

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-16>

Курительный анамнез лиц, получающих инвалидность

В. Левшин, доктор медицинских наук,

Н. Слепченко

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, Москва

E-mail: lev@ronc.ru

Исследован курительный анамнез 325 взрослых лиц, получавших инвалидность по поводу различной патологии. Установлен дозозависимый характер связи табакокурения с вероятностью развития определенных групп заболеваний.

Ключевые слова: пульмонология, кардиология, онкология, табакокурение, курительный анамнез, инвалидность, хронические неинфекционные заболевания.

Для цитирования: Левшин В., Слепченко Н. Курительный анамнез лиц, получающих инвалидность // Врач. – 2018; 29 (11): 73–76. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-16>

Табакокурение (ТК) – одна из ведущих устранимых причин развития наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний, которые часто приводят к инвалидности и преждевременной смерти [1]. Инвалидность и смертность, ассоциированная с ТК, обусловлена рядом заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также 15 формами злокачественных новообразований (ЗН) [2, 3]. Эту группу заболеваний принято называть табакозависимыми, учитывая существенную роль табачной интоксикации в их патогенезе. В то же время связь ТК с развитием различных заболеваний обусловлена разной тропностью табачных токсинов к органам и тканям и, соответственно, разным повреждающим действием. Поэтому ТК может иметь разное значение для этиологии и патогенеза отдельных заболеваний.

Объективную оценку характера связи ТК с разными видами заболеваний могут дать результаты исследования курительного анамнеза в определенных группах населения, в частности с различными заболеваниями, приводящими к инвалидности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе 2 районных бюро медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) Москвы был проведен опрос 325 лиц, получавших инвалидность в связи с наличием у них различной патологии.

Необходимые для исследования данные собирали путем анонимного персонального интервьюирования исследуемой выборки с применением унифицирован-

ной структурированной анкеты, направленной на выяснение основных демографических характеристик показателей медицинского и курительного анамнеза, включавшего оценку ТК — как активного, так и пассивного (т.е. экспозиции к табачному дыму из окружающей среды некурящих лиц). При выяснении курительного анамнеза у курящих, а также у куривших в прошлом, уточняли продолжительность регулярного ТК (годы) и его интенсивность (среднее число сигарет, выкуриваемых за день). Наличием пассивного ТК считали случаи, когда суммарная продолжительность всех эпизодов экспозиции к табачному дыму составляла за 1 нед ≥ 30 мин.

Для исследования связи ТК с риском развития заболевания, приведшего к инвалидности, все обследованные были разделены на 5 групп в зависимости от основного заболевания, по которому устанавливалась инвалидность:

- больные табакозависимыми ЗН (формы опухолей с показанным в специальных эпидемиологических исследованиях существенным увеличением риска их развития у курящих по сравнению с некурящими);
- больные табаконезависимыми ЗН (другие формы опухолей, связь риска их возникновения с ТК не установлена);
- больные с сердечными и сосудистыми заболеваниями;
- больные с бронхолегочными заболеваниями;
- больные с другими заболеваниями (эндокринные, желудочно-кишечные, иммунологические и др.).

Табакозависимыми, т.е. причинно связанными с ТК, в настоящее время считаются следующие 15 форм ЗН: рак легкого, рак гортани, рак полости рта и глотки, рак носа и носовых пазух, рак пищевода, рак желудка, рак поджелудочной железы, рак печени, рак ободочной и прямой кишки, рак мочевого пузыря, рак мочеиспускательного канала, рак почки, рак шейки матки, рак яичника, миелоидный лейкоз. Связь ТК с риском возникновения других форм ЗН не установлена [3, 4].

Оценку связи ТК с риском развития определенных заболеваний проводили, рассчитывая показатели отношения шансов (ОШ), или вероятности развития того или иного заболевания, при разных характеристиках курительного статуса и анамнеза; для оценки достоверности различий определяли 95% доверительный интервал (ДИ).

Обследование проходили при первичном обращении в МСЭК; проходивших переосвидетельствование инвалидности в исследование не включали. Всего были обследованы 325 лиц, проходивших комиссию в 2 бюро МСЭК Москвы.

В табл. 1 представлены данные о возрастном-половом составе обследованных; большинство (65%) были в возрасте не моложе 50 лет, что соответствует специфике выборки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В табл. 2 приведены данные о курительном статусе обследованных: курящие составили 27,4%, курившие в прошлом и бросившие курить >1 года назад — 26,8%, никогда не курившие — 45,8%. Более объективно оценивать показатели распространения ТК отдельно по половым группам. В исследуемой нами выборке курящих среди мужчин было 41,5%, среди женщин — 16,4% ($p < 0,001$).

При исследовании связи ТК с риском развития тех или иных заболеваний следует оценивать курительный статус не только к моменту обследования, но и в прошлом. При таком подходе распространение ТК в исследуемой выборке составило среди мужчин 74,6%, среди женщин — 38,3% ($p < 0,001$).

В группе никогда не куривших (149 обследованных) изучали пассивное ТК; при этом пассивная экспозиция к табачному дыму при суммарной продолжительности за 1 нед ≥ 30 мин установлена у 107 (72%), ≥ 60 мин — у 39 (26%) никогда не куривших лиц.

В группах обследованных, сформированных в зависимости от основного заболевания, по которому оформлялась инвалидность, наличие активного многолетнего ТК в анамнезе установлено в группе с табаконезависимыми ЗН у 47,6%, с табакозависимыми ЗН — у 59,7%, с болезнями сердца и сосудов — у 65,5%, с бронхолегочными болезнями — у 83,4% и с другими заболеваниями — у 46,2% обследованных.

В табл. 3 представлены результаты расчета вероятности развития (ОШ) различных заболеваний в зависимости от наличия или отсутствия ТК в анамнезе. Условным контролем служила группа больных с табаконезависимыми ЗН при наличии ТК в анамнезе, поскольку этиология этих форм заболеваний не связана с ТК. Как видно из представленных данных, ТК в анамнезе достоверно увеличивало вероятность развития табакозависимых форм ЗН (ОШ — 1,64; 95% ДИ —

Таблица 1
Возрастно-половой состав обследованных; n (%)

Пол	Возраст, годы			Все обследованные
	19-29	30-49	≥ 50	
Мужчины	8 (5,6)	26 (18,3)	108 (76,1)	142 (100)
Женщины	5 (2,7)	75 (41,0)	103 (56,3)	183 (100)
Оба пола	13 (4,0)	101 (31,1)	211 (64,9)	325 (100)

Таблица 2
Распространенность курения среди обследованных; n (%)

Курительный статус	Мужчины	Женщины	Оба пола
Никогда не курили	36 (25,4)	113 (61,7)	149 (45,8)
Курили в прошлом	47 (33,1)	40 (21,9)	87 (26,8)
Курят	59 (41,5)	30 (16,4)	89 (27,4)
Всего	142 (100)	183 (100)	325 (100)

0,99–2,71), болезней сердца и сосудов (ОШ – 2,10; 95% ДИ – 1,22–3,62), бронхолегочных заболеваний (ОШ – 5,51; 95% ДИ – 1,53–19,84). На развитие табаконезависимых заболеваний наличие ТК в анамнезе не влияло.

Нами также рассчитана вероятность развития различных заболеваний у обследованных с многолетним регулярным ТК в анамнезе в зависимости от его длительности (табл. 4). Так, при длительности ТК >20 лет вероятность развития табаконезависимых форм ЗН увеличивалась в 2 раза (ОШ – 1,94; 95% ДИ – 1,00–3,81), болезней сердца и сосудов – почти в 13 раз (ОШ – 12,70; 95% ДИ – 6,59–24,47), бронхолегочных заболеваний – в 10 раз (ОШ – 10,29; 95% ДИ – 2,73–38,78), других заболеваний – в 5 раз (ОШ – 5,15; 95% ДИ – 1,90–13,93).

ТК давно признано ВОЗ одной из ведущих устранимых причин преждевременной смерти, убивающей более 7 млн человек в мире ежегодно [5]. При этом показано, что уменьшение распространения ТК и отказ от него снижают уровень ЗН и смертности от них [1]. В то же время существенное снижение распространения ТК среди населения происходит не во всех странах и регионах. В частности, Россия долгие годы оставалась одним из лидеров по распространению ТК среди населения, и только в последние годы установлена (пока незначительная) тенденция к его снижению [6].

Трудности внедрения мер профилактики и отказа от ТК заключаются, в частности, в скрытом действии табачной интоксикации и ее последствий. В первые годы регулярного ТК курильщики, как правило, не чувствуют никакого ущерба для своего здоровья и самочувствия. Латентный период развития болезней, вызываемых хронической табачной интоксикацией, в большинстве случаев составляет 5–10 и более лет [7], поэтому курящим трудно поверить в опасность ТК для их здоровья. Даже многие врачи не убеждены в губительных последствиях ТК, о чем свидетельствует довольно высокий уровень распространения ТК среди врачей в России [8].

Наиболее убедительные свидетельства причинной связи ТК с риском развития ряда хронических неинфекционных заболеваний, приводящих к инвалидности и преждевременной смерти, получают в ходе специальных исследований, проводимых в определенных группах населения, в частности, при обследовании лиц, получающих инвалидность в связи с наличием различных хронических неинфекционных заболеваний.

Нами проведен объективный анализ связи ТК с риском развития ряда заболеваний по данным ретроспективного исследования курительного анамнеза у лиц, оформлявших инвалидность по поводу различных хронических неинфекционных заболеваний.

В исследуемой выборке курящие составили 74,6% среди мужчин, 38,5% среди женщин, что заметно превышало соответствующие показатели для населения России в целом (49,8 и 14,5%) [6].

Показательны данные о распространении пассивного ТК в исследуемой выборке. При опросе выясни-

лось, что в группе никогда не куривших значительное большинство респондентов (72,5%) подвергались пассивной экспозиции к табачному дыму из окружающей среды, т.е. были вынуждены вдыхать табачный дым от куривших. Согласно результатам специального опроса [6], распространение пассивного ТК среди взрослого населения России оказалось в несколько раз ниже и составило 21,8% [6].

Значимый ущерб здоровью некурящих вследствие пассивного ТК подтверждается, в частности, масштабным исследованием, проведенном в Китае. В этой стране ежегодно выявляется >10 тыс. первичных случаев рака легкого у людей, никогда не куривших, но регулярно подвергавшихся в течение нескольких лет пассивной экспозиции к табачному дыму (это – живущие с курящими родственниками, работающие рядом с курящими, официанты в ресторанах, бармены) [9, 10].

Таким образом, значительно более высокое распространение как активного, так и пассивного ТК в выборке лиц, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, по сравнению с показателями у населения в целом является пусть косвенным, но показательным свидетельством причинной связи между ТК и рядом заболеваний.

Результаты исследования курительного анамнеза среди получающих инвалидность в связи с наличием различных хронических заболеваний подтверждают причинную связь ТК с этими заболеваниями. Наиболее убедительные данные в отношении установления

Таблица 3
Распределение обследованных с учетом связи курения и риска развития различных заболеваний

Подгруппа	ТК в анамнезе		ОШ (95% ДИ)
	+	-	
Табаконезависимые ЗН (n=145)	69	76	1,0
Табаконезависимые ЗН (n=87)	52	35	1,64 (0,99–2,71)
Болезни сердца и сосудов (n=61)	40	21	2,10 (1,22–3,62)
Болезни легких (n=6)	5	1	5,51 (1,53–19,84)
Другие заболевания (n=26)	12	14	0,94 (0,40–2,24)

Таблица 4
Распределение обследованных с учетом продолжительности регулярного ТК и риска развития различной патологии

Группа заболеваний	Длительность курения, годы		ОШ (95% ДИ)
	>20	≤20	
Табаконезависимые ЗН (n=69)	34	35	1,0
Табаконезависимые ЗН (n=52)	34	18	1,94 (1,00–3,81)
Болезни сердца и сосудов (n=40)	37	3	12,70 (6,59–24,47)
Болезни легких (n=5)	5	0	10,29 (2,73–38,78)
Другие болезни (n=12)	10	2	5,15 (1,90–13,93)

дозо-эффективной прямой связи ТК с развитием определенных хронических неинфекционных заболеваний были получены при расчете показателей вероятности развития отдельных видов заболеваний в группе куривших пациентов в зависимости от длительности их ТК в анамнезе. Распространенность этих заболеваний и тяжесть их течения, безусловно, связаны с распространением ТК в популяции. Эти научно доказанные факты должны быть осознаны всем обществом, медицинским сообществом, а также всеми людьми – как курящими, так и не курящими.

Врачам в профессиональной деятельности (это касается как профилактической, так и лечебной работы) следует учитывать ТК и его последствия. Хроническая табачная интоксикация играет существенную роль в этиологии и патогенезе табакозависимых заболеваний. Поэтому врачебные рекомендации и помощь в отказе от ТК обязательно должны входить в комплекс лечебных мер при этих заболеваниях, что существенно повысит эффективность лечения.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control / Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
2. Остроумова О.Д., Копченков И.И., Гусева Т.Ф. Курение как фактор риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018; 14 (1): 111–21. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2018-14-1-111-121>.
3. Заридзе Д.Г. Табак – основная причина рака / М.: Импанпресс, 2013; с. 205.
4. Атлас современной онкологии. Издатель: Американское онкологическое общество. 2014. The American Cancer Society, Inc. 250 Williams Street. Atlanta, Georgia 30303 USA (США). www.cancer.org
5. WHO report on the global tobacco epidemic 2017. http://www.who.int/tobacco/global_report/en/
6. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS). Российская Федерация (2016). Опрос был проведен Федеральной службой государственной статистики (Росстат). Доступна по адресу: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142515
7. Левшин В.Ф. Табакизм. Патогенез, диагностика и лечение / М.: ИМАпресс, 2012; 125 с.
8. Левшин В.Ф., Ладан Б.В., Кутушев О.Т. и др. Курительное поведение медицинских работников и их готовность к оказанию помощи в отказе от ТК // Врач. – 2011; 12: 40–3.
9. Teh-wei Hu. Disease burden of adult lung cancer and ischaemic heart disease from passive tobacco smoking in China // Tobacco Control. – 2007; 16: 417–22. DOI: 10.1136/tc.2007.021477
10. Johnson K. Lifetime residential and workplace exposure to environmental tobacco smoke // Int. J. Cancer. – 2001; 93 (6): 902–6. DOI: 10/1002/ijc.1416

SMOKING HISTORY IN PERSONS RECEIVING DISABILITY

V. Levshin, MD; N. Slepchenko

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia, Moscow

The smoking history of 325 adults with disability due to various diseases was studied. The relationship of smoking to the risk of certain groups of diseases was established to be dose-dependent.

Key words: *pulmonology, cardiology, oncology, tobacco smoking, smoking history, disability, chronic noncommunicable diseases.*

For citation: *Levshin V., Slepchenko N. Smoking history in persons receiving disability // Vrach. – 2018; 29 (11): 73–76. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-16>*