Насколько серьезно проблема табакокурения в Аджарском регионе?

Нериман Цинцадзе, Мурад Цинцадзе, Давид Махарадзе,
Торнике Беридзе, Хатиа Долидзе

How Serious is the Problem of Tobacco Smoking in Adjara Region? *Tobacco smoking is the cause of many serious diseases, leading to death. According to the WHO there are about 1.26 billion smokers. Smoking is the cause of> 25 diseases. In the age group 45-74 years of men, 20% of all cardiovascular disease and 22% of deaths from heart disease are due to smoking. Smoking is the most common and important risk factor for COPD.*

Smokers inhale a mixture of more than 4,000 different toxic substances – nicotine, harmful to the body organic compounds, heavy metals, free radicals, carbon monoxide.

We studied 168 high school students and 327 adult population of Adjara region. The total number of smokers is 57% of adolescents (48% boys and 17% girls); 49.5% of the adult population is smokers (77.2% male and 49.5 female). It was found that the index of smoking increases with age. The frequency and intensity of smoking depends somewhat on the level of education and does not depend on the place of residence (rural, urban). In a Smokers group > 60 years, 81% were diagnosed with COPD.

Key words*: nicotine, toxicity, COPD, index of smoking.*

ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестно, что курение табака является причиной многих тяжелых заболевании, приводящих к смерти. Миллионы людей в мире поглощают токсичные вещества, содержащиеся в табачном дыме, и это приводит ежегодно к 4 млн. смертей в мире [1,6,10,12,15]. Согласно данным ВОЗ, в мире около 1,26 млрд. курящих людей. Частота табакокурения у женщин в течение многих лет была низкой, и значительно возросла только в последние 15-20 лет, и в разных странах варьирует от 15 до 57%. Также регистрируется очень раннее начало курения среди мальчиков с 6-10 лет, среди девочек с 10 лет [1,6]. По данным всемирного эпидемиологического исследования по табаку, в возрасте 13-15лет (2003 г.) пробовали курить сигареты 71,4% мальчиков, а постоянно употребляют какие-либо табачные изделия 40,6% из них, среди девочек эти показатели составили 61,7% и 29,8% соответственно [1,5,16].

Статистические данные свидетельствуют об огромном ущербе, который наносит курение здоровью, являясь причиной развития > 25 заболеваний. У мужчин в возрастной группе 45-74 лет 20% всей сердечнососудистой патологии и 22% смертей от сердечнососудистых заболеваний обусловлены табакокурением. Распространенность хронического бронхита среди курящих в 2,5-4 раза выше, чем среди некурящих [3,11,13]. Сегодня курение является самым распространенным и значительным фактором риска хронической обструктивной болезни легких (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease).

Обычно проходит значительный период времени (10-15 лет), прежде чем клинические проявления COPD позволяют больному человеку осознать пагубное влияние табака.

Исследования, приводимые в последние годы, особенно активно позволяют установить, что при индексе курения (ИК) (число сигарет, выкуриваемых за день, умноженное на число месяцев в году, в течение которых больной курит) более 120, обязательно появятся симптомы COPD. Существует другая формула расчета ИК (пачка – лет): число сигарет, выкуриваемых за день, умножают на стаж курения в годах и делят на 20. При этом ИК > 10 является достоверным фактором риска развития COPD. Более 80% больных с COPD – курящие [7,8]. Доказано, что до 12 лет легкие очень восприимчивы к этому воздействию, даже пассивное курение в этот период нарушает нормальное развитие и рост легких [2,5,6]. К большому сожалению, дети очень рано начинают курить, а врачи мало занимаются борьбой с

табакокурением. При сборе анамнеза, помимо активного курения, следует обратить внимание к выявлению эпизодов пассивного курения, причем это касается пациентов всех возрастных групп. Курение женщины во время беременности может привести к синдрому повреждения плода [4].

COPD – значимая медицинская и социальная проблема. Установлено, что распространенность COPD в мире среди мужчин и женщин всех возрастов составляет соответственно 9,3 и 7,3 на 1000 человек [11]. При сопоставлении данных 1990 и 1999 г. установлено, что болезненность COPD среди женщин за это время увеличилась на 69%, у мужчин – на 25%. По результатом ряда исследований, женщины более восприимчивы к влиянию табачного дыма, чем мужчины [4,11]. COPD единственная из наиболее распространенных болезней, при которой смертность продолжает увеличиваться. В структуре смертности лиц старше 45 лет смертность от COPD занимает 4-5-е место, т.е. входит в число основных причин смерти [5,10,16].

Курильщик вдыхает смесь из более 4000 разнообразных токсичных веществ, среди которых никотин – далеко не самое опасное. Сигаретный дым содержит различные вредные для организма органические соединения, тяжелые метали, свободные радикалы а также ряд газообразных веществ, главным из которых является оксид углерода [14].

После открытия теории цепных реакции горения и взрыва за рубежом были выполнены многочисленные исследования свободнорадикальных продуктов, содержащихся в табачном дыме. Было показано, что при горении табака, как и любого другого материала, происходит цепная химическая реакция с участием активных форм кислорода, которым отводят настоящее время главную роль в развитии COPD [9,17].

Прекращение курения – первый обязательный шаг в лечении COPD. Известно, что сигареты курят из-за никотина – вещество, которое в небольших дозах оказывает стимулирующее действие, увеличивает ощущение удовольствия, снимает тревожные состояния, поднимает настроение, обостряет внимание, повышает способность выполнять повторяющийся операции, снижает аппетит, ускоряет метаболические процессы, уменьшает массу тела. Эти эффекты развивается в результате высвобождения под действием никотина дофамина, норадреналина, ацетилхолина, 5-гидрокситриптамина, γ-аминомаслянной кислоты, β-ендорфина. Важной особенностью никотина является очень быстрое развитие зависимости и толерантности к его воздействию. Через достаточно короткий промежуток времени курящий, чтобы получить прежний эффект от курения, увеличивает число выкуриваемых сигарет, т.е. повышает дозу никотина. При этом возрастает общее количество токсичных веществ, поступающих в организм из сигаретного дыма. Кроме того большие дозы никотина могут вызвать коллапс, блокаду нейромышечной передачи, дыхательный паралич [7,9].

Снижение интенсивности курения резко уменьшает распространенность вызываемых им заболеваний. Отказ от курения до 50 лет сокращает через 15 лет риск преждевременной смерти от связанных с ним болезней в 2 ваза. Риск развития рака легкого снижается через 10 лет после отказа от курения на 30-50%, а рака ротовой полости и пищевода через 5 лет в 2 раза [2,7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование табакокурения среди 168 школьников старших классов (14-18 лет) – девочки – 77, мальчики – 91, и 327 взрослых – 174 мужчин, 153 женщин (19-77 лет – средний возраст 40 лет). Для эпидемиологического исследования было использовано нами составленная анкета с указанием пола, возраста, места проживания (город, село), образования, количество выкуриваемых

сигарет, продолжительность курения, начало курения (возраст), наличие курящих в семье, сопутствующие заболевания.

Интенсивность табакокурения определяли индексом курения (ИК) - число сигарет, выкуриваемых за день, умножают на стаж курения в годах и делят на 20. При этом ИК > 10 является достоверным фактором риска развития COPD.

ОБСУЖДЕНИЕ

По-результатом проведённого анкетирования среди подростков общее количество курильщиков составляет 57%, среди них 48% мальчиков и 17% девочек, особенно увеличивается количество курильщиков к моменту окончания школы – к 17-18 годам. На формировании этой привычки большое внимание оказывает семья, 2 раза больше этот показатель у подростков, в семье которых курят родители и 3 раза больше, когда курят старшие братья. Среди взрослого населения Аджарии курящими оказались 49,5% от всех опрошенных, мужчин – 77,2% и женщин -18%. Отмечается увеличение числа курящих мужчин в возрастной группе 19-39 лет. В группе старше 50 лет уменьшается число курящих мужчин, особенно после 60 лет. Максимальная активность курения у женщин отмечается в возрастной группе 19-39 лет, а после 40 лет количество курящих женщин резко уменьшается. Возраст начало курения колебался от 8 лет до 40 у мужчин, а от 10 до 30 лет у женщин.

Интенсивность табакокурения определяли индексом курения. У мужчин ИК с возрастом растет – 74 - 20-29 лет, 175 – старше 50 лет. У женщин особенно выражен в 30-39 лет. ИК у женщин в возрасте 20-29 составляет 56, а в возрасте 30-39 лет – 134.

Возраст	Общее количество	Мужчины		Женщины		Общее количество курящих
		Общее количество	курящие	Общее количество	курящие	
14-18	**168**	**91**	**44 – 48%**	**77**	**13 – 17%**	**57 – 26%**
19-29	64	38	34 – 89,5%	26	7 – 27%	41 – 64%
30-39	72	37	30 – 81%	35	12 – 34,3%	42 – 58,3%
40-49	59	30	25 – 83,3%	29	5 – 17,2%	30 – 51%
50-59	65	31	24 – 77,4%	34	4 – 11,8%	28 – 43%
> 60	67	38	21 – 55%	29	0 – 0%	21 – 31,3%
Общее число	**327**	**174**	**134 – 77%**	**153**	**28 – 18%**	**162 – 49,5%**

Частота и интенсивность курения несколько зависит от уровня образования. У мужчин с высшим образованием частота табакокурения оказалась ниже, чем у людей со средним образованием, а у женщин наоборот. Что касается зависимости количество курящих от место проживания (село, город), особую тенденцию не обнаружили.

Среди курящих в возрастной группе 50-59 лет у 39% был выявлен COPD, старше 60 лет – 81%. Стаж курения составляет от 25 до 39 лет. Среднее количество выкуриваемых сигарет от 10 до 20 за день. Несмотря на наличие патологии, сформировавшийся из за употребление табака, больные COPD не прекращают курить из за высокой зависимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании наших исследовании можно сделать вывод, что табакокурения является серьёзной проблемой аджарского региона. Очень большая проблема

табакокурение у подростков, которая растет к 18 годом, к моменту окончания школы. Общее количество подростков-курильщиков составляет 26%, а взрослого населения - 49,5%. Среди них - мужчин - 77,2%, женщин - 18%.

Наибольшее значение ИК отмечается в возрасте > 50 лет у мужчин, и у женщин в относительно молодом возрасте (30-39 лет). У женщин максимальная активность курения приходится в возрасте от 19 до 39 лет, в самом активном репродуктивном возрасте. Меньше курят мужчины с высшим образованием, гораздо больше женщины.

Среди курящих старше 50 лет COPD был диагностирован у 39%, а старше 60 лет у 81%, что является очень серьёзной проблемой. Надо отметить, что, несмотря на осознание больными серьёзности вреда курения, они не могут самостоятельно справится никотинозависимостью.

Анализ распространённости курения среди населения свидетельствует о необходимости проведения активных мероприятии никотиновой зависимости путём:

1. Коллективные лекции в школах, в высших учебных заведениях;
2. Пособия для самостоятельного ознакомления вреда курения;
3. Индивидуальные беседы врачей и медицинского персонала;
4. Никотинозаместительная терапия;
5. Психотерапия;
6. Условно-рефлекторная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Ахвердиева М.К. Пути оптимизации антисмокинговой политики в молодёжной среде. Актуальные проблемы профилактики инфекционных заболевании. Материалы Всероссийской научной конференции. Москва, 2009. стр. 2-4.

[2] Новиков К.Ю., Сахарова Г.М., Чучалин А.Г. Респираторный статус у больных хроническим бронхитом во время отказа от курения. Пулмонология. 2002. №4: стр. 78-82.

[3] Хорунов А.Н., Макаров В.Н. К вопросу распространённости хронического бронхита в зависимости от активного курения среди сельского населения Якутии. Материалы 9-го Национального Конгресса по болезням органов дыхания. Москва. 1999. стр. 371.

[4] Цветкова О.М. Курение и хроническая обструктивная болезнь легких. Врач. 2006. стр. 31-33.

[5] Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. Издательский дом ”Атмосфера”. Москва. 2008. стр. 69.

[6] Чучалин А.Г. Болезни курящего человека. Тер. Арх. 1998; стр. 3, 5-13.

[7] Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Практическое применение программ по лечению табачной зависимости. РМЖ. 2002. Т.10, №4. стр. 149-153.

[8] Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. РМЖ. Т.9, №21. стр. 904-921.

[9] A.L. Bluhm, J. Weistein, J.A. Sausa. Free radicals in tobacco smoke. Nature, 1971. Vol. 229. Pg. 500.

[10] Centers for Disease Control and Prevention. Annual Smoking-Attributable Mortality, years of potential life lost and productivity losses-United States, 2000-2004. Morbidity and mortality weekly report 2008, pg. 57, 1226.

[11] Global initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases. Global Strategy for diagnosis management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBY/WHO workshop report. Publication number 2701. April 2001. Updated 2003. GOLD website. Accessed 2 December – 2004.

[12] Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. WHO. 2009. pg. 147.

[13] Institute of Medicine. Second hand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence. Washington. National academy of Sciences. 2009.

[14] R.O. Haustein. Tobacco or health. New York. Springer. 2001. Pg. 446.

[15] A.M. Mokhad, I.S. Marks, D.F. Strouf, G.L. Gerberding. Actual causes of death in the United States. IAMA. Journal of the American Medical Association. 2004, 291(10): 1238-45 (cited 2012 Jan 10).

[16] Prevalence of smoking among medical and non-medical students in Tbilisi, Georgia. A-cross-sectional study. International Journal of Immunorehabilitation. Proceedings and Abstracts of 4th World Asthma and COPD Forum. Paris, 2011. pg. 37.

[17] W.A. Prior, A.K. Stone. Oxidants in cigarette smoke: radicals, hydrogen peroxides, peroxynitrate and peroxynitrite. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1993 Vol. 686. Pg. 12-28.

Контактные данные:

Нериман Цинцадзе – доктор медицинских наук, Государственный университет им. Шота Руставели. Батуми, Грузия. Батумский медицинский центр моряков – 2010, Грузия. Tel.: (+995) 599 17 01 88, e-mail: dr.neriman@mail.ru

Мурад Цинцадзе - Медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика. Киев, Украина. Tel.: (+995) 599 006 426. e-mail: tsintsadze.murat@yahoo.com

Давид Махарадзе - Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумба. Москва, Россия. Tel.: (+7) 9854 20 94 22, e-mail: david999@inbox.ru

Торнике Беридзе – Эрланген-Нюрнбергский университет им. Фридриха Александера. Эрланген, Германия. Tel.: (+49) 176 3570 4743, e-mail: tokageo.1986@gmail.com

Хатиа Долидзе - Тбилисский государственный медицинский университет, Грузия. Tel.: (+995) 599 29 95 19, e-mail: x.dolidze@rumbler.ru

Докладът е рецензиран.