. Relationship between smoking and dental status in 35-, 50-, 65-, and 75-year-old individuals. *Journal of Clinical Periodontology*. 1998 Apr;25(4):297-305.

¹⁰ Ylostalo P, Sakki T, Laitinen J, Jarvelin MR, Knuuttila M. The relation of tobacco smoking to tooth loss among young adults. *Eur J Oral Sci*. 2004 Apr;112(2):121-6.

¹¹ Прохоров В. А. Влияние курения на секреторную и моторную функции желудка // Труды Смоленского мед. ин-та. Смоленск, 1958. С. 251-266.

¹² US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: US Government Printing Office; 1989.

¹³ Maity P, Biswas K, Roy S, Banerjee RK, Bandyopadhyay U. Smoking and the pathogenesis of gastroduodenal ulcer—recent mechanistic update. *Mol Cell Biochem*. 2003 Nov;253(1-2):329-38.

¹⁴ Avramenko AA. [Effect of smoking on gastric mucosa acidity and contamination with *Helicobacter pylori* in patients with duodenal ulcer] *Lik Sprava*. 2003 Oct-Nov;(7):61-3. Russian.

¹⁵ Namiot Z, Namiot DB, Kemona A, Golebiewska M, Bucki R. [The effect of cigarette smoking and alcohol consumption on efficacy of *Helicobacter pylori* eradication] *Pol Arch Med Wewn*. 2000 Sep;104(3):569-74. Polish.

¹⁶ Ashley MJ. Smoking and diseases of the gastrointestinal system: an epidemiological review with special reference to sex differences. *Canadian Journal of Gastroenterology*. 1997 May-Jun;11(4):345-52. Review.

¹⁷ Andersen IB, Jorgensen T, Bonnevie O, et al. Smoking and alcohol intake as risk factors for bleeding and perforated peptic ulcers: a population-based cohort study. *Epidemiology* 2000; 11:434-439.

¹⁸ Boyko EJ, Koepsell TD, Perera DR, Inui TS. Risk of ulcerative colitis among former and current cigarette smokers. *New England Journal of Medicine*. 1987 Mar 19;316(12):707-10.

¹⁹ Brignola C, Belloli C, Ardizzone S, et al. The relationship between heritability and smoking habits in Crohn's disease. Italian Cooperative Study Group. *American Journal of Gastroenterology*. 2000 Nov;95(11):3171-5.

²⁰ Sercombe J. Inflammatory bowel disease and smoking. *Prof Nurse*. 2000 Apr;15(7):439-42. Review.

²¹ Cosnes J, Carbonnel F, Carrat F, Beaugerie L, Cattin S, Gendre J. Effects of current and former cigarette smoking on the clinical course of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999 Nov;13(11):1403-11.

²² Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR. Smoking is a predictive factor for outcome after colectomy and ileorectal anastomosis in patients with Crohn's colitis. *British Journal of Surgery*. 1999 Aug;86(8):1069-70.

²³ Yamamoto T, Keighley MR. The association of cigarette smoking with a high risk of recurrence after ileocolonic resection for ileocecal Crohn's disease. *Surgery Today*. 1999;29(6):579-80.

²⁴ Cosnes J, Beaugerie L, Carbonnel F, Gendre JP. Smoking cessation and the course of Crohn's disease: an intervention study. *Gastroenterology*. 2001 Apr;120(5):1093-9.