

Круглый стол «Россия без табака»

ОПЫТ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ОГРАНИЧЕНИЮ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Андрянова О.В.

ГУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики», г. Екатеринбург

Актуальность работы по ограничению табакокурения не вызывает сомнений. По заключению экспертов ВОЗ курение является ведущим поведенческим устранимым фактором риска неинфекционных заболеваний, которые в большей степени обуславливают смертность взрослого населения.

В течение последних лет в Свердловской области достигнуты определенные успехи, которые, тем не менее, являются лишь первыми шагами на пути комплексного решения проблем сохранения и укрепления здоровья населения, в том числе, по ограничению потребления табака. Одним из важных достижений является разработка Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области на период до 2020 года. Данный документ был разработан по инициативе Министерства здравоохранения Свердловской области и утвержден 20.05.2009 года Постановлением Правительства Свердловской области № 557-ПП.

Целью Концепции является сохранение и укрепление здоровья населения Свердловской области путем профилактики заболеваний и создания системы формирования здорового образа жизни. Среди основных задач: разработка системы межведомственного взаимодействия по вопросам сохранения и укрепления здоровья на всех уровнях власти; повышение уровня информированности населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья через создание и поддержание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы; повышение доступности профилактических услуг для различных групп населения; совершенствование системы подготовки медицинских и немедицинских кадров по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактике заболеваний; создание условий для реализации принципов здорового образа жизни.

Ожидаемые результаты реализации Концепции: к 2020 году предполагается увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет; снизить уровень смертности в 1,6 раза по сравнению с показателями 2006 года.

Для реализации основных направлений Концепции был разработан межведомственный Комплексный план мероприятий по формированию здорового образа жизни населения

Свердловской области на 2009 – 2012 годы, также утвержденный постановлением Правительства Свердловской области от 14.10.2009г. №1196-ПП.

Разработке данных стратегических документов предшествовало проведение научного исследования по изучению распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ) и факторов риска (ФР) их развития во взрослой популяции Свердловской области и социологического исследования по изучению потребности населения области в профилактических услугах. Полученные в ходе исследований результаты показали высокий уровень НИЗ и ФР их развития. В Свердловской области курит каждый третий житель старше 25 лет. Максимальная частота табакокурения наблюдалась в возрастной группе от 30 до 39 лет. Лишь 29% опрошенных считали свой образ жизни здоровым, 71% респондентов хотели бы его изменить. 55,7% курящих желали бросить курить (54,4% мужчин и 62,5% женщин). Наиболее достоверным источником информации о сохранении здоровья респонденты назвали медицинских работников.

Результаты данных исследований при разработке Комплексного плана позволили учесть региональные особенности состояния здоровья населения области, а также потребности населения в профилактических услугах.

Одним из мероприятий Комплексного плана является проведение с 2009 года ежегодного межведомственного Уральского Конгресса по здоровому образу жизни, который стал значительным событием в жизни региона.

В рамках Конгресса в учреждениях здравоохранения, общего и профессионального образования, в общественном транспорте, на промышленных предприятиях, в крупных торговых центрах проводятся Дни здоровья «Мой образ жизни – мое здоровье», акция «Урал без табака!». Среди других мероприятий: выставка «Урал – территория здоровья», массовое шествие «3 000 шагов к здоровью», Фестиваль здоровья с участием лучших спортивных и творческих коллективов Свердловской области.

В Свердловской области с каждым годом все более широкие слои населения привлекаются к работе по формированию здорового образа жизни. Приобретают большую популярность массовые акции профилактической направленности. Только в 2010 году было организовано и проведено 5595 мероприятий с общим количеством участников 292 тысячи человек. Наиболее масштабные из них: «Сохрани свое сердце здоровым», «Европейская неделя иммунизации!», «3000 шагов к здоровью».

За последние 5 лет вдвое увеличилось количество телепередач о сохранении и укреплении здоровья. Традиционной формой работы со СМИ является проведение пресс – клубов с привлечением ведущих специалистов в различных областях здравоохранения.

Ежегодно проводятся областные конкурсы. Работа 12-летней победительницы конкурса детского рисунка «Мы – за здоровый образ жизни» была использована для создания социальной рекламы – видеоролика «Орлы не курят!», который ротируется на телевидении и мультимедийных экранах г. Екатеринбурга. В 2011 году был проведен областной конкурс «Самый некурящий ВУЗ, самый некурящий колледж», итоги которого были подведены 31 мая, во Всемирный день без табака. Среди участников – представители 44 учреждений образования области. Победителям были вручены дипломы и ценные

Учитывая чрезвычайную актуальность работы по первичной профилактике – укреплению здоровья здоровых, в нашей области разработана и с 2002 года успешно реализуется профилактическая программа «Сохранение и укрепление здоровья подростков», разработанная специалистами Свердловского областного центра медицинской профилактики. Программа утверждена Постановлением Правительства Свердловской области от 26.06.2009 г. «О Концепции «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на период до 2025 года».

За время реализации программы обучено 220 волонтеров и 22 педагога – куратора, проведено 148 массовых акций с общим количеством участников более 15 тысяч человек, подготовлено 37 буклетов, 154 публикации в СМИ. Качественные показатели эффективности оцениваются с помощью психологического тестирования и анкетирования волонтеров и подростков целевой группы. В результате у подростков на 54% повысился уровень информированности по вопросам сохранения здоровья; на 14 % увеличилось число лиц, ведущих здоровый образ жизни; в шкале жизненных ценностей приоритетные позиции отданы здоровью и семье; снизился уровень самооценочной и личностной тревожности на 35% и на 20% соответственно.

В нашей области большое внимание уделяется профилактической работе с курящими. Специалистами Свердловского областного центра медицинской профилактики, с использованием российского и зарубежного опыта, разработана методика проведения Школы для желающих бросить курить. Актуальность данного вмешательства продиктована тем, что, по данным российских и зарубежных исследований, более половины курящих хотели бы отказаться от зависимости, но самостоятельно могут справиться с проблемой табакокурения лишь 5-7%, остальным нужна помощь специалистов.

С 2005 года, за время проведения Школы, данная образовательная программа доказала свою эффективность. Не курят через год после завершения обучения 39,5% выпускников при пороговой оценке эффективности работы 30%. В настоящий момент в учреждениях

здравоохранения Свердловской области работают 23 Школы, в которых бесплатно оказывают помощь по отказу от курения.

**ВНЕДРЕНИЕ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ОТКАЗУ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И
ЛЕЧЕНИЕ КУРЯЩЕГО ЧЕЛОВЕКА»**

Антонов Н.С.

Институт повышения квалификации ФМБА России, г. Москва

Доступность медицинской помощи по отказу от табака является определяющим условием в организации эффективной помощи курящим пациентам. В связи с этим разработка и внедрение современной обучающей программы для врачей в области мотивирования и лечения табачной зависимости является крайне важной и актуальной.

При разработке программы были проанализированы следующие вопросы:

1. Современные подходы к мотивированию и лечению табачной зависимости.
2. Оценка уровня знаний медицинских работников об оказании помощи по отказу от табака.
3. Разработка основных положений обучающей программы «Медицинская помощь по отказу от потребления табака и лечение курящего человека».
4. Методология обучения медицинских работников, включая демонстрационные материалы, учебные пособия, ситуационные задачи и т.д.

В результате проведенного анализа были получены следующие результаты.

Выявлен низкий уровень знаний медицинских работников о современных методах мотивации курящих пациентов к отказу от табака и оказании помощи в отказе от табака. Только половина медицинских работников (50,8%) считали, что в программу лечения курящего пациента необходимо включать отказ от курения, иначе лечение будет малоэффективным. Более того 59% врачей не спрашивали у пациентов курят ли они, 20,4% спрашивали о потреблении табака, но не вносили запись в историю болезни, и только 46% курящих пациентов получили от врачей совет бросить курить. Наиболее известными методами мотивации к отказу от курения среди медицинского персонала являлись информационные материалы (39,9%), гипноз (31,4%) и поведенческая терапия (31,2%). Среди способов лечения табачной зависимости медицинским работникам наиболее известными были аутотренинг (34,8%), гипнотерапия (28,8%), акупунктура (26,1%). Знания

об эффективном фармакологическом лечении никотиновой зависимости - 41,9% медицинских работников знали о никотинзаместительной терапии и только 1,8% - о варениклине. Несмотря на низкий уровень знаний о методах мотивации и лечения курящих пациентов 57,7% медицинских работников считали, что дополнительные знания об оказании помощи по отказу от табака им не нужны.

Все выше перечисленное крайне низкий уровень образованности врачей а данном вопросе, что приводит к их нежеланию выявлять курящих пациентов, мотивировать их на отказ от табака и оказывать квалифицированную помощь по отказу от табака. В связи с этим сотрудниками кафедры пульмонологии и респираторной медицины ИПК ФМБА России, сотрудниками НИИ пульмонологии ФМБА России совместно с Минздравсоцразвития России с 2004 года ведется постоянная работа по разработке обучающих программ и внедрения их на федеральном уровне. Разработаны различные варианты обучающих программ по длительности обучения (8, 16, 32 и 72-часовые программы) для различных медицинских учреждений (стационары, амбулаторно-поликлиническая служба, центры здоровья, преподаватели медицинских университетов). В 2010 году 72-часовая программа тематического усовершенствования врачей «Медицинская помощь по отказу от потребления табака и лечение курящего человека» была одобрена координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздравсоцразвития России и рекомендована для внедрения в Российской Федерации. В 2011 году разработано и утверждено учебное пособие «Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике». Необходимо отметить, что в обучающей программе и учебном пособии впервые реализован комплексный подход к лечению курящего человека, включающий мотивацию, лечение табачной зависимости, профилактику и лечение сопутствующих заболеваний. Многолетний опыт внедрения данного подхода в медицинскую практику отказа от табака в НИИ пульмонологии показал ее эффективность, позволившую повысить процент вылеченных пациентов в 3 раза.

Данная обучающая программа реализована при обучении врачей центров здоровья Самарской области, Красноярского края, Республики Саха (Якутия), Ярославской области, Республики Коми, Краснодарского края. Работа проводилась совместно с региональными органами управления здравоохранением.

ПОЛИТИКА РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА «ЗДОРОВАЯ КУБАНЬ»

Вартазарян М.А.

заместитель руководителя департамента здравоохранения Краснодарского края

В сентябре 2010 года Правительство РФ одобрило Концепцию осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы, которая соответствует требованиям Рамочной конвенции по борьбе с табаком ВОЗ и содержит все основные эффективные меры по борьбе против табака. Реализация этой концепции позволит России занять одно из лидирующих мест в мире в области борьбы с табачной эпидемией.

Приобщение к систематическому курению происходит, чаще в возрастном диапазоне 14-17 лет.

В Краснодарском крае в 2009-2010гг. проводился мониторинг распространенности табакокурения среди подростков общеобразовательных школ и учащихся спортивных школ. В исследование были включены 4632 школьника общеобразовательных школ из 10 районов и городов края и 3523 школьника-подростка, занимающихся в спортивных школах 23 муниципальных образований Кубани.

В общеобразовательных школах пробовали курить 38% девочек и каждый 2-й мальчик. Пробовали курить 21,3% подростков-спортсменов, что в 2 раза ниже, чем в среде подростков общеобразовательных школ (42,3%). Тем не менее, каждый 4-й мальчик-спортсмен и 16% девочек-спортсменок курить пробовали.

В связи с этим открытие Центров здоровья, несомненно, стратегически значимое событие для населения России. Это огромный шаг в сторону кардинального изменения у граждан отношения к своему здоровью, переходу от лечения уже возникшей болезни к профилактике заболеваний на доклиническом этапе.

В Краснодарском крае с 2009г. работают 13 Центров здоровья для взрослых, а с 2010г. к ним добавились еще 4 детских ЦЗ.

Установленные в Центрах здоровья специальные комплекты самого передового оборудования с компьютерным программным обеспечением учитывают и оценивают при помощи экспресс-методов целый ряд показателей здоровья, отклонения в которых могут стать факторами риска развития ряда тяжелых, социально-значимых заболеваний.

В том числе при помощи компьютеризированной спирометрии оценивается состояние дыхательной системы и «фактический» возраст легких, который у курильщиков значительно выше, чем «по паспорту». Исследование на смекелайзере показывает уровень углекислого

газа в выдыхаемом воздухе, на пульсоксиметре – насыщение кислородом крови. Как правило, у человека, который курит, эти показатели далеки от нормы.

По результатам обследования врачи Центра здоровья рекомендуют персональную оздоровительную программу с учетом индивидуальных особенностей и текущих характеристик состояния здоровья, проводят работу по мотивированию их к отказу от курения и формированию у граждан ответственного отношения к своему здоровью. Оказывают помощь и проводят динамическое наблюдение бросающих курить.

При Центре здоровья ГУЗ «Центр медицинской профилактики» департамента здравоохранения Краснодарского края создана и ежедневно работает мобильная бригада «Маршрут здоровья», работа которой строится по принципу: «Если Вы не можете прийти в Центр здоровья, тогда Центр здоровья придет к Вам!» с выездами в крупные предприятия и учреждения г.Краснодара, а также в муниципальные образования края.

Всего за 6 месяцев 2011 года Центрами здоровья обследовано 96292 жителя Кубани.

Широкая профилактика табакокурения на Кубани началась с августа 2008 года, когда в рамках губернаторской стратегии «Будьте здоровы!» начата реализация крупномасштабного проекта «Дни здоровья», ставшего победителем Всероссийского конкурса региональных проектов в 2010 году.

По оценочным данным, в «Днях здоровья» всех тематик уже приняло участие около полутора миллионов человек.

Масштабная антитабачная пропаганда с привлечением всех видов СМИ (телевидение, радио, газеты, Интернет) проводится в рамках Всемирных дней ВОЗ.

Мы активно участвовали в акциях, инициированных Минздравсоцразвития России «31 мая – день отказа от курения. Навсегда!», были проведены разноплановые мероприятия по всему краю, в том числе массированная пропаганда здорового образа жизни, а также мероприятия, направленные на поддержание желающих бросить курить. Транслировались тематические выступления известных в крае спортсменов, звезд шоу-бизнеса, авторитетных руководителей учреждений здравоохранения на краевых и муниципальных телеканалах, видеоролик и видеофильм о курении «Смертельная привычка», отснятые по заказу краевого департамента здравоохранения, аудио- и видеоролики, предоставленные Минздравсоцразвития России. Широко используется волонтерское движение.

На Интернет-сайтах департамента здравоохранения, краевого Центра медицинской профилактики и портале «Медицина Кубани» размещается и поддерживается в актуальном состоянии тематическая информация для врачей, касающаяся вопросов

влияния курения на организм человека и практических рекомендаций по отказу от пагубной привычки.

На Интернет-портале «Медицина Кубани» проведены тематические форумы, «Интернет-считалка» бросающих курить, анкетирование «Оценка степени никотиновой зависимости».

На всех наших сайтах размещен логотип сайта Минздравсоцразвития России «takzdorovo.ru» с возможностью быстрого перехода на него.

Создана и постоянно работает система телефонной «горячей линии» в государственном и муниципальных Центрах медицинской профилактики, наркологических диспансерах края.

Врачи Кубани 4 июля 2011 года присоединились к «Хартии врачей России против курения», которая была принята на III Всероссийском форуме «Здоровье или табак».

В Краснодарском крае с 1 июля 2010 г. стартовал проект «Здоровая Кубань», направленный на защиту людей от табачного дыма в учреждениях здравоохранения региона. Программа разработана в соответствии с рекомендациями Рамочной конвенции по борьбе с табаком ВОЗ, с использованием лучшего международного опыта, доказавшего свою эффективность в большинстве стран мира.

Цель Проекта – введение полного запрета на курение, продажу и рекламу табака и табачных изделий во всех учреждениях здравоохранения Краснодарского края для защиты персонала и пациентов от воздействия табачного дыма.

Для достижения этой цели будут решаться следующие 3 задачи:

1) сокращение воздействия табачного дыма на персонал, пациентов, посетителей медицинских учреждений края путем разработки и соблюдения политики полного запрета на курение в медицинских учреждениях Кубани;

2) повышение уровня осведомленности персонала о воздействии табачного дыма на здоровье и основных принципах Проекта. Создание постоянно действующей системы обучения персонала;

3) создание коммуникационной платформы по информированию населения для создания положительного общественного мнения и поддержки Проекта. Работа со СМИ, направленная на привлечение поддержки общества к запрету на курение.

Чрезвычайно важным является проведение обучения руководителей учреждений здравоохранения, врачей, средних медицинских работников знаниям и навыкам по эффективному внедрению и популяризации запрета табака в медицинском учреждении.

В рамках Проекта будет открыто порядка 50 кабинетов отказа от курения в городских, районных поликлиниках и женских консультациях.

Для оценки эффективности выполнения проекта «Здоровая Кубань» будут проводиться исходные и текущие исследования путем анкетирования и опросов среди персонала и пациентов, создана система 2-уровневого контроля соблюдения Проекта: внутренний контроль – группа контроля из числа сотрудников медицинского учреждения и внешний (независимый контроль) – регулярная инспекция контролера проекта (департамент здравоохранения).

Эффективное информирование, правильно обученный персонал и общесистемный подход будут способствовать созданию имиджа медицинского сообщества, запретившего табак.

Проект станет хорошим опытом по внедрению здорового образа жизни без курения, и, мы надеемся, послужит моделью для внедрения его в других отраслях.

О ВЛИЯНИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ОМСКИХ ВУЗОВ

Закоркина Н.А., Банюшевич И.А.

Омский государственный педагогический университет, г. Омск

Омская государственная медицинская академия, г. Омск

Сохранение здоровья подрастающего поколения относится к числу важнейших государственных задач. В последние годы отмечается неблагоприятная тенденция потерь здоровья подростков, особенно проживающих в сельской местности, связанная с увеличением числа хронических заболеваний. В структуре заболеваемости, лидирующие ранговые места занимают болезни органов дыхания и пищеварения, травмы и отравления; их суммарный удельный вес составляет около 70%. Большой вклад в заболеваемость вносят вредные привычки. Так например, в настоящее время удельный вес курящих старшеклассников достигает 70 %.

В течение 2004-2006 гг. и 2009-2010 гг. был проведен социологический опрос сельских юношей и девушек, первокурсников высших учебных заведений г. Омска (всего 800 человек), с целью изучения влияния вредных привычек, в том числе табакокурения на заболеваемость подростков.

Было выявлено, что среди респондентов курили 33%, причем 35,2 % из них постоянно, остальные эпизодически; 85,2% отмечали, что курить начали еще в школе. У 21,5%

подростков стаж курения составлял один год, у 37,8% - два года, у 40,7% - более двух лет. Мотивация курения была самая разнообразная: любопытство - 39,3 %, за «компанию» - 28,1 %, нервное потрясение - 7,4%, самоутверждение - 6,7%, затруднились ответить - 14,8%, прочие причины - 3,7 %. Кроме того, вредные привычки были отмечены у родителей данных респондентов – 63 % (оба родителя – 21 %).

Поскольку формированию хронических заболеваний предшествует нарастание функциональных нарушений, то в задачи исследования входило изучение состояния здоровья, отражающего степень функциональной готовности систем организма к воздействию повышенных учебных нагрузок у студентов-первокурсников двух групп: «курящих» более 2-х лет и «некурящих».

Комплексный показатель оценки здоровья включал антропометрические данные (соматический индекс – СИ), спирометрию (пульмоно-соматический индекс - ПСИ), исследование частоты пульса, величины артериального давления (кардио-соматический индекс – КСИ) и выражался 5 уровнями (от низкого до высокого).

В результате исследования выявлен низкий уровень физического развития у 20% «некурящих» и 35% «курящих», функциональные отклонения, связанные с дыханием у 35% и 42% соответственно; отклонения, связанные с сердечно-сосудистой деятельностью отмечены у 21% и 36%. В общей сложности низкий и ниже среднего уровни комплексного показателя состояния здоровья имели 28% студентов, входящих в группу «некурящих» и 38% - в группу «курящих».

Кроме того, оценивался статус питания по индексу массы тела. Отклонения от нормального статуса питания имели 64,3% юношей и девушек из группы «курящих», в том числе 50,2% - пониженный статус, и 38,4% и 28,9% соответственно из группы «некурящих».

При изучении уровня и динамики заболеваемости лидирующих нозологий у подростков 2-х групп статистически достоверных тенденций у «курящих» и «некурящих» не выявлено.

В дальнейшем нашей задачей было определение перечня признаков, имеющих непосредственное отношение к самочувствию начинающих курильщиков. С этой целью использовался анкетный метод количественного определения уровня здоровья. Анкета включала наименования 12 синдромов: 1. астенический; 2. невротический; 3. истероподобный; 4. психоастенический; 5. патохарактерологический; 6. цереброастенический; 7. Лор; 8. желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); 9. сердечно-сосудистый; 10. анемический; 11. аллергический; 12. вегето-сосудистой дистонии. В качестве контрольной группы были «некурящие» подростки.

Полученные данные свидетельствуют о том, что среди «курящих» низкий уровень здоровья имели 20 % респондентов по синдромам: астенический, сердечно-сосудистый, вегето-сосудистой дистонии, анемический; 10 % – по синдромам: астенический, неврологический, желудочно-кишечного тракта; 25 % ниже среднего по синдромам: астенический, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистый; 15 % респондентов имели средний уровень здоровья по синдромам: астенический, сердечно-сосудистый, анемический; только 30 % подростков имели уровень здоровья выше среднего и высокий. У «некурящих» юношей и девушек 60% имели высокий и выше среднего уровни здоровья.

Ухудшение состояния здоровья курящих подростков, по отношению к некурящим обусловлено низким комплексным показателем оценки здоровья (28 % против 38 %), отклонением от нормального статуса питания (64,3 % против 38,4 %), а также неустойчивым психоэмоциональным состоянием (70 % против 40 %).

К числу нереализованных факторов, призванных формировать здоровый образ жизни, можно отнести низкий уровень медицинской информированности сельских подростков о вреде курения.

Таким образом, необходимо оптимизировать работу по формированию у студентов-первокурсников здорового образа жизни, профилактике курения, с вовлечением в нее всех имеющихся источников информации.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ТАБАКОКУРЕНИЮ И ПРИЧИН КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ НОВОСИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Захарова М. А., Фомичева М. Л., Дергачева Е. Н

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения

«Медицинский информационно-аналитический центр», город Новосибирск

В рамках мероприятий Всемирного дня здоровья в апреле 2011 года с целью выявления отношения к табакокурению и причин курения проводилось анкетирование студентов медицинского университета. Предложена анкета из 16 вопросов, которые позволяли оценить распространенность табакокурения, типы курительного поведения, предпочтения курящих, отношение к курению, уровень информированности о курении.

По результатам анкетирования 417 старшекурсников установлено. Распространённость табакокурения среди опрошенных студентов составила 22,5 %, у юношей в 2-3 раза выше,

чем у девушек (35,7 % и 17,7 % соответственно). Количество бросивших курить – 10,6 %, никогда не куривших 66,9%.

Средний возраст знакомства с табаком 15,9 лет у юношей и 17,2 года у девушек. Среди представителей сильного пола отмечались случаи начала курения с 6-8 лет, тогда как у слабого пола самое раннее знакомство с табачными изделиями в 12-13 лет.

Количество выкуриваемых сигарет в среднем составляет 10,1 в день и варьирует от 1 сигареты в неделю до 1,5 пачек в день (от 1 до 30 штук в день у юношей, от 1 в неделю и до пачки в день у девушек).

В структуре причин табакокурения на первом месте находится «курение для снятия напряжения» (тип курительного поведения – «поддержка») – 42,6 % (30 % - среди курящих юношей, 51,9 % - среди курящих девушек). На втором месте - «курение для получения дополнительного удовольствия» (тип – «расслабление») – 22,3 %. Среди юношей эта причина также на втором месте – 25 %. У девушек вторую позицию занимает «имидж курящего человека» (тип – «игра») – 20,4 %. Третье место среди представителей сильного пола принадлежит «имиджу курящего человека» (тип – «игра») и «курение для поднятия жизненного тонуса» (тип «стимуляция») – 15 %. Среди девушек на третьем месте – «курение для получения дополнительного удовольствия» (тип – «расслабление») – 18,5 %. Среди девушек не отмечен выбор двух типов курительного поведения – «курение для поднятия жизненного тонуса» (тип «стимуляция») и «автоматическое курение» (тип «рефлекс»).

Достаточно высокий уровень психологической и физической зависимости от никотина не может не настораживать. Среди юношей психологическая зависимость от никотина выявлена в 15 % случаев. Уровень физической зависимости составил 12,5 % у юношей и 9,3 % у девушек. В группу потенциального риска (трудно и многократно бросающих курить, но возвращающихся к этой привычке) отнесены 22,3 % опрошенных (25 % - юноши, 18,5 % - девушки).

Согласно данным проведенного опроса, большая часть опрошенных является устойчивыми потребителями той или иной марки сигарет (80,6 %) и предпочитают «лёгкие» сигареты определённой марки. Среди девушек больше тех, кто курит редко, чаще в компании, не имея своих сигарет, поэтому у них не сформировалось предпочтение.

Материальные затраты на курение варьируют от 30 до 2600 рублей в месяц. Курящие юноши расходуют в месяц около 848 рублей (от 130 до 2600 рублей), девушки – 584 рубля (от 30 до 2000 рублей).

Из числа опрошенных 10,6 % считают, что они бросили курить навсегда. Стаж «жизни без сигареты» колеблется от нескольких дней до 16 лет. 61,7 % курильщиков предпринимали попытки отказаться от курения от 1 до «бесчисленного количества» раз. Жизненный

промежуток «без табака» у данных респондентов составлял минимально – 6 дней, максимально – 3 года. Юноши чаще предпринимают попытки отказаться от курения, но максимальный период воздержания от курения у них составил 1 год, тогда как девушки отказываются от курения реже, но на более продолжительные сроки.

Среди причин, побуждающих к отказу от курения, наиболее частая – решение приобщиться к здоровому образу жизни - 33,3 %, ожидание ребенка в семье – 14,5 %. По эстетическим соображениям (надоел запах, стало неприятно и т.д.) бросало курить 13,4%. Отвечая на вопрос «Бросили ли Вы курить навсегда?», респонденты в 23,9 % случаев подтвердили уверенность, 15,2 % - надеются, что бросили курить, 10,9% - не уверены, что это навсегда, а 13,8 % уверены в том, что вернуться к табакокурению.

Среди причин, побуждающих закурить, респонденты называли: невозможность побороть привычку, отсутствие силы воли, курение окружающих, менталитет компании, окружения, рабочей группы (принято курить), стрессы, желание расслабиться в тяжелой ситуации.

Процесс отказа от курения «навсегда» респонденты чаще считают процессом трудным, но возможным под давлением и при желании – 61,4 %. Многие отмечают, что это сделать «легко, стоит только захотеть» – 26,1 %.

Отношение к курению среди студентов медицинского университета разное, но большинство считает, что курение – негативный процесс: вредная привычка, с которой надо бороться – 51,1 %, зависимость, пристрастие, даже болезнь – 43,4 %. Только 3,1 % респондентов считают курение безобидной привычкой. Свой вариант ответа (норма, личное дело каждого, способ справиться со стрессом, время подумать, временное увлечение, глупость, грех, признак безразличия к себе и окружающим) отметили 3,6 % студентов.

Отвечая на вопрос, об отношении к факту курения близких людей и родных, респонденты отметили, что они: переживают за здоровье курящих близких и агитируют за отказ от курения – 42,5 %, признают право каждого человека «выбирать самому свой образ жизни» – 20,9 %, уверены, что среди близких людей нет ни одного курящего человека – 20,1 %, относятся крайне отрицательно ко всем без исключения курящим – 15,8 %.

Информированность старшекурсников медицинского вуза об опасных агентах табачного дыма представлена следующим образом: 44,1 % опрошенных не смогли выделить наиболее опасные для самого курильщика ингредиенты табачного дыма, ограничившись выбором пункта «всё это одинаково вредно». Чаще всего отмечены: табачные смолы – 35,5 %; никотин – 26,6 %. Некоторыми студентами выбраны наиболее опасные (с их точки зрения) компоненты табачного дыма: окись углерода и никотин - 14,9 %, табачные смолы отмечены 14,6 % респондентами. Затруднились в выборе какого-либо агента и признались,

что не знают «что является самым опасным из данного списка»: 4,8 % - в вопросе о вреде табачного дыма для самого курильщика, 7,9 % - в вопросе о вреде табачного дыма для окружающих.

Таким образом, по результатам проведенного анкетирования, табакокурение среди студентов старшего курса медицинского университета встречается более чем в два раза реже, чем среди жителей города Новосибирска (50 %). Отношение к курению студентов в большинстве случаев отрицательное. Однако, не все будущие врачи готовы принимать активное участие в реализации мероприятий Антитабачной кампании России. Свыше половины опрошенных (59,5 %) не верят в действенность таких мероприятий, 27,1 % респондентов ссылаются на нехватку времени и отсутствие информации о проведении акций, 6,5 % не считают это интересным для себя и интересуются только своим здоровьем и здоровьем своих близких (не отдавая себе отчета в том, что пассивное курение окружающих вредит их здоровью не меньше). Вместе с тем, свыше 7 % респондентов ответили, что они готовы участвовать и уже имеют определенный опыт в реализации мероприятий Антитабачной кампании в России.

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ СОЗДАНИЯ БЕЗДЫМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

*Кутумова О.Ю., Терских Е.В., Кононова Л.И., Петрова М.М., Дыхно Ю.А.,
Демко И.В., Хамнагадаев И.И., Аристов А.И.*

КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики»,
ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.
Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России, ГУ НИИ медицинских проблем Севера
СО РАН, Красноярск, Россия

В последние годы проведено большое число исследований, убедительно доказывающих вредные последствия вдыхания табачного дыма некурящими [1]. Как свидетельствует международный опыт, наиболее эффективный путь защиты населения от вредного воздействия табачного дыма - это создание зон, свободных от курения [2]. Исследование воздуха в закрытых помещениях, в том числе в больницах, показало превышение концентрации твердых частиц табачного дыма от 30 до 100 и более раз от допустимых значений [3]. При такой ситуации врачи «не имеют право умыть руки. Кто, если не медики, возглавит «крестовый поход» на курение?» [4]. Показано, что методики вмешательства в период пребывания в стационаре способствуют прекращению курения среди пациентов [5].

Работа, которая в учреждениях здравоохранения Красноярского края в течение двух лет, имела своей целью внедрить программу, направленную на создание атмосферы, свободной от табачного дыма (далее – программа). Для этого решались три задачи: уменьшить отрицательное влияние табакокурения на персонал, пациентов и посетителей медицинских учреждений; повысить осведомленность и уровень знаний сотрудников о программе, о вреде табака, методах поддержки тех, кто бросает курить; создать условия для информирования населения и власти.

При разработке методологии программы был учтен международный опыт, рекомендации ВОЗ и принципы Рамочной конвенции по борьбе с табаком. Консультативно-методическое руководство оказывает Международный Союз по борьбе с туберкулезом и заболеваниями легких (the Union).

Программа реализуется с апреля 2010 г. Для ее реализации министерством здравоохранения Красноярского края издан Приказ от 04.05.2010г. № 214-орг о запрещении курения в медицинских учреждениях, и выведении мест для курения за пределы закрытых помещений. В дополнение к приказу изданы методические рекомендации, в которых был представлен разработанный проект новых правил внутреннего трудового распорядка в медицинских учреждениях, включающих полный запрет курения с системой информирования и контроля, мер наказания за нарушение запрета и поощрения за активную работу по исполнению правил.

Для повышения степени осведомленности медицинского персонала о программе, вреде употребления табачных изделий и методам поддержки в отказе от курения создана система постоянного обучения сотрудников медицинских учреждений.

Для оценки эффективности проводимой работы создана внутриведомственная система контроля.

За полтора года реализации программы в 97% учреждений здравоохранения края изданы приказы о запрете курения. Внесли изменения в правила внутреннего и трудового распорядка – 77% учреждений здравоохранения; внесли изменения в коллективные договоры с правилами контроля 26,5% учреждений здравоохранения; созданы группы внутреннего контроля в 100% учреждениях здравоохранения; группы контроля приступили к контролю в 47,3% случаях. Разработан протокол действий при регистрации факта нарушения запрета в 42% случаев.

Сотрудниками Красноярского государственного медицинского университета и врачами организаторами здравоохранения прочитано 192 лекции, обучено 3468 медицинских работников путем проведения лекций для врачей на циклах повышения квалификации в медицинском университете, проведения лекций для персонала краевых медучреждений и

крупных городских больниц, а также в период выездов с организационно-методической целью в центральные районные и городские больницы. За год состоялось 19 выездов.

Проведено 4 специальных цикла усовершенствования врачей по вопросам лечения табачной зависимости, обучено 45 врачей. Изготовлены 2000 экз. методических материалов.

Эффективность проводимого обучения отслеживалась методом опроса слушателей. Среди прошедших обучение (более 2000 анкет, в т.ч. 75,5% - врачей и 24,5% - среднего и младшего медицинского и немедицинского персонала) 88% - считают запрет курения в общественных местах наиболее эффективной мерой сокращения курения, 86% - указали, что борьба с курением является профессиональным долгом медицинского работника, 91,4% - знают методологию создания медицинских учреждений без табачного дыма, 89% - знают алгоритм работы с пациентами при выявлении статуса курения и проведения кратких консультаций, 87% - считают наиболее эффективным методом лечения табачной зависимости комбинированную терапию (беседы врача, никотинзаместительная и поведенческая терапия), 91,4% - высказали твердое намерение применять полученные знания на практике.

Для повышения юридической грамотности руководителей, юристов и работников кадровых служб учреждений был проведен семинар-тренинг с участием федеральных экспертов в области контроля над табаком на тему применение Российского законодательства в системе дисциплинирования нарушителей запрета на курение в медицинских учреждениях.

В создании системы постоянного информирования населения и в продвижении антитабачной программы приняли участие 25 региональных средств массовой информации, которые в течение года опубликовали 537 материалов в поддержку запрета курения в общественных местах. В течение года организовано 9533 прокатов антитабачных видео- и аудио- роликов на телевидении, радио и уличных плазменных экранах. За год созданы постоянные антитабачные циклы: 3 - на телевидении (на государственном, региональном и муниципальном телеканалах); 2 – на радио, 2 - в газетах; в Интернет-издании «TopNews24Ru» создан «Блог бывшей курильщицы». Организован семинар-тренинг для журналистов региональных СМИ, пишущих на антитабачные темы, на тему: «Табачная эпидемия в России. Роль СМИ в информационной войне», участниками которого стали представители 20 СМИ.

В поддержку мероприятий антитабачной программы были проведены 3 краевых информационных кампании, приуроченные к международным дням отказа от курения (май, ноябрь): «Бросай курить в понедельник!» «Бросая курить! Бросай!», «Курение убивает вас и ваших близких!» с публикацией материалов на телевидении, радио; на интернет порталах,

в газетах. Проведена Международная выставка «Предупредительные надписи о вреде табакокурения на сигаретных упаковках», которая в течение 1 месяца демонстрировалась в публичных местах г. Красноярска (в Красноярском государственном медицинском университете, в Сибирском Федеральном университете, в Краевой научной библиотеке, в здании Правительства Красноярского края). Состоялся конкурс для журналистов, пишущих на антитабачные темы, определены победители.

Для оценки эффективности реализации программы проводился внешний контроль с замерами воздуха монитором аэрозолей TSI SidePak AM510, на наличие взвешенных частиц, выделяемых при сгорании табака, размерами меньше 2,5 микрон (PM 2,5 мкм), являющимся наилучшим индикатором табачного дыма.

Внешний контроль, проведенный в 70 медицинских учреждениях, показал, что 90% персонала соблюдает запрет на курение. Однако, только в 15% медицинских учреждений нарушения запрета среди персонала зафиксированы официально, в 11% – составлены протоколы по факту нарушения, в 2% - применены дисциплинарные меры к персоналу.

Пациентов информируют о введенном запрете при поступлении на лечение в стационары под роспись. Во всех медицинских учреждениях размещены плакаты со знаком запрета курения, пациенты при поступлении получают памятки, в которых указаны основные принципы введенного запрета и где можно получить помощь в отказе от табака. Пациенты с небольшим стажем курения прекращают курить в больнице. Нарушают запрет в основном пациенты - злостные курильщики. По отношению к пациентам жесткие санкции не применяются. Зарегистрированы нарушения среди пациентов только в 28% медицинских учреждений, в 5% - составлены протоколы, и лишь в 1% - применены меры дисциплинарных взысканий (замечания, предупреждения, 3 человека выписали за систематическое нарушение запрета на курение).

Практически во всех исследованных медицинских учреждениях (стационарах) обнаружены места скрытого курения (подвалы, туалеты, лестничные пролеты, комнаты технического персонала), что подтверждают замеры воздуха. Превышение предельно допустимых концентраций твердых частиц табачного дыма составляет в разных помещениях стационаров от 4 до 300 раз, в том числе в палатах и коридорах клинических отделений.

Однако, за последние полугодие, ситуация начала меняться в лучшую сторону. Средний показатель загазованности помещений стал ниже допустимого уровня. Максимальные значения значительно снижены, по сравнению с данными, полученными в начале реализации программы. Отмечена активность некурящих пациентов, препятствующих курению в больницах. Наибольших успехов достигли небольшие

центральные районные и городские больницы. Связано это с большей возможностью контролировать нарушения и меньшим количеством пациентов.

Одним из индикаторов успешной реализации программы является показатель отказа от курения в связи с введенным запретом. Среди курильщиков (20% опрошенного персонала и 30% пациентов), бросили курить из-за введенного запрета 6%, намерены бросить курить 8% персонала и 15% пациентов, намерены обсудить с близкими отказ от курения 22% персонала и 18% пациентов. По мнению персонала, запрет курения сократит количество курящих (44,4%).

В ходе реализации программы обозначены проблемы, препятствующие выполнению запрета на курение: отсутствие мер дисциплинирования к нарушителям, обусловленное недостаточной юридической грамотностью со стороны руководителей и юристов, работающих в медицинских учреждениях. Большинство юристов трактуют российское законодательство по ограничению курения в пользу курения в больницах.

Существует противодействие со стороны курящих руководителей - нежелание мотивировать персонал и нежелание применять наказания к сотрудникам и пациентам. Большинство медицинского персонала пассивно, не участвует в антитабачной пропаганде. Медицинская помощь в отказе от курения остается недоступной из-за отсутствия требуемого количества подготовленных врачей. Не создана постоянно действующая система внутреннего контроля. Имеется проблема выхода на улицу для курения в зимнее время.

Для устранения указанных причин пересмотрен и утвержден министром здравоохранения Красноярского края план реализации программы с акцентом на повышение юридической и профессиональной грамотности, применение стимулирующих выплат для руководителей, взаимодействие со страховыми медицинскими организациями по контролю за оказанием медицинской помощи в отказе от курения.

Литература

1. The Tobacco Atlas, Second edition. Amtrican Cancer Society. 2006.
2. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2008. – ВОЗ. Женева. 2008 г. (Документационный центр ВОЗ., Информационный бюллетень, 2009).
3. Левшин В.Ф., Горячева А.Н. Исследование распространения табачного дыма в общественных помещениях. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2009, 1, 29-31.
4. Данишевский К.Д. Курение и медицина: имеют ли право врачи «Умыть руки»?., 2010, www.ataca.ru.

5. Н.А.Риготти (Rigotti N.A.), М.Р.Мунафо (Munafo M.R.), Л.Ф.Стид (Stead L.F.). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3).

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В ЖИЛОЙ ЗОНЕ ВБЛИЗИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ТАБАЧНЫХ ФАБРИК

Мальшиева А.Г., Козлова Н.Ю., Баева И.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина»

Минздравсоцразвития России

К настоящему времени актуальность приобретает аналитический контроль качества атмосферного воздуха в районе расположения производств, использующих сырьё растительного происхождения. К таким производствам относятся табачные фабрики, от которых в окружающую среду поступают на различных стадиях технологического процесса производства табачных изделий (обработка табачного листа, резка, сушка, ферментация, пропарка и др.), наряду с твёрдыми частицами табачной пыли, сложные смеси летучих органических веществ. Загрязнение атмосферного воздуха в районе расположения табачных фабрик имеет особую гигиеническую значимость, которая проявляется многочисленными жалобами населения на наличие запаха в жилой зоне. В то время как с позиций гигиенического нормирования сложные смеси летучих веществ, обладающих запахом, могут иногда рассматриваться как самостоятельный объект изучения и регламентации, с позиций аналитического контроля все же остаётся необходимой расшифровка спектра загрязняющих веществ.

По химическому составу табачный лист состоит из углеводов, белков, липидов, азотсодержащих веществ, органических кислот, эфирных масел, предельных углеводородов, полифенолов, смол. Одной из характерных особенностей является присутствие в нём азотсодержащих веществ – алкалоидов, главным из которых является никотин. Его содержание в различных частях табачного листа колеблется от 2 до 5% и изменяется в процессе сушки и ферментации. При пропарке табачного листа в воздух поступают перегоняющиеся с паром эфирные масла, в состав которых входят карбонильные соединения, кислоты, спирты и сложные эфиры. Смолы табака представлены углеводородами, кислотами, спиртами.

Обобщение результатов хромато-масс-спектрометрических исследований летучих фракций над различными сортами табака и табачного сырья на разных стадиях технологического процесса производства табачных изделий, воздушной среды рабочей зоны, производственных выбросов, а также воздуха жилой зоны вблизи расположения табачных фабрик позволило выделить 10 органических компонентов. Среди них никотин, 3 карбонильных соединения (бензальдегид; 6,8-нонадиен-2-он, 8-метил,5-изопропил; 5,9-ундекадиен-2-он,6,10-диметил), 3 спирта (бензиловый, 2-фенилэтиловый, 1,2-пропандиол), 2 кислоты (пентановая, гексановая) и непредельный углеводород (эйкозен-1). Выбор веществ осуществлён с учётом комплекса критериев: частота обнаружения, уровни концентраций, специфичность для выбросов табачного производства.

Разработаны методические указания МУК 4.1.1673-03 «Хромато-масс-спектрометрическое определение веществ, входящих в состав табака и табачной пыли, в атмосферном воздухе».

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Мокина Н.А., Мальшин Ю.А.

24 апреля 2008 года был подписан Федеральный закон о присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. Для реализации данной Конвенции и с целью снижения связанной с потреблением табака заболеваемости и смертности жителей области, Постановлением Правительства Самарской области от 23 июня 2008 г. №281 была одобрена «Региональная стратегия по снижению уровня табакокурения на 2008 – 2013 гг. Стратегия определила принципы региональной политики по снижению уровня табакокурения, приоритетные направления на ближайшие годы.

По данным самарского областного центра профилактики, распространенность потребления табака в Самарской области практически не отличается от российских показателей. У нас в области 56% мужчин и 20% женщин являются активными курильщиками. К 18 годам опыт курения имеют 65,5% учащихся, регулярно курят 30%. Причем девочки курят наравне с мальчиками (в возрасте 15-18 лет курят 31,9% мальчиков и 29,1% девочек).

На базе школ и профессионально - технических училищ (возрастная группа с 13 до 18 лет) в двух районных центрах Самарской области: с. Красный Яр – экологически благополучном населенном пункте Самарской области и в г. Чапаевске – одном из крупных промышленных центров Самарской области с наличием экотоксикантов в атмосфере (согласно данным ежегодных эколого - гигиенических паспортов территорий). Было проведено клиническое наблюдение 366 учащихся школ и профессиональных училищ в возрасте от 7 до 17 лет, из которых 100 человек проживали в с. Красный Яр, а 266 человек – в г. Чапаевске.

Средний стаж курения у мальчиков был близок к 6 мес. ($4,97 \pm 1,4$), при этом максимальный зарегистрированный стаж курения составлял 9 мес. Интенсивность курения также была различной: у мальчиков в среднем она была на уровне $7,7 \pm 5,0$. Средний стаж курения у мальчиков в г. Чапаевске был близок к одному году ($11,6 \pm 16,8$), максимальный зарегистрированный стаж курения составлял 5 лет. Интенсивность курения у мальчиков в среднем была на уровне $11,9 \pm 6,6$, а по диапазону – от 1 до 30 сигарет в день. У девочек средний стаж курения составлял 10 месяцев при максимальном стаже в 4 года. Интенсивность курения в среднем была на уровне $7,4 \pm 3,5$ – от 4 до 11 сигарет в день.

Основными поводами для курения являлись: использование курения как поддержки при нервном напряжении, желание получить расслабляющий эффект, психологическая зависимость, потребность манипулировать сигаретой при относительно низком уровне никотиновой зависимости и умеренно выраженной мотивации отказа от курения.

Сравнительный анализ параметров функционального состояния легких у подростков, проживающих как в с. Красный Яр, так и в г. Чапаевск, показал статистически значимое снижение ($p=0,1$) значений FEV₁%, FVC%, PEF% в группах курящих подростков по сравнению с некурящими. Для расчета относительных рисков был применен стратификационный анализ с элиминированием влияния мешающих рисков. Стратификационный анализ проводился по количеству курящих и некурящих подростков, а также экпонированных и неэкпонированных подростков, то есть подвергающихся или нет воздействию неблагоприятной экологической обстановки.

Связь между табакокурением и снижением ФВД более, чем в 3 раза превышала влияние неблагоприятной экологической обстановки на ФВД. При их совместном воздействии проявлялось потенцирующее влияние табакокурения на другие факторы риска и относительный риск развития нарушений ФВД возрастал в несколько раз.

При анализе показателей здоровья по органам дыхания только у курящих подростков были зарегистрированы хронические бронхолегочные заболевания в 5% случаев и установлена более высокая частота простудных заболеваний в 25-33% случаев. Среди курящих

подростков г. Чапаевска кашель регистрировался практически у всех (от 92% до 100%). Откашливание мокроты также наблюдалось у всех курящих подростков, но постоянное наличие этого симптома встречалось реже (у 50%-92%). Зависимость от интенсивности курения проявлял только такой клинический признак как кашель в течение дня или ночи и только у девочек. Средний возраст начала наибольшей выраженности симптомов составил 14,5 лет, причем у мальчиков он наступал раньше. Выявленные нами характерные черты курящего подростка экологически благополучной зоны наряду с вышеперечисленными характеристиками были систематизированы в виде «портрета» курящего подростка с. Красный Яр и г. Чапаевска.

Таким образом, табакокурение является наиболее сильным фактором риска развития бронхолегочных заболеваний, а также потенцирует вредное воздействие других факторов риска. В связи с этим, профилактика и отказ от табакокурения является наиболее важной мерой предотвращения развития бронхолегочных нарушений у подростков.

Также нами было проведено исследование с помощью анкеты, содержащей 23 вопроса, среди молодых людей (n=100) в возрасте от 17 до 24 лет, из них 51 мужчина (51%) и 49 женщин (49%). Средний возраст мужчин составил $19,3 \pm 0,4$ лет, женщин – $19,7 \pm 0,4$ лет. В вышеописанной группе опрошенных исследовались: индекс массы тела (Кетле), индекс Брока, параметры функции внешнего дыхания (ФВД): объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), пиковая скорость выдоха (ПСВ), соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ.

Из опрошенных нами 51 мужчин более половины - 55% - курили, из опрошенных женщин факт курения признали лишь 6%. Продолжительность курения у курящих мужчин составила в среднем - 1,25 лет, у курящих женщин – 0,6 лет. Интенсивность курения 5,4 сигарет в сутки (от 2 до 20) - у мужчин, у женщин – 2 сигареты в сутки (от 1 до 6). Таким образом, средний индекс курильщика составил 0,34 - у мужчин, и у женщин – 0,06, что не является высоко рисковым показателем, но настораживает высокая распространенность табакокурения среди мужчин и верхний диапазон количества выкуриваемых в сутки сигарет – до 20 сигарет в сутки. Таким образом, средний индекс курильщика составил 0,34 - у мужчин, и у женщин – 0,06, что не является высоко рисковым показателем, но настораживает высокая распространенность табакокурения среди мужчин и верхний диапазон количества выкуриваемых в сутки сигарет – до 20 сигарет в сутки.

В Самарской области сформулированы следующие приоритетные направления по снижению распространенности табакокурения:

1. Создание системы информационного обеспечения населения по различным аспектам табакокурения.

2. Создание системы повышения квалификации специалистов по профилактике табакокурения.

3. Создание системы вовлечения различных слоев населения в деятельность по контролю над табаком.

4. Совершенствование системы оказания помощи по отказу от курения и лечению табачной зависимости.

5. Защита населения от воздействия табачного дыма.

6. Организация мониторинга и оценка эффективности мероприятий.

В рамках реализации Стратегии был организован и проведен ряд мероприятий. Финансирование их осуществлялось как за счет областных целевых программ, так и в рамках основной деятельности исполнителей.

Проведены семинары и тренинги для специалистов детских оздоровительных лагерей (65 семинаров), для педагогов и психологов образовательных учреждений (47 семинаров), семинар для журналистов на тему «Табачная эпидемия - настоящее и будущее» с участием экспертов из г.Москвы.

С целью оказания помощи по отказу от курения и лечению табачной зависимости с 1 ноября 2009 г. открыта бесплатная «горячая телефонная линия» 8-800-707-65-64. За 2010 год на нее обратилось 1105 человек, за 6 месяцев 2011 года – 537.

С 1 июля 2010 г. открыто 10 школ по отказу от курения. За это время медицинскую и психологическую помощь в них получили более 3000 человек

Работают 12 центров здоровья для взрослых и 4 центра здоровья для детей, где изучают «курительный статус» у всех обратившихся и мотивируют к отказу от курения. К настоящему времени центры здоровья посетили более 100 тыс. жителей области.

Проводятся мероприятия по защите населения от табачного дыма в медицинских и образовательных учреждениях. В ряде учреждений области полностью запрещено курение в зданиях и места для курения выведены на прилегающую территорию. В Самарском государственном медицинском университете студенты не курят ни в зданиях, ни на территории ВУЗа.

Осуществляется мониторинг за потреблением табака: проведены социологические исследования среди взрослого населения (2007 и 2009 год), среди подростков (2008 и 2010 год), среди отдельных групп населения. Изучается информированность населения о вреде курения табака и отношение к мерам по ограничению потребления табачных изделий. Подавляющее большинство жителей области поддерживает запрет курения в общественных местах. Запрет курения в медицинских учреждениях поддерживают в среднем 92%

опрошенных, в образовательных учреждениях - 90%, в общественном транспорте – 95%, в ресторанах, барах и кафе - 57% населения.

В результате проведенных мероприятий:

Повысилась осведомленность населения о рисках для здоровья, связанных с потреблением табака (93,5% учащихся знают о вреде курения, в том числе 87,7% - называют курение причиной рака легкого, 82% - знают, что курение вызывает зависимость, около 80% жителей информированы о вреде вторичного табачного дыма).

Пассивное курение посчитали вредным 76,0% (в 2008 г. только 67,8%), знают о вреде любых сигарет (в том числе позиционируемых производителями как «лёгкие») 65,6% учащихся (в 2008 г. – 62,2%).

По сравнению с 2007 годом выросло число лиц, желающих отказаться от курения: среди мужчин – на 18% (с 51,23% до 60,46%) и среди женщин – на 31,6% (с 54,49% до 71,74%).

Выросло число лиц, которые самостоятельно пытались бросить курить на 31% (с 29,2 до 38,3%).

По данным исследования 2010 года 70,3% курящих студентов пытались отказаться от вредной привычки, 92,4% планируют стать некурящими в ближайшие пять лет (в 2008 году этот процент был меньше - 56,0 и 84,0% соответственно).

Население обращается за медицинской помощью по отказу от курения, (за 5 месяцев 2011 года в школы по отказу от курения при центрах здоровья обратилось 671 человек, из них 293 подростка).

Концепцией осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства России от 23 сентября 2010 г. № 1563-р, определены целевые ориентиры при реализации мероприятий по снижению потребления табака в Российской Федерации к 2015 году:

- снижение распространенности потребления табака среди населения на 10 - 15 процентов,
- недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами;
- снижение доли граждан, подвергающихся воздействию табачного дыма, на 50 процентов;
- достижение полной защиты от воздействия табачного дыма на территориях образовательных учреждений, медицинских, физкультурно-спортивных организаций, организаций культуры и во всех закрытых помещениях;

Для достижения указанных целей в области должны быть предприняты дополнительные меры по снижению потребления табака:

запрещение курения на всех видах городского транспорта, в помещениях, занимаемых органами государственной власти и органами местного самоуправления, в медицинских и общеобразовательных учреждениях; в помещениях организаций культуры, физкультурно-спортивных организаций и на спортивных объектах;

принятие работодателями и профсоюзными организациями мер по борьбе с курением на рабочих местах и защите работников от воздействия табачного дыма;

выделение и оборудование специально отведенных мест для курения за пределами зданий – на улице;

обеспечение населению доступной медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости;

усиление пропаганды здорового образа жизни в средствах массовой информации, формирование у детей и молодежи здорового образа жизни, негативного отношения к употреблению табака.

Необходимо изучить возможность разработки и принятия закона Самарской области, направленного на защиту населения Самарской области от воздействия табачного дыма, а также подготовить обращение в Государственную Думу Российской Федерации об ускорении рассмотрения и принятия новой редакции Федерального закона «Об ограничении курения табака».

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КУРЯЩИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Никитина О.В., Скачкова М.А., Чайникова И.Н., Карпова Е.Г.

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия

Минздравсоцразвития, г.Оренбург

Курение – один из основных факторов риска развития хронической патологии легких. Наиболее чувствительными к токсическому и аллергизирующему воздействию табачного дыма являются дети и подростки. На начальном этапе в организме возникают изменения, которые не сопровождаются клиническими проявлениями, но обнаруживаются при иммунологическом обследовании. Актуальными остаются вопросы исследования комплексного влияния курения на клинические и иммунологические параметры у детей и подростков.

Материалы и методы исследования

Изучение курительного статуса проводилось среди учащихся школ г.Оренбурга и студентов I курса Оренбургской государственной медицинской академии. В исследовании участвовали 1357 респондентов: 366 детей 12 - 14 лет - 171 мальчик (46,7%) и 195 девочек (53,28%), 352 ребенка 14 - 16 лет: 184 девочки (52,27%) и 168 мальчиков (47,73%), 657 подростков 16 -18 лет: 466 девушек(70,9%) и 191(29,1%) юноша.

Использовалась унифицированная анкета, разработанная ВОЗ и НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН. Проводилась также оценка частоты встречаемости заболеваний органов дыхания, оценка функции внешнего дыхания (пикфлоуметрия), измерение артериального давления. Изучение показателей местного иммунитета дыхательных путей проводили в индуцированной мокроте у подростков 15-18 лет. Выделены шесть групп: I - 15 здоровых некурящих подростков, II – 10 здоровых курящих подростков, III - 17 не курящих подростков с острой легочной патологией, IV -15 курящих подростков с аналогичной патологией, V и VI группы - по 13 подростков с хронической легочной патологией, не курящих (5-ая группа) и курящих (6-ая группа). Исследование клеточного состава индуцированной мокроты производили в мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе. Уровень CD3-, CD4-, CD8- и CD20-лимфоцитов, также CD45-клеток и клеток с маркерами активации CD25 и HLA-DR в индуцированной мокроте оценивали с помощью моноклональных антител производства «Сорбент» (Москва). Подсчет клеток проводили на люминесцентном микроскопе «Люмам РПО-11» (Россия). Статистическая обработка проводилась при помощи программ Statistica 6.0, Stadia. Сравнение количественных признаков производилось на основании критерия Стьюдента, Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Установлено, что среди обследованных подростков активно курят 22,07%: 39,3% юношей и 15% девушек, в возрасте 12-14 лет курят 12,3% мальчиков и 2% девочек, в возрасте 14-16 лет -19,6% мальчиков и 15,2% девочек.

Выявлено, что у активно курящих такие симптомы как кашель, отмечаются в 3 раза чаще (26,2%, $p<0,001$) по сравнению с некурящими и курящими пассивно (7,35%, $p<0,001$ и 13%, $p<0,05$ соответственно). Симптомы бронхиальной астмы в 2 раза чаще регистрируются у курящих активно, чем у некурящих (12,04% против 6,2% соответственно, $p<0,001$), у подростков с хронической бронхолегочной патологией при активном курении обострения зарегистрированы в 1,3 раза чаще, чем среди некурящих и курящих пассивно ($p<0,001$).

При оценке функции внешнего дыхания выраженные нарушения функции отмечены у 25% ($p<0,001$) пассивно курящих подростков, по сравнению с некурящими (12%) и

курящими активно (11 %, $p < 0,05$). В группе детей 12 -14 лет 14-16 лет достоверных различий не отмечено.

У курящих подростков артериальная гипертензия по САД отмечена достоверно выше (12%), чем у некурящих (3,1%). У юношей повышение САД отмечалось чаще, чем у девушек (18,7% и 11,4% соответственно, $P_U < 0,001$). Среди курящих чаще встречалась пограничная артериальная гипертензия по САД (11,72%), чем среди некурящих (4,71%, $P_U < 0,001$). У курящих почти в 4 раза чаще отмечалась артериальная гипотензия по САД (12%) по сравнению с некурящими (3,61%), причем у юношей данная тенденция более выражена, чем у девушек ($P_U < 0,001$). Отмечалось преобладание артериальной гипотензии по диастолическому артериальному давлению среди курящих юношей и девушек (6,66% и 8,57% соответственно) по сравнению с некурящими (0,56% среди девушек, $P_U < 0,001$).

Артериальная гипертензия по ДАД в 2 раза чаще встречается среди курящих девушек (14,3%) по сравнению с другими респондентами ($P_U < 0,001$). Отмечается тенденция к формированию у курящих подростков артериальной гипертензии по САД.

У обследуемых детей и подростков проведена оценка состояния местного иммунитета дыхательных путей. Преобладающими клетками у здоровых лиц в индуцированной мокроте были лимфоциты, эозинофилы не выявлялись. У 2-ой группы по сравнению с I-ой группой выявлено достоверное 3-кратное снижение относительного количества макрофагов ($3,32 \pm 0,56$ и $19,0 \pm 2,11$, $p < 0,001$) и появление в мокроте эозинофилов ($1,34 \pm 0,44$). В III-ей группе по сравнению с I-ой группой возрастало в 5 раз количество нейтрофилов ($13,5 \pm 1,08$ и $2,74 \pm 0,02$, $p < 0,001$). В IV группе по сравнению со II-ой контрольной группой увеличение числа нейтрофилов в мокроте было еще более выраженным (10-кратный рост до $30,5 \pm 1,52$ по сравнению с $3,7 \pm 0,71$, $p < 0,001$) и, напротив, обнаруживалось снижение количества лимфоцитов ($51,7 \pm 6,31$ и $91,8 \pm 14,7$, $p < 0,05$). Клеточный состав мокроты пациентов 5-ой группы, по сравнению с обследуемыми 3-ей группы, характеризовался увеличением числа нейтрофилов ($22,1 \pm 1,80$ и $13,5 \pm 1,08$, $p < 0,001$) и снижением макрофагов ($5,26 \pm 0,76$ и $15,6 \pm 1,19$, $p < 0,001$). У курящих подростков с хронической патологией отличия в клеточном составе мокроты, по сравнению с не курящими, выражались в 3-кратном увеличении числа эозинофилов ($2,41 \pm 0,93$ и $0,95 \pm 0,08$, $p < 0,05$), макрофагов ($15,2 \pm 0,61$ и $5,26 \pm 0,76$, $p < 0,001$) и снижении количества лимфоцитов ($56,2 \pm 4,21$ и $69,5 \pm 3,13$, $p < 0,001$).

При фенотипическом анализе лимфоцитов индуцированной мокроты установлено, что у здоровых подростков относительное количество CD3-лимфоцитов равнялось $36,1 \pm 1,72\%$. Уровень CD20-лимфоцитов составлял $12,7 \pm 0,55\%$. У курящих здоровых подростков по сравнению с не курящими снижены в 2 раза уровни CD20- ($p < 0,05$) и CD8—лимфоцитов ($p < 0,05$). У некурящих подростков больных острой бронхолегочной патологией, по

сравнению со здоровыми некурящими отмечено снижение количества CD3-лимфоцитов (соответственно $21,5 \pm 0,91$ против $36,1 \pm 1,72\%$, $p < 0,001$) как за счет CD4 (соответственно $10,38 \pm 1,07$ против $17,5 \pm 0,64$, $p < 0,001$), так и CD8-лимфоцитов (соответственно $8,83 \pm 1,03$ против $16,1 \pm 0,84\%$, $p < 0,001$). У курящих с острой бронхолегочной патологией по сравнению со здоровыми курящими подростками увеличено относительное количество CD20-лимфоцитов ($9,1 \pm 0,6$ против $6,7 \pm 0,31\%$, $p < 0,05$). Существенных различий в фенотипическом составе лимфоцитов в индуцированной мокроте между курящими и не курящими подростками при острой бронхолегочной патологии не выявлено. У курящих подростков с хронической легочной патологией выявлены достоверные различия в фенотипе лимфоцитов индуцированной мокроты, по сравнению с не курящими: более низкое относительное количество CD4-лимфоцитов ($16,7 \pm 2,4$ против $28,9 \pm 2,8\%$, $p < 0,05$). Установлено, что курение в подростковом возрасте сопровождается снижением уровня клеточных показателей локальной защиты слизистых дыхательных путей, что проявляется изменением соотношения CD4-и CD8-лимфоцитов.

Таким образом, выявлены значимые изменения в состоянии здоровья у детей и подростков даже при малом стаже курения, такие как увеличение частоты встречаемости респираторных жалоб, нарушение функции внешнего дыхания, формирование артериальной гипо- и гипертензии, а также изменения в клеточном и гуморальном звене местного иммунитета дыхательных путей при курении у детей и подростков, еще не сопровождающиеся клиническими проявлениями патологических процессов. Данные иммунологические изменения могут обуславливать формирование в дальнейшем заболеваний дыхательной системы, определять их течение и прогноз.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Покусаева К.Б., Алексеева В.А.

ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия

Минздравсоцразвития РФ

Выбор времени деторождения во многом определяется жизненным циклом будущих родителей, их намерениями завершить учебу, занять более высокие профессиональные позиции, а также материальными возможностями семьи. Подобная идея ответственного материнства (родительства) имеет как положительные, так и отрицательные последствия. С одной стороны, это благоприятная материальная ситуация, психологический комфорт в

семье, с другой, смещение возраста первых родов на 25–30 лет и старше. Негативным моментом такого отставленного материнства является то, что, как правило, в этом возрасте супружеская пара уже имеет определенный багаж проблем, во многом связанных с особенностями образа жизни и поведения партнеров. Существенный вклад в состояние репродуктивного здоровья вносит пристрастие к курению. Исследование, проведенное Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины Минздрава России (2000-2001), показало, что распространённость никотиновой зависимости среди женского населения в возрастной группе 25–34 года составляет 26,5%. Настораживает, что после установления факта беременности прекращают курить не более 10%.

С целью выяснения репродуктивного портрета современной первородящей жительницы города Смоленска мы опросили 110 женщин, родоразрешенных в ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Смоленска, а также изучили их медицинскую документацию. Средний возраст обследованных - 25,3±3,9 года. Каждая третья (33 - 30%) до беременности курила, интенсивность - от 7 до 12 сигарет в сутки. При опросе выяснилось, что приобщение к табакокурению началось с 13 лет: каждая четвертая (8) впервые попробовала курить до 16 лет, остальные – в возрасте 18-19 лет. В связи с этим стаж табакокурения оказался достаточно продолжительным - 5–10 лет. 88% мужей женщин с никотиновой зависимостью также курили.

Около половины всех респонденток начали половую жизнь до совершеннолетия (56 – 51,0%), средний возраст коитархе – 17,9±1,1 года. Однако достоверность этой цифры вызывает некоторые сомнения, так как российская статистика показывает значимо меньший возраст. Для курящих характерно более раннее начало половой жизни - к 16 лет сексуальный опыт приобрела каждая третья, к 18 годам – уже все пациентки вели половую жизнь. Среди некурящих девственность до совершеннолетия сохранили 48 % .

С момента начала половой жизни до наступления данной беременности прошло более 5 лет (5,5±2,8 года). Сложно говорить, что наши пациентки ответственно относились к предстоящему родительству – четверть (28–25,5%) ранее прервали путем искусственного аборта от 1 до 7 беременностей, причем курящие в 2,5 раза чаще сделали аборт, чем некурящие. Столь высокая распространенность абортов среди обследованных первородящих, вероятнее всего, связана с особенностями контрацептивного поведения. Несмотря на то, что все женщины хорошо информированы о современных методах контрацепции, половина (58 – 52,7%) предпочтение отдает прерванному половому акту. Как основной метод, гормональные контрацептивы использовали всего 15 (13,6%) опрошенных, презерватив – 35 (31,8%), химические средства – 2 (1,8%). Печальный факт - среди

пациенток с никотиновой зависимостью пользовались контрацепцией только четверть, что и приводило к закономерному в данной ситуации искусственному прерыванию нежеланной беременности.

В заключении нужно отметить, что, несмотря на проводимые врачами беседы, только 2 из 11 во время беременности прекратили курить полностью, а каждая третья несколько уменьшила количество выкуриваемых сигарет.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА В СНИЖЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И СОЗДАНИИ БЕЗДЫМНЫХ ПРОСТРАНСТВ

Сахарова Г.М.

НИИ пульмонологии ФМБА России, Москва

Одними из важнейших мер по снижению распространенности потребления табака является оказание медицинской помощи по лечению табачной зависимости и введение запрета на потребление табака в общественных и рабочих местах. Медицинское сообщество должно первым начать внедрение этих мер, что значительно повысит эффективность борьбы против табака в Российской Федерации.

Анализ текущей ситуации по оказанию помощи по отказу от табака и медицинских учреждениях Российской Федерации, включая оценку распространенности потребления табака среди персонала медицинских учреждений, а также реальности программ перевода медицинских учреждений к полному запрету табака, был проведен на базе трех репрезентативных эпидемиологических исследований:

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации, 2009 г. Был проведен опрос 12000 домохозяйств.
2. Оценка эффективности рекламно-информационной кампании и изучение отношения здоровому образу жизни, 2010 г. Опрос был проведен ВЦИОМ среди 8400 респондентов в возрасте 15 лет и старше.
3. Анкетирование персонала и пациентов по проблемам потребления табака в 4 медицинских учреждениях г. Москвы, 2011 г.. Опрос проводился НИИ пульмонологии среди 715 медицинских работников, 174 технических работников и 325 пациентов.

В процессе анализа были рассмотрены следующие вопросы:

1. Уровень распространенности курения среди медицинского и технического персонала медицинских учреждений.
2. Уровень курения среди пациентов медицинского учреждения.

3. Уровень оказания помощи по отказу от табака в медицинских учреждениях.
4. Готовность персонала медицинского учреждения, а также пациентов, к внедрению программы по переводу медицинских учреждений к полному запрету табака и степень заинтересованности курящего персонала в отказе от табака.
5. Уровень исходных знаний медицинского персонала по методам мотивирования и оказания помощи в отказе от табака, а также их мнение о необходимости включения данных методик в их практическую работу.
6. Ситуация с местами для курения в медицинских учреждениях и распространенностью пассивного курения среди медицинского персонала и пациентов.
7. Уровень информирования пациентов о вреде табака, который осуществлялся в медицинском учреждении и их готовность к отказу от табака.

В результате проведенного анализа были получены следующие результаты.

Выявлена высокая распространенность табакокурения среди медицинских работников. Распространенность среди женщин – медицинских работников, а также в некоторых медицинских учреждениях среди мужчин, превышает средний уровень по Российской Федерации. Высокая интенсивность курения привела к развитию высокой и очень высокой степени никотиновой зависимости.

Выявлен высокий уровень пассивного курения в медицинских учреждениях – 21,8% медицинского персонала и 11% пациентов медицинских учреждений подвергаются пассивному курению. Это свидетельствует об отсутствии политики ограничения курения в медицинских учреждениях.

Выявлены недостаточные знания медицинских работников о табаке, как факторе риска развития серьезных заболеваний (10% медицинских работников считали, что активное курение не вредно для здоровья, и 17% медицинских работников были такого же мнения о пассивном курении). Выявлен существенный недостаток знаний о новом продукте для доставки никотина – электронной сигарете (70% медицинских работников не знали о вреде электронных сигарет), что свидетельствует о необходимости дополнительного постоянного обучения медицинских работников.

Выявлен низкий уровень знаний медицинских работников о современных методах мотивации курящих пациентов к отказу от табака и оказании помощи в отказе от табака (59% врачей не спрашивали у пациентов курят ли они, только 46% курящих пациентов получили от врачей совет бросить курить). В результате курящих пациентов, которые начали бросать курить во время пребывания в больнице, выявлено не было.

25% медицинских работников были готовы активно поддержать программу по борьбе против табака в медицинских учреждениях и около 40% не имели мнения об этом. Более

половины медицинских работников поддержали введение полного запрета на курение в помещениях медицинских учреждений, однако наибольшую поддержку введению запрета на курение в медицинских учреждениях выразили пациенты (92% пациентов выразили поддержку введению запрета на курение в медицинских учреждениях). Кроме того, медицинские работники, технический персонал и пациенты в подавляющем большинстве выразили мнение, что медицинские работники не должны курить в рабочее время.