Частота курения среди пациентов с острым инфарктом миокарда, угрожаемых по преждевременной смерти

Киреев К. А.^{1,2}, Фокин А. А.^{1,2}, Крамник Г. Е.¹

¹НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО “РЖД”. Челябинск; ²ГБОУ ВПО “Южно-уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации”. Челябинск, Россия

Цель. Оценка частоты курения у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 пациентов с заключительным диагнозом ОИМ. Возраст больных варьировал 32-65 лет, средний возраст 50,4±1,4 лет. Все являлись жителями г. Челябинска или его ближайшего пригорода. Респондентам предлагали вопросы, касающиеся социального статуса и частоты курения.

Результаты. В отношении курения получили следующие ответы: никогда не курили — 41,0%; курили, но бросили — 10,0%; курят давно — 45,0%; недавно начали курить — 4,0%. Курение достоверно ($p<0,05$) чаще распространено среди пациентов мужского пола — 61,1% vs 26,1%. 36,4% респондентов ответили, что начали курить в возрасте <15 лет; 54,2% — в возрасте 16-20 лет и 9,4% — позже 20-летнего возраста. Среди респондентов 20,4% выкуривают по 10 сигарет в сут.; до 1 пачки в сут. — 16,3%; пачку в сут. — 37,8%; >1 пачки в сут. — 25,5%. В течение последнего года пытались бросить курить 31,6% анкетированных. Мотивациями к отказу от курения среди бросивших курить являлись: отрицательное влияние на здоровье — 60,0%; убедили бросить родственники

и друзья — 25,0%; убедили медицинские работники — 15,0%; запретил курить лечащий врач — 0%.

Заключение. У пациентов с ОИМ преимущественно трудоспособного возраста, проживающих в крупном промышленном городе, определена высокая частота курения (49,0%) и его интенсивность. Среди этой категории больных наблюдалась недостаточная информированность о негативных влияниях модифицируемых факторов риска на развитие сердечно-сосудистой патологии. По субъективной оценке пациентов, только у 26,0% респондентов развитие ОИМ было ассоциировано с неправильным образом жизни (5,5% с курением).

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь, острый инфаркт миокарда, курение, преждевременная смерть.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(2): 28–32
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-2-28-32>

Поступила 15/05-2016

Принята к публикации 10/08-2016

Smoking prevalence in acute myocardial infarction patients with sudden death risk

Kireev K. A.^{1,2}, Fokin A. A.^{1,2}, Kramnik G. E.¹

¹Railway Clinical Hospital of Chelyabinsk Station of JSC “Russian Railways”. Chelyabinsk; ²SBEI HPE “South Ural State Medical University of the Ministry of Health”. Chelyabinsk, Russia

Aim. To assess the smoking prevalence in myocardial infarction patients (MI).

Material and methods. The questioning of 200 patients with MI diagnosis was performed, age 32-65 y.o., mean age 50,4±1,4 y.o. All participants were Chelyabinsk citizens, or neighborhood inhabitants. Respondents were asked questions on their social status and smoking.

Results. For the smoking, following responses were gathered: non-smokers — 41,0%; former — 10,0%; long time smokers — 45,0%; recent smokers — 4,0%. Smoking was significantly ($p<0,05$) more prevalent in males — 61,1% vs 26,1%. Thirty six point four percent replied that started smoking at the age ≤15 y.o.; 54,2% — at the age 16-20 y.o. and 9,4% — older than 20 y.o. Among responders, 20,4% smoke 10 cig. daily; up to 1 pack daily — 16,3%; one pack daily — 37,8%; >1 pack — 25,5%. During the last year, 31,6% tried to quit. Motivations for the attempt were: negative influence of health —

60,0%; relatives and friends convincing — 25,0%; healthcare specialist convincing — 15,0%; the treating clinician prohibited to smoke — 0%.

Conclusion. In MI patients mostly of economically active age, living in a large industrial city, the prevalence of smoking is high (49,0%) as its intensity. Among the category of patients, there was insufficient awareness on the negative influence of modifiable risk factors on the development of cardiovascular pathology. By the subjective estimation, only 26,0% responders with MI associated its development with improper lifestyle, and 5,5% — with smoking.

Key words: specialized health care, acute myocardial infarction, smoking, premature death.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(2): 28–32
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-2-28-32>

БСК — болезни системы кровообращения, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (351) 268-42-32

e-mail: kkireev83@mail.ru; alanfokin@yandex.ru

[Киреев К. А. — “к.м.н., руководитель Центра рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, ассистент кафедры хирургии института дополнительного профессионального образования, Фокин А. А. — “д.м.н. профессор, Заслуженный врач РФ, руководитель Междорожного центра сердечно-сосудистой хирургии, зав. кафедрой хирургии института дополнительного профессионального образования, Крамник Г. Е. — врач-кардиолог].

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020г, через 4 года смертность от болезней системы кровообращения (БСК) в стране должна снизиться до уровня не более 622 на 100 тыс населения [1]. За последние годы по этому показателю в Челябинской области наблюдается положительная динамика — с 726,3 на 100 тыс населения в 2013г до 634,6 на 100 тыс населения в 2015г. Тем не менее, этот показатель остается высоким даже в сравнении с не самыми индустриально развитыми странами, и требуются дополнительные меры, направленные на его коррекцию [2].

Для нивелирования всех негативных воздействий БСК существуют две концепции [3, 4]. Одна из них связана со своевременным выявлением и проведением специализированного лечения сердечно-сосудистой патологии. В ходе реализации Национального проекта “Здоровье” и Программы модернизации здравоохранения существенно улучшилась материально-техническая база специализированных центров сердечно-сосудистой хирургии, ориентированных в т.ч. на urgentных больных кардиологического профиля. Результатом этих мероприятий стал ежегодный рост количества чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) при ишемической болезни сердца и остром инфаркте миокарда (ОИМ) в частности [5]. Вторая концепция ориентирована на профилактику БСК. По мнению ведущих экспертов организации здравоохранения и кардиологии, это направление является самым эффективным.

Профилактика курения как важного фактора риска БСК имеет стратегическое значение. Помимо негативных воздействий на сердечно-сосудистую систему курение способствует раку легкого и хроническим бронхообструктивным заболеваниям [6]. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, потребление табака унесло ~5,1 млн жизней во всем мире в 2004г или явилось причиной одной из восьми смертей среди взрослого населения в возрасте ≥ 30 лет [7]. В соответствии с дальнейшими прогнозами эти цифры с каждым годом будут только расти. Поэтому целью исследования явилась оценка частоты курения среди пациентов с ОИМ, угрожаемых по преждевременной смерти.

Материал и методы

Работа выполнена в региональном сосудистом центре НУЗ “Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО “РЖД” в 2015г. В исследование вошли 200

пациентов с заключительным диагнозом ОИМ, которым перед выпиской из стационара (в среднем на 10-12 сут. от поступления) проводилось анкетирование. Критериями включения являлись:

- Проживание в г. Челябинске или прилегающем пригороде.
- Возраст пациента с ОИМ < 65 лет — т.е. в исследование вошли пациенты, угрожаемые по преждевременной смерти.

Критерием исключения из исследования являлось нежелание больного участвовать в анкетировании.

В работе применялись социологический (в форме анкетирования) и аналитический методы. Из учетных форм использовалась форма 003/у “Медицинская карта стационарного больного”, а также отчеты отделений кардиологии и рентгенохирургии за 2015г.

Возраст больных варьировал от 32 до 65 лет, средний возраст составил $50,4 \pm 1,4$ лет. Все пациенты, принимавшие участие в данном исследовании, получали специализированную медицинскую помощь в соответствии с клиническими рекомендациями и установленным порядком. В 84,0% случаев для лечения ОИМ проводилась реперфузионная терапия с применением ЧКВ.

Проведено анкетирование для оценки частоты курения. В анкету вошли 30 вопросов, касающиеся социального статуса и собственно курения. Полученные результаты оценивались по 100-балльной шкале: 0-20 — низкий; 21-40 — пониженный; 41-60 — средний; 61-80 — повышенный, 81-100 — высокий показатель. Зарегистрированные данные прошли статистическую обработку, для которой использовали пакет программ Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 10.0.

Результаты

Все респонденты являлись жителями г. Челябинска (80,5%) или ближайшего прилегающего к нему пригорода (19,5%). В анкетировании приняли участие 65,5% мужчин и 34,5% женщин. Распределение пациентов по возрастным группам представлено следующим образом: 31-40 лет — 10,5%; 41-50 лет — 40,0%; 51-60 лет — 29,5%; 61-65 лет — 20,0%. Частота курения среди гендерных и возрастных групп представлена в таблицах 1 и 2.

По уровню образования получены следующие данные: лица, имеющие неполное среднее — 8,0%; среднее — 20,0%; среднее специальное — 45,5%; высшее — 23,0%; два высших — 3,5%. Частота курения в данных группах варьировала от 43,4% среди лиц с высшим образованием до 52,5% у респондентов со средним образованием (таблица 3).

По социальному статусу наибольший удельный вес составили пенсионеры, рабочие и служащие — 21,0%, 37,0% и 31,0% больных, соответственно. Менее распространенными оказались следующие социальные группы: лица трудоспособного возраста, но временно не работающие — 6,5%; крестьяне — 2,0%; предприниматели — 2,0%, домохозяйки — 0,5%. Наименьшая частота курения зарегистрирована среди пенсионеров (38,1%), максимальная — среди рабочих (55,4%) (таблица 4).

Таблица 1

Гендерные различия в частоте курения среди пациентов с ОИМ

Пол	Мужчины	Женщины	p
Курение	80 (61,1%)	18 (26,1%)	$p < 0,001$

Таблица 2

Возрастные различия в частоте курения среди пациентов с ОИМ

Возраст	31-40	41-50	51-60	61-65	p
	1	2	3	4	$p_{1,2}=0,4$
Курение	13 (61,9%)	41 (51,3%)	32 (54,2%)	12 (30,0%)	$p_{1,3}=0,5$ $p_{1,4}=0,01$ $p_{2,3}=0,7$ $p_{2,4}=0,03$ $p_{3,4}=0,02$

Таблица 3

Частота курения среди пациентов с ОИМ в зависимости от образования

Образование	Неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Высшее	p
	1	2	3	4	$p_{1,2}=0,6$
Курение	7 (43,8%)	21 (52,5%)	47 (51,6%)	23 (43,4%)	$p_{1,3}=0,6$ $p_{1,4}=0,9$ $p_{2,3}=0,9$ $p_{2,4}=0,4$ $p_{3,4}=0,3$

Таблица 4

Частота курения среди пациентов с ОИМ в зависимости от их трудовой занятости

Трудовая занятость	Пенсионеры	Рабочие	Служащие	Прочие*	p
	1	2	3	4	$p_{1,2}=0,07$
Курение	16 (38,1%)	41 (55,4%)	31 (50,0%)	10 (45,5%)	$p_{1,3}=0,2$ $p_{1,4}=0,6$ $p_{2,3}=0,5$ $p_{2,4}=0,4$ $p_{3,4}=0,7$

Примечание: * — временно не работающие, предприниматели, домохозяйка; занятые в сельском хозяйстве.

В отношении пристрастия к курению получены следующие ответы: никогда не курили — 41,0%; курили, но бросили — 10,0%; курят давно — 45,0%; недавно начали курить — 4,0%.

На вопрос “в каком возрасте начали курить?” 36,4% респондентов ответили, что начали курить в возрасте <15 лет; 54,2% — в возрасте 16-20 лет и 9,4% — позже 20-летнего возраста. Среди респондентов, которые продолжают курить, 20,4% выкуривают по 10 сигарет в сут.; 10-20 сигарет в сут. — 16,3%; 20 сигарет в сут. — 37,8%; >20 сигарет в сут. — 25,5%. В течение последнего года пытались бросить курить 31,6% анкетированных. Мотивациями к отказу от курения среди бросивших курить являлись: отрицательное влияние на здоровье — 60,0%; убедили бросить родственники и друзья — 25,0%; убедили медицинские работники — 15,0%.

Среди респондентов отмечены следующие способы снятия психоэмоционального напряжения: употребление спиртных напитков — 18,7%; курение — 31,3%; еда — 9,7%; продолжительный сон — 10,4%; выполнение тяжелой физической работы — 13,9%; покупка желанной вещи — 16,0%.

Возникновение ОИМ респонденты связывали: в 22,5% случаях с наследственностью; в 13,5% — с плохой экологией; в 11,0% — с низким уровнем

доходов на одного члена семьи; в 8,5% — с низкой физической активностью; в 5,5% — с курением; в 5,0% — с тяжелыми и вредными условиями труда; в 5,0% — с неправильным питанием; по 4,0% ответов пришлось на плохие климатические условия, напряженные отношения в семье, плохие жилищно-бытовые условия; 2,0% — употребление спиртных напитков. В 15,0% случаях респонденты затруднились ответить на заданный вопрос.

Артериальная гипертензия выявлена в 67,5% случаев, постинфарктный кардиосклероз в анамнезе — в 9,0% наблюдений. На диспансерном наблюдении с диагнозом артериальная гипертензия состояли 30,5% опрошенных, постоянный прием антигипертензивных препаратов отметили 18,5% пациентов.

Обсуждение

Применительно к сердечно-сосудистой системе самый негативный эффект курения связан с нарушением функции эндотелия, что способствует развитию атеросклероза и заболеваний, ассоциированных с ним. Сочетание факторов риска вызывает мультипликативный эффект. Важное значение имеет прямое канцерогенное воздействие, наблюдаемое при курении.

Распространенность табачной зависимости во всех странах мира приобрела устойчивый характер глобальной эпидемии, что значительно расширяет масштабы поражения населения сердечно-сосудистой патологией. Эпидемиологические данные о высокой распространенности курения в различных группах подтвердились в проведенном исследовании, в которое вошли пациенты с уже случившимся заболеванием — ОИМ.

Представленная работа была ориентирована на пациентов в возрасте <65 лет, т.е. на категорию больных, угрожаемых по преждевременной смерти, из которых 80,0% трудоспособного возраста. Фактически все пациенты являлись жителями мегаполиса, из них 80,0% проживали непосредственно в г. Челябинске и 20,0% в его пригороде. По уровню образования наиболее часто встречались лица со средним специальным или высшим образованием. В общей сложности на эти категории пришлось 72,0% респондентов. В 72,0% случаев на момент ОИМ у респондентов была трудовая занятость.

Частота курения на момент развития ОИМ среди респондентов составила 49,0%, т.е. активным курильщиком являлся каждый второй пациент, угрожаемый по преждевременной смерти.

Гендерные различия по частоте курения, полученные в настоящем исследовании, соответствовали ($p < 0,001$) официальной статистике Всемирной организации здравоохранения (World Health Statistics, 2013). По официальным данным в России [8] в возрасте >15 лет курили 24% женщин и 59% мужчин. В представленной работе — 26,1% и 61,1%, соответственно.

С увеличением возраста снижается частота курения, о чем свидетельствует самая низкая частота курения среди пациентов в возрастной группе 61–65 лет (30,0%). Этот показатель имел статистически значимые различия с другими возрастными категориями ($p < 0,05$). К сожалению, самая высокая частота курения получена в самой молодой возрастной группе 31–40 лет (61,9%). Среди групп 41–50 лет и 51–60 лет курение встречалось в 51–54% случаев.

Самая низкая частота курения отмечена среди пенсионеров (38,1%). Данное обстоятельство можно объяснить увеличением среди вышедших на пенсию доли лиц старшего возраста, у которых курение встречается реже. В двух других наиболее распространенных группах (рабочие и служащие) частота курения находилась на одном уровне ~50–55%. Статистически значимые различия среди пациентов с ОИМ в зависимости от их трудовой занятости отсутствовали ($p > 0,05$).

Достоверных различий по частоте курения не зарегистрировано у пациентов с ОИМ с различным уровнем образования ($p > 0,05$). Наибольший показатель получен среди больных с ОИМ, имев-

ших среднее и среднее специальное образование — 52,5% и 51,6%, соответственно. Равнозначная частота курения (43–44%) встречалась у лиц с неполным средним и высшим образованием.

Среди курящих больных 90,6% начали курить, не достигнув 20-летнего возраста. Учитывая средний возраст 50,4 года, был получен, с одной стороны, длительный стаж курения. С другой стороны, все эти годы “профилактическое звено здравоохранения” не смогло мотивировать конкретного курильщика на отказ от этой вредной привычки.

С другой стороны, в 20 (10,0%) случаях респонденты “курили, но бросили”. При этом основная причина отказа связана с личным опытом негативного влияния курения на собственное здоровье (60,0%), а не с участием медицинских работников (только 15,0%).

По субъективной оценке пациентов, у 26,0% респондентов развитие ОИМ было ассоциировано с неправильным образом жизни. Из них только 5,5% опрошенных связывают развитие своего заболевания с курением. Полученные данные указывают на низкую информированность населения о негативном влиянии факторов риска атеросклероза.

Зарегистрированные данные о частоте курения среди пациентов с ОИМ следует считать высокими. Улучшение ситуации по данному вопросу можно связать с несколькими направлениями. Для трудоспособного поколения с табачной зависимостью необходимы комплексные лечебные программы, связанные с отказом от табакокурения. Пациентов с никотиновой зависимостью во время диспансерных осмотров необходимо выявлять, проводить соответствующие разъяснительные беседы о вреде курения и о здоровом образе жизни в целом и при согласии больного направлять в Центры здоровья, где собственно будут реализовываться реабилитационные программы.

К сожалению, такой подход, вероятно, будет иметь незначительный результат. Причина кроется в низкой мотивации пациента на соответствующее лечение. В подобной ситуации, касающейся артериальной гипертензии, из 30,5% больных ОИМ с установленной ранее патологией и находящихся на диспансерном наблюдении, только 18,5% постоянно принимали назначенную им терапию по коррекции артериального давления. Отказ от курения, особенно при его длительном стаже, является более волевым поступком в сравнении с ежедневным приемом лекарств.

Более перспективным направлением может стать воздействие на “молодое поколение” на разных уровнях — школы, училища, высшие учебные заведения. При введении в образовательные стандарты обязательных занятий по здоровому образу

жизни, возможно, позволит эффективно воздействовать на несформированные представления о жизненных приоритетах, к которым относится длительное сохранение здоровья.

Заключение

Среди пациентов с ОИМ, угрожаемых по преждевременной смерти и проживающих в городе Челябинске или его ближайшем пригороде, отмечалась высокая частота курения (49,0%).

Достоверно более низкая частота курения ($p < 0,05$) зарегистрирована у пациентов с ОИМ женского пола и в возрастной группе 61–65 лет. По остальным критериям сравнения — образование, трудовая занятость, возрастные группы 31–60 лет, статистически значимые различия отсутствовали ($p > 0,05$).

Литература

1. State Program of the Russian Federation "Development of Health" approved Order of the Government of the Russian Federation of December 24, 2012, № 2511-р, Moscow. Russian newspaper; 2012; 31 dek. Russian (Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения", утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012г. № 2511-р г. Москва. Российская газета 2012; 31 декабря).
2. Gerasimenko NF. High mortality of the population — the main demographic problem in Russia in the context of European health trends. Health of the Russian Federation 2009; 3: 4-10. Russian (Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения — главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья. Здравоохранение РФ 2009; 3: 4-10).
3. Oganov RG, Maslennikova GJa. Strategies for the prevention of cardiovascular diseases in the Russian Federation. Clinical medicine 2012; 3: 4-7. Russian (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. Клиническая медицина 2012; 3: 4-7).
4. Chazov EI, Bojcov SA. Provision of medical care to patients with acute coronary syndrome within the framework of the establishment of regional and primary vascular centers in the Russian Federation. Vestnik of cardiology 2008; 2: 5-11. Russian (Чазов Е.И., Бойцов С.А. Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в рамках программы создания региональных и первичных сосудистых центров в Российской Федерации. Кардиологический вестник 2008; 2: 5-11).
5. Bokeriya LA, Alekjan BG. Endovascular diagnosis and treatment of diseases of the heart and blood vessels in the Russian Federation — 2014. Moscow: NTSSKh im. A. N. Bakuleva RAMN Publ. 2015; 206 p. Russian (Бокерия Л.А., Алекаян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации — 2014. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН 2015; 206 с).
6. Gerasimenko NF, Alexandrova OYu, Biksolt AM. The medical sociological study of factors impacting tobacco smoking in younger population. Sociology of medicine 2014; 1: 22-5. Russian (Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Биксолт А.М. Медико-социальные исследования факторов, влияющих на табакокурение молодого населения. Социология медицины 2014; 1: 22-5).
7. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO Library 2015; 62 p. Russian (Глобальные факторы риска для здоровья: Смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. Всемирная организация здравоохранения 2015; 62 с).
8. Maksimova TM, Belov VB, Lushkina NP. The prevalence of behavioral risk factors and disease of blood circulation system. Problems of Social Hygiene, health and medical history 2014; 1: 3-7. Russian (Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. Распространенность поведенческих факторов риска и болезней системы кровообращения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2014; 1: 3-7).

По субъективной оценке пациентов, только у 26,0% респондентов развитие ОИМ было ассоциировано с неправильным образом жизни (5,5% с курением), что свидетельствует о недостаточной информированности больных ОИМ о негативных влияниях модифицируемых факторов риска на развитие сердечно-сосудистой патологии.

Учитывая раннее начало курения среди пациентов с ОИМ (90,6% респондентов начали курить в возрасте <20 лет), для уменьшения частоты курения в обществе необходимо повышать уровень образованности молодого поколения о вредных привычках и факторах риска неинфекционных заболеваний. Данное положение может реализовываться введением в образовательные стандарты обязательных занятий по здоровому образу жизни на уровне школ, училищ и институтов.