

DOI: 10.29296/25877305-2018-04-06

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО И ЭПИЗОДИЧЕСКОГО КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ

О. Титова¹, доктор медицинских наук,О. Суховская^{1, 2}, доктор биологических наук,В. Куликов¹, кандидат медицинских наук¹НИИ пульмонологии Первого Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова²Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии

E-mail: vdkulikov@mail.ru

Согласно полученным в метаанализе результатам, безопасного уровня курения для сердечно-сосудистых заболеваний, рисков развития рака и ряда соматических заболеваний не существует. Убедительно показана необходимость рекомендаций курильщикам полностью отказаться от курения, а не сокращать число выкуриваемых сигарет.

Ключевые слова: здравоохранение, курение, риск, заболевания, смертность.

Для цитирования: Титова О., Суховская О., Куликов В. Влияние низкоинтенсивного и эпизодического курения на здоровье // Врач. – 2018; 29 (4): 36–40. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-06

Принятый 13 мая 2013 г. в России Федеральный закон №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» способствовал реализации системных мер противодействия табакокурению (ТК), включая запретительные, пропаганду здорового образа жизни, проведение многочисленных информационных антитабачных кампаний [1].

Это привело к тому, что все больше курильщиков в стране отказываются от потребления табака [2]. Распространенность ТК среди взрослых снизилась с 39,1% в 2009 г. до 30,3% – в 2016 г. (среди мужчин – с 60,1 до 50,9% и среди женщин – с 21,4 до 14,5%). Тем не менее в России в 2016 г. продолжали курить более 30 млн человек (49,5% взрослых мужчин и 14,4% – женщин) [3]. При этом почти все взрослые опрошенные (90,8%) знали, что курение приводит к серьезным болезням: раку легкого (93,6%), инфаркту миокарда (83,0%), инсульту (81,1%), раку мочевого пузыря (48,1%); большинство (94,1%) признавали, что курение вызывает никотиновую зависимость. За 2009–2016 гг. значительно увеличилось число отказавшихся от курения (с 18,3% в 2009 г. до 24,7% – в 2016 г.). Кроме того, число курящих пациентов, получивших совет медицинского работника отказаться от ТК за рассматриваемый период, уменьшилось с 31,7 до 47,9%.

Сегодня в России получить медицинскую помощь в отказе от потребления табака можно в центрах здоровья, профилактических кабинетах при лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ); в регионах организованы кабинеты и школы помощи, а также создана Всероссийская бесплатная телефонная линия помощи в отказе от ТК [1, 4]. Под влиянием предупреждений о вреде ТК для здоровья (надписи крупным шрифтом, устрашающие картинки на пачках сигарет) многие постоянные курильщики (36,0%) в 2016 г. задумались об отказе от пагубной привычки (в 2009 г. такие намерения высказывали 31,7% курящих) [3].

Реализуемые в соответствии с принятой ВОЗ Рамочной конвенцией по борьбе против табака меры привели к снижению числа курильщиков, потребляющих >10 сигарет в день, однако стало больше приверженцев низкого потребления сигарет (курение низкой интенсивности – КНИ – до 5 в день) и эпизодического курения – ЭК [2, 3], особенно среди молодежи и женщин. Так, в Англии в 2013–2014 гг. 26% курильщиков сообщили, что хотят сократить потребление сигарет, а 40–41% отметили, что стали курить меньше, чем в предыдущем году [5]. С 2009 по 2017 г. доля курильщиков, потребляющих от 1 до 5 сигарет в день, неуклонно повышалась и с 18,2% дошла до 23,6%. Похожая ситуация наблюдалась в США, где доля потребляющих <10 сигарет в день увеличилась за период 2005–2014 г. с 16 до 27% [6].

Непостоянные (эпизодические) курильщики и сторонники КНИ – серьезная проблема для специалистов в области здравоохранения, поскольку они, как правило, не считают себя «настоящими курильщиками» [7] и убеждены, что такое курение не несет в себе значительных рисков для здоровья. Так, анализ опроса 24 658 американских подростков [8] показал, что постоянное курение считали вредным для здоровья большинство из них (88,0%; 95% доверительный интервал – ДИ – 87,2–88,8%), в то время как КНИ и ЭК – соответственно только 64,3 и 33,3% опрошенных. При этом почти ¼ респондентов считали, что ЭК причиняет небольшой вред или вообще не вредит.

Не существует единого мнения о том, как наилучшим образом определить КНИ [7, 9]. Это и выкуривание <10–15 сигарет в день и 1–39 сигарет в неделю [9]. Раньше КНИ рассматривалось как временная практика среди курильщиков, пытающихся бросить курить. Однако современные исследования показывают, что некоторые курильщики постоянно сохраняют эту модель ТК [10, 11].

ЭК, как и КНИ, также недостаточно четко определенный термин; он включает множество форм потребления табака, но, как правило, определяется как не ежедневное курение [9, 12]. Эпизодически курящих среди взрослых становится все больше. По сравнению с ежедневным курением ЭК более тесно связано

с курением вне дома, пребыванием в баре, употреблением алкоголя, общением с друзьями и знакомыми. ЭК – это, как правило, пример социального курения, и оно не распространено широко среди взрослых [10, 13]. Среди молодых людей ЭК часто сочетается с употреблением алкоголя [14]. В этой категории курящих в последние годы все более популярным становится кальян [13, 15].

Данные о распространенности ЭК и КНИ, вероятно, занижены, поскольку большинство исследований полагаются на самоотчеты курильщиков, которые, как правило, имеют возможность самостоятельно классифицировать себя в качестве некурящих [7, 10]. Отчасти это происходит и из-за борьбы против ТК, включая ограничения на курение дома, на рабочем месте в сочетании с денормализацией отношения к курению в обществе [1, 2, 16].

Врачам и медицинским работникам очень важно понимать воздействие КНИ и ЭК на здоровье, поскольку они все чаще сталкиваются с этим типом ТК на практике. Хотя имеющиеся в литературе описания этого воздействия немногочисленны, есть четкие указания на то, что оно создает значительные риски и неблагоприятные последствия для здоровья.

КНИ И ЭК ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Метаанализ данных 141 когортного исследования [17] показал, что выкуривание даже 1 сигареты в день увеличивает риск развития ИБС в 1,48 раза у мужчин (95% ДИ – 1,30–1,69) и в 1,57 раза у женщин (95% ДИ – 1,39–1,80); 5 сигарет – соответственно в 1,58 и 1,76 раза, что ненамного меньше, чем при выкуривании 20 сигарет в день (2,04 и 2,84 раза). У мужчин, выкуривавших 1 сигарету в день, относительный риск инсульта составил 1,25 (1,13–1,38); для женщин – 1,31 (1,13–1,52). В целом по ССЗ избыточный относительный риск, связанный с выкуриванием 1 сигареты в день, составил 51% (для ИБС – 47% и для инсульта – 54%).

В другом исследовании показано, что риск ИБС у мужчин и женщин в возрасте 35–39 лет, употребляющих в день 1–4 сигареты, почти в 3 раза выше, чем у некурящих [18]. У взрослых женщин, выкуривающих 3–5 сигарет в день, относительный риск развития инфаркта миокарда составляет по сравнению с некурящими 2,14, а у взрослых мужчин, выкуривающих 6–9 сигарет в день, – 2,10 [19].

В метаанализе, включившем 7 исследований [20], относительные риски развития инсульта, связанные с вдыханием вторичного табачного дыма, составляли 1,35 (95% ДИ – 1,22–1,50) для всех участников, 1,40 (1,09–1,81) среди мужчин и 1,43 (1,28–1,61) среди женщин, т.е. были практически тождественны рискам при употреблении 1 сигареты в день.

Согласно исследованиям, риск развития ИБС при выкуривании 1 сигареты в день составляет 40–50% ри-

ска при выкуривании 20 сигарет в день, а 5 сигарет – 57% риска. Анализ зависимости загрязненности воздуха при обычном курении и КНИ показывает, что выкуривание 4–7 сигарет в день дает примерно 70% эффекта от курения 20 сигарет в день [17, 21].

В исследованиях сообщается о различиях в рисках от курения у мужчин и женщин. В некоторых публикациях не выявлено различий в развитии ССЗ у мужчин и женщин [22], хотя в большинстве из них относительный риск при КНИ был выше у женщин. Так, при выкуривании от 1 до 4 сигарет в день риск составляет 1,61 для женщин и 1,50 для мужчин [23]; при потреблении от 1 до 7 сигарет в день – соответственно 1,47 и 1,24 [24], от 3 до 5 сигарет – 2,14 и 1,03 [25], от 1 до 4 сигарет – 2,94 и 2,74 [26].

В более позднем исследовании показано, что для женщин 1 сигарета в день несет 31% от риска, возникающего при выкуривании 20 сигарет в день (1,57–2,84), а потребление 5 сигарет в день – в среднем 43% (от 14 до 55%). У мужчин при выкуривании 1 сигареты риск составил 35; 33 и 20% в возрастных группах соответственно 45; 55 и 65 лет, у женщин – 11; 15 и 36% [17].

Таким образом, в большинстве исследований у женщин установлен более высокий, чем у мужчин, риск развития ИБС при выкуривании 1–5 сигарет в день. Для ССЗ не существует безопасного уровня курения. Курильщики, чтобы значительно снизить риск развития ССЗ, должны стремиться полностью отказаться от ТК, а не сокращать число выкуриваемых сигарет в день.

КНИ И ЭК ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В США рак легких является причиной 1 из 3 смертей от рака у мужчин (31%) и 1 из 4 – среди женщин (27%) [27, 28]. Доказано, что существует дозозависимая реакция связи риска развития рака легкого от числа выкуриваемых в день сигарет: >20 сигарет в день повышает риск смерти от рака легкого у мужчин более чем в 23 раза, у женщин – в 13 раз по сравнению с некурящими, при выкуривании до 10 сигарет – в 9,65 раза (95% ДИ – 6,93–13,43) [18]. У женщин в возрасте от 35 до 49 лет при выкуривании от 1 до 4 сигарет в день риск развития рака легких в 5 раз выше (отношение рисков – ОР – 5,0; 95% ДИ – 1,8–14,0), а у мужчин – в 3 раза выше (ОР – 2,8; 95% ДИ – 0,9–8,3), чем у некурящих [18].

Помимо рака легкого, курение даже нескольких сигарет приводит к увеличению риска развития рака желудочно-кишечного тракта (пищевода, желудка, поджелудочной железы) [29–31]. В исследовании NIH-AARP Diet and Health Study для пожилых курильщиков (238 525 человек в возрасте 59–82 лет без диагностированных онкологических заболеваний, эпизодически курящих или выкуривающих 1–10 сигарет в день) оценивали риски онкологических заболеваний.

У регулярных курильщиков риск развития рака, связанного с курением, был в 2,34 (95% ДИ – 1,86–2,93) раза больше, чем у некурящих, при ЭК – больше в 1,89 раза (95% ДИ – 0,90–3,96; различия недостоверны). При выкуривании до 10 сигарет в день риск развития рака мочевого пузыря составил 2,22 (95% ДИ – 1,22–4,05), рака поджелудочной железы – 2,03 (95% ДИ – 1,05–3,95). При отказе от курения эти риски уменьшались по мере увеличения длительности воздержания. Таким образом, даже при выкуривании 1 или от 1 до 10 сигарет в день, а также при ЭК риск развития онкологических заболеваний повышен по сравнению с таковым у некурящих [32].

КНИ И ЭК ПРИ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

КНИ связано с ухудшением течения заболеваний нижних дыхательных путей, включая увеличение продолжительности респираторных симптомов (особенно кашля) [33] с развитием катаракты [34], нарушениями репродуктивного здоровья [35], повышенным риском внематочной беременности [36] и снижением минеральной плотности костной ткани, приводящим к частым переломам лодыжки у пожилых курящих женщин [37].

ТК увеличивает риск развития туберкулеза пропорционально числу выкуриваемых в день сигарет и длительности курения (95% ДИ – 4,87–1,74). Показано, что начало ТК в более раннем возрасте, его длительность, большее количество выкуриваемых сигарет коррелируют с более тяжелым клиническим течением впервые выявленного туберкулеза легких: снижается доля очагового туберкулеза, растет удельный вес диссеминированного и фиброзно-кавернозного туберкулеза. Кроме того, увеличение длительности и интенсивности курения способствует развитию распространенных процессов в легких. Все это доказывает необходимость проведения мероприятий, направленных как на борьбу с курением среди здорового населения, так и на организацию помощи в отказе от ТК и лечение никотиновой зависимости у больных туберкулезом [38–41].

КНИ ведет к снижению качества жизни по всем шкалам опросника SF-36. В частности, при КНИ значения шкал определялись в пределах 43–50 баллов при оценке общего состояния здоровья, физического функционирования, социального функционирования и жизнеспособности, тогда как среди никогда не куривших значения были >50 [42].

КНИ и ЭК также могут быть связаны с развитием физической инвалидности после травмы опорно-двигательного аппарата или нарушением его деятельности. В частности, молодые взрослые курильщики, выкуривающие <20 сигарет в день, подвергались большему риску развития физической инвалидности после травмы мениска, чем некурящие (ОР – 1,44; 95% ДИ – 1,07–1,94), что сопоставимо с рисками у выкуривавших

>20 сигарет в день – 1,49 (95% ДИ – 1,06–2,11) [43]. Мениск особенно уязвим, потому что он имеет ограниченное кровоснабжение, которое может быть легко нарушено физиологическими эффектами курения: возникающей артериальной вазоконстрикцией, клеточной гипоксией, замедленной ревазуляризацией, деминерализацией костей, подавлением иммунитета – факторами, способными отрицательно повлиять на выздоровление после травмы [43].

У взрослых в возрасте 65 лет и старше КНИ ухудшает показатели, измеряемые по индексу хрупкости. Зависимость последнего от интенсивности курения обследованных прямая: худшие значения зарегистрированы у тех, кто курит много и часто, средние между этими значениями и показателями у никогда не куривших отмечены при КНИ и ЭК [44].

КНИ И ЭК И СМЕРТНОСТЬ

Риск смерти от всех причин при КНИ и ЭК у мужчин значительно выше, чем у некурящих – 1,6 (95% ДИ – 1,3–2,1) [45]. У женщин при КНИ отмечено смещение медианы смертности на 4–6 лет по сравнению с некурящими [46].

Недавнее исследование [47] показало, что ОР смертности от всех причин (СВП) при выкуривании от 1 до 4 сигарет в сутки составляет 1,6 (95% ДИ – 1,3–1,9) у мужчин и 1,5 (95% ДИ – 1,2–1,8) – у женщин, при ЭК – 1,64 (95% ДИ – 1,07–2,51), при выкуривании от 1 до 10 сигарет в день – 1,87 (95% ДИ – 1,64–2,13). В большинстве исследований ОР СВП был одинаковым у женщин и мужчин и наблюдался в любом диапазоне ЭК при курении от 1 до 10 сигарет в день. При отказе от курения ОР СВП постепенно снижался, особенно в молодом возрасте. Например, риски смерти для тех, кто прекращал курение до 50 лет и в более старшем возрасте, составил соответственно 1,44 (95% ДИ – 1,12–1,85) и 1,42 (95% ДИ – 1,27–1,59) [47].

Результаты исследований, полученных при изучении воздействия ЭК или КНИ на здоровье, показывают, что при выкуривании даже нескольких сигарет в день или в неделю риск смерти выше, чем у некурящих. Возрастает также риск развития ССЗ; причем если при раке легкого зависимость от числа выкуриваемых в день сигарет линейная, то при ССЗ риск развития патологии высок даже при выкуривании 1–5 сигарет и возрастает за счет ежедневного воздействия табачного дыма.

ЭК и КНИ не уделяется достаточного внимания как в научной литературе, так и в клинической практике. При этом и курящий пациент, и врач часто полагают, что курение 1–2 раза в неделю или ≤5 сигарет в день не оказывает значимого влияния на здоровье, и, хотя дозозависимый эффект курения существует, но в основном для здоровья опасно большее число выкуриваемых сигарет [10, 48, 49]. Тем не менее врач не должен представлять ЭК и КНИ пациентам в качестве приемлемого дол-

госрочного выбора — необходимо рекомендовать только полный отказ от ТК. Полное прекращение ТК является одним из наиболее эффективных вмешательств с точки зрения затрат здравоохранения и позволяет снизить как первичную, так и общую заболеваемость взрослого населения [50, 51].

* * *

Финансирование.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Бойцов С.А., Яблонский П.К., Гамбарян М.Г. и др. Реализация медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака в Российской Федерации // Рац. фармакогер. в кардиол. — 2016; 12 (4): 403–13.
2. Суховская О.А., Куликов В.Д. Курение: современное состояние проблемы в РФ // Астма и аллергия. — 2016; 4: 3–7.
3. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Краткий обзор, 2016 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/349997/Global_express_int_VOZ-2509.pdf
4. Яблонский П.К., Суховская О.А., Смирнова М.А. Возможности оказания консультативной телефонной помощи при отказе от табакокурения в Российской Федерации // Мед. альянс. — 2013; 2: 63–8.
5. NHS Digital. Health Survey for England. https://data.gov.uk/dataset/health_survey_for_england. Google Scholar
6. Jamal A., Homa D., O'Connor E. et al. Current cigarette smoking among adults — United States, 2005–2014 // MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. — 2015; 64: 1233–40. DOI:10.15585/mmwr.mm6444a2pmid:26562061.
7. Shiffman S. Light and intermittent smokers: background and perspective // Nicotine Tob. Res. — 2009; 11: 122–5.
8. Amrock S., Weitzman M. Adolescents' perceptions of light and intermittent smoking in the United States // Pediatrics. — 2015; 135 (2): 246–54. DOI: 10.1542/peds.2014-2502. Epub 2015 Jan 12.
9. Husten C. How should we define light or intermittent smoking? Does it matter? // Nicotine Tob. Res. — 2009; 11: 111–21.
10. Schane R., Glantz S., Ling P. Social smoking implications for public health, clinical practice, and intervention research // Am. J. Prev. Med. — 2009; 37: 124–31.
11. Levy D., Biener L., Rigotti N. The natural history of light smokers: a population-based cohort study // Nicotine Tob. Res. — 2009; 11: 156–63.
12. DiFranza J., Savageau J., Fletcher K. et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2007; 161: 704–10.
13. Shiffman S., Li X., Dunbar M. et al. Social smoking among intermittent smokers // Drug Alcohol Depend. — 2015; 154: 184–91. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.027. Epub 2015 Jun 26.
14. White H., Bray B., Fleming C. et al. Transitions into and out of light and intermittent smoking during emerging adulthood // Nicotine Tob. Res. — 2009; 11: 211–9.
15. Куликов Н.В. Кальян: риски для здоровья // Мед. альянс. — 2015; 2: 88–9.
16. Pierce J., White M., Messer K. Changing age-specific patterns of cigarette consumption in the United States, 1992–2002: association with smoke-free homes and state-level tobacco control activity // Nicotine Tob. Res. — 2009; 11: 171–7.
17. Hackshaw A., Morris J., Boniface S. et al. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports // BMJ. — 2018; 360: j5855. DOI: 10.1136/bmj.j5855.
18. Bjartveit K., Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day // Tob. Control. — 2005; 14: 315–20.
19. Prescott E., Scharling H., Osler M. et al. Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality: a 22 year follow up of 12 149 men and women in the Copenhagen City Heart Study // J. Epidemiol. Community Health. — 2002; 56: 702–6.
20. Royal College of Physicians. Going smoke-free: the medical case for clean air in the home, at work and in public places. A report on passive smoking by the Tobacco Advisory Group of the RCP.RCP, 2005. Google Scholar
21. Pope C. III, Burnett R., Krewski D. et al. Cardiovascular mortality and exposure to airborne fine particulate matter and cigarette smoke: shape of the exposure-response relationship // Circulation. — 2009; 120: 941–8.
22. Huxley R., Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies // Lancet. — 2011; 378 (9799): 1297–305. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60781-2. Epub 2011 Aug 10.
23. Hirayama T. Life-style and mortality: a large-scale census-based cohort study in Japan / Karger, 1990.
24. Nilsson S., Carstensen J., Pershagen G. Mortality among male and female smokers in Sweden: a 33 year follow up // J. Epidemiol. Community Health. — 2001; 55: 825–30. DOI: 10.1136/jech.55.11.825.
25. Prescott E., Scharling H., Osler M. et al. Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study // J. Epidemiol. Community Health. — 2002; 56: 702–6. DOI: 10.1136/jech.56.9.702.
26. Bjartveit K., Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day // Tob. Control. — 2005; 14: 315–20. DOI: 10.1136/tc.2005.011932.
27. Parkin D., Bray F., Ferlay J. et al. Global cancer statistics, 2002 // CA Cancer J. Clin. — 2005; 55: 74–108.
28. Office of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; 2004.
29. Doll R., Peto R., Wheatley K. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors // BMJ. — 1994; 309: 901–11.
30. De Stefani E., Boffetta P., Carzoglio J. et al. Tobacco smoking and alcohol drinking as risk factors for stomach cancer: a case-control study in Uruguay // Cancer Causes Control. — 1998; 9: 321–9.
31. De Stefani E., Boffetta P., Carzoglio J. et al. Tobacco smoking and alcohol drinking as risk factors for stomach cancer: a case-control study in Uruguay // Cancer Causes Control. — 1998; 9: 321–9.
32. Inoue-Choi M., Hartge P., Liao L. et al. Association between long-term low-intensity cigarette smoking and incidence of smoking-related cancer in the national institutes of health-AARP cohort // Int. J. Cancer. — 2018; 142 (2): 271–80. DOI: 10.1002/ijc.31059.
33. Monto A., Ross H. The Tecumseh study of respiratory illness, X: relation of acute infections to smoking, lung function and chronic symptoms // Am. J. Epidemiol. — 1978; 107: 57–64.
34. Hiller R., Sperduto R., Podgor M. et al. Cigarette smoking and the risk of development of lens opacities: the Framingham studies // Arch. Ophthalmol. — 1997; 115: 1113–8.
35. Suonio S., Kauhanen O., Metsapelto A. et al. Smoking does affect fecundity // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 1990; 34: 89–95.
36. Handler A., Davis F., Ferre C. et al. The relationship of smoking and ectopic pregnancy // Am. J. Public Health. — 1989; 79: 1239–42.
37. Honkanen R., Tuppurainen M., Kroger H. et al. Relationships between risk factors and fractures differ by type of fracture: a population-based study of 12,192 perimenopausal women // Osteoporos Int. — 1998; 8: 25–31.
38. Яблонский П.К., Суховская О.А. Табакокурение и туберкулез // Туберкулез и болезни легких. — 2012; 89 (12): 51–6.
39. Корецкая Н.М., Наркевич А.Н., Наркевич А.А. и др. Туберкулез и табакокурение: риск развития специфического процесса и его особенности у курящих больных // Пульмонология. — 2017; 27 (1): 51–5. DOI: 10.18093/0869-0189-2017-27-1-51-55.
40. Кузьмичева Н.В., Цыгина Т.Ю., Суховская О.А. и др. Программа отказа от табакокурения санатория «Плес» // Мед. альянс. — 2015; 4: 82–7.
41. Яблонский П.К., Суховская О.А., Сапожникова Н.В. и др. Телефонное консультирование больных туберкулезом при отказе от табакокурения // Мед. альянс. — 2014; 3: 25–38.
42. Wilson D., Parsons J., Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers // Prev. Med. — 1999; 29: 139–44.
43. Lincoln A., Smith G., Amoroso P. et al. The effect of cigarette smoking on musculoskeletal-related disability // Am. J. Ind. Med. — 2003; 43: 337–49.
44. Hubbard R., Searle S., Mitnitski A. et al. Effect of smoking on the accumulation of deficits, frailty and survival in older adults: a secondary analysis from the Canadian Study of Health and Aging // J. Nutr. Health Aging. — 2009; 13: 468–72.

45. Huxley R., Yatsuya H., Lutsey P. et al. Impact of age at smoking initiation, dosage, and time since quitting on cardiovascular disease in african americans and whites: the atherosclerosis risk in communities study // *Am. J. Epidemiol.* – 2012; 175: 816–26. DOI: 10.1093/aje/kwr391pmid:22396389.

46. Sigfusson N., Sigurdsson G., Aspelund T. et al. The health risk associated with smoking has been seriously underestimated: the Reykjavik Study [in Icelandic] // *Laeknabladid.* – 2006; 92: 263–9.

47. Inoue-Choi M., Liao L., Reyes-Guzman C. et al. Association of Long-term, Low-Intensity Smoking With All-Cause and Cause-Specific Mortality in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study // *JAMA Intern. Med.* – 2017; 177 (1): 87–95. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.7511.

48. Cataldo J., Malone R. False promises: the tobacco industry, “low tar” cigarettes, and older smokers // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2008; 56: 1716–23.

49. Ling P., Glantz S. Tobacco industry consumer research on socially acceptable cigarettes // *Tob. Control.* – 2005; 14: e3.

50. Critchley J., Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review // *JAMA.* – 2003; 290: 86–97.

51. Яблонский П.К., Суховская О.А. Роль антитабачной пропаганды в инициации отказа от табакокурения // *Мед. альянс.* – 2017; 2: 17–21.

IMPACT OF LOW-INTENSITY AND OCCASIONAL SMOKING ON HEALTH

O. Titova¹, MD; **O. Sukhovskaya^{1,2}**, Biol.D; **V. Kulikov¹**, Candidate of Medical Sciences

¹Research Institute of Pulmonology, Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

²Saint Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology

The results obtained from a meta-analysis demonstrate that no safe level of smoking exists for cardiovascular diseases, risks of cancer and a number of somatic diseases. They also convincingly show the need for recommendations for smokers to completely give up smoking rather than to reduce the number of cigarettes smoked.

Key words: healthcare service, smoking, risk, diseases, mortality.

For citation: Titova O., Sukhovskaya O., Kulikov V. Impact of low-intensity and occasional smoking on health // *Vrach.* – 2018; 29 (4): 36–40. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-06