

возраста (табл. 7). В ДФО худшие позиции по этому показателю занимают РС(Я) (250,1 на 10 тыс.) и Еврейская АО (203,5), лучшую – Магаданская область, у которой показатель впервые признанных инвалидами детей равнялся 122,4 соответственно.

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ основных показателей, характеризующих общественное здоровье (медико-демографическая ситуация, заболеваемость, инвалидность), при всей неполноте изученных параметров дает определенную картину состояния здоровья населения в субъектах федерации, представляющих Дальневосточный федеральный

округ. К сожалению, за исключением общеизвестного факта об относительно благоприятном положении республики по медико-демографической ситуации, по многим позициям заболеваемости населения, в том числе социально значимым, Республика Саха (Якутия) имеет неудовлетворительные показатели.

На наш взгляд, такой анализ, проведенный на основе официальных статистических данных, отражающих основные показатели здоровья по всем регионам страны, дает более объективную характеристику состояния здоровья населения как по федеральным округам, так и по отдельным субъектам РФ.

Литература

1. Заболеваемость населения России в 2010 году: Стат. материалы // Минздравсоцразвития РФ. – М., 2011. – В 6 ч.
Morbidity of the Population of Russia in 2010: Statis. Materials // Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation. – М., 2011. – in 6 volumes.
2. Медико-демографические показатели Российской Федерации. 2010 год: Стат. материалы / Минздравсоцразвития РФ. – М., 2011. – 66 с.
Medico-demographic parameters of the Russian Federation. 2010: Statis. Materials // Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation. – М., 2011. – 66 p.
3. Социально значимые заболевания населения России в 2010 году: Стат. материалы / Минздравсоцразвития РФ. – М., 2011. – 66 с.
Socially Significant Diseases of the Population of Russia in 2010: Statis. Materials // Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation. – М., 2011. – 66 p.

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

Ю.В. Чижов, И.Д. Ушницкий, П.Г. Варламов, О.М. Новиков, Т.В. Казанцева, С.В. Алексеев

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ, МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ, СОМАТИЧЕСКИЙ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУСЫ СЕМЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

УДК: 616.31-036.22 (571.56)

Представлены результаты комплексного исследования социально-гигиенического и стоматологического статуса семей, проживающих в экстремальных климатических условиях Севера (г. Якутск) более 10 лет. Изучены параметры социально-гигиенического, соматического, медико-демографического, стоматологического, ортопедического стоматологического статусов. Популяция обследованных семей характеризовалась в основном молодым (20-30 лет) и средним (30-50 лет) возрастом, с наличием в основном здоровых взрослых членов семьи и детей. В то же время количество неблагополучных семей по психологическим факторам составляет 56,9%. В 39,0% семей отмечается хотя бы у одного члена семьи заболевания кровообращения или костно-мышечной системы. Наибольшая обращаемость в стоматологические кабинеты и клиники отмечена по поводу зубного протезирования. Уровень гигиены полости рта по Федорову-Володкиной у детей во всех семьях хороший. Гигиенический индекс Бернадской в модификации Чижова-Новикова для зубов и протезов у взрослых членов семьи средний (от 0,2 до 0,49) для всех семей. Комплексная оценка параметров указанных статусов как семей в целом, так и каждого члена семьи в отдельности дает возможность выявить первоочередные проблемы здоровья и социальной защищенности семей, проживающих в экстремальных климатических условиях Севера, позволяет повысить качество оказания им необходимой социальной и медицинской помощи.

Ключевые слова: семья, социально-гигиенический статус, медико-демографический статус, соматический статус, стоматологический статус, здоровье, экстремальные климатические условия Севера.

Results of complex research of the social and hygienic and stomatologic status of the families living in extreme climatic conditions of the North (Yakutsk) more than 10 years are presented. Parameters of social and hygienic, somatic, medico-demographic, stomatologic, orthopedic stomatologic statuses are studied. Population of the surveyed families was characterized of generally young (20-30 years) and an average (30-50 years) age, with existence by generally healthy adult members of the family (61,8 %) and children. At the same time the quantity of dysfunctional families on psychological factors makes 56,9 %. In 39,0 % of families it is noted at least at one member of the family a disease of blood circulation or bone and muscular system. The greatest negotiability to stomatologic offices and clinics is noted concerning tooth prosthetics. Level of hygiene of an oral cavity according to Fedorov-Volodkina at children in all families is good. A hygienic index Bernadsky in Tchizhov's updating – Novikova for teeth and artificial limbs at adult members of the family – average (from 0,2 to 0,49) for all families. The complex assessment of parameters of the specified statuses as families as a whole, and each member of the family separately, gives the chance to reveal prime problems of health and social security of the families living in extreme climatic conditions of the North, allows to increase quality of rendering them necessary social and medical care.

Keywords: family, socially – hygienic status, the medico-demographic status, the somatic status, the stomatologic status, health, extreme climatic conditional of the North.

ЧИЖОВ Юрий Васильевич – д.м.н., проф. Красноярского гос. мед. университета, Gullever@list.ru; **УШНИЦКИЙ Иннокентий Дмитриевич** – д.м.н., проф. Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, incadim@mail.ru; **ВАРЛАМОВ Петр Герасимович** – к.м.н., доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, Varlamov.petr@mail.ru; **НОВИКОВ Олег Михайлович** – д.м.н., проф. каф. КГМУ, omnikovov2@yandex.ru; **КАЗАНЦЕВА Тамара Владимировна** – к.м.н., доцент КГМУ, 1Luka_LRC@mail.ru; **АЛЕКСЕЕВ Сергей Васильевич** – стоматолог ООО «Жемчуг», Alekseev1961@index.ru.

Введение. Анализ семьи как социально-биологической системы позволяет выявить закономерности структуры, функции и стадии развития семьи, составляющих, кроме всего прочего,

основу формирования здоровья семьи и взаимодействия её со здравоохранением. Семья с различными сторонами своей деятельности, демографическим, социально-экономическим,

морально-психологическим статусом оказывает непосредственное и опосредованное влияние на здоровье своих членов. Семья формирует, поддерживает и развивает здоровье своих членов, оказывая тем самым влияние и на общественное здоровье [1,3,4,8].

На современном этапе развития первичной медицинской стоматологической службы большую актуальность и значимость приобретают изучение состояния и условий формирования стоматологического здоровья семьи, исследование состояния структуры стоматологической помощи в городских центрах и тенденций ее развития, функционирование конкретных лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности по оказанию комплексной (семейной) стоматологической помощи [5]. Для северных территорий характерны специфические региональные факторы: природно-климатические, социально-экономические, экологические, которые приводят к различным морфофункциональным изменениям органов и систем, оказывающим существенное влияние на состояние здоровья, в том числе и стоматологического. В связи с этим изучение влияния особенностей факторов окружающей среды Севера на организм человека актуально с медицинской и социальной точек зрения. В условиях Севера интенсивность воздействия факторов риска возникновения стоматологических заболеваний зависит от неблагоприятных условий: резко континентальный климат с продолжительной низкой температурой в зимнее время, недостаточность ультрафиолетового облучения, низкая минерализованность и острый дефицит фтора в основных водоисточниках питьевой воды. Высокий уровень распространенности стоматологических заболеваний с предрасполагающими факторами риска у населения Севера диктует необходимость активизации профилактических мероприятий на основе научно обоснованных рекомендаций [6].

Известно, что семья в современных условиях играет важную роль в профилактике стоматологических заболеваний и стоматологической активности [2, 5]. В связи с этим изучение социально-гигиенических, медико-демографических и соматических аспектов стоматологического здоровья населения является актуальной проблемой стоматологии и медицины в целом.

Материалы и методы исследования. Нами методом анкетирования и объективного обследования были

изучены особенности социального, соматического и стоматологического статуса у 123 полных семей г. Якутска (обследовано в общей сложности 411 чел.: мужчин – 120; женщин – 120; детей – 171). Возраст обследованных мужчин и женщин составлял от 20 до 60 лет и старше, детей – от 0 до 14 лет. Исследование проводилось с применением социально-гигиенической карты стоматологического больного, разработанной на кафедре стоматологии последипломного образования врачей Института стоматологии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» [7]. Использована классификация видов полных семей с детьми по О.М. Новикову, В.Ф. Капитонову [1]; исследованы степень брачности, длительность проживания семьи в условиях Севера; общий состав, жилищные условия и условия питания семьи; собственная оценка общего состояния здоровья каждого взрослого члена семьи; оценка здоровья детей взрослыми членами семьи.

Определение стоматологического статуса проводилось с использованием авторской карты изучения стоматологического здоровья члена семьи, где отражены: пол, возраст, наличие сопутствующих соматических заболеваний; регулярность и полноценность питания; поводы для обращения в стоматологическую поликлинику (из них платно); ортопедический стоматологический статус, вид прикуса, классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди; классификация беззубых челюстей по Оксману; определение гигиенического индекса: по Федорову – Володкиной; по Бернадской в модификации Чижова – Новикова [7]; индекс КПУ и др.

Результаты исследования. В обследованных семьях г. Якутска брак был зарегистрирован у 73 семей (59,3%). Больше количество семей 92 (74,8%) проживают в г. Якутске (и вообще в условиях Севера) более 10 лет. Количественный состав семьи распределяется следующим образом: 2 чел. – 11 семей (8,9%); 3 чел. – 68 (55,3%); 4 чел. – 36 (29,3%); 5 чел. – 8 семей (6,5%).

В соответствии с обширной классификацией видов полных семей с детьми О.М. Новикова и В.Ф. Капитонова (2010) были определены параметры социального и соматического статуса семей и их членов. Так, по медико-демографическому статусу (А) семьи распределились следующим образом:

1) по количеству детей: бездетные – 11(8,9%); малодетные (с одним ребенком) – 68 (55,3%); среднететные (с двумя детьми) – 36 (29,3%); многодетные (с тремя детьми и более) – 8 (6,5%);

2) по возрасту супругов: юная (до 20 лет) – 6 семей (4,9%); молодая (от 20 до 30 лет) – 73 семьи (59,3%); средняя (от 30 до 50 лет) – 42 семьи (34,1%); зрелая (от 50 до 60 лет) – 6 семей (12,0%); пожилая (60 лет и старше) – 1 семья (0,8%); с разницей в возрасте свыше 10 лет – 1 семья (0,8%);

3) по состоянию здоровья: редко болеющие члены семьи – 96 семей (78,0%); часто болеющие члены семьи – 11 (8,9%); с хронически больными (больным) членами семьи – 16 (13,0%); с инвалидами – 0 (0,0%); с психическими больными – 0 семей (0,0%). Данные по состоянию здоровья свидетельствуют о более благоприятной ситуации семей, так как их значительная часть относится к группе редко болеющих членов семьи.

Дальнейший анализ видов семей по социально-гигиеническому статусу (Б) выявил следующую структуру:

1. Уровень образования (по главе семьи): с высшим образованием – 85 семей (69,1%); средним специальным – 24 семьи (29,5%); средним – 14 семей (11,4%); неполным средним – 0 семей (0,0%); с начальным – 0 семей (0,0%); без образования – 0 семей (0,0%).

2. Уровень обеспеченности (по сравнению с прожиточным минимумом на одного члена семьи): высокий (выше в 10 раз) – 15 семей (12,2%); выше среднего (выше в 5-10 раз) – 35 (28,5%); средний (2-5 раз) – 40 (32,5%); низкий (1-2 раза) – 29 (23,6%); очень низкий (ниже среднего прожиточного) – 4 семьи (3,3%).

3. Степень благополучия (по образу жизни): благополучная – 25 семей (20,3%); девиантная (злоупотребляющая алкоголем) – 19 (15,4%); неблагополучная по психологическим отношениям (ссоры, конфликты и т.д.) – 70 (56,9%); прочие – 9 семей (7,3%);

4. Степень занятости в труде: работают оба супруга – 99 семей (80,4%); работает один из супругов – 14 (11,4%); не работает ни один из супругов – 5 (4,1%); пенсионеры, инвалиды-члены семьи – 5 семей (4,1%).

5. Социальный статус (по главе семьи): служащего – 76 семей (61,8%); рабочего – 35 (28,5%); сельхозработника – 0 (0,0%); военнослужащего – 0 (0,0%); пенсионера – 5 (4,1%); студента – 3 (2,4%); прочие – 4 семьи (3,3%).

По жилищным условиям семьи разделились следующим образом: хорошие условия отметили 105 семей (85,9%); удовлетворительные – 18 (14,6%); плохие – 0 семей (0,0%); по условиям питания хорошее – 100 (81,3%); удовлетворительное – 23 семьи (18,7%).

В соответствии с применяемой нами границей групп здоровья детей взрослые члены семей отнесли своих детей к следующим группам здоровья: 1 группа (хроническая патология отсутствует, редкие и легко протекающие острые заболевания или их отсутствие) – 111 семей (154 ребенка) – 90,3%; 2 группа (наличие функциональных отклонений, продолжительные острые заболевания с последующим реконвалесцентным периодом) – 9 семей (12 детей) – (7,3%); 3 группа (хроническая патология, врожденные дефекты развития, наличие функциональных отклонений патологически измененной системы, кариес зубов) – 3 семьи (3 ребенка) – (2,4%).

По группам здоровья взрослые члены семьи распределялись следующим образом:

1 группа (периодические нарушения режима питания, сна, отдыха, двигательного режима, редкие и легко протекающие острые заболевания) – 76 семей (61,8%); 2 группа (частые и продолжительные острые заболевания, вялость, повышенная возбудимость, нарушение сна, нарушение аппетита, субфебрилитет) – 35 семей (28,5%); 3 группа (наличие хронической патологии) – 12 семей (9,7%).

Наличие сопутствующих заболеваний у каждого члена семьи: нет (не отмечают) – в 58 семьях (47,2%); системы кровообращения – в 23 семьях (18,7%), болезней костно-мышечной системы – в 25 (20,3%), болезней эндокринной системы – в 1 (0,8%); органов дыхания – в 16 семьях (13,0%).

Поводы для обращения в стоматологическую клинику: консультации – 24 семьи (19,5%); лечение зубов – 68 (55,3%); удаление зубов – 51 (41,5%); зубное протезирование – 108 семей (87,8%). Следует отметить, что у многих семей поводов для обращения в стоматологическую клинику было больше одного, и они были различны.

Наличие протезов на верхней челюсти у взрослых членов семьи: нет протезов – в 72 семьях (58,5%); 1 мостовидный у какого-либо взрослого члена семьи – в 38 (30,9%), более чем один мостовидный протез у взрослых членов семьи – в 22 (17,9%); мостовидный и частичный съемный протез

– в 9 семьях (7,3%). Наличие протезов на нижней челюсти: нет протезов – в 72 (74,0%); 1 мостовидный протез – в 29 семьях (23,6%).

Различная патология височно-нижнечелюстного сустава была выявлена у взрослых в 68 семьях (55,2%). Необходимость протезирования взрослых членов семьи: на верхней челюсти – в 43 (34,9%), на нижней – в 63 семьях (51,2%). Состояние прикуса: ортогнатический (нейтральный) – в 92 семьях (74,7%); прогнатический (дистальный) – в 24 (19,5%); прогенический (мезиальный) – в 9 семьях (7,3%). Наличие дефектов зубных рядов по Кеннеди (хотя бы у 1 члена семьи): 1 класс – в 9 семьях (7,3%); 2 класс – в 20 (16,3%); 3 класс – в 68 (55,2%); 4 класс – в 4 семьях (3,3%). Уровень гигиены по Федорову-Володиной (для детей до 14 лет) во всех семьях хороший (1,1-1,5).

Гигиенический индекс Бернадской в модификации Чижова – Новикова для зубов и протезов (для взрослых членов семьи) средний (от 0,2 до 0,49) для всех семей. Индекс КПУ (интенсивность) очень низкий (от 0 до 1,1) в 0 семьях (0,0%); низкий (от 1,2 до 2,6) – в 5 (4,1%); средний (2,7 – 4,4) – в 48 (39,0%); высокий (от 4,5 до 6,5) – в 67 (54,6%); очень высокий – в 3 семьях (2,4%). Выявлено, что на первом месте из компонентов индекса КПУ стоит компонент «П» – в 72 семьях (58,5%), на втором месте компонент «У» – в 27 семьях (21,9%), на третьем – компонент «К» – 24 семьи (19,6% семей).

Выводы. Анализ полученных результатов выявил, что большее количество семей – 92 (74,8%) из обследованных – проживают в условиях Севера более 10 лет, из них по количественному составу преобладают семьи из 3 и 4 чел. – 68 (55,3%) и 36 (29,3%) соответственно. При этом по возрастной градации (возраст супругов) наибольшее количество из обследованных семей составляют молодые семьи (от 20 до 30 лет) – 73 (59,3%), а также семьи среднего возраста (от 30 до 50 лет) – 42 (34,1%), и 78% семей (96) относятся к здоровым (или редко болеющим). Кроме того, практически 90% взрослых членов семей – (109 семей) имеют высшее и среднее специальное образование. Наиболее распространенный уровень обеспеченности (по сравнению с прожиточным минимумом на одного члена семьи) средний (выше в 2-5 раз) – 40 семей (32,5%) и выше среднего (в 5-10 раз) – 35 семей (28,5%). Но в то же время отмечается мало благополучных семей – 25 (20,3%), количество неблаго-

получных по психологическим отношениям (ссоры, конфликты и т.д.) – 70 (56,9%), а девиантных (злоупотребляющих алкоголем) – 19 (15,4%). Следует отметить, что наибольшая обращаемость в стоматологические кабинеты и клиники отмечается по поводу зубного протезирования – у 108 семей (87,8%). Однако выявлена значительная нуждаемость в протезировании взрослых членов семьи; на верхней челюсти – в 43 (34,9%), на нижней челюсти – в 63 семьях (51,2%). По индексу КПУ более половины всех обследованных семей – 115 (93,5%) – имеют высокий (от 4,5 до 6,5) – 67 семей (54,6%) и средний (от 2,7 до 4,4) – 48 семей (39,0%) показатели. Данные факты, соответственно, оказывают влияние на частоту дефектов зубных рядов среди обследованного контингента и патологии височно-нижнечелюстного сустава (55,2% семей).

Литература

1. Артюхов И.П. Семейная медицина: закономерности формирования сельских семей / И.П. Артюхов, В.Ф. Капитонов, О.М. Новиков. – Новосибирск: Наука, 2010. – 295 с.
2. Artyukhov I.P. Family Medicine: regularities of formation of rural families/ I.P. Artyukhov, V.F. Kapitonov, O.M. Novikov. – Novosibirsk: Nauka, 2010. – 295p.
3. Гринина О.В. Здоровье – основной раздел программы медико-социальной характеристики семьи / О.В. Гринина, Д.И. Кича, Т.В. Важнова, Е.В. Халов // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1997. – №1. – С.26-30.
4. Grinina O.V. Health - the main part of the program of medical and social characteristics of the family / O.V.Grinina, D.I.Kicha, T.V. Vazhnova, E.V. Halov. – Healthcare of the Russian Federation in, 1997. – №1. – P.26-30.
5. Камалова Ф.М. Заболеваемость в сельских семьях и ее моделирование / Ф.М. Камалова, Ф.Н. Халлиулин, Н.А. Нигматуллина // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2009. – №1. – С.11-14.
6. Kamalova F.M. The incidence in rural families and its modeling / F.M.Kamalova, F.N.Hallilulin, N.A. Nigmatullina // Problems of social hygiene and medical history. – 2009. – №1. – P.11-14.
7. Кесаева Р.Э. Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе: автореф. дис. д-ра социол. наук / Р.Э. Кесаева. – Волгоград: Изд-во ВГМУ, 2006. – 48 с.
8. Kesaeva R.E. The interaction of family and medicine in modern society. - the Dissertation of the candidate of sociological sciences / R.E. Kesaeva. – Volgograd. Publishing house VGMU, 2006. – 48 p.
9. Социально-экономические характеристики населения, связанные с обращением за стоматологической помощью на поздних стадиях заболевания / С.Т. Сохов, Т.П. Сабгайда, А.В. Кабанова [и др.] // Dental forum. – 2011. – № 2. – С. 60-65.
10. Socio-economic characteristics of the population associated with the management of dental

aid in the later stages of the disease / S.T.Sohov, T.P.Sabgayda, A.V. Kabanova [et al.] // Dental forum. – 2011. – №2. – P.60-65.

6. Ушницкий И.Д. Стоматологические заболевания и их профилактика у жителей Севера / И.Д. Ушницкий, В.П. Зеновский, Т.В. Вилова. – М.: Наука, 2008. – 172с.

Ushnitskiy I.D. Dental diseases and their

prevention among residents of the North / I.D. Ushnitskiy, V.P. Zenovskiy, T.V. Vilova – M.: Nauka, 2008. – 172 p.

7. Чижов Ю.В. Методика комплексной оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого и старческого возраста / Ю.В. Чижов, А.В. Цимбалстов, О.М. Новиков. – Красноярск, 2005. – 53 с.

Chizhov Y.V. Method of an integrated assessment of the dental health of elderly/ Y.V. Chizhov, Tsimbalistov A.P., Novikov O.M., – Krasnoyarsk, 2005. – 53 p.

8. Cubbins L.A. Family effects in self-reported health among Russian wives and husbands / L.A. Cubbins, M. Szaflarski // Soc. Sci. Med. – 2001. – Vol.53. – P. 1653 - 1666.

А.И. Сивцева, Т.С. Неустроева, М.А. Иванова, Е.Р. Петрова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ: РОЛЬ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

УДК 616.24, 616.23/25

Основным фактором развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является курение. Научные исследования, проведенные в последние годы, позволили установить, что при индексе курения, превышающем число 120 (количество сигарет, выкуриваемых в течение дня, умноженное на число месяцев в году, в течение которых человек курит), как правило, появляются симптомы ХОБЛ. Также доказано, что риск возникновения ХОБЛ повышается в возрасте старше 40–60 лет. Авторитетные исследования показали, что курению способствуют социальные факторы: одиночество, безработица и т.д. В Якутии курение издавна получило широкое распространение и вместе с суровым климатическим фактором является фактором развития ХОБЛ.

Ключевые слова: ХОБЛ, курение, эпидемиология, факторы риска.

The main factor for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is smoking. Scientific researches conducted in recent years have established that smoking during index exceeding the number 120 (the number of cigarettes smoked per day multiplied by the number of months in the year, during which time a person smokes) typically develop symptoms of COPD. It is also proved that the COPD risk increases at the age of 40-60 years. Reputable studies have shown that smoking contributes to such social factors as loneliness, unemployment, etc. In Yakutia smoking has long been widespread and with severe climatic factor it is the factor for the development of COPD.

Keywords: COPD, smoking, epidemiology, risk factors.

Известно, что при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) ограничение воздушного потока прогрессирует и связано с аномальным воспалительным ответом дыхательных путей, вызванным контактом с вредными частицами или газами, поступающими чаще всего при курении табачных изделий [1].

В настоящее время распространение табакокурения рассматривается как социально-медицинская проблема, включающая 2 момента:

1 – стандартное восприятие населением курения как привычки, достаточно безобидной или связанной с возможным и весьма неопределённым риском для здоровья [17, 18];

2 – статистические данные, показывающие огромный ущерб, наносимый курением здоровью людей. У мужчин от 45 лет и старше из всех зарегистрированных сердечно-сосудистых патологий 20–22% смертности обусловлено табакокурением [3]. Доказано, что относительный риск развития рака лёгкого среди курильщиков выше в

9,2–14,9 раза в зависимости от стажа и интенсивности курения [11].

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. эпидемия табакокурения переместится из стран Западной Европы и Америки, где в течение последних 20-30 лет проводилась антитабачная пропаганда, в развивающиеся страны, система здравоохранения которых окажется не в состоянии бороться с эпидемией табакокурения из-за отсутствия финансирования антитабачных программ. Эти проблемы в полной мере касаются и РФ [31].

Известно существование двух видов курения: активное и пассивное. Активное табакокурение является наиболее агрессивным фактором риска, занимающим значительный период жизни курящего, иногда более 10-15 лет, прежде чем клинические проявления ХОБЛ дадут основание человеку осознать болезнетворную силу табакокурения [9]. По данным некоторых авторов [19], частота хронического бронхита (ХБ) курящих в 2,5-4 раза выше, чем у некурящих.

При этом представительное выборочное исследование населения РФ показало, что в нашей стране курят свыше половины мужчин (63,2%) и каждая десятая женщина (9,7%) в возрасте 15 лет и старше [19].

Распространение табакокурения

внутри популяции зависит от демографических и социальных характеристик населения. Так, достоверно установлено уменьшение доли курящих с увеличением возраста начиная с 40 лет, но более существенно после 60 лет. Выявлена также связь табакокурения с социальным статусом человека. Например, к курению предрасполагают такие факторы, как низкий уровень жизни и образования, социальная неустроенность, безработица, а также чувство одиночества [32].

На сегодня патологическое влияние курения на бронхолегочную систему изучено хорошо [16]. Так, установлено, что табачный дым, попадая в дыхательные пути, повреждает мукоцилиарный аппарат [21], вызывает функциональную недостаточность антипротеаз в нижних отделах респираторного тракта, приводит к гиперплазии бронхиальных желез, вырабатывающих слизь, наравне с этим нарушает иммунную защиту легких и способствует аллергии организма с высвобождением гистамина при дегрануляции базофилов. Кроме того, курение приводит к затруднению оттока лимфы из бронхов и нарушает микроциркуляцию в легочном капиллярном русле, а также ухудшает функцию лёгких [14, 19].

Высказано предположение, что при токсическом действии табачного дыма разрушаются альвеолярные

НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова: **СИВЦЕВА Анна Иннокентьевна** – д.м.н., руковод. группы, sannai@inbox.ru, **НЕУСТРОЕВА Татьяна Семеновна** – к.м.н., с.н.с., sannai@inbox.ru, **ИВАНОВА Марианна Адольфовна** – м.н.с., mariv.81@mail.ru, **ПЕТРОВА Евгения Робертовна** – м.н.с., mariv.81@mail.ru.