

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ  
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

## **Профилактика курения**

Методические рекомендации для специалистов

Иркутск, 2018 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ  
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

«Утверждаю»

министр здравоохранения  
Иркутской области



О.Н. Ярошенко



07

2018 г.

## Профилактика курения

Методические рекомендации для специалистов

Иркутск, 2018 г.

Профилактика курения (методические рекомендации для специалистов). – Иркутск, 2018. – 22 с.

Методические рекомендации подготовлены сотрудниками ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики».

**Авторы-составители:** главный врач ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики» **Селедцов А.А.**; заведующая отделом подготовки и тиражирования медицинских информационных материалов ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики» **Витязева М.Л.**

Для подготовки методических рекомендаций использовались официальные данные Всемирной организации здравоохранения.

Методические рекомендации предназначены для врачей различных специальностей; специалистов, принимающих участие в проведении профилактических мероприятий среди населения.

**Рецензент:**

**Тарбеева Эльвира Александровна** - главный внештатный специалист психиатр-нарколог министерства здравоохранения Иркутской области, заместитель главного врача по наркологии ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер».

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
Табачный дым и его действие на различные органы и системы организма.....	6
Вторичный табачный дым.....	9
Электронные системы доставки никотина.....	12
Курение кальяна.....	12
Негативные последствия потребления табака и пассивного курения при беременности.....	14
Механизм формирования никотиновой зависимости.....	15
Тест Фагерстрема.....	16
Типы курительного поведения и их определение.....	17
Рекомендации пациенту при разных типах курительного поведения.....	20
Трудности при отказе от курения.....	22
Анкетирование населения.....	23
Список литературы.....	26

## ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения [1] ежегодно табак убивает более 7 миллионов человек, то есть ежедневно в результате употребления табака или воздействия вторичного табачного дыма умирает более 19 000 человек. Большинство таких случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем доходов, население которых подвергается активному маркетингу табачной промышленности.

Табак может быть смертельным даже для некурящих людей: вторичный табачный дым приводит к развитию сердечных заболеваний, рака и других болезней, вызывая ежегодно около 890 000 случаев преждевременной смерти [1].

По данным доклада Всемирной организации здравоохранения о тенденциях в области распространенности курения табака в мире в 2000-2025 гг. [2], в 2000 г. 27% людей курили табак по сравнению с 20% в 2016 году.

Тем не менее, усилий по снижению спроса на табак и связанных с ним смертности и заболеваемости недостаточно для выполнения глобальных и национальных обязательств по снижению уровней употребления табака среди людей в возрасте 15 лет и старше на 30% к 2025 году. При сохранении нынешних тенденций уровни глобального употребления в этой возрастной категории снизятся к 2025 г. только на 22%.

Также, по данным доклада, в настоящее время в мире насчитывается 1,1 миллиарда взрослых курильщиков и, как минимум, 367 миллионов людей, употребляющих бездымный табак. С начала этого века число курильщиков в мире практически не изменилось (в 2000 г. было также 1,1 миллиарда курильщиков), даже несмотря на снижение показателей распространенности. Это связано с ростом численности населения. Около 6,5% мирового населения в возрасте 15 лет и старше употребляют бездымный табак (8,4% мужчин и 4,6% женщин).

Во всем мире около 7%, или немногим более 24 миллионов детей в возрасте 13–15 лет курят сигареты (17 миллионов мальчиков и 7 миллионов девочек). Около 4% детей в возрасте 13–15 лет (13 миллионов) употребляют бездымный табак.

Масштабы такого губительного воздействия на здоровье людей шокируют, но эти случаи смерти можно предотвращать. Табачная промышленность продолжает активно поддерживать употребление табачных изделий и скрывать их опасности, но в наших силах не допустить усугубления ситуации с губительным воздействием табака на человека [1].

Иркутская область также имеет достаточно высокие показатели по распространению курения. К примеру, по результатам диспансеризации взрослого населения, в 2017 г. такой фактор риска развития заболеваний, как курение, был выявлен у 49,9 тысяч человек, или у 13,1% всех лиц, прошедших диспансеризацию. Такие показатели распространенности курения только среди лиц, обратившихся за медицинской помощью с профилактической целью, то есть потенциально заботящихся о своем здоровье, не могут не вызывать тревоги. Данные обстоятельства определяют необходимость проведения более активной работы с населением, направленной на профилактику курения.

## ТАБАЧНЫЙ ДЫМ И ЕГО ДЕЙСТВИЕ НА РАЗЛИЧНЫЕ ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА

Согласно многочисленным данным, горящая сигарета содержит в своем дыме несколько тысяч различных химических соединений, в том числе более 40 канцерогенных веществ и по меньшей мере 12 веществ, способствующих развитию рака (канцерогенов).

Сигаретный дым состоит из газообразных составляющих и твердых частиц.

К газообразным компонентам табачного дыма относятся оксид и диоксид углерода, цианистый водород, аммоний, изопрен, ацетальдегид, акролеин, нитробензол, ацетон, сероводород, синильная кислота и другие вещества.

Оксид углерода – это газ без цвета и запаха, присутствующий в высокой концентрации в сигаретном дыме. Его способность соединяться с гемоглобином в 200 раз выше, чем у кислорода. В связи с этим повышенный уровень оксида углерода в легких и крови у курильщика уменьшает способность крови переносить кислород, что сказывается на функционировании всех тканей организма.

Цианистый водород или синильная кислота оказывает прямое воздействие на очистительный механизм легких через влияние на реснички бронхиального дерева. Кроме того, синильная кислота относится к веществам так называемого общетоксического действия. Механизм ее воздействия на организм человека состоит в нарушении внутриклеточного и тканевого дыхания вследствие подавления активности железосодержащих ферментов в тканях, участвующих в передаче кислорода от гемоглобина крови к клеткам тканей.

Акролеин также относится к веществам общетоксического действия, а также повышает риск развития онкологических заболеваний. Выведение из организма метаболитов акролеина может приводить к воспалению мочевого пузыря – циститу. Акролеин, как и другие альдегиды, вызывает поражение нервной системы. Акролеин и формальдегид относятся к группе веществ, провоцирующих развитие астмы.

Фаза табачного дыма, содержащая твердые частицы, включает в основном никотин, воду и смолу – табачный деготь. В состав смолы входят полициклические ароматические углеводороды, вызывающие рак, в том числе нитрозоамины, ароматические амины, изопреноид, пирен, бензопирен, хризен, антрацен, флюорантен и др. Кроме того, смола содержит простые и сложные фенолы, крезолы, нафтолы, нафталены и др.

Основным для табачных изделий веществом, из-за которого их употребляют, является никотин. Никотин является естественным компонентом табачных растений. Он легко проникает в кровь, накапливается в жизненно важных органах, приводя к нарушению их функций. Он обладает в три раза большей токсичностью, чем мышьяк. Когда никотин попадает в мозг, он предоставляет доступ к воздействию на разнообразные процессы нервной системы человека. Отравление никотином характеризуется головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. В тяжелых случаях потеря сознания и судороги. Хроническое отравление – никотинизм, характеризуется ослаблением памяти, снижением работоспособности. Смертельная для человека доза никотина 60 мг.

В состав твердой фазы входят также металлические компоненты: калий; натрий; цинк; свинец; алюминий; медь; кадмий; сурьма; мышьяк; хром; золото.

Никотин является холиномиметическим агентом, то есть увеличивает активность ацетилхолина в ЦНС. Также никотин увеличивает уровень дофамина в головном мозге, что может являться фактором получения удовольствия от курения.

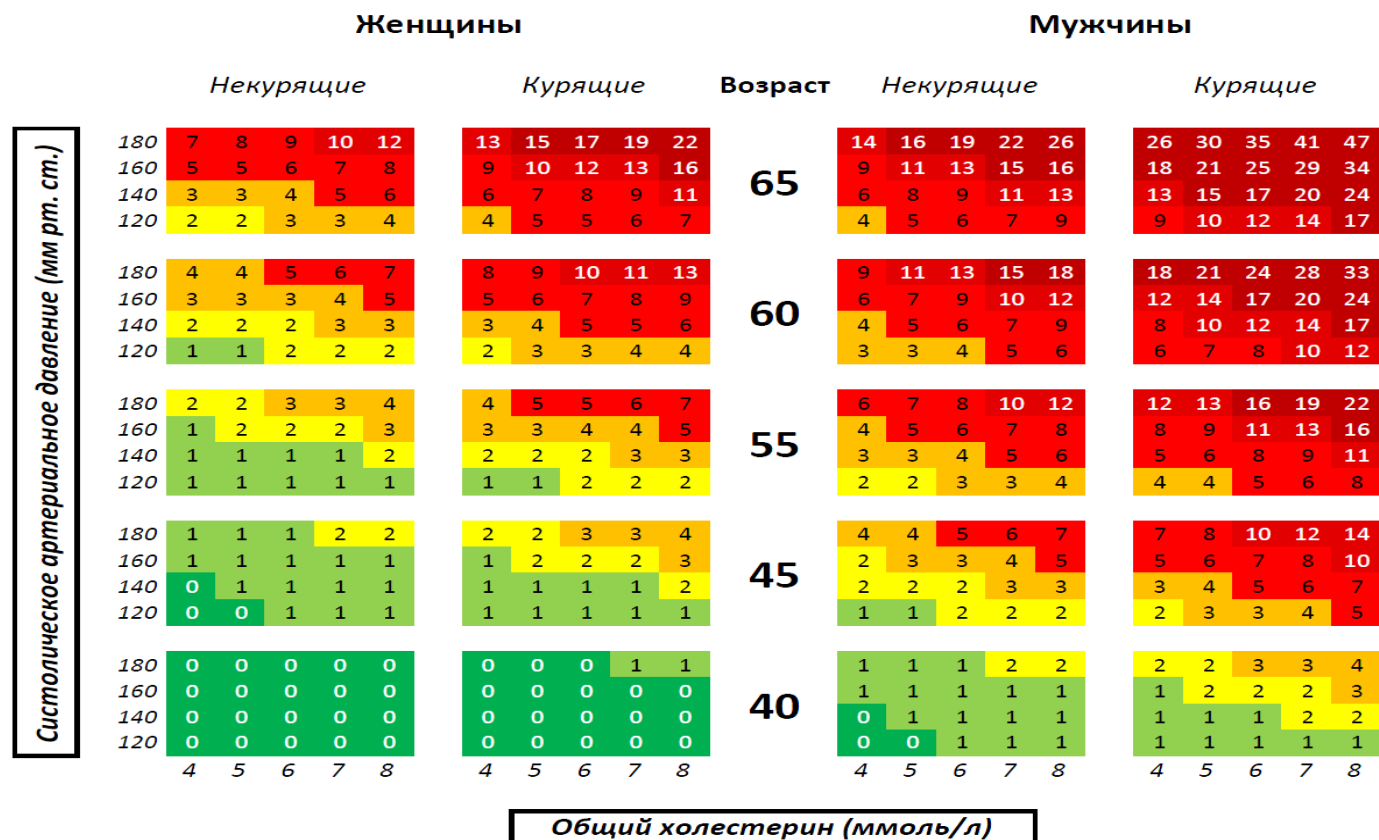
Никотин является одним из веществ с сильным аддиктивным потенциалом. При курении бóльшая часть никотина пиролизуется, но даже оставшейся небольшой дозы достаточно для вызывания соматических и психологических эффектов, в том числе и для формирования химической зависимости.

Курение вызывает временное повышение артериального давления, учащение сердечного ритма, сужение сосудов, повышенный риск тромбоза сосудов, ускоренное развитие атеросклероза. Курение существенно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний: артериальной гипертонии, стенокардии, инфаркта миокарда, ишемического инсульта. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний напрямую связан с продолжительностью и интенсивностью курения.

Фатальное действие курения хорошо видно на примере шкалы SCORE (рис.1). У курящих людей риск развития угрожающего жизни сердечно-сосудистого осложнения значительно выше, чем у некурящих. При этом, курение является модифицируемым фактором риска, т.е. принятие превентивных мер в части курения позволяет значительно снизить риск фатального осложнения у человека.

Следует отметить, что из всех смертей, обусловленных курением, 50 % приходится на сердечно-сосудистые заболевания. Преждевременные смерти, обусловленные курением, приводят к снижению продолжительности жизни мужчин и женщин. Курящие мужчины возрастной группы 35–74 лет живут меньше в среднем на 17,7 лет. У лиц, отказавшихся от курения, средняя продолжительность жизни приближается к таковой у никогда не куривших [3].

Рисунок 1. Шкала SCORE



Исследования показывают, что у большинства курящих развивается нарушение функции дыхания вследствие обструкции дыхательных путей и что хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), в конечном итоге развивается у 50% потребителей табака, а не у 15%, как считалось ранее. Это означает, что при продолжительном курении шансы курильщика заработать ХОБЛ будут равняться 1:2, что должно использоваться как аргумент в профилактической работе с курильщиками [4]. Хроническая обструкция дыхательных путей, характерная для ХОБЛ, является следствием поражения мелких бронхов, с одной стороны, и деструкции паренхимы легких (эмфиземы) - с другой [5]. Компоненты табачного дыма способствуют развитию хронического воспаления, которое затрагивает все отделы дыхательных путей, легочную паренхиму и сосуды легких, со временем приводя к необратимым патологическим изменениям. Таким образом, табачный дым участвует во всех этапах формирования обструкции дыхательных путей и прогрессирования тяжелой патологии. [8].

Совокупное воздействие табачного дыма и токсических веществ из окружающей среды намного увеличивает тяжесть негативных последствий, курения или этих факторов по отдельности, и курению в этом тандеме принадлежит ведущая роль [6]. Например, у курильщиков, трудящихся в асбестовой промышленности, риск заболеть в 10-40 раз больше по сравнению с некурящими работниками и в 90 раз больше по сравнению с теми, кто не курит и не подвергается действию асбеста на производстве [7].

Изучение биоптатов из центральных бронхов курильщиков показало, что хроническое воспаление в конечном итоге приводит к ремоделированию легочных структур и их деформации в результате чередующихся процессов повреждения и восстановления тканей [9].

Курение приводит как к повышению частоты развития туберкулеза (не менее чем двукратному), так и к увеличению риска смерти от туберкулеза, его рецидивирования, развития лекарственноустойчивых форм микобактерий [11].

Курение достоверно повышает риск развития практически всех форм злокачественных новообразований. Риск смерти от опухоли любой локализации в два раза выше у курильщиков, в четыре раза выше у заядлых курильщиков, выкуривающих больше 20 сигарет в сутки, а общий вклад курения в смертность от онкологических заболеваний составляет около 22% [12]. По данным разных исследователей, в 70-90% случаев рак лёгких развивается в результате курения табака. Заслуживает внимания факт, свидетельствующий, что показатель смертности у женщин от рака лёгких вследствие курения табака выше, чем развитие рака молочной железы. Среди курильщиков табака регистрируют значительный удельный вес злокачественных новообразований полости рта, глотки, пищевода, трахеи и гортани. Возможно поражение почек, мочеточников, мочевого пузыря, шейки матки. Около 25% случаев рака желудка и поджелудочной железы связали с употреблением табака.

Заболевания пищеварительного тракта, рассматриваемые как последствия употребления табака, представлены острым гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающей с частыми рецидивами.

Известно, что смертность от сахарного диабета у курильщиков значительно превышает таковую у некурящих лиц. Табачный дым содержит свободные радикалы (токсичные и высокореактивные молекулы), которые изменяют ферментную активность и активность рецепторов мембраны клеток кожи, приводя к



преждевременному появлению морщин. У курящих лиц наблюдается повышенный риск возрастной дегенерации жёлтого пятна глаза, что приводит к снижению остроты зрения [15].

## ВТОРИЧНЫЙ ТАБАЧНЫЙ ДЫМ

Вторичный табачный дым – это дым, выделяющийся из горящего кончика сигареты (побочный дым) или других табачных изделий, обычно в сочетании с табачным дымом, выдыхаемым курильщиком, и содержит компоненты, аналогичные компонентам вдыхаемого, или основного, табачного дыма.

Однако вторичный табачный дым в три-четыре раза более токсичен в расчете на 1 грамм частиц, чем основной табачный дым, и токсичность вторичного табачного дыма выше, чем суммарная токсичность его составляющих. В табачном дыме выявлено более 4000 химических веществ, из них, как было установлено, по меньшей мере 250 опасны для здоровья и более 50 могут стать причиной рака (рис.2).

Компоненты вторичного табачного дыма сохраняются в воздухе намного дольше, чем продолжается период активного курения, и затем проникают в ковры, занавески, одежду, пищу, мебель и другие материалы. Эти токсины могут оставаться в помещении неделями и месяцами после того, как здесь кто-то курил, даже если комната проветривается и используются вентиляторы или воздушные фильтры. Табачные токсины, скапливающиеся со временем и покрывающие поверхности помещения, мебель и вещи курильщика, иногда называют «третичным дымом».

В целом около трети взрослых людей в мире регулярно подвергаются воздействию вторичного дыма. Установлено, что 700 миллионов детей в мире – около 40% всех детей – подвергаются воздействию вторичного табачного дыма у себя дома. Данные GYTS показывают, что среди обследованных почти половина детей в возрасте от 13 до 15 лет, которые никогда не курили, подвергается воздействию вторичного табачного дыма у себя дома, аналогичный процент детей подвергается такому воздействию в общественных местах помимо дома; вероятность того, что эти дети начнут курить, в 1,5–2 раза выше, чем у тех, кто не подвергался воздействию вторичного табачного дыма. По оценкам, вторичный табачный дым является причиной около 600 тыс. случаев преждевременной смерти в мире в год. Из всех случаев смерти, связанных с воздействием вторичного табачного дыма, 31% приходится на детей.

Многочисленные исследования подтверждают тот факт, что воздействие вторичного табачного дыма является причиной болезней, инвалидности и смерти вследствие самых разных заболеваний. Воздействие вторичного табачного дыма составляет примерно 1% от общего бремени заболеваний в мире и около 10–15% от бремени болезней, вызываемых активным курением. Воздействие вторичного табачного дыма также снижает качество жизни, связанное со здоровьем, среди людей, которые никогда не курили, причем более высокие уровни воздействия приводят к более значительному снижению показателей, определяющих качество жизни. Даже у домашних животных, живущих в доме, где люди курят, выше вероятность развития раковых заболеваний.

Среди детей, подвергавшихся воздействию вторичного табачного дыма, на 50–100% выше риск острых респираторных заболеваний, отмечается повышенная частота инфекционных заболеваний ушей и повышенная вероятность нарушений развития и поведенческих проблем (рис.3).

Всемирная организация здравоохранения пришла к заключению, что окружающая среда, на 100% свободная от табачного дыма, является единственным надежным способом надлежащей защиты здоровья людей от вредного воздействия вторичного табачного дыма, поскольку приемлемого уровня не существует.

Физическая изоляция курильщиков от некурящих и разрешение курить только в специально отведенных помещениях снижают воздействие вторичного табачного дыма примерно наполовину и, таким образом, обеспечивают лишь частичную защиту [16].

**Рисунок 2.**

Токсические химические вещества, содержащиеся во вторичном табачном дыме



**ДЕВОЧКИ**

**ВЗРОСЛЫЕ ЖЕНЩИНЫ**

Опухоли головного мозга\*

Заболевание среднего уха

Лимфома\*

Респираторные симптомы  
Нарушение легочной функции

Астма\*

Синдром внезапной  
смерти младенца

Лейкоз\*

Заболевание нижних  
дыхательных путей

Инсульт\*

Раздражение слизистых  
оболочек носовой полости;  
Рак носовых пазух\*

Рак молочной железы\*

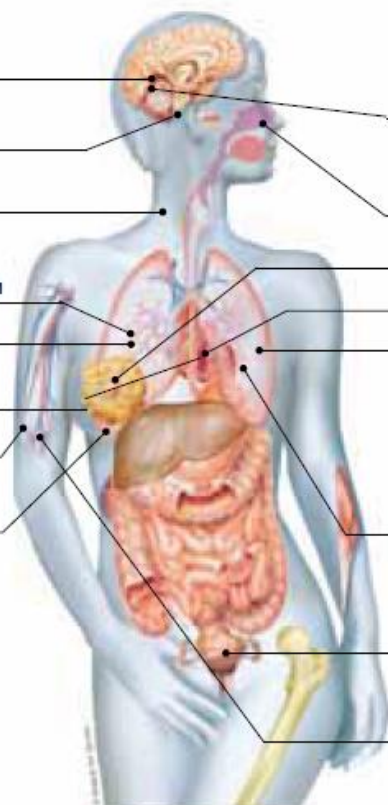
Ишемическая болезнь сердца

Рак легких

Хроническое обструктивное  
заболевание легких (ХОБЛ)\*  
Хронические респираторные  
симптомы\*; Астма\* Нарушение  
легочной функции\*

Воздействие на репродуктивную  
функцию у женщин: пониженная  
масса тела новорожденных;  
преждевременные роды\*

Атеросклероз\*



\* Доказательства причинной связи: предположительные  
Доказательства причинной связи: достаточные

**МАЛЬЧИКИ**

**ВЗРОСЛЫЕ МУЖЧИНЫ**

Опухоли головного мозга\*

Заболевание среднего уха

Лимфома\*

Респираторные симптомы  
Нарушение легочной функции

Астма\*

Синдром внезапной  
смерти младенца

Лейкоз\*

Заболевание нижних  
дыхательных путей

Инсульт\*

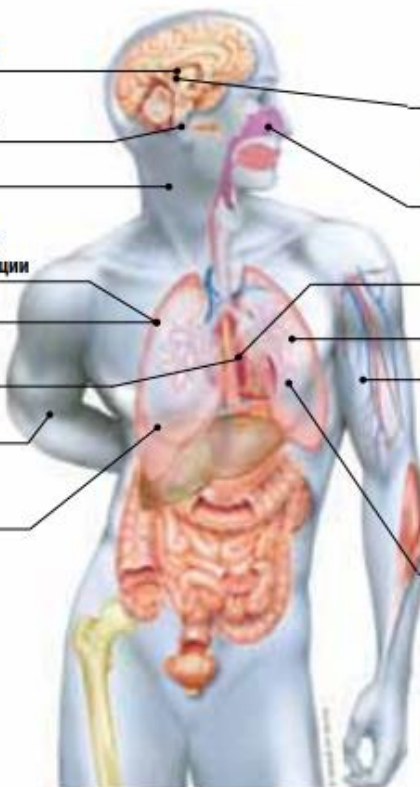
Раздражение слизистых  
оболочек носовой полости;  
Рак носовых пазух\*

Ишемическая болезнь сердца

Рак легких

Атеросклероз\*

Хроническое обструктивное  
заболевание легких (ХОБЛ)\*  
Хронические респираторные  
симптомы\*; Астма\* Нарушение  
легочной функции\*



\* Доказательства причинной связи: предположительные  
Доказательства причинной связи: достаточные

## ЭЛЕКТРОННЫЕ СИСТЕМЫ ДОСТАВКИ НИКОТИНА

Электронные сигареты и подобные устройства часто сбываются производителями в качестве средств, способствующих прекращению курения, или как более здоровые альтернативные варианты табака.

С 2005 года индустрия электронных сигарет расширилась с одного производителя в Китае до глобального бизнеса, оцениваемого в 3 миллиарда долларов США и насчитывающего более 460 брэндов, превратившись в рынок, к которому табачная промышленность проявляет все больший интерес. В продаже имеются электронные сигареты почти с 8 000 различных вкусов, и есть опасение, что они будут служить началом привыкания к никотину и, в конечном итоге, к курению, особенно для молодых людей. Экспериментирование с электронными сигаретами быстро распространяется среди подростков: масштабы использования электронных сигарет в этой группе с 2008 по 2012 год удвоились.

Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что аэрозоль электронных сигарет не является всего лишь «водяным паром», как это часто утверждается в процессе сбыта этих изделий. Использование электронных сигарет создает угрозы для подростков и плода беременных женщин, использующих эти устройства. Электронные сигареты также усиливают воздействие никотина и ряда токсичных веществ на некурящих и окружающих людей.

В настоящее время имеется недостаточно данных, которые позволили бы сделать заключение в отношении того, помогают ли электронные сигареты пользователям прекратить курение или нет. Поэтому ВОЗ рекомендует прежде всего побудить курильщиков прекратить курение и преодолеть никотиновую зависимость с использованием сочетания уже утвержденных видов терапии [17].

## КУРЕНИЕ КАЛЬЯНА

Исторически сложилось так, что кальяны были популярны среди коренного народа Африки и Азии, на протяжении как минимум четырех столетий. В конце 19 века и первой части 20-го века, курение кальяна было популярно среди пожилых людей на Ближнем Востоке, которые использовали для курения главным образом крепкий не ароматизированный табак, который был противен молодежи. Тем не менее, появление ароматизированного табака в начале 1990-х годов резко увеличило популярность кальяна среди молодых людей, начиная с Ближнего Востока, а затем подобная популярность распространилась и в других странах и континентах, главным образом посредством университетов и школ.

Курение табака через кальян является формой потребления табака с помощью одноствольного или многоствольного инструмента для курения табака, разработанного таким образом, что перед тем, как попасть к курильщику, дым проходит сквозь воду или другую жидкость.

Некоторые из отличительных факторов, которые, по всей видимости, способствуют росту популярности курения табака через кальян, включают:

1. Появление ароматизированного табака (маассел). Появление в 1990-х годах подслащенного ароматизированного табака для кальянов, который обычно называют маассел, связано с резким скачком популярности курения кальяна. До маассела, курильщики кальяна использовали для курения свежие листья табака. Крепкий и

резкий дым от свежих листьев табака резко контрастирует с мягким и ароматным дымом от маассела. Маассел выпускается во многих разновидностях и упрощает подготовку к курению кальяна.

2. Социальная приемлемость в связи с распространением культуры кафе и ресторанов. Совместное курение кальяна – это довольно популярное времяпровождение, особенно среди молодых людей, и кафе и рестораны наживаются на этом, включая кальяны в свои меню. «Палатки Рамадана» в 1990-х годах были особой формой кафе, которые предоставляли место для общения в течение священного для мусульман месяца Рамадан. Кальяны стали неотъемлемой частью этих кафе, узаконив свое использование на общественных мероприятиях.

3. Продвижение через средства массовой коммуникации и социальные медиа. Традиционные и новые средства массовой информации и Интернет уделяют все больше эфирного времени курению табака через кальян, часто демонстрируя подобное времяпровождение с положительной стороны. Один анализ видео о курении сигарет и кальяна на YouTube показал, что пользовательские видео об использовании кальяна менее склонны признавать негативные последствия курения для здоровья, чем видео о курении обычных сигарет. Кроме того, маркетологи и продавцы кальянов и табака для кальянов используют Интернет и социальные медиа для рекламы своей продукции под видом блогов и сообщений от заинтересованных групп.

4. Ошибочные представления об относительной безопасности курения кальяна. Убеждение, что то, что табачный дым проходит через воду, делает курение кальяна менее вредным, чем курение сигарет, является широко распространенным, и способствует его растущей популярности и приемлемости.

Курение кальяна опасно для здоровья.

- Дым кальяна токсичен. Лабораторный анализ кальянного дыма выявил поддающиеся измерению уровни канцерогенных веществ (в том числе специфичных для табака нитрозаминов, полициклических ароматических углеводородов (ПАУ), летучих альдегидов, например, формальдегида и бензола), и токсикантов, таких как оксид азота и тяжелые металлы. Кроме того, сжигание угля генерирует высокие уровни окиси углерода (СО) и канцерогенных ПАУ. Эти токсичные вещества имеют отношение к наркомании, заболеваниям сердца и легких и к раку у курильщиков, и, если эти токсиканты поглощаются организмом в значительных количествах, могут приводить к аналогичным результатам и у курильщиков кальяна.

- Курильщики кальяны в значительных количествах поглощают токсины и канцерогены из кальянного дыма. Данные анализов биомаркеров, которые измеряют токсические и канцерогенные уровни в крови и моче курильщиков кальяна, показывают, что в результате курения кальяна курильщики подвергаются значительному воздействию этих соединений. Курильщики кальяна подвергаются гораздо большему воздействию СО, значительно большему воздействию ПАУ, аналогичному воздействию никотина и значительно более низкому воздействию специфичных для табака нитрозаминов, чем курильщики обычного табака.

- Курение кальяна приводит к измеримым острым неблагоприятным физиологическим и медицинским последствиям. Исследования документально подтверждают у курильщиков кальяна повышение сердечного ритма и кровяного давления, другие вредные острые сердечнососудистые эффекты, нарушение функции легких и переносимости физических нагрузок, увеличение возникновения воспаления легких, обмороки и острые отравления угарным газом.

- Курение кальяна связано с многочисленными долгосрочными неблагоприятными последствиями для здоровья. Систематические обзоры существующих исследований указывают на значительные связи между курением кальяна и раком легких, периодонтальными заболеваниями и низкой массой тела при рождении. Более поздние данные свидетельствуют о возможных связях с раком ротовой полости, пищевода, желудка и мочевого пузыря, а также с хронической обструктивной болезнью легких, сердечнососудистыми заболеваниями, инсультами, хроническим ринитом, мужским бесплодием, желудочно-пищеводным рефлюксом и нарушением психического здоровья.

Данные показывают, что курение кальяна вызывает привыкание. В плазме курильщиков кальяна после его курения значительно увеличивается уровень никотина, более того, они проявляют поведенческие симптомы никотиновой зависимости. Хотя многие из показателей зависимости от кальяна схожи с зависимостью от курения сигарет, есть веские основания полагать, что табачная зависимость курильщиков кальяна имеет свои уникальные особенности, которые по-прежнему не признаны в моделях и инструментах, описанных в литературе, посвященной зависимости от сигарет. При отсутствии установленного и утвержденного набора конкретных мер в отношении табачной зависимости от курения кальяна, привыкание к кальяну в настоящее время значительным образом недооценивается.

Пассивное курение при курении кальянов является очень вредным. Многочисленные исследования документально подтверждают наличие значительных количеств СО, альдегидов, ПАУ, ультрадисперсных частиц и вдыхаемых твердых частиц в кальянном дыме при пассивном курении. Курение кальяна приводит к большему количеству выбросов СО, ПАУ и летучих альдегидов, чем курение сигарет. Кроме того, прямые выбросы токсикантов при курении бестабачных смесей через кальян были равны или даже превышали выбросы при курении смесей на основе табака. Таким образом, кальянный дым от бестабачных продуктов также опасен, и помимо никотина, содержит те же токсиканты и имеет ту же биологическую активность, что и изделия на основе табака [18].

### **НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Воздействие табачного дыма влечет за собой серьезные последствия для всех без исключения этапов репродукции человека.

Табакокурение негативно отражается на мужской и женской фертильности.

Курящие матери подвергаются повышенному риску возникновения эктопической беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, отслойки плаценты, предлежания плаценты, самопроизвольных аборт, мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, низкой массы тела для срока гестации и врожденных аномалий плода (например, расщепление губы).

После рождения дети женщин, куривших вовремя или после беременности чаще подвергаются риску СВДС (синдром внезапной детской смерти). Некоторые из этих медицинских проблем, например, низкая масса тела при рождении и преждевременные роды, могут отрицательно влиять на здоровье человека на

протяжении всей его жизни, повышая, в частности, риск развития хронических заболеваний во взрослом возрасте.

При беременности опасно потребление не только курительного табака. Факты свидетельствуют о том, что женщины, употреблявшие во время беременности бездымный табак, чаще подвержены риску таких неблагоприятных исходов беременности, как мертворождение, преждевременные роды и низкая масса тела новорожденного.

Негативное влияние курения на исход беременности отражается не только непосредственно на состоянии матери. У детей женщин, подвергавшихся во время беременности пассивному курению, также чаще наблюдаются умеренное снижение массы тела при рождении, а риск низкой массы тела при рождении (<2500 г) повышается на 22% [10].

## МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Никотин - основной алкалоид табака, отвечающий за формирование зависимости от курения. При ингаляционном пути введения, никотин быстро проникает в системный кровоток и примерно через 5- 10 секунд достигает головного мозга. Будучи липофильным веществом, никотин легко преодолевает гематоэнцефалический барьер и ткани головного мозга.

Точкой действия никотина являются никотиновые ацетилхолиновые рецепторы. Н-холинорецептор (nACh-рецептор) состоит из 5 белков. Эти белки бывают четырех групп, -  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  и  $\delta$ . Каждый из этих белков, в свою очередь, существует в разновидностях: семь видов альфа-субъединицы и четыре вида бета. Таким образом, комбинируя 5 белков из этого набора, получается множество подвидов nACh-рецептора. Самая высокая чувствительность к никотину у рецептора, состоящего из трех  $\alpha 4$  и двух  $\beta 2$  субъединиц. Эти рецепторы в основном расположены на телах дофаминовых нейронов, участвующих в системе вознаграждения (область покрышки мозга VTA и ядро nucleus accumbens NACcore), и именно через них реализуется механизм никотиновой зависимости. У человека белки  $\alpha 4\beta 2$ - рецептора кодируются в 15й хромосоме, есть вариант этого генетического кластера, по которым предрасположенность к никотиновой зависимости достоверно выше.

Возбуждение от этих рецепторов приводит к высвобождению дофамина в лимбической системе, что приводит к возникновению положительных эмоций и чувства удовольствия.

В результате постоянной стимуляции рецепторов, их чувствительность к никотину снижается, а концентрация (количество на единицу площади клеточной мембраны) увеличивается, что создает предпосылки для развития - толерантности и закрепления зависимости.

К физической зависимости, субстратом которой выступают никотиновые рецепторы ЦНС, тесно примыкает психологическая, когда курение становится своеобразным стилем жизни, моделью поведения, ритуалом. Поведенческие стереотипы поддерживают зависимость, закрепляется положительная мотивация к употреблению наркотика при использовании любимой зажигалки, пепельницы, в определенной ситуации (на работе или дома), после еды, употребления алкоголя. Подобные предметы или ситуации часто выступают триггером при рецидивах курения, и становятся барьером при лечении [13].

## ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА

Выяснение никотинового статуса пациента должно входить в стандарт обследования при любом первичном общении пациента к врачу.

В настоящее время в мире широко применяется тест Фагерстрема [14]. Тест разработан доктором Карлом Фагестремом, одним из ведущих специалистов по влиянию курения на организм. Доктор Карл Фагерстрем учился в университете Упсалы и получил высшее образование в качестве лицензированного клинического психолога 1975. Затем он начал работать в клинике по освобождению от никотиновой зависимости. В 1981 году он получил степень доктора философии и защитил диссертацию о никотиновой зависимости и отказе от курения. К. Фагерстрем является одним из основателей «Общества по изучению никотина и табака».

Тест Фагерстрема определяет связь между индивидуальным баллом и тяжестью проявления абстинентного синдрома. Включает в себя 6 вопросов: чем выше балл, тем сильнее будет проявляться абстиненция. Если нет времени на подсчет баллов, можно воспользоваться простым правилом: если курильщик выкуривает свою первую сигарету в течение 30 минут после пробуждения – у него высокая степень зависимости.

### ТЕСТ

#### *Инструкция:*

Ответьте на вопросы и просуммируйте указанное в скобках количество баллов:

1. Как скоро вы тянетесь за сигаретой, после того как проснетесь?
  1. в течении первых 5 минут (3)
  2. через 6 – 30 минут (2)
  3. через 31 – 60 минут (1)
  4. более, чем через 60 минут (0)
2. Тяжело ли вам воздержаться от курения в тех местах, где оно запрещено?
  1. Да (1)
  2. Нет (0)
3. От какой сигареты вам было бы тяжелее всего воздержаться?
  1. От утренней (1)
  2. От последующей (0)
4. Сколько сигарет в день вы выкуриваете?
  1. До 10 (0)
  2. От 11 до 20 (1)
  3. От 21 до 30 (2)
  4. Более 30 (3)
5. Вы курите чаще в первые часы после пробуждения, чем в течение остальной части дня?
  1. Утром (1)
  2. На протяжении дня (2)
6. Курите ли вы во время болезни, когда должны придерживаться постельного режима?
  1. Да (1)
  2. Нет (0)



### *Интерпретация результатов теста:*

Максимальная сумма баллов – 10. Степень зависимости:

- 0-2 балла: Очень низкая
- 3-4 балла: Низкая
- 5 баллов: Средняя
- 6-7 баллов: Высокая
- 8-10 баллов: Очень высокая

### *Рекомендации:*

От 0 до 3 баллов. При решении прекратить курение основное внимание должно быть уделено психологическим факторам.

4-5 баллов. Желательно использование препаратов замещения никотина.

6-10 баллов. Резкий отказ от курения может вызвать неприятные ощущения в организме. Справиться с ними помогут препараты замещения никотина.

## **ТИПЫ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Курение табака относится к поведенческим характеристикам человека. У каждого курящего человека есть свои, только ему присущие, особенности курительного поведения.

Курительное поведение – комплексная характеристика индивидуальных особенностей поведения курящего (причины курения, характер курения и т.д.). Учет этих особенностей, наряду с возрастом, полом, стажем и интенсивностью курения, стадией курения, психологической готовностью к отказу от курения, позволит выбрать наиболее приемлемый подход к лечению табакокурения в каждом конкретном случае.

Для определения типа курительного поведения используется анкета, разработанная Д. Хорном.

На основании анкеты выделяют шесть типов курительного поведения: «стимуляция», «игра с сигаретой», «расслабление», «поддержка», «жажда», «рефлекс». Тип курительного поведения в большинстве случаев носит смешанный характер, но опрос по анкете Д. Хорна позволяет выделить доминирующий тип курения, определить ситуации, связанные с курением.

Анкета предназначена для самостоятельного заполнения. Рекомендуется кратко проинструктировать человека перед ее заполнением.

Анкета состоит из 18 вопросов: 6 блоков по 3 вопроса. Ответ на каждый вопрос оценивается по пятибалльной шкале (1 – никогда; 2 – редко; 3 – не очень часто; 4 – часто; 5 – всегда). Курильщик должен дать ответ на каждый вопрос, обводя цифру в наиболее соответствующей для них колонке.

## Анкета Д. Хорна для определения типа курительного поведения

Вопрос		Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А	Я курю для того, чтобы снять усталость, оставаться бодрым (-ой)	5	4	3	2	1
Б	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
В	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5	4	3	2	1
Г	Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
Д	Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
Е	Я закуриваю автоматически, не замечая этого	5	4	3	2	1
Ж	Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус	5	4	3	2	1
З	Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания	5	4	3	2	1
И	Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
К	Я закуриваю сигарету, когда расстроен(-а) или чувствую себя некомфортно	5	4	3	2	1
Л	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
М	Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1
Н	Я закуриваю, чтобы подстегнуть себя, почувствовать воодушевление, подъем	5	4	3	2	1
О	Когда я курю, удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
П	Я хочу закурить, когда удобно устроился(-лась) и расслабился(-лась)	5	4	3	2	1
Р	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным(-ной) и хочу забыть обо всех неприятностях	5	4	3	2	1
С	Если я некоторое время не курю, я испытываю голод по сигарете	5	4	3	2	1
Т	Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда закурил(-а) её	5	4	3	2	1

Блоки вопросов характеризуют 6 типов курительного поведения:

- А+Ж+Н = Стимуляция;
- Г+К+Р = Поддержка;
- Б+З+О = «Игра» с сигаретой;
- Д+Л+С = Жажда
- В+И+П = Расслабление;
- Е+М+Т = Рефлекс.

## Интерпретация результатов анкетирования

Вопросы	Сумма баллов	Тип курительного поведения
А + Ж + Н		Стимуляция
Б + З + О		Игра с сигаретой
В + И + П		Расслабление
Г + К + Р		Поддержка
Д + Л + С		Жажда
Е + М + Т		Рефлекс

Характерный тип курительного поведения – выше 11 баллов;

Вероятный тип курительного поведения – 7 – 11 баллов;

Нехарактерный тип курительного поведения – до 7 баллов.

Интерпретация ответов проводится по сумме трех вопросов соответствующего блока.

**Сумма баллов 11 и более** указывает, что анкетированный курит именно по этой причине.

**Сумма баллов от 7 до 11** является пограничной и говорит о том, что это в некоторой степени может быть причиной курения.

**Сумма меньше 7** – данный тип курения для отвечающего не характерен.

### Характеристика типов курительного поведения

**«Стимуляция».** Курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. Курят, когда работа не ладится. У курящих с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина.

**«Игра с сигаретой».** Человек как бы «играет» в курение. Ему важны «курительные» аксессуары: зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Нередко он стремится выпускать дым на свой манер. В основном курят в ситуациях общения, «за компанию». Курят мало, обычно 2 – 3 сигареты в день.

**«Расслабление».** Курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» к отдыху. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

**«Поддержка».** Этот тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

**«Жажда».** Данный тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам.

**«Рефлекс».** Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Курят автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

При типе курительного поведения «стимуляция» курящие считают, что курение повышает их работоспособность. Это заблуждение. Компоненты табачного дыма, попадая в организм человека, способствуют сужению кровеносных сосудов, в том числе сосудов головного мозга. В результате снижается умственная работоспособность, замедляется скорость реакции, ослабляется внимание. Таким образом, сигарета не выполняет «ожидаемой» функции.

У тех, для кого характерен тип «игра с сигаретой» следует обратить внимание на высокую степень психологической зависимости. Несмотря на незначительное количество выкуриваемых табачных изделий, существует высокий риск увеличения интенсивности курения в дальнейшем.

При типе «расслабление» курение воспринимается как неперенный атрибут отдыха, поэтому отказ от курения нередко воспринимается, как лишение себя возможности полноценно отдохнуть. Курение вызывает выброс глюкозы из печени, что притупляет чувство голода и на короткое время создает чувство комфорта. Таким образом, курящий расходует резервы собственного организма. Каждый курящий человек должен выбрать приемлемую именно для него альтернативу курению. Это может быть прослушивание музыки, другое приятное занятие.

Одним из распространенных типов курительного поведения является тип «поддержка». Выкуривая сигарету в ситуации стресса, курящий с годами формирует стереотип поведения в подобных ситуациях. С течением времени при сформировавшейся физической зависимости от никотина приобретается новый источник стресса – отсутствие сигареты, без которой невозможно себя представить в ситуации, связанной с волнением. Создается порочный круг – и возникновение, и прекращение стресса зависят от курения. В качестве альтернативы может служить увеличение физической нагрузки («убежать от стресса»), использование приемов аутотренинга и др.

Типы курительного поведения «жажда» и «рефлекс» свидетельствуют о наличии выраженной физической зависимости от табака. При отказе от курения для уменьшения выраженности симптомов отмены рекомендуется обратить внимание на целесообразность применения медикаментозной терапии.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТУ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

После того, как определен тип курительного поведения, необходимо расставить приоритеты в части направления тех рекомендаций, которые будут даны пациенту.

При типе курительного поведения «стимуляция» нужно акцентировать внимание пациента на том, что:

- если ему предстоит важная работа, то для ее выполнения необходимо отвести больше времени, чем обычно требует подобное дело;
- если не получается долго поддерживать высокий уровень внимания, необходимо работать короткими периодами;

- отметить, что, способности пациента остались прежними. Когда действительно потребуются силы, они появятся, даже без курения;
- когда нужно взбодриться, «проснуться», необходимо сходить на короткую прогулку, пробежку;
- для повышения концентрации внимания во время работы рекомендуется пожевать жевательную резинку или съесть что-либо низкокалорийное, например, сухофрукты.

При типе курительного поведения **«расслабление»**:

- если человек имел обыкновение курить в определенном месте, необходимо рекомендовать временно его не посещать или не задерживаться там надолго;
- при посещении ресторана или кафе, рекомендовать всегда располагаться в зоне для некурящих;
- рекомендовать планировать заранее, что человек будет делать в те моменты, когда обычно закуривает;
- рекомендовать чаще принимать душ, теплую ванну, другие приятные водные процедуры;
- в случае, если человек напряжен, рекомендовать использовать технику глубокого дыхания (медленный глубокий вдох, а затем в 2 раза более продолжительный выдох) и другие техники релаксации;
- рекомендовать увеличить физическую активность. Это очень помогает, особенно водные нагрузки, которые дают ощущение мышечного расслабления.

При типе курительного поведения **«игра с сигаретой»**:

- рекомендовать изменить свой образ: подобрать новую одежду, стрижку или аксессуары;
- акцентировать внимание на том, что образ курильщика быстро дополняется желтыми зубами, нездоровым цветом лица и несвежим дыханием

При типе курительного поведения **«поддержка»**:

- рекомендовать постараться найти людей и занятия, которые будут поддерживать пациента;
- почаще делитесь с родными и друзьями тем, что беспокоит;
- если предпринимаемых мер недостаточно и человек не может справиться с проблемой без курения, необходимо рекомендовать обратиться за помощью к психотерапевту.

При типе курительного поведения **«рефлекс»**:

- рекомендовать носить с собой леденцы, жевательную резинку, сухофрукты, воду;
- рекомендовать занять чем-нибудь руки. Это могут быть, например, эспандер, мячики, пластилин для рук, вязание.

## **Общие рекомендации человеку, принявшему решение бросить курить:**

- внести изменения в жизненный распорядок в отношении моментов, обычно связанных с курением; продумайте заранее, как можно отвлечься в эти моменты;
- постараться максимально занять свое свободное время;
- сдать в чистку верхнюю одежду, чтобы освободить ее от запаха табачного дыма;
- если человек уже пытался бросить курить, рекомендовать проанализировать предшествующий опыт;
- поскольку алкоголь способствует рецидивам, рекомендовать воздержаться от его приема в ближайшее после отказа от курения время;
- избегать провоцирующих курение ситуаций (отрицательные эмоции, стресс, общество курящих людей, прием алкоголя, сигареты в открытом доступе);
- не отчаиваться, если произошел срыв. При повторных попытках бросить курить шансы на успех возрастают;
- преодолеть желание закурить помогают занятость, аутогенная тренировка;
- для воспроизведения привычного поведения (взаимодействия руки и рта) вместо курения сигареты, рекомендовать съесть сухофрукты, леденцы, фрукты;
- употреблять не менее 2 литров жидкости в день (при отсутствии противопоказаний). Это способствует более быстрому выведению из организма токсинов;
- если с проблемой не удастся справиться самостоятельно, рекомендовать обратиться в кабинет по отказу от курения или к врачу-психотерапевту.

## **ТРУДНОСТИ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ**

Любой человек, который принял решение бросить курить, сталкивается с рядом проблем. Очень часто, происходящие изменения пугают курильщиков, ведь они могут не понимать, что происходит с организмом после отказа от курения. Так как никотиновая зависимость очень сильная, отказаться от пагубной привычки бывает очень сложно.

Когда человек бросает курить, организм отвечает на нехватку никотина различными симптомами, свидетельствующими о возникновении стрессового состояния на фоне отказа курения.

Если человек курил на протяжении длительного времени, то процесс восстановления может быть достаточно долгим. При отказе от сигарет очень часто возникают следующие симптомы: желание закурить заново; повышенная раздражительность; головокружение; риск развития депрессивных состояний; отсутствие настроения; тревожность; слабость во всем организме; замедленное сердцебиение; высыпания на коже; воспаление слизистой ротовой полости; дискомфорт в горле, напоминающий ощущения при простуде; нарушение сна; не проходящий голод; насморк; кашель; боли в желудке (колики).

Перечисленные симптомы при синдроме отмены могут наблюдаться как в совокупности, так и отдельно. Следует отметить, что в некоторых случаях процесс бросания курения может пройти без негативных для человека ощущений.

При беседе с человеком, который принял решение бросить курить, нужно обязательно обратить внимание, что через некоторое время после выкуривания последней сигареты у него с большой долей вероятности может появиться желание закурить. Следует обратить особое внимание на этот момент и дать пациенту ряд рекомендаций на этот случай:

- оценить насколько непреодолимо желание закурить и, если возможно, подавить это желание;
- встать, начать двигаться, позвонить кому-нибудь по телефону, сменить занятие или обстановку, выйти на улицу;
- занять чем-нибудь рот (жевательная резинка, сухофрукты, леденец);
- если во время приступа желания закурить во рту появляется сигаретный привкус, от него можно избавиться, полизав или пососав ломтик лимона;
- акцентировать внимание на том, что одна сигарета может перечеркнуть все предыдущие усилия и результаты по отказу от курения;
- вспомнить и повторить про себя или вслух свою установку на отказ от курения или обращение к себе;
- заранее найти для себя приятное занятие, которым человек может заняться при появлении желания закурить;
- использовать методику глубокого дыхания для преодоления стресса;
- если немедикаментозные методы помощи по отказу от курения оказываются неэффективными, следует рекомендовать обратиться к врачу-специалисту для назначения соответствующего лечения, в том числе медикаментозной терапии.

## **АНКЕТИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ**

Ежегодно с целью определения приверженности населения Иркутской области к курению, оценки динамики этого процесса в обществе, медицинскими и образовательными организациями, подведомственными министерству здравоохранения Иркутской области, проводится анкетирование населения по единой анкете. Результаты анкетирования анализируются ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики» с целью выработки предложений по организации процессов, направленных на профилактику курения, которые в дальнейшем направляются в министерство здравоохранения Иркутской области для обсуждения, согласования и утверждения.

В 2017-2018 годах было проведено анкетирование более 18 тыс. человек. Распределение по гендерному типу выглядело следующим образом: в 2017 году мужчин – 44,4%, женщин – 55,6%, в 2018 году мужчин – 72%, женщин – 28%

По возрасту опрошенные распределились следующим образом: подростки до 16 лет – 3,3%, 16-25 лет включительно – 19,6%, 26-35 лет – 22,9%, 36-45 лет – 22,5%, 46-55 лет – 16%, 56-65 лет – 11,2%, старше 65 лет – 4,5%.

По результатам опроса 2017 года установлено, что курят 49,6% респондентов, из них: «ежедневно» – 40%, «не каждый день» – 9,6%; 50,4% опрошенных – некурящие, в том числе «никогда не курили» 31,8%, «курили раньше, но бросили» – 18,6%.

По результатам опроса 2018 года установлено, что курят 55,7% респондентов, из них: «ежедневно» – 53%, «не каждый день» – 2,7%; 44,3% опрошенных – некурящие, в том числе «никогда не курили» 18,3%, «курили раньше, но бросили» – 26%.

Курят более 10 лет 51,1% (2017 г.), 51,0% (2018 г.) опрошенных. Преимущественно курят 11-20 сигарет в день 40,3% (2017 г.) 54,0% (2018 г.) респондентов.

Из причин, которые могли бы заставить курящих людей бросить эту пагубную привычку, чаще всего респонденты ссылались на проблемы со здоровьем - 70,7%, заботу о здоровье - 8,9%.

Из числа опрошенных курящих людей изъявили желание бросить курить - 64,2%, в том числе не в ближайший месяц - 32,5%.

При покупке сигарет большинство курящих (45,6%) не обращают внимание на оформление упаковки. В связи с повышением цен не меняют привычную марку сигарет на более дешевую 48,5% опрошенных.

В результате опроса установлено, что чаще всего население обращается для получения помощи по отказу от курения в специализированные кабинеты и центры здоровья - 52%; не ориентированы, где можно получить помощь по отказу от курения 36,7% опрошенных.

За последний месяц в окружении опрошенных людей наблюдали курящих постоянно 26,5% респондентов; регулярно, но не каждый день - 12,6%; не видели курящих - 2%, остальные затруднились ответить.

Чаще всего курящих видят на остановках (13,3%), в подъездах (9,2%), в местах для курения (7 %). На факт курения относятся негативно 44,6% респондентов в 2017 г. и 85% в 2018 г.

Опрос также выявил, что бросили курить в 2018 г. 18,6% респондентов (2017 г. – 17,1%), из них курили больше 10 лет - 32,9% (2017 г. – 33,7%), меньше 1 года - 10,9% (2017 г. – 9,7%).

Среди бросивших курить по результатам опроса 2018 г. в основном курили от 11 до 20 сигарет в день 38,5% (2017 г. – 45,4%) респондентов. Бросили курить из-за проблем со здоровьем или ввиду озабоченности о своем здоровье 51% опрошенных (2017 г. – 77,5%).

Таким образом, анализируя результаты проведенного анкетирования, в том числе в динамике, можно сделать однозначный вывод о том, что, несмотря на предпринимаемые меры, проблема курения в обществе всё еще остается достаточно острой. Необходима активизация работы профилактической направленности в отношении курящих людей.



Для проведения анкетирования населения предлагается следующая форма анкеты:

<b>ОБЩИЕ ВОПРОСЫ</b>												
<b>Ваш пол</b>		<b>Ваш возраст</b>						<b>Вы курите?</b>				
Муж	Жен	а) менее 16 лет	б) 16-25 лет	в) 26-35 лет	г) 36-45 лет	д) 46-55 лет	е) 56-65 лет	ж) старше 66 лет	а) да, ежедневно	б) да, но не каждый день	в) никогда не курил	г) курил раньше, но бросил
<b>ВОПРОСЫ ДЛЯ КУРИЛЬЩИКОВ</b>			<b>ВОПРОСЫ ДЛЯ НИКОГДА НЕ КУРИВШИХ</b>				<b>ВОПРОСЫ ДЛЯ БРОСИВШИХ КУРИТЬ</b>					
<b>Как давно Вы курите?</b>		а) менее 1 года		<b>За последний месяц как часто в Вашем присутствии курили другие люди или Вы видели как курят другие люди?</b>		а) постоянно		<b>Как долго Вы курили?</b>		а) менее 1 года		
		б) 1-5 лет				б) регулярно, но не каждый день				б) 1-5 лет		
		в) 5-10 лет				в) раз в неделю				в) 5-10 лет		
		г) более 10 лет				г) 2-3 раза в месяц и реже				г) более 10 лет		
<b>Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?</b>		а) 10 или менее		<b>Где Вам приходилось видеть курящих людей?</b>		д) никогда		<b>Сколько сигарет в день Вы выкуривали?</b>		а) 10 или менее		
		б) 11-20				а) дома				б) 11-20		
		в) 21-30				б) в подъезде				в) 21-30		
		г) более 30				в) на остановке				г) более 30		
<b>Что могло бы сподвигнуть Вас бросить курить?</b>		а) проблемы со здоровьем				г) в электричке, поезде		<b>Как давно Вы бросили курить?</b>		а) более года назад		
		б) забота о здоровье				д) на рынке				б) менее года назад		
		в) закон о запрете курения				е) на детской площадке				а) проблемы со здоровьем		
		г) цены на сигареты				ж) в школе/университете				б) забота о здоровье		
		д) информация о вреде курения в СМИ				з) в больнице/поликлинике				в) закон о запрете курения		
		е) информация о вреде курения на пачках сигарет				и) другое				г) цены на сигареты		
		ж) совет врача		<b>Как Вы к этому относитесь?</b>		а) вызывает раздражение				д) информация о вреде курения в СМИ		
		з) семья и дети				б) вызывает желание закурить				е) информация о вреде курения на пачках сигарет		
		и) друзья и знакомые				в) мне все равно				ж) совет врача		
		к) другое								з) семья и дети		
<b>Хотите ли Вы бросить курить?</b>		а) да								и) друзья и знакомые		
		б) да, но не в ближайший месяц								к) другое		
		в) нет								а) сам, силой воли, с помощью друзей, семьи		
<b>Глядя на пачку сигарет, на что Вы в первую очередь обращаете внимание?</b>		а) на название бренда								б) пользовался услугами телефонной «горячей линии»		
		б) на устрашающие надписи/картинка на пачке								в) помогли врачи		
		в) не обращаю внимания на пачку								г) принимал лекарства		
<b>Приходилось ли Вам менять привычную марку сигарет на более дешевую или меньше курить из-за повышения цен на сигареты?</b>		а) нет, как курил(а), так и курю								д) другое		
		б) да, курю более дешевую марку										
		в) да, стал меньше курить										
		г) бросил курить										
<b>Как Вы думаете, где можно получить помощь по отказу от курения?</b>		а) в поликлинике										
		б) в кабинете по отказу от курения										
		в) в центре здоровья										
		г) «горячая линия»										
		д) нигде										
		е) другое										

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирный день без табака, 31 мая 2018 - Табак губит сердце. Выбирайте здоровье, а не табак. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018.
2. Всемирный доклад ВОЗ о тенденциях в курении табака на 2000-2025 гг.: Всемирная организация здравоохранения, 2018, - 367 с.
3. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации: Москва, 2011, - 64 с.
4. Marsh S, Aldington S, Shirtcliffe P, Weatherall M, Beasley R. Smoking and COPD: what really are the risks? *Eur. Respir. J.*, 2006, 28: 883-886.
5. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (GOLD), пересмотр 2014 г.
6. Postma DS, Bush A, van den Berge M. Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 2015, 385: 899-909.
7. Eisner MD, Balmes J, Katz BP, Trupin L, Yelin E, Blanc P. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environ. Health Perspect*, 2005, 4: 7-15.
8. Fischer BM, Pavlisko E, Voynow JA. Pathogenic triad in COPD: oxidative stress, protease-anti-protease imbalance, and inflammation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2011, 6: 413-421. doi:10.2147/COPD.S10770.
9. Saetta M, Di Stefano A, Maestrelli P, Ferraresso A, Drigo R, Potena A, Ciaccia A, Fabbri LM. Activated T-lymphocytes and macrophages in bronchial mucosa of subjects with chronic bronchitis. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1993, 147: 301-306.
10. Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности, Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
11. A WHO / The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. World Health Organization, 2007.
12. Ott JJ, Ullrich A, Mascarenhas M, Stevens GA. Global cancer incidence and mortality caused by behavior and infection // *J Public Health (Oxf)*. 2010; № 8 P.1–2.
13. Hatsukami D, Lindsay F Stead, Prakash C Gupta. Tobacco addiction // *Lancet* 2008; V. 371. № 9629 P. 2027–2038.
14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire // *Br J Addict*. 1991; V. 86. P. 1119–1127.
15. Методические рекомендации «Диагностика и лечение табачной зависимости во внутренних войсках МВД России». Военно-медицинское управление главного командования внутренних войск МВД России, Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России, Москва, 2012.
16. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments
17. Доклад ВОЗ Электронные системы доставки никотина Конференция Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, октябрь 2014 г.
18. Всемирная организация здравоохранения. Курение табака через кальян и последствия для здоровья, 2015 г.