

ТАБАКОКУРЕНИЕ – ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА ИЛИ ТАБАЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ?

Т.П.Дюбокова

Белорусский государственный университет, г. Минск

Приведены признаки отличия табачной зависимости от привычки к курению, описаны патофизиологические основы табачной зависимости. Дана оценка курению как фактору развития болезней. Отмечено, что лечебные программы для курящих лиц, не желающих прекратить курение, должны быть направлены на снижение интенсивности курения. Это позволит уменьшить риск развития болезней и смерти, связанных с табакокурением. Замена привычных сигарет на сигареты с низким содержанием никотина не предотвращает развитие заболеваний, вызванных курением. Существует единственный способ, позволяющий курящему человеку сохранить здоровье, – отказаться от курения. Главное условие современных программ лечения табачной зависимости, ориентированных на полный отказ от курения, твердое решение пациента прекратить курение табака.

Согласно оценке Всемирной организации здравоохранения, приблизительно 1,1 миллиарда человек в мире являются курильщиками [1]. Это составляет около 1/3 всей популяции старше 15 лет. По прогнозам, к 2025 г. число курящих людей увеличится до 1,6 миллиарда человек. Курение табака приобрело характер эпидемии, с которой связан катастрофический рост сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания, онкологической патологии [2–4]. Причины возникновения более чем 25 болезней, многие из которых (инфаркт миокарда, инсульт, рак легкого и др.) представляют угрозу жизни, обусловлены табакокурением [5–7]. Курение снижает качество жизни людей, приводит к утрате трудоспособности, обуславливает преждевременную смертность [8–10].

Ущерб, наносимый здоровью курением табака, не вызывает сомнений. Несмотря на это, табакокурение до сих пор остается социально приемлемым явлением и не встречает активного противодействия ни со стороны общества, ни со стороны государства. До настоящего времени распространено представление о табакокурении как о вредной привычке. В развитии болезней, вызванных курением, принято считать виновным курящего человека. Он пользуется правом собственного выбора: курить или не курить, прекращать или продолжать курение при отклонениях в состоянии здоровья. Следует, однако, заметить, что лишь около 5% людей, регулярно курящих табак, могут самостоятельно прекратить курение, остальные нуждаются в помощи врача-специалиста [11, 12]. Главным препятствием для самостоятельного отказа от курения является табачная (никотиновая) зависимость. Реклама табачных изделий дезориентирует людей, призывая их употреблять никотин – одно из самых токсичных веществ, которое вызывает зависимость. Население не обладает исчерпывающими знаниями обо всех опасностях, связан-

ных с курением табака, а начинающие курильщики в большинстве случаев недооценивают риск возникновения табачной зависимости.

Эффективная борьба с табакокурением начинается с осознания того, что табак является мощным психоактивным средством. Человек привыкает к никотину сильнее, чем к героину, кокаину или марихуане [13]. Это подтверждает тот факт, что только 7% людей, пожелавших бросить курить, выдерживают отказ от курения в течение одного года [14]. Большинство курящих людей, мотивированных на отказ от курения, неоднократно возобновляют его даже после проведенного лечения. Кроме того, 50% пациентов, перенесших инфаркт миокарда или резекцию легких, снова возвращаются к курению табака [15]. Обобщение более 2500 научных работ о влиянии курения на здоровье, опубликованных во второй половине XX века, позволило сделать вывод о существовании табачной зависимости. В докладе главного хирурга США в 1988 г. никотин впервые был признан наркотиком [16], а с 1992 г. табачная зависимость включена в "Международную классификацию болезней" [17]. Фармакологические и поведенческие процессы, определяющие табачную наркоманию, очень схожи с изменениями, возникающими в организме при употреблении героина и кокаина.

Табачная зависимость выявляется у 90% людей, курящих табак ежедневно, остальные 10% имеют привычку к курению [11, 18]. Существует несколько отличительных признаков табачной зависимости от привычки к курению:

- Табачная зависимость проявляется потребностью в курении независимо от социального окружения, в то время как привычка к курению осуществляется, как правило, в среде курящих людей.
- Основной критерий табачной зависимости – синдром патологического влечения к курению табака. Он проявляется потребностью в систематическом

ежедневном курении. Этот синдром формируется в большинстве случаев через 3–4 года эпизодического курения, но у 15% курящих людей он развивается мгновенно, после первой выкуренной сигареты (возраст значения не имеет). У лиц с привычкой к курению синдром патологического влечения к курению табака отсутствует.

- Характерный признак табачной зависимости – развитие толерантности к никотину. По мере увеличения длительности табакокурения возникает потребность в большей дозе никотина, обеспечивающей достижение психического комфорта. Это приводит к выкуриванию большего количества сигарет или вытягиванию большой дозы никотина из одной сигареты путем затяжек. Опытные курильщики могут регулировать глубину и частоту затяжек и, соответственно, уровень никотина в крови. При некоторых формах табачной зависимости наблюдается симптом "мерцающей" толерантности, для которого свойственна неравномерность курения [11]. Число выкуриваемых в день сигарет колеблется от 5–7 до 30–40 штук.

- Для табачной зависимости характерно развитие синдрома отмены при длительном (24–48 ч) воздержании от курения. Возникают сильные желание закурить и невротоподобные расстройства: повышенная возбудимость, беспокорность, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, бессонница, головная боль, снижение концентрации внимания и др. Возобновление курения приводит к угасанию симптомов. Многие курящие лица испытывают при прекращении курения мучительные ощущения сухости во рту, покалывания, дрожь во всем теле, необъяснимые тягостные переживания. На высоте их могут возникать образные представления себя курящим и даже иллюзии обонятельных и вкусовых ощущений присутствия табачного дыма в дыхательных путях. Систематическое курение предупреждает развитие синдрома отмены. У лиц с привычкой к курению синдром отмены отсутствует.

- Табачная зависимость – хроническая рецидивирующая болезнь, требующая в большинстве случаев повторного лечения [12]. Лица, страдающие табачной зависимостью, не могут прекратить курение самостоятельно даже в тех случаях, когда осознанно принимают это решение. Они нуждаются в помощи врача и никотинзаместительной терапии, направленной на уменьшение проявлений синдрома отмены. Это позволяет им справиться с поведенческими и психологическими проблемами, возникающими при отказе от курения. Никотинзаместительная терапия почти удваивает шансы на успех в прекращении курения. При использовании никотинсодержащих препаратов (Никоретте – жевательная резинка и др.) уровень никотина в крови более низкий, чем при курении табака. Полный курс лечения табачной зависимости длится от 6 до 12 мес. Многие курящие люди полностью прекращают курить после повторных

(двух–трех) курсов лечения [19]. Лица с привычкой к курению могут прекратить его самостоятельно и не нуждаются в медицинской помощи.

Следует отметить, что курение является частью имиджа курящего человека и может ассоциироваться с некоторыми ключевыми моментами поведения в течение дня (желание закурить утром после пробуждения, по прибытии на работу, после еды и др.). Совместное курение во время обеденного перерыва нередко является установившимся ритуалом в коллективе. Для многих курящих людей отказ от курения означает изменение стереотипа поведения, приобретение новых навыков и умений, одним из которых является умение противостоять давлению курящего общества. В связи с этим при отказе от курения наряду с рекомендациями врача и никотинозаместительной терапией очень важна помощь и поддержка семьи и окружающих некурящих людей.

Патофизиологические основы табачной зависимости. Табачный дым содержит более 4500 химических веществ, часть из которых обладает фармакологической активностью. Основным активным компонентом табака – никотин. В организме человека он взаимодействует с никотинчувствительными холинергическими рецепторами (н-холинорецепторами) [20]. Никотин влияет как на центральные, так и на периферические н-холинорецепторы. Человек, впервые приступающий к табакокурению или возобновляющий его после перерыва, испытывает головокружение, тошноту, мышечную слабость, головную боль – признаки, свидетельствующие о центральном действии никотина. Отрицательная соматическая реакция сочетается с переживанием психического комфорта (легкость в мыслях, приятность ощущений), обусловленного токсическим воздействием табачного дыма. По мере продолжения курения симптомы соматического неблагополучия угасают, курящий испытывает удовольствие от вдыхания табачного дыма. Постепенно формируется толерантность: для достижения желаемого эффекта требуются большие дозы никотина, в связи с чем курящий человек вынужден увеличивать количество выкуриваемых сигарет. Переход от эпизодического к систематическому ежедневному курению табака свидетельствует о развитии табачной зависимости.

Формирование толерантности к воздействию никотина и развитие зависимости являются строго индивидуальными процессами для каждого курящего человека. В основе их лежит двойное воздействие никотина на н-холинорецепторы. Первичный эффект состоит в их стимуляции (функция агониста). Всасываясь со слизистой оболочки полости рта и дыхательных путей, никотин быстро достигает головного мозга и, воздействуя на н-холинорецепторы, способствует выделению ряда нейротрансмиттеров (ацетилхолина, дофамина, норадреналина, серотонина и др.). Они играют важную роль в передаче нервных импульсов и изменении функционального состояния органов и

систем. Усиленное высвобождение нейромедиаторов сопровождается повышением в крови уровня адренкортикотропного гормона и β -эндорфина. Некоторые из перечисленных соединений относятся к числу модуляторов психики (настроения) человека и его поведенческих реакций. Повышение концентрации β -эндорфина в крови отражает реакцию на курение опиатных систем. Происходит накопление эндогенных опиоидов непосредственно в тканях гиппокампа и гипоталамуса, что обуславливает модификацию секреции ряда гормонов гипофиза [21]. Активация центральных н-холинорецепторов при курении влияет на познавательную деятельность человека и его эмоциональное состояние, повышает умственную работоспособность, улучшает концентрацию внимания. Выброс норадреналина оказывает возбуждающее действие на организм, обуславливает повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений и дыхания. Секреция дофамина в участках мозга, контролирующих чувство удовольствия и мотивации, определяет достижение психического комфорта при курении. Усиленное высвобождение β -эндорфина лежит в основе развития физической зависимости от никотина. Аналогичные процессы наблюдаются при употреблении героина и кокаина, что объясняет сходство многих поведенческих реакций при этих видах наркоманий и никотиновой зависимости.

Последующий эффект никотина проявляется блокадой функциональной активности н-холинорецепторов. Она длится дольше, чем стимуляция, и сопровождается сложными механизмами нейронадаптации. Увеличивается количество рецепторов, связывающих никотин, появляются новые их подтипы. Это требует увеличения дозы никотина, поступающей в организм. Оба эффекта – стимулирующий и блокирующий – лежат в основе формирования толерантности к никотину и развития табачной зависимости. Длительное курение сопровождается расстройством регуляторной деятельности н-холинергической системы организма, полностью

зависимой от стимулирующего эффекта никотина.

При отказе от курения начинается процесс ренейроадаптации. Вначале для него характерны избыточное количество н-холинорецепторов и гиперхолинергическая активность. Это проявляется клиническими признаками синдрома отмены. Он развивается через 24 ч после прекращения курения, достигает максимума через 48 ч и длится 2–3 нед. [19]. Для устранения или уменьшения выраженности симптомов отмены в течение этого периода показана никотинзаместительная терапия. Доза никотинсодержащих препаратов определяется степенью никотиновой зависимости пациента. Постепенно количество н-холинорецепторов уменьшается, исчезают их некоторые подтипы, появившиеся на фоне никотиновой зависимости, то есть происходит обратное развитие изменений, вызванных систематическим курением табака.

Таким образом, никотиновая зависимость соответствует основным критериям наркотической зависимости (патологическое влечение к курению табака, развитие толерантности, наличие синдрома отмены, безуспешность попыток самостоятельного прекращения табакокурения). Активное включение никотина в обменные процессы организма позволяет рассматривать табачную зависимость как сложную клиническую патологию. Становится понятным, что распространенное мнение о табакокурении как о вредной привычке является ошибочным, так как не отражает сути происходящих в организме изменений.

Оценка степени табачной (никотиновой) зависимости. Существуют различные тесты для оценки степени никотиновой зависимости. В качестве критериев используют обычно маркеры табачного дыма в выдыхаемом воздухе и биологических жидкостях: тиоцианаты, уровень окиси углерода (СО) в выдыхаемом воздухе, концентрацию никотина или котинина в моче, а также других метаболитов в крови, моче, слюне [15]. В клинической практике чаще применяется опросник Фагерстрёма, основанный на шкале баллов.

Опросник Фагерстрёма для оценки степени никотиновой зависимости (по [21] в модификации [19])

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Через какое время после пробуждения Вы закуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин В течение первых 30 мин	3 2
2. Сложно ли Вам воздержаться от курения в местах, где курить запрещено?	Да Нет	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете отказаться?	От первой сигареты утром От всех остальных	1 0
4. Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?	10 и менее 11–20 21–30 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите утром (после того, как проснетесь) чаще, чем в течение дня?	Да Нет	1 0
6. Курите ли Вы, если больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да Нет	1 0

Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов: 0–2 – очень слабая зависимость; 3–4 – слабая зависимость; 5 – зависимость средней степени; 6–7 – высокая зависимость; 8–10 – очень высокая зависимость.

Если человек выкуривает более 25 сигарет в сутки и закуривает первую сигарету в первые 30 мин. после пробуждения, его зависимость от никотина относится к высокой степени. Курящие люди с высокой степенью табачной зависимости подвержены высокому риску заболеваний, связанных с курением, и преждевременной смерти. Они нуждаются в интенсивном лечении, причем преодоление зависимости высокой степени, как правило, требует повторных курсов лечения.

Оценка курения как фактора риска развития болезней. В настоящее время не только установлено многократное увеличение риска развития рака легкого, инфаркта миокарда, инсульта и других заболеваний у курящих по сравнению с некурящими, но и подтверждена прямо пропорциональная зависимость связи "доза–эффект". Доказано, например, что риск развития рака легкого существенно возрастает с увеличением продолжительности и интенсивности курения, то есть зависит от количества выкуриваемых сигарет [22]. Для оценки степени риска в клинической медицине существует такое понятие, как индекс курящего человека (ИК):

$ИК = (\text{количество сигарет, выкуриваемых в течение суток}) \times 12^*$.

Если индекс курящего человека превышает 200, риск болезней, связанных с табакокурением, и преждевременной смерти в результате курения очень высокий. В 1997 г. Британское торакальное общество приняло решение о снижении индекса курящего человека до 140. В связи с этим лечебные программы для курящих лиц, не желающих прекратить курение, должны быть направлены на снижение интенсивности курения. Это позволит уменьшить риск развития болезней и смерти, связанных с табакокурением.

Замена привычных сигарет на сигареты с низким содержанием никотина не предотвращает развитие заболеваний, вызванных курением. Кроме никотина, в табачном дыме содержится огромное количество веществ (канцерогенов, токсичных органических соединений, ионов тяжелых металлов и др.), оказывающих вредное воздействие на организм. "Безопасный порог" курения отсутствует. Существует единственный способ, позволяющий курящему человеку сохранить здоровье, – отказаться от курения. Непременное условие современных программ лечения табачной зависимости, ориентированных на полный отказ от курения, – твердое решение пациента прекратить курение табака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сдерживание эпидемии: Правительства и экономическая подоплека борьбы против табака: Публикация Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения для Всемирного банка. – Копенгаген, 2000.
2. Эпидемиология поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний во взрослой популяции / Г.Ю. Евстифеева, С.Е. Лебедькова, Н.И. Чехонадская и др. // Профилактика неинфекционных заболеваний. – 2003. – №1. – С. 13–17.
3. Smoking, smoking cessation, and lung cancer 1950: combination of national statistics with two case-control studies / D. Peto, S. Darby, H. Deo et al. // BMJ. – 2000. – Vol. 312 (7257). – P. 323–329.
4. Relationships of active smoking to asthma and asthma severity in the EGEA study. Epidemiological study on the genetics and environment of asthma / V. Siroux, J. Pin, M. P. Oryszczyn et al. // Eur. Respir. J. – 2000. – Vol. 15. – P. 470–477.
5. Антиперович Т.Г., Астапенко А.В. Курение – один из основных модифицируемых факторов риска острой цереброваскулярной патологии // Мед. панорама. – 2004. – №9. – С. 40–42.
6. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – №1. – С. 4–8.
7. Relationship between cigarette smoking and novel risk factors for cardiovascular diseases in the United States / L. A. Bazzano, J. He, P. Muntner et al. // Ann. Intern. Med. – 2003. – Vol. 13, No. 11. – P. 891–897.
8. Камардина Т.В. Смертность, обусловленная курением в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. – №2. – С. 29–34.
9. Роль факторов риска в формировании инвалидности при ишемической болезни сердца / И.Д. Козлов, А.А. Гракович, Н.А. Кубасова, Л.И. Полякова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – №1. – С. 41–44.
10. World mortality in 2000: life tables for 191 countries / A. D. Lopez, O. Ahmad, M. Guillot et al. – Geneva: World Health Organization, 2002.
11. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. – М., 2000. – 96 с.
12. WHO European Strategy of Smoking Cessation Policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003 (document EUR/03/5041354).
13. Рекомендации по мониторингу табачной эпидемии и борьбе с ней. – Geneva, World Health Organization, 1998; М.: Медицина, 1999.
14. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library / T. Lancaster, L. Stead, C. Silagy et al. // BMJ. – 2000. – Vol. 312. – P. 355–358.

*Примечание. Цифра 12 означает число месяцев в году.

15. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. – М.: ЗАО "Издательство БИНОМ", СПб.: "Невский диалект", 1998. – 512 с.
16. US Surgeon General. Nicotine addiction: A report of the Surgeon General. – Rockville: US Department of Health and Human Services, 1988.
17. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. – Geneva: World Health Organization, 1992.
18. Киселева Е.А. Влияние табакокурения на здоровье // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2003. – №4. – С.64–68.
19. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т.9, №21. – С.904–910.
20. Fagerstrom K.O., Sawe U. The pathophysiology of nicotine dependence: treatment options and cardiovascular safety of nicotine // Cardiovascular risk factors. – 1997. – Vol.6, No.3. – P.135–143.
21. Берштейн Л.М. Онкоэндокринология курения. – СПб.: Наука, 1995. – 127 с.
22. Tar content of cigarettes in relation to lung cancer / W.David, D.W.Kaufman, J.R.Palmer et al. // Amer. J. Epidemiol. – 1989. – Vol. 129. – P. 703–711.

Поступила 03.04.2006 г.

ОЦЕНКА ОБЩЕГО УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В БЕЛАРУСИ

Ю.Е.Разводовский

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

До недавнего времени в Беларуси не проводилось оценок общего уровня потребления алкоголя, что является серьезным упущением ввиду чрезвычайной важности таких оценок для формирования адекватной государственной политики в плане производства, торговли и контроля потребления алкогольных напитков. Пилотный скрининг связанных с алкоголем проблем выявил закономерность, согласно которой в структуре потребления алкоголя у лиц с высоким уровнем указанных проблем преобладают самодельные алкогольные напитки. Установлено, что наиболее точно уровень общего потребления алкоголя рассчитан на основании данных о заболеваемости алкогольными психозами. Согласно этим расчетам, незарегистрированное потребление алкоголя в разные годы составляло от 41,5 до 55% общего уровня потребления алкоголя. Результаты исследования свидетельствуют о существовании в Беларуси теневого алкогольного рынка, который по объему продаж сопоставим с уровнем государственной торговли. Это обстоятельство необходимо учитывать при формировании государственной алкогольной политики.

Рост уровня связанных с алкоголем проблем в нашей стране, а также в других странах бывшего Советского Союза обуславливает необходимость динамического мониторинга алкогольной ситуации с целью разработки адекватной политики государства в плане производства, торговли и контроля потребления алкогольных напитков [1, 2]. Общий уровень потребления алкоголя на душу населения является одним из важнейших показателей, характеризующих алкогольную ситуацию в стране. В многочисленных исследованиях, проведенных в разных странах мира, было показано, что общий уровень потребления алкоголя тесно связан с такими классическими индикаторами уровня связанных с алкоголем проблем, как смертность от острых алкогольных отравлений, цирроза печени, заболеваемость алкогольными психозами [1, 3, 4]. В связи с этим чрезвычайно актуальной задачей представляется оценка общего уровня потребления алкоголя. Однако установить реальный уровень потребления алкоголя достаточно сложно, поскольку он

включает потребление зарегистрированного алкоголя, рассчитываемое на основе уровня продаж, а также потребление незарегистрированного алкоголя. Невидимая часть айсберга в виде незарегистрированного алкоголя стала в последнее время объектом пристального внимания специалистов в области алкогольной политики. Резкий рост нелегального производства алкоголя явился причиной провала многочисленных антиалкогольных кампаний, которые проводились в разные периоды в разных странах мира [2]. Причем волну самогонарения не могли остановить даже такие жесткие санкции, как крупные денежные штрафы и тюремное заключение. Потребление незарегистрированного алкоголя в значительной степени приводит к снижению доходов государства от торговли алкоголем, способствует укреплению организованной преступности, а также наносит значительный ущерб здоровью населения, поскольку алкоголь нелегального происхождения, как правило, низкого качества. Доля незарегистрированного алкоголя в структуре общего