

4. Частота операций при перфоративных язвах, доля которых сегодня превышает половину всех вмешательств при ЯБ, находится в обратно пропорциональной зависимости с плановыми операциями.

5. До полного преодоления негативных последствий переживаемого обществом кризисного периода для снижения летальности от ЯБ необходимо сохранить достаточный уровень плановой хирургии этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. и др. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей). – М., 2005. – 30 с.
3. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – №1. – С.27–32.
4. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – №1. – С.58–64.
5. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
6. Циммерман Я.С. Дискуссионные вопросы медикаментозного и хирургического лечения язвенной болезни // Клиническая медицина. – 2002. – №7. – С.64–68.
7. Шалимов А.А., Карпиш А.П., Братусь В.Д. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996–2001 г.) // Материалы на XX съезд хирургов Украины. – Киев, 2002. – 67 с.
8. Johnson A. G. Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the future management of peptic ulcer? // Wld. J. Surg. – 2000. – Vol.24. – P.259–263.
9. Paimela H., Paimela R., Myllykangas R. et al. Current features of peptic ulcer disease in Finland: incidence of surgery, hospital admission and mortality for the during the past twenty five years // Scand. J. Gastroenterol. – 2002. – P.399–403.
10. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment, and prognosis // Wld. J. Surg. – 2000. – Vol.24, No.3. – P.277–283.

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Т.П.Дюбкова

Белорусский государственный университет, г. Минск

Табакокурение – одна из основных причин предотвратимых и преждевременных смертей. Почти треть мирового бремени болезней, связанных с употреблением табака (курением, жеванием, вдыханием нюхательного табака и др.), приходится на Европейский регион, в котором проживает всего 15% населения Земли [24]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2000 г. табак явился причиной смерти 1,6 млн человек в Европе [21]. Если в ближайшее время на международном, европейском и национальном уровне не будут приняты жесткие меры борьбы с табачной эпидемией, к 2020 г. эта цифра может возрасти до 2 млн [3]. С каждым днем пополняются ряды курящих женщин. В последние годы к курению приобщаются гораздо больше молодых женщин, чем мужчин. В развитых странах мира курят до 35% женщин. Постоянное увеличение их числа позволяет прогнозировать неуклонный рост заболеваемости и смертности женского населения, связанных с употреблением табака. Ожидается, что в ближайшие 30 лет число случаев преждевременной смерти женщин возрастет вдвое, а к 2020 г. от болезней, обусловленных курением, будут умирать ежегодно более 1 млн взрослых женщин. Согласно прогнозам наибольшая смертность ожидается среди

мужчин и женщин, употребляющих табак или табачные продукты в настоящее время. Это обусловлено тем, что между началом курения и развитием болезней, приводящих к смерти, проходит в среднем 20–25 лет. При сохранении нынешней структуры курения к 2030 г. табакопотребление станет отдельной причиной смерти 10 млн человек в мире ежегодно. В конечном итоге 500 млн живущих ныне людей могут погибнуть в результате употребления табака [11].

Курение – основная причина смерти россиян [4]. В конце XX века каждый четвертый европеец, умерший от болезней, связанных с курением табака, проживал в России [8]. В структуре общей смертности мужского населения страны смертность в результате курения составила 30%. Распространенность табакокурения в России – одна из самых высоких в Европейском регионе. По официальным данным, в конце прошлого века курящими были 63,2% российских мужчин и 9,7% женщин [22]. В последние годы распространенность курения среди молодежи и женщин значительно возросла [23]. Если ситуация не изменится, неизбежен рост смертности женщин от заболеваний, имеющих причинную связь с курением, прежде всего от рака легких [6]. Преждевременная смертность мужского населения России, обусловлен-

ная курением табака, повлекла за собой значительные социально-экономические потери страны: сокращение средней продолжительности жизни мужчин на 4 года, уменьшение числа лет потенциальной жизни в количестве 4,7 млн человеко-лет и, как следствие, упущенную выгоду в производстве внутреннего валового продукта в размере 0,14% (в 2000 г.) [7]. В результате медицинских потерь, связанных с курением, средняя продолжительность жизни мужчин России в 2000 г. составила 59,4 лет, женщин – 72,2 года (для сравнения – в Германии соответственно 75,2 и 81,2 года). При этом почти 40% общего числа смертей мужчин трудоспособного возраста (от 35 до 54 лет) были обусловлены курением табака.

Курение вносит существенный вклад в преждевременную смертность населения Беларуси. Ежедневно страна теряет 42 человека из-за болезней, связанных с курением табака, в год – это 15,5 тыс. человеческих жизней [10]. В настоящее время курит почти половина взрослого населения страны (41,6%) [23]. Табакокурение распространено как среди мужчин, так и среди женщин. Наибольшее число курящих регистрируется среди рабочих и тружеников сельского хозяйства, на втором месте – учащиеся ПТУ и безработные, на третьем – студенты техникумов и вузов. В целом 64,1% мужчин Беларуси курят. Как и в России, в последние годы в Республике Беларусь значительно возросло количество курящих женщин и подростков. К началу нынешнего столетия численность женщин, курящих табак, увеличилась в Беларуси в несколько раз по сравнению с 90-ми годами XX века. В 2002 г. курила каждая пятая белоруска (19,7% общего числа женщин в стране). Согласно официальной статистике ВОЗ, в 2001 г. курящими были 31,2% белорусских мальчиков и 43,3% девочек в возрасте 13–15 лет [23]. По данным Министерства

здравоохранения Республики Беларусь, в настоящее время курит почти половина молодежи в возрасте 15–19 лет, из них 27% – девушки [10]. Высокая распространенность табакокурения и связанный с ним рост заболеваемости и смертности населения подтверждают актуальность рассматриваемой проблемы и ставят ее в разряд приоритетных среди других проблем общественного здоровья.

Ведущие причины преждевременной смерти курящих – злокачественные опухоли, болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Рабочая группа Международного агентства по исследованию рака (МАИР) на основании анализа и обобщения экспериментальных и эпидемиологических работ, выполненных в различных странах мира, пришла к заключению, что курение является канцерогенным для человека. Доказана причинная связь табакокурения с различными формами **рака** (табл.).

Установлено, что 85–95% всех случаев рака легкого у мужчин связаны с табакокурением. Риск возникновения злокачественной опухоли прямо пропорционален длительности и интенсивности курения. У мужчин, начавших курить в возрасте до 15 лет, риск развития рака легкого в пять раз выше, чем у тех, кто начал курить после 25-летнего возраста [5]. Увеличение количества выкуриваемых сигарет также повышает риск развития рака легкого. Так, у мужчин, выкуривающих ежедневно более 20 сигарет, он в три раза выше по сравнению с курящими от 1 до 9 сигарет в день [18]. Курение – основная причина смерти от рака легкого у мужчин. В Европейском регионе доля смертей от рака легкого, обусловленного курением табака, у мужчин составляет 93% всех смертей, вызванных этим злокачественным новообразованием. В России и Бельгии она самая высокая – 97% [8]. В среднем курение сокращает жизнь примерно на

Таблица

Риск развития рака различной локализации при курении табака [6]

Форма рака	Относительный риск	Атрибутивный риск, %
Рак легкого	10–30	80–90 (мужчины) 30–80 (женщины)
Рак мочевого пузыря	3–5	50 (мужчины) 30 (женщины)
Рак поджелудочной железы	2–3	20–40 (мужчины) 10–20 (женщины)
Рак полости рта (курение табака) (жевание табака)	3–5 3–12	50 (оба пола)
Рак носоглотки	3–4	
Рак гортани	3–8	
Рак пищевода	3–7	
Рак желудка	1,5–2	11–28 (мужчины) 4–14 (женщины)
Рак шейки матки	3–4	
Рак почки	2–3	
Рак печени	1,5–2,5	
Острый миелоидный лейкоз	1,5	

10–15 лет, при этом качество жизни у курящих в пожилом возрасте значительно хуже, чем у некурящих.

В последние годы возрос вклад курения в смертность от рака легких у женщин, что связано с распространением курения среди женского населения ряда стран мира. Это наглядно демонстрирует рост заболеваемости и смертности женщин от рака легкого в тех западных странах, где число курящих женщин начало стремительно увеличиваться еще во второй половине XX века. В Англии за последние 25 лет заболеваемость женщин раком легкого увеличилась на 74% [20]. Значительное распространение курения среди женского населения США (начиная с 60-х гг. прошлого столетия) привело к тому, что сейчас женщины этой страны чаще умирают от рака легкого, чем от рака молочной железы. В настоящее время число американских женщин, ежегодно умирающих от рака легкого, составляет около 70 тыс. [26]. В Германии количество женщин, заболевших раком легкого, за последние 10 лет увеличилось вдвое. По обобщенным данным, в развитых странах с курением связано 2/3 случаев рака легких у женщин, а в США и Великобритании, где женщины курят несколько десятков лет, – 80%. Смертность от рака легкого курящих российских женщин составляет 49% [8]. Не вызывает сомнений тот факт, что табакокурение предшествует резкому росту заболеваемости и смертности от рака легкого, причинно связанного с курением. При сохранении нынешней структуры курения в Беларуси такие же неутешительные прогнозы ожидают и курящих белорусских женщин, число которых, к сожалению, не имеет тенденции к уменьшению. Рост онкологической заболеваемости и смертности женщин в стране, обусловленный табакокурением, можно прогнозировать уже через 10–15 лет (по аналогии с ситуацией в западных странах).

Расчеты кумулятивного риска развития рака легкого в течение жизни показали, что прекращение курения к возрасту 35 лет (независимо от пола) снижает риск смерти от этого заболевания к 75 годам жизни до уровня никогда не курившего человека, а для продолжающих курить этот риск составляет 16% [16]. Следовательно, отказ от курения – наиболее эффективная мера профилактики рака легкого как у мужчин, так и у женщин. Чем раньше курящий человек прекратит курение, тем благоприятнее прогноз для жизни.

Табакокурение – одна из причин развития злокачественных опухолей мочевыделительной системы, прежде всего мочевого пузыря. Доказано, что половина всех случаев рака этой локализации у мужчин и одна треть у женщин связаны с курением [27]. Имеются данные об увеличении риска развития рака гортани, пищевода, желудка, поджелудочной железы у курящих мужчин и женщин [13, 14]. В развитых странах одна треть всех случаев смерти от онкологических заболеваний обусловлена табакокурением. Смерт-

ность российских мужчин от злокачественных новообразований, имеющих причинную связь с курением, – одна из самых высоких среди стран Европейского региона (52%) [8]. В Беларуси 30% всех случаев смерти от рака относят за счет табакокурения [10].

Прекращение потребления табака значительно снижает риск онкологических заболеваний и смертности от них. Так, риск развития рака легкого снижается на 30–50% через 10 лет после отказа от курения, рака полости рта и пищевода – в два раза через 5 лет после прекращения курения [12].

Табакокурение – агрессивный фактор риска развития **сердечно-сосудистых заболеваний**. Они являются основной причиной преждевременной смертности населения индустриально развитых стран мира. В США ежегодно регистрируются 150 тыс. смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с курением, в Германии – 80–90 тыс. смертей в год, обусловленных этой же причиной [1]. В России, где в конце прошлого века курили каждый второй мужчина и каждая десятая женщина, с курением была установлена причинная связь 40% случаев смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) среди мужчин и около 10% случаев смерти от инсульта среди женщин [9]. По официальным данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 30–40% всех смертей белорусов от ИБС связано с курением табака [10]. Установлено, что у курящих мужчин в два раза выше, чем у некурящих, риск развития «несмертельного» инфаркта миокарда и в четыре раза выше риск внезапной смерти от ишемической болезни сердца [25]. У женщин почти 50% случаев внезапной смерти от ИБС связано с курением. Установлено, что риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у курящих женщин, принимающих комбинированные оральные контрацептивы, в 5–10 раз выше, чем у некурящих, использующих гормональный метод контрацепции. Этот риск повышается с возрастом женщины и достигает максимума в возрасте 40 лет и старше. Курение сигарет с уменьшенным содержанием никотина и смол не снижает риск развития ИБС у курящих женщин. Курение табака увеличивает в три раза риск развития острых нарушений мозгового кровообращения (инфаркта мозга, внутричерепного кровоизлияния и др.) [15]. Они лидируют среди причин инвалидизации населения: 75–80% выживших теряют трудоспособность, из них 15–18% становятся инвалидами первой группы. Атрибутивный риск смерти от инсульта у курящих мужчин составляет 21,4%, у курящих женщин – 9,9% [9]. Курение табака и одновременный прием комбинированных оральных контрацептивов значительно повышают вероятность кровоизлияния в мозг у женщин.

Отказ от курения табака существенно снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти от них. Через 10 лет после прекращения курения он становится таким же, как у людей, никогда ранее не куривших табак. Характерно,

что риск развития инфаркта миокарда уменьшается в два раза уже в первые два года после отказа от курения. В то же время у 20% пациентов, перенесших инфаркт миокарда и возобновивших курение, в течение ближайшего года развивается повторный инфаркт миокарда [19]. Следовательно, эффективная реализация программ борьбы с табакокурением открывает широкие возможности для значительного сокращения заболеваемости и преждевременной смертности от ИБС в масштабах государства и всей планеты. Женщины, прекратившие курение до 50-летнего возраста, в последующие 15 лет подвергаются вдвое меньшему риску смерти, чем продолжающие курить.

Табакокурение – одна из ведущих причин большой группы легочных заболеваний, объединяемых термином **хронические обструктивные болезни легких** (ХОБЛ). К ним относятся хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, эмфизема легких и др. Медицинское значение ХОБЛ чрезвычайно велико в связи с высокой распространенностью. Они стабильно занимают лидирующее место в структуре инвалидности и в настоящее время – четвертое место среди ведущих причин смерти в мире. Риск развития ХОБЛ у курящих в 14 раз выше, чем у некурящих [2]. Смертность мужчин от болезней органов дыхания в Европе в 48% случаев связана с курением таба-

ка, а в России этот показатель превышает 60% (один из самых высоких среди стран Европейского региона) [8]. Табакокурение – причина 19% смертей женщин Европы от болезней органов дыхания, при этом смертность курящих российских женщин выше средневропейского уровня. Учитывая значительное распространение курения среди женщин России и Беларуси в последние годы, можно прогнозировать обусловленный табакокурением рост заболеваемости органов дыхания и связанной с ним смертности женского населения обеих стран уже в первой четверти XXI века.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что потребление табака – причина многих болезней, приводящих к инвалидности и преждевременной смертности. Распространение табачной эпидемии, имеющей разрушительные последствия для здоровья человечества и наносящей огромный экономический ущерб, – глобальная проблема современности. В настоящее время общие экономические потери, связанные с употреблением табака во всем мире, составляют 200 млрд долларов США в год [3]. Сокращение вдвое мирового потребления сигарет среди взрослого населения позволит к 2020 г. предотвратить около одной трети смертей, связанных с употреблением табака [17].

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихирева О.В. Курение как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: актуальность проблемы и возможности ее контроля путем лечения никотиновой зависимости (обзор литературы) // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – №4. – С.21-27.
2. Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Дидковский Н.А., Оганов Р.Г. Факторы риска развития хронических обструктивных болезней легких: управление риском, связанным с курением табака // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – №1. – С.30-35.
3. Европейская стратегия борьбы против табака. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (публикация E77976R).
4. Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М. и др. Курение – основная причина смерти россиян // Вестн. РАМН. – 2002. – №9. – С.40-45.
5. Курение и здоровье (Материалы МАИР): Пер. с англ. / Под ред. Д.Г.Заридзе, Р.Пето. – М.: Медицина, 1989. – 384 с.
6. Левишин В.Ф., Заридзе Д.Г. Табак и злокачественные новообразования // Вопросы онкологии. – 2003. – Т.49, №4. – С.391-399.
7. Масленикова Г.Я., Мартыничик С.А., Шальнова С.А. и др. Медицинские и социально-экономические потери, обусловленные курением мужского населения России / / Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – №3. – С.5-9.
8. Масленикова Г.Я., Оганов Р.Г. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – №6. – С.17-20.
9. Оганов Р.Г., Деев А.Д., Жуковский Г.С. и др. Влияние курения на смертность от хронических неинфекционных заболеваний по результатам проспективного исследования // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1998. – №3. – С.13-15.
10. Постоялко Л.А., Цыбин А.К., Малахова И.В., Гракович А.А. Некоторые проблемы здравоохранения Беларуси и расширение его социальной базы // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №3. – С.3-9.
11. Сдерживание эпидемии: Правительства и экономическая подоплека борьбы против табака: Публикация Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения для Всемирного банка. – Копенгаген, 2000.
12. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – №2. – С.44-50.
13. Chao A., Thun M.J., Henley S.J. et al. Cigarette smoking, use of other tobacco products and stomach cancer mortality in US adults // Int. J. Cancer. – 2002. – Vol.101, No.4. – P.380-389.
14. Chiu B.C., Lynch C.F., Cerhan J.R., Cantor K.P. Cigarette smoking and risk of bladder, pancreas, kidney and colorectal cancers in Iowa // Ann. Epidemiol. – 2001. – Vol.11, No.1. – P.28-37.
15. Howard G., Wagenknecht L.E., Cai J. et al. Cigarette smoking and other risk factors for silent cerebral infarction in the general population // Stroke. – 1998. – Vol.29. – P.913-917.

16. Peto R., Darby S., Deo H. et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950 // *BMJ*. – 2000. – Vol.312 (7257). – P.323-329.
17. Peto R., Lopez A. Future worldwide health effects of current smoking patterns // *Critical issues in global health* / Eds. C.E.Koop et al. – San Francisco, Jossey-Bass, 2000.
18. Regot E., Murray J. Smoking and causes of death among US veterans // *Public Health Rep.* – 1980. – Vol.95. – P.213-222.
19. Rivers J.T., White H.D., Cross D.B. et al. Reinfarction after thrombolytic therapy for acute myocardial infarction followed by conservative management: Incident and effect of smoking // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 1990. – Vol.16. – P.340-348.
20. Samet J.M., Yoon S.-Y. Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. – Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/NMH/TFI/01.1).
21. The world health report 2002: reducing the risks, promoting healthy life. – Geneva: World Health Organization, 2002.
22. Warsaw Declaration for a Tobacco-free Europe: WHO European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe. Warsaw, 18-19 February 2002. – Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/01/5020906/8).
23. WHO European Country Profiles on Tobacco Control. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003 (document EUR/03/5041305).
24. WHO European Strategy of Smoking Cessation Policy. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003 (document EUR/03/5041354).
25. Wilhelmsen L. Coronary heart disease: Epidemiology of smoking and intervention studies of smoking // *Am. Heart J.* – 1988. – Vol.115. – P.242-249.
26. Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. – Atlanta, US Department of Health and Human Services, 2001.
27. Zeegers M.P., Tan F.E., Dorant E., van Den Brandt P.A. The impact of characteristics of cigarette smoking on urinary tract cancer risk // *Cancer (Philad.)*. – 2000. – Vol.89, No.3. – P.630-639.

ПРОДАЖА АЛКОГОЛЯ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В БЕЛАРУСИ В ПЕРИОД С 1981 ПО 2001 ГОД

Ю.Е.Разводовский

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Взаимосвязи между злоупотреблением алкоголем и туберкулезом легких посвящены многочисленные научные исследования [1–7]. Известно, что заболеваемость туберкулезом среди пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в 18 раз выше по сравнению со здоровыми лицами [6]. Туберкулез легких у больных алкогольной зависимостью имеет неблагоприятное течение, чаще наблюдаются деструктивные изменения в легких, выделение микобактерий, отмечаются низкая эффективность лечения и неблагоприятный прогноз [7]. Риск заболевания туберкулезом повышается не только у лиц с алкогольной зависимостью, но и у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Исследование, проведенное в Хорватии, показало, что среди больных туберкулезом, не имеющих такого сопутствующего диагноза, как алкогольная зависимость, примерно половина злоупотребляет алкоголем [3]. Причиной развития туберкулеза у больных алкоголизмом являются плохие условия жизни, недостаточное питание, снижение неспецифической резистентности организма, иммунодефицит. В эксперименте было показано снижение под действием алкоголя количества Т-лимфоцитов [4]. Кроме того, злоупотребление алкоголем подавляет активность альвеолярных макрофагов [5]. Данные относительно популяционного уровня взаимосвязи между потреблением различных видов алкогольных напитков на душу населения и уровнем

смертности от туберкулеза легких немногочисленны. Нами показано, что уровень смертности от туберкулеза легких среди общей популяции в Беларуси в период с 1975 по 2001 год с высокой степенью достоверности коррелирует с уровнем продажи алкоголя на душу населения [1]. В настоящем исследовании проведен сравнительный анализ динамики половых и возрастных коэффициентов смертности от туберкулеза легких и уровня продажи различных видов алкогольных напитков в Республике Беларусь в период с 1981 по 2001 год.

Половые и возрастные коэффициенты смертности от туберкулеза легких, а также уровень продажи алкоголя взяты из отчетов Министерства статистики и анализа Республики Беларусь. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета “STATISTICA”.

Результаты и их обсуждение

В период с 1981 по 2001 год уровень продажи алкоголя на душу населения снизился на 13% (с 10,2 до 8,8 л). В результате проведения антиалкогольной кампании 1985–1988 гг. общий уровень продажи алкоголя снизился с 9,8 л в 1984 г. до 8,8 л в 1985 г. (–11%), 5,8 л – в 1986 г. (–41%), 4,4 л – в 1987 г. (–55%). Уровень продажи водки за рассматриваемый период вырос на 37% (с 3,0 до 4,1 л). В период с 1984 по 1987 год этот показатель снизился на 34%. Уровень продажи вина в период с 1981 по