

# Борьба с табакокурением: необходимость консолидации усилий общества и медицинских работников

Е.А. Кваша

ГУ «Национальный научный центр "Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско" НАМН Украины», Киев

В обзоре изложены данные литературы о динамике распространенности табакокурения среди населения и медицинских работников. Представлена роль врача в борьбе с табачной эпидемией.

**Ключевые слова:** курение, сердечно-сосудистые заболевания, фактор риска, здоровье населения.

11 января 1964 г. опубликован доклад Главного врача США, в котором впервые были обобщены данные более 7000 научных статей о негативных последствиях курения для здоровья. Это не только стало поворотным моментом для общественного здравоохранения США, но и послужило толчком для пристального изучения распространенности курения и оценки вклада потребления табака в формирование здоровья населения. Кроме того, доклад подтолкнул общественность и ученых к разработке множества других мер по ограничению курения на различных уровнях. За прошедшие 50 лет накоплен позитивный опыт по разработке и эффективному осуществлению комплексных программ против табака в разных странах, позволивший определить ключевые факторы, способствующие успеху антитабачных инициатив. Это и запрет курения в общественных заведениях и рабочих местах, увеличение налогообложения на табачную продукцию, запрет рекламы табачных изделий, разработка медикаментозных препаратов, помогающих людям преодолеть никотиновую зависимость, общеобразовательные программы для населения, предупреждение о последствиях курения на сигаретных пачках [7, 14, 15, 20].

Однако до настоящего времени табакокурение (ТК) остается одной из актуальных проблем здравоохранения и общества в целом. В докладе Европейского регионального бюро ВОЗ под-

черкивается, что, несмотря на применение антитабачных мер на глобальном (РКТЬ ВОЗ), региональном (директивы ЕС) и национальных уровнях, табачная эпидемия продолжается [1]. В настоящее время потребление табака является причиной 12 % всех случаев смерти в мире. Наивысший уровень смертности, обусловленной ТК, отмечается в странах Европейского и Американского регионов – 16 %.

К сожалению, несмотря на существующую убедительную доказательную базу пагубного воздействия этого фактора риска и всеобщее понимание вреда для здоровья, отношение современного общества к ТК не столь однозначно. По данным опубликованного в 2014 г. исследования распространенности курения и потребления сигарет в 187 странах, в настоящее время в мире частота курения составляет 31 % среди мужчин и 5 % среди женщин [15]. Сравнение стандартизованных по возрасту показателей свидетельствует о том, что больше других мужчин на планете курят жители Тимор-Лешти (61,1 %) и Индонезии (57 %). Среди женщин наивысшие показатели отмечаются в Греции (34,7 %) и Болгарии (31,5 %). Наиболее редко курящие мужчины встречаются в Антигуа и Барбуда (5 %), а курящие женщины – в Эритрее и Камеруне (по 0,6 %). Распространенность ТК в Европейском регионе самая высокая среди всех регионов ВОЗ и составляет 28 % (страны Восточного

Средиземноморья – 22 %, Американский регион – 20 % и страны Африки – 15 %) [1]. Показатели курения существенно варьируют не только в разных странах, но и в разных социальных слоях населения отдельных государств. Как правило, более высокую частоту этого фактора риска регистрируют среди мигрантов, лиц с более низким уровнем доходов и образования [6, 11]. Так, в настоящее время в США курят 17,8 % мужчин и женщин старше 18 лет. Этот показатель колеблется от 24,2 % среди населения с уровнем экономического дохода ниже прожиточного минимума до 16,0 % при доходе, превышающем минимум. ТК регистрируют в 4 раза чаще среди лиц, имеющих 12-летнее образование (24,2 %) по сравнению с выпускниками вузов с постдипломным образованием (5,6 %) [11]. По мнению ряда исследователей, межгосударственные различия в смертности от хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых, а также динамика этих показателей внутри страны во многом определяются уровнями ТК в различных социально-демографических слоях общества [6, 11, 21].

Одним из наиболее ярких примеров последовательных, неукоснительных, широкомасштабных и продолжительных действий государства, направленных на борьбу с ТК и оздоровление общества, является Канада. Начиная с 1980 г., в этой стране отмечаются одни из самых высоких в мире средние темпы снижения распространённости курения – 3 % в год. По данным доклада «Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends 2015 Edition», всего лишь 14,6 % канадцев в возрасте старше 15 лет курят (10,9 % – регулярно и 3,8 % – эпизодически) [17]. Однако, как подчеркивается в выступлении одного из соавторов канадского доклада D. Hammond, несмотря на прогресс в борьбе против табака, курение остается одной из ведущих причин ухудшения здоровья населения Канады. Вызывает тревогу тот факт, что в последние несколько лет (2011–2013) темпы снижения распространённости курения уменьшились. Только 60 % курящих, посетивших врача в течение года, получили рекомендации по отказу от курения и примерно половина лиц (46 %) при попытке отказа от курения использовали медикаментозные препараты, в том числе никотинозаместительную терапию. Необходимо усиление антитабачных мер как со стороны госу-

дарства, так и медицинских работников для дальнейшего снижения потребления табака в стране [18]. О дальнейшем усилении активной и последовательной реализации проверенных на практике мер, направленных на сокращение курения в стране и спасение жизней людей, говорится и в докладе Главного врача США 2014 г. [20]. В США с 1965 г. потребление табака среди населения старше 18 лет сократилось более чем в 2 раза. Это позволило сохранить 8 млн жизней. Однако, несмотря на достигнутый прогресс, каждый год курение убивает более 480 тыс. американцев. Ежегодно прямые расходы на лечение последствий ТК составляют 130 млрд долларов США, а потери производительности труда, вызванные потреблением табачной продукции, превышают 150 млрд долларов США. Сигареты сегодня становятся более опасными, чем когда-либо. Табачная индустрия вносит в конструкцию и состав сигарет тщательно продуманные изменения, чтобы повысить их привлекательность и усилить эффект привыкания к ним. Несмотря на то, что американские курильщики выкуривают меньше сигарет, резко возрос риск умереть от курения. За последние 50 лет риск смерти от любых причин у курильщиков по сравнению с некурящими людьми удвоился у мужчин и вырос в 3 раза у женщин. Реклама и продвижение табачной продукции способствуют приобщению подростков и удерживают их в числе курильщиков.

Несмотря на то, что европейские страны присоединились к активной антитабачной борьбе несколько позже, во многих из них достигнуты существенные успехи. По данным издания «Health at a Glance: Europe 2013» [7], к числу европейских стран с наименьшей частотой курения среди населения в возрасте 15 лет и старше относятся Швеция (13,1 %), Люксембург (17 %), Норвегия (17 %), Португалия (18,6 %), Словения (18,9 %), Словакия (19,5 %), Великобритания (19,6 %). Среди стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, распространённость ТК за прошедшие 10 лет в среднем снизилась на 20 %. Наиболее значимое уменьшение частоты регулярного курения среди населения в возрасте 15 лет и старше отмечается с 2000 г. в Норвегии (с 32 до 17 %), Исландии (с 22 до 14 %), Нидерландах (с 32 до 21 %), Дании (с 31 до 20 %). Программа «Северная Карелия» проводится в Финляндии с 1972 г. На момент ее нача-

ла курил каждый второй взрослый мужчина (55 %) и никогда не курили 21,9 %. Через 40 лет ее выполнения доля курящих мужчин в возрасте 30–64 лет сократилась до 29 %, а никогда не куривших – увеличилась до 39,2 %. И в настоящее время Финляндия – страна с одной из наиболее низких в Европе частотой потребления сигарет среди населения старше 15 лет (17,8 %) [7, 8]. Целью национальной программы «Финляндия, свободная от табака» является снижение частоты курения до 5 %. По мнению исследователей, эта цель будет достигнута в 2040 г. [8, 13].

Профессор лондонского Королевского колледжа А. McNeill сравнила тенденции в распространенности ТК, законодательные, экономические и политические мероприятия, направленные на снижение потребления табака, в Англии и Франции за период 2000–2010 гг. [14]. В Англии на протяжении последних десятилетий наблюдается устойчивое снижение потребления табака, и по данным 2013 г. частота ТК составила 17,1 %. Для Франции характерным является снижение числа курящих до 2005 г., и затем отмечается рост распространенности ТК (до 33 %), особенно среди женщин. По мнению А. McNeill в основе таких тенденций лежат различия в последовательности выполнения государственной политики противодействия ТК, в том числе отсутствие во Франции координации мониторинга и обеспечения выполнений принятых законов, наличие моратория на дальнейшее повышение стоимости сигарет в розничной торговле. Не способствуют снижению частоты ТК также более высокая распространенность ТК среди врачей – 29 % (в Англии 4 %) и недостаточное участие медиков в помощи пациентам в отказе от курения. Так, только 16 % курящих французов, посетивших врача в течение года, получают совет и рекомендации по отказу от курения, в то время как в Англии только 26 % не получают таких рекомендаций [14].

В докладе ВОЗ «Здоровье – 2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века» указывается, что вмешательства в сфере борьбы с ТК являются вторыми по эффективности (после иммунизации детей) направленными вложениями средств в улучшение здоровья. В этом документе подчеркивается, что последовательная и неуклонная борьба за снижение уровня потребления табака должна основываться на

6 стратегиях MPOWER: 1) мониторинг потребления табака и эффективности профилактических мер (Monitor); 2) защита людей от табачного дыма (Protect); 3) предложение помощи людям, желающим бросить курить (Offer); 4) предупреждение об опасностях, связанных с табаком (Warn); 5) контроль за соблюдением ограничений в отношении рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий (Enforce); 6) повышение налогов на табачные изделия (Rais).

В 2006 г. Украина официально ратифицировала Рамочную конвенцию по борьбе с потреблением табака. С тех пор в стране планомерно осуществляется государственная политика, направленная на сокращение спроса на табачные изделия и защиту населения от табачного дыма. Об эффективности предпринимаемых мер свидетельствуют данные отчета Госкомстата Украины [9]: распространенность ТК среди населения в возрасте 12 лет и старше за 7 лет (2008–2015) сократилась с 25,6 до 18,4 %. По данным Центра общественного представительства «Жизнь», количество курящих в Украине по сравнению с 2014 г. не изменилось и составляет 24 %. Курят 42 % мужчин и 9 % женщин. По мнению руководителя правления Центра, такая стабильность показателей объясняется отсутствием реализации эффективных мероприятий по усилению контроля над табаком в 2015 г. [2].

Согласно данным 35-летнего мониторинга профиля риска мужчин в возрасте 18–64 года, проживающих в городе, стандартизованная по возрасту распространенность ТК уменьшилась с 49,9 % (1980) до 35,2 % (2015). Как и в целом по стране, наиболее выраженные изменения регистрируют после 2005 г. (СП 44,5 %). Однако на фоне этих позитивных изменений тревогу вызывает динамика структуры интенсивности курения. Так на протяжении 25 лет половину курящих (55,8–50,8 %) составляли лица со средней интенсивностью курения (от 10 до 19 сигарет в день), и только каждый пятый выкуривал ежедневно пачку сигарет и больше. По данным обследования 2015 г., четверо из 10 курящих мужчин являются заядлыми курильщиками. Полученные результаты еще раз убедительно подтверждают тот факт, что в целом снижение частоты курения в стране связано с уменьшением количества курящих в возрасте 14–29 лет, эпизодических курильщиков и лиц, выкуривающих ежедневно до 10 сигарет. К сожалению,

законодательные и экономические рычаги воздействия в меньшей степени влияют на заядлых курильщиков.

Особая роль в борьбе за прекращения потребления табака принадлежит медицинским работникам. В силу своих профессиональных знаний и обязанностей они должны направлять усилия на сохранение жизни, профилактику и лечение заболеваний у своих пациентов. Медики оказывают потенциально огромное влияние на состояние общественного здоровья, располагают уникальными возможностями для мотивации курящих лиц к отказу от ТК и обладают действенными средствами, чтобы помочь больному отказаться от курения. Несмотря на разработанные методы помощи в отказе от курения с доказанной эффективностью и оснащённость врача медикаментозными препаратами, медицинские работники крайне редко в полной мере используют возможность избавления своих пациентов от табачной зависимости. Недостаточный уровень привлечения врачей всех специальностей к отказу от курения остаётся одной из наиболее важных нерешённых задач борьбы с табачной эпидемией. В исследованиях, посвящённых этой проблеме, в качестве основных препятствий к внедрению квалифицированной медицинской помощи рассматривают курение среди врачей, недостаток профессиональных знаний и подготовки, отсутствие мотивации на отказ от курения у пациентов и отсутствие веры врача в успех такой помощи [5, 22–24].

Проведённые исследования показывают, что курящие врачи значительно меньше знают и действуют по профилактике и лечению табачной зависимости у своих пациентов по сравнению с некурящими, а курение персонала больниц и первичных структур здравоохранения существенно влияет на восприятие пациентами рекомендаций по отказу от курения, нанося существенный ущерб антитабачной пропаганде [19, 22]. Ещё в 1993 г. была сформулирована двухфазная модель по распространённости ТК среди медработников и населения страны в целом [19]. Согласно этой модели неприемлемое отношение к потреблению табака среди врачей и медицинских сестер и уменьшение частоты курения среди медиков опережают и во многом определяют снижение распространённости этого фактора риска среди населения в целом. Распространённость данного фактора риска среди врачей в мире колеблется в широких пределах. В

США курят 2 % врачей, а среди врачей Великобритании этот показатель по данным 2012 г. составляет 0,5 % [11, 16]. В Турции вовлечённость врачей в курение составляет 34 % [4], в Китае – 25,7 % [10], в Японии – 16 % [19]. Результаты выборочных опросов, проведённых в Украине, трудно сопоставить, так как они проведены среди разных специалистов и разных возрастно-половых групп, часто на селективных группах (в рамках проводимого конгресса или конференции). Однако в целом они позволяют предположить, что примерно 25 % врачей являются регулярными курильщиками.

Чаще всего в качестве причины высокой распространённости ТК среди медицинских работников и их непрофессионального подхода к курению пациентов рассматривают недостаток профессиональных знаний и подготовки врачей в области патогенеза табачной интоксикации и табачной зависимости [21, 22]. В докладе Association of American Medical Colleges подчёркивается, что 36 % врачей в качестве основного барьера, препятствующего профессиональной работе с курящими пациентами, указали на недостаток знаний по лечению ТК [16]. Показано, что врачи, получавшие специальную подготовку на семинарах по обучению методам профилактики и лечения табачной зависимости, в 3 раза чаще регулярно консультируют и оказывают помощь курящим пациентам. Опыт таких стран, как Великобритания и Австралия, убедительно демонстрирует необходимость активной образовательной работы через ассоциации, семинары, интернет по оказанию помощи в отказе от ТК.

В мировой практике есть три уровня организации отказа от курения: популяционный, специализированная помощь и общеврачебный уровень. Как показывает опыт стран, где распространённость данного фактора риска удалось существенно снизить, наиболее эффективным является сочетание этих подходов. Классическими примерами являются программа «Северная Карелия» в Финляндии, Australian North Coast Healthy Lifestyle Programme в Австралии, Стэнфордские проекты (Stanford Three-Community Study, Stanford Five-City Project) в США и др., где наряду с индивидуальным подходом активно использовались средства массовой информации для образования населения, формирования культуры и здоровых привычек, мобилизация законодательства.

Необходимо помнить, что сегодня нет другого доступного метода, который в масштабе популяции мог бы в той же степени повлиять на здоровье населения, как постоянная, комплексная и долговременная деятельность государства и врачей, направленная на увеличение отказа от курения.

## Литература

1. Европейский доклад о ситуации в области борьбы против табака, 2014.– Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2014.– 43 с. // [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/003/248421/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Rus/pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/003/248421/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Rus/pdf)
2. Тищенко М. Несмотря на инфляцию, украинцы в 2015 году не стали курить меньше // <http://kr.ua/life/528089-nesmotriana-ynfliatsyui-ukrainsyu-ne-staly-kuryt-menshe>
3. Abdullah A., Stillman F., Luo H. et al. Cessation Practices among Physicians in Developing Countries: A Literature Review (1987-2010) // *Int. J. Environ. Res.*– 2014.– Vol. 11.– P. 429–455.
4. Baltaci D., Bahcebasi T., Aydin L.Y. et al. Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians // *Toxicol. Ind. Health.*– 2014.– Vol. 31.– P. 3–11.
5. Davis R.M. When doctor smoke // *Tob. Control.*– 1993.– Vol. 2.– P. 187–188.
6. Gregoraci G., van Lenthe F.J., Artnic B. et al. Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries, 1990-2004 // *Tob. Control.* doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052766 Published Online First 27 Apr 2016.
7. Health At A Glance 2013: OECD indicators // <http://www.oecdbookshop.org/doi.org/10.1787/888932916629>.
8. Heloma A., Puska P. Tobacco control: From North Karelia to the National Level // *Glob. Heart.*– 2016.– Vol. 11 (2).– P. 185–189.
9. [http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2016/zb/03/zb\\_snsz15pdf.zip](http://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/03/zb_snsz15pdf.zip)
10. Huang C., Guo C., Yu S. et al. Smoking behaviors and cessation services among male physicians in China: evidence from a structural equation model // *Tob. Control.*– 2013.– Vol. 22.– P. 27–33.
11. Jamal A., Agaku J.T., O'Connor E. et al. Current Cigarette Smoking Among Adults – United States, 2005-2013 // *MMWR.*– 2014.– Vol. 63.– P. 1108–1112.
12. Jha P., Peto R. Global Effect of Smoking, of Quitting and Taxing Tobacco // *New Engl. J. Med.*– 2014.– Vol. 370.– P. 60–68.
13. Jousilahti R., Laatikainen T., Peltonen M. et al. Participants 34525 men and women aged 30-59 years who participated in the national FINRISK studies between 1972 and 2012 // *BMJ.*– 2016.– Vol. 352.– P. 721.
14. McNeil A., Guidherd R., Beck F. et al. Understanding increase in smoking prevalence: case study from France in comparison with England 2000-10 // *Addiction.*– 2015.– Vol. 110.– P. 392–400.
15. Ng M., Freeman M., Fleming T. et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012 // *JAMA.*– 2014.– Vol. 314.– P. 163–192.
16. Physician Behavior and Practice Patterns Related to Smoking Cessation. Summary Report // [www.AAMC/workforce/](http://www.AAMC/workforce/)
17. Reid J.L., Hammond D., Rynard V.L. et al. Tobacco Use in Canada: Pattern and Trends, 2015 Edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact. University of Waterloo // [www.tobaccoreport.ca](http://www.tobaccoreport.ca)
18. Reid J.L., Hammond D., Rynard V.L. et al. Tobacco Use in Canada: Pattern and Trends, 2014 Edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact. University of Waterloo // [www.tobaccoreport.ca](http://www.tobaccoreport.ca)
19. Smith D.R., Wada K. Declining Rates of Tobacco Use in the Japanese Medical Profession, 1965–2009 // *J. Epidemiol.*– 2013.– Vol. 23.– P. 4–11.
20. The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. [www.nbi.nlm.nih.gov/book/NBK294310/](http://www.nbi.nlm.nih.gov/book/NBK294310/)
21. Thum M.J., Carter B.D., Feskanich D. et al. 50-year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States // *N. Engl. J. Med.*– 2013.– Vol. 368.– P. 351–364.
22. Tong E.K., Strouse R., Hall J. et al. National Survey of US health professionals smoking prevalence, cessation practices, and beliefs // *Nic. Tob. Res.*– 2010.– Vol. 12.– P. 724–733.
23. Uppal N., Shahab L., Britton J. et al. The forgotten smoker: a qualitative study of attitudes towards smoking, quitting and tobacco control policies among continuing smokers // *BMC Public Health.*– 2013.– Vol. 13.– P. 432.
24. Van Rossem S., Spigt M.G., Kleijnsen J.R. et al. Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and health care professionals // *Eur. J. Gen. Pract.*– 2015.– Vol. 21.– P. 111–117.

Надійшла 5.07.2016 р.

---

**Боротьба з тютюнокурінням: необхідність консолідації зусиль суспільства і медичних працівників**

О.О. Кваша

*ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ*

В огляді представлено дані літератури щодо динаміки поширеності тютюнокуріння серед населення і медичних працівників. Висвітлено роль лікаря в боротьбі з тютюновою епідемією.

**Ключові слова:** куріння, серцево-судинні захворювання, чинник ризику, здоров'я населення.

**Tobacco control: the need to consolidate efforts of society and health professionals**

О.О. Kvasha

*National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine*

In a review these literatures are expounded about the dynamics of prevalence of tobaccosmoking among a population and medical stuff. The role of doctor is presented in a fight against a tobacco epidemic.

**Key words:** smoking, cardiovascular disease, risk factor, health of the population.