

РЪКОВОДСТВО

ЗА
ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ И
ОГРАНИЧАВАНЕ
НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР
ПО ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

РЪКОВОДСТВО
ЗА
ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ И ОГРАНИЧАВАНЕ
НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО

Н. Василевски, Б. Тулевски, Г. Котаров



София
2004

Това ръководство включва познания в две ключови за борбата с тютюнопушенето области:

- Последници от тютюнопушенето върху общественото здраве.
- Дейности за повлияване на пушачите да спрат/ограничат тютюнопушенето.

Цели на обучението:

- Усвояване на знания по проблемите на тютюнопушенето и умения за управление на процеса на отказване и подпомагане на пушачите.
- Развиване на умения за разработка на индивидуални програми за спиране на тютюнопушенето, съобразени със степента на готовност на пушача.
- Прилагане на когнитивни, поведенчески и фармакологични процедури, насочени към подпомагане на пушачите да се откажат.
- Развиване на умения за оценка на резултатите от работата.
- Включване в рутинната медицинска практика на дейности, насочени към въздържане и спиране на тютюнопушенето.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4
------------------------	---

Раздел 1

ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО ВЪРХУ ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ	5
1.1. Епидемиология на тютюнопушенето в света и у нас.....	5
1.2. Рискове за здравето, свързани с тютюнопушенето.....	8
1.3. Пасивното тютюнопушенето - заплаха за здравето на непушачите.....	14
1.4. Ползи от спиране на тютюнопушенето.....	18
1.5. Нормативна уредба в България за протекция на здравето от тютюнопушенето.....	20
1.6. Роля на медицинските специалисти в промоцията на въздържане/отказване от тютюнопушенето	24

Раздел 2

ДЕЙНОСТИ ЗА ПОВЛИЯВАНЕ НА ПУШАЧИТЕ ДА СПРАТ/ОГРАНИЧАТ ТЮТЮНОПУШЕНЕТО В УСЛОВИЯТА НА ПЗП	26
2.1. Стратегия за отказване на тютюнопушенето.....	26
2.2. Синопис на дейностите на лекаря за работа с пушачите.....	29
2.3. Справяне с най-чести проблеми на отказващите се пушачи.....	37
2.4. Терапевтично повлияване на процеса на отказване.....	38

ПРИЛОЖЕНИЕ

Въпросник за самооценка на обучаваните лица на тема “Тютюнопушене и здраве”	42
--	----

ВЪВЕДЕНИЕ

България е сред страните в Европа с най-сериозни здравни проблеми, дължащи се на тютюнопушенето. То е основен фактор за високата преждевременна смъртност от сърдечносъдови заболявания и рак, и тези заболявания най-вероятно ще продължат да се увеличават в бъдеще. Наред с високата честота на тютюнопушенето сред мъжете, която продължава да се увеличава, в последните години се наблюдава значително нарастване на пушенето и при жените. Хората, от които се очаква да поемат водещата роля за промяна на тази неблагоприятна ситуация, като лекарите и учителите, имат също високи показатели на тютюнопушене. Проблемът се задълбочава и от сравнително ниската цена, на която се предлагат цигарите. В допълнение, широко разпространената и практически неограничавана досега употреба на тютюн на обществени места, както и мястото на България като основен производител на тютюн, са създали традиции в тютюнопушенето. Всичко това обуславя необходимостта от големи и продължителни съвместни усилия за промяна на статуквото.

Въпреки всичко, през последните години в страната се наблюдават и редица положителни тенденции. Предстоящото присъединяването на България към Европейския съюз наложи унифициране на законодателството в областта на общественото здраве. Рамковата конвенция за контрол на тютюна, която България подписа и дейността в рамките на Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето (2002) несъмнено ще допринесат в голяма степен за овладяване на тютюневата епидемия в страната. Международното сътрудничество със СЗО, както и между държавните и неправителствените организации, помагат немалко за успешната промяна на неблагоприятните тенденции в тютюнопушенето и свързаните с него заболявания. Това може да съдейства за предотвратяване на агресивните действия на международните тютюневи компании, насочени към разширяване на пазара на тютюневи изделия у нас.

Това ръководство има за цел да помогне на здравните професионалисти да предлагат по време на амбулаторната работа ефективни интервенции за спиране на пушенето на пациенти. Съдържащата се в него информация е насочена главно към оказване помощ на лица, които вече пушат, да спрат. По-голямата част от тази информация може да се използва успешно, включително и от немедицински специалисти (и на първо място от сферата на образованието) за предотвратяване/спиране на употребата на тютюневи изделия при подрастващи и млади хора. Този втори подход наистина представлява най-ефективният начин за елиминиране на свързаните с тютюнопушенето заболявания. Между впрочем, превенцията на пушенето при деца и юноши е значително по-лесно осъществима, отколкото трайното скъсване с навика в зряла възраст. Както лекарите, така и учителите се намират в уникална позиция да повлияят с факти и убеждаване, личен пример и професионален авторитет на многобройните групи хора (пациенти – здрави и болни, ученици и студенти), с които се срещат в процеса на ежедневната си работа. Макар че описаните в това ръководство концепции и практически препоръки са ориентирани главно към лицата, пушещи цигари, същите успешно могат да бъдат използвани и при лицата, употребяващи тютюн под други форми (лула, пурети/пури, дъвчене/смъркане и т.н.).

Авторите се надяват, че ръководството ще бъде полезно не само за по-доброто разбиране на проблема, но и с предлаганите схеми и решения, успешно използвани в много страни на света, ще подпомогне елиминирането/редуцирането на тютюнопушенето от живота на българското население.

Раздел 1

ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО ВЪРХУ ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

1.1. Епидемиология на тютюнопушенето в света и у нас

Според СЗО в света понастоящем има над 1.2 милиарда пушачи или около 1/3 от цялото население на възраст 15 и повече години. Огромното количество пушачи са в развиващите се страни (800 милиона или над 70%) и повечето от тях са мъже (700 милиона или над 60%); като лицата до 18 години са 250 милиона. Разпространението на тютюнопушенето (WHO, 1997) сред мъжете е 47% (42% в развитите и 48% в развиващите се страни), а сред жените – 12% (24% в развитите и 7% в развиващите се страни). Очаква се до 2025 г. броят на пушачите да нарасне до 1.6 милиарда. В Европейския регион, по данни от 2002 г., пушачите са около 230 милиона.

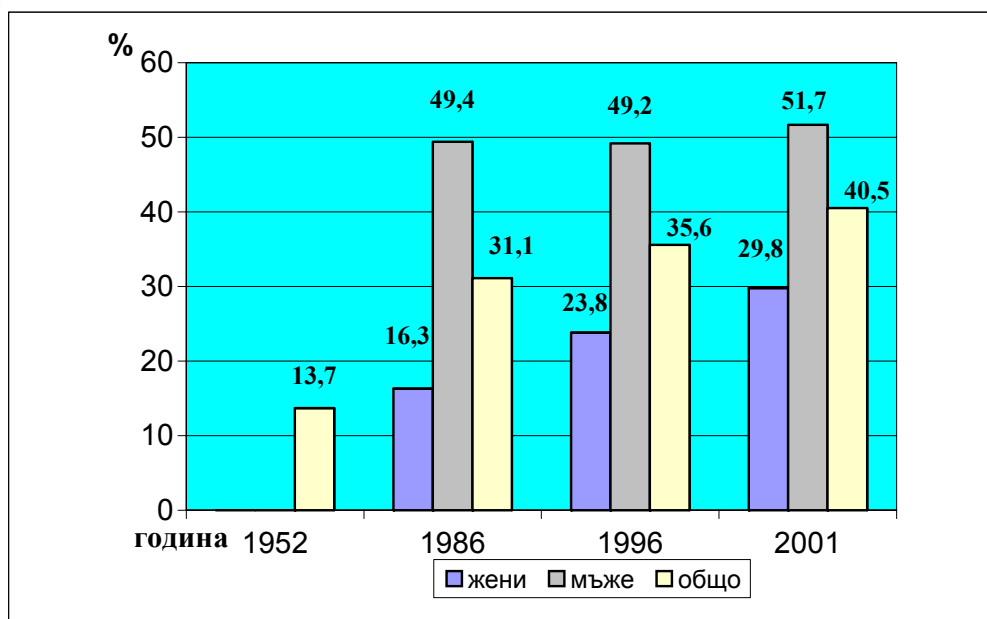
Известно е, че тютюнопушенето е най-важната предотвратима причина за голям брой хронични неинфекциозни заболявания и преждевременна смърт. Днес то убива 1 от всеки 10 възрастни по целия свят, а към 2030 г. се очаква да убива 1 от всеки 6, т.е. ще причини повече от 10 милиона смъртни случаи годишно. В доклад на Световната банка (World Bank, 1999) се казва, че “при съществуващите тенденции, 500 милиона души, живи днес, ще загинат евентуално от употреба на тютюн. Повече от половината от тях днес са деца и юноши. Очаква се до 2030 г. тютюнопушенето да бъде най-голямата самостоятелна причина за смърт по света.”

Голямото негативно влияние на тютюна върху човешкото здраве налага да бъдат взети всички възможни мерки с оглед мотивиране на непушачите да не пропушат и повлияване на тези, които пушат, да спрат. Като се има предвид изключително широкото разпространение на тютюнопушенето, става ясно защо то е огромен проблем както в развиващите се, така и в развитите страни.

България заема едно от водещите места в света по потребление на тютюн. Употребата на тютюневи изделия нараства трикратно през последните 50 години - от 1020 цигари на глава от населението през 1948 г. на почти 3150 през 2001 г. Според списание “Economist World” през 2001 г. България е в челната четворка на света по потребление на тютюн на глава от населението с 6.6 броя цигари средна дневна консумация. Само за последните 5 години относителният дял на пушачите (редовни и епизодични) сред населението над 15 г. се е увеличил от 35.6 през 1996 г. на 40.5% през 2001 г. (фиг. 1), като нарастването е изключително за сметка на редовно пушещите - съответно от 27.8% на 32.7% (Баев и сътр., 2002). Тенденцията за нарастване на тази категория пушачи обаче е по-силно изразена сред жените (от 16.3% на 22.8%) в сравнение с мъжете (от 40.8% на 43.0%).

Фиг. 1

Разпространение на тютюнопушенето в България сред лица над 15 г.



Пушенето у нас се характеризира със следните особености (Баев и сътр., 2002):

- мъжете пушат значително по-често от жените - съответно 51.7% и 29.8%;
- делът на пушещите жени се увеличава почти двукратно през периода 1989-2001 г. (от 16.3% на 29.8%), докато този на мъжете-пушачи практически не се променя (от 49.4 на 51.7%);
- най-разпространено е то във възрастта 25-44 г. (пушат 66.1% от мъжете и 50.5% от жените); висок е делът на пушачите и при най-младите мъже и жени (15-24 г.) - съответно 44.8% и 37.4%;
- в градовете се пуши по-често (44.6%), вкл. и в столицата (40.3%), а в селата - по-рядко (33.9%);
- ромите пушат по-често (45.1%) от българите и турците (съответно 40.1% и 41.1%);
- лицата със средно и висше образование (съответно 49.5% и 42.9%) пушат значително по-често от тези с основно и по-ниско образование (съответно 33.7% и 25.2%).

Особено важен проблем за общественото здраве е тютюнопушенето сред децата и юношите, което нараства рязко във възрастта 13-16 г. През 2002 г. пушат 42.7% от момчетата и 31.3% от момчетата, в т.ч. ежедневно или почти всеки ден - съответно 18.8% и 16.3% (Манолова, 2004). Редовно пушат 9% от децата на 13 г., 10.5% от тези на 14 г., 20.7% от 15-годишните и 32.6% от 16-годишните. Намалява долната възрастова граница на пропушване (половината под 13 г.), а на пасивно пушене в дома си са изложени 68.5% от изследваните деца.

Сред професионалните групи, при които употребата на тютюн оказва значимо влияние не само върху тяхното здраве, но и върху обществото като цяло, особено място заемат лекарите и учителите. Тютюнопушенето сред лекарите надвишава честотата му сред общото население с близо 10 пункта - 52.3% срещу 42.9% (Л.Иванов и сътр., 1996). Социологично проучване, проведено през 2001 г. от Националния център по общественото здраве и Столична ХЕИ, показва, че 46.8% от лекарите и 44% от учителите в София са пушачи. По данни от проекта "Глобално проучване на тютюнопушенето сред училищния персонал" (непубликувани данни на А. Манолова и Г. Котаров, 2002) 52.7% от анкетираните са пушили редовно.

Тревожната картина, свързана с тютюнопушенето, се обяснява с редица обстоятелства, характерни за нивото на социалноикономическо развитие на страната. Обществото като цяло не е създавало здравословни условия на живот за хората, недооценява вредата от тютюнопушенето, толерантно е към носителите на този фактор на риска за здравето. Съществуващото законодателство за контрол на тютюнопушенето не се съблюдава. Цените на тютюневите изделия са сравнително ниски, цигарите са достъпни за всяка възраст. Огромните загуби, свързани с лечението на болестите, причинени от тютюна, се понасят от здравната система и обществото без особена тревога, отговорните държавни институции като че ли не се интересуват от загубите. Отношението към производството на тютюн е такова, че създава впечатление за по-големи грижи към него в сравнение с грижите за здравето на хората. Изключително лош пример дава големият брой пушачи сред медицинските специалисти на всички нива в системата, както и на преподавателите в системата на образованието и лицата с висок ранг в държавните институции. Недостатъчно ефективна, въпреки наличието ѝ, е дейността по промоция на здравето и ограничаване честотата на тютюнопушенето, поради недоброто финансиране. В страната функционират само няколко кабинета за отказване на тютюнопушенето, които нямат подходящо оборудване. Използваните за целта лекарствени препарати не се реимбурсират. ОПЛ не развиват почти никаква дейност в тази насока, не са подготвени, нямат адекватни ръководства, нямат здравнообразователни материали, не оценяват системно тютюнопушенето като фактор на риска, не го мониторира, а и повечето от тях са пушачи. Доскоро липсваше и национална политика за контрол на тютюнопушенето. Наличието ѝ обаче, все още не е подобрило финансирането и реализацията на дейностите по програмата.

Съществуващата ситуация налага следното: активиране на дейностите по Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето и осигуряване на планираните средства за нея в пълен обем; развитие на локални политики за контрол на тютюнопушенето, пълна забрана на рекламата на тютюневи изделия; непрекъснато повишаване данъците и цените на тютюневите изделия; ограничаване на предлагането; въвеждане на строги мерки за свободна от тютюнев дим среда и строги санкции за нарушителите на закона в тази насока на всички нива в държавата; спиране субсидиите за тютюневото производство и реструктуриране на отрасъла; намаляване на смолите в производството; разгръщане на широка образователна дейност по проблемите на тютюна от структурите на здравната система, като за това се предоставят необходимите средства и се обучат кадри.

Литература:

1. Баев С., Ф. Денкова, Е. Йорданова. Здравно състояние на населението (основни резултати). В: Преброяване на населението, жилищния фонд и земеделските стопанства през 2001 г. НСИ, Дунав прес, 2002, т. 6, 26-28.
2. Баев Ст. Здравно състояние на населението. В "Статистика", бр. 3, 1997.
3. Иванов Л. и сътр. Адекватност и качество на първичната здравна помощ. Бюлетин на НЦОЗ, 1, 1996.
4. Манолова А. Разпространение на тютюнопушенето сред българските ученици. Резултати от Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора – България 2002. Социална медицина, 2004 (под печат).
5. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето (2002-2005).
6. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds.)–Tobacco Control Country Profiles, American Cancer Society, Atlanta GA, 2000.
7. European Report on Tobacco Control Policy, 2002.Press Backgrounder EURO /02/ 02;
8. Hibell B. et al (eds.)– The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use in 30 European Countries.CAN, Sweden, 2000, ISBN 91-7278-080-0. (Contributing author for Bulgaria- A. Chileva).
9. IATH (International Agency on Smoking or Health) Bulletin. # 116, July 2001, London, UK.
10. Shafey O., S. Dolwick, G. Emmanuel Guindon- Tobacco Control Country Profiles, Second Edition, 2003, the 12-th World Conference on Tobacco or Health, Helsinki, Finland.
11. WHO, Regional Office for Europe -The European Report on Tobacco Control Policy, EUR/01/5020906/8, World Health Organization, 2002.
12. World Health Organization. Tobacco or health. A global status report. Geneva, WHO, 1997
13. World Bank. Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. Washington, World Bank, 1999.

1.2. Рискове за здравето, свързани с тютюнопушенето

Тютюнопушенето е поведенчески фактор с изключително неблагоприятни здравни последици. По целия свят то е една от най-важните, а в много страни и най-важната причина за инвалидизиране, страдание и преждевременна смърт. Това е почти единственият сред факторите за влошаване на здравето, който по принцип е напълно предотвратим. Понастоящем тютюневите изделия предизвикват смъртта на 3 милиона души в света, което представлява около 6% от всички умирения. Но през 20-те и началото на 30-те години на 21 век се очаква те да бъдат причина за смърт на 10.9% от умиренията в развиващите се страни и на 17.7% от тези в развитите страни, с други думи на повече хора отколкото всяко друго отделно заболяване.

Статистиката на смъртността, свързана с тютюнопушенето е ужасяваща. Тютюнът е доказан или вероятен причинен фактор за около 25 заболявания, а влиянието му върху глобалното здраве е огромно, макар и не напълно оценено. В развитите страни употребата на тютюн се асоциира средно с около 24% от всички умирения при мъжете, като 1/3 от тях са във възрастта 35-69 г. Тютюнопушенето при жените води до 7% от всички умирения по света. Средната загуба на живот при пушачите е 8 години, но за тези, които умират в средната си възраст, тази загуба е не по-малка от 22 години. Около половината от всички редовни пушачи по света днес евентуално ще загинат от тютюнопушене.

Защо тютюнопушенето е уникален проблем на общественото здраве?

Тютюнът е единственият по рода си опасен за консумация продукт, водещ до тежки здравни последици, а нерядко и до летален изход, когато се използва точно съгласно предназначението, дадено от производителя. Установени са следните научни факти по отношение на тютюна:

- употребата му е винаги опасна, независимо от вида и количеството на изпушените цигари и други негови продукти;
- тютюневият дим съдържа хиляди химически вещества, много от които са познати като отрови - те могат да доведат до увреждане на всяка част на човешкия организъм;
- тютюнопушенето предизвиква психични и поведенчески разстройства, свързани с никотиновата зависимост у много от пушачите (МКБ, 10-та ревизия, код F-17);
- употребата му причинява увреждания не само на преките му потребители, но и на други хора, изложени на тютюневия дим;
- тютюнопушенето причинява икономически загуби не само на пушачите и техните семейства, но и на цялото общество - по оценка на Световната банка загубите през 2000 г., формирани от медицинските разходи, загубите от временната и трайна нетрудоспособност, загубеното работно време и непроизведена продукция по причина на заболявания, свързани с употребата на тютюневи изделия, възлизат на 200 милиарда щатски долара.

Тютюневият дим представлява сложна комбинация от около 4000 химически вещества под формата на частици или газове и аерозоли. Причината, поради която димът съдържа толкова много различни химически вещества, е много високата температура (до 900 градуса), която се развива в димящия край на цигарата при всмукване. Тютюневият дим съдържа:

- дразнещи вещества и системни токсични агенти като водороден цианид, серен диоксид, въглероден оксид, амоняк и формалдехид;
- канцерогенни и мутагенни вещества: арсен, хром, нитрозамини, бензпирени;
- вредни за репродукцията вещества: никотин, кадмий, въглероден оксид и др.

Ето защо тютюневият дим е сериозен замърсител в затворените помещения, поради което Агенцията по опазване на околната среда на САЩ го класифицира като канцероген “клас А”, при който няма безопасно ниво на експозиция. Много от неговите съставки са токсични, а някои и радиоактивни. За над 40 от тях се знае, че причиняват рак. Те са концентрирани предимно в **катрана**, кафявата лепкава течност, която се кондензира от тютюневия дим. Димът при пушене на лула и пури има по-високо съдържание на катран, отколкото цигарения дим. Много пожизнени пушачи на лула и пури не вдишват дима, така че те приемат по-малко количество катран от пушачите на цигари. В някои страни пушенето на пури е често изтъквано като модно, алтернативно на цигарите. То често е считано за “здравословната” алтернатива. В действителност и пушачите на лула и пури са склонни към развитие на рак на устата и гърлото, а по-нови проучвания показват значителен риск от развитие на хронична обструктивна белодробна болест (хроничен бронхит и емфизем) и исхемична болест на сърцето (Iribarren et al., 1999).

Никотинът предизвиква физиологична зависимост (според експерти тя е толкова силна, колкото тази при хероина). Посредством белите дробове и кръвоносните съдове, той достига до мозъка за 7 секунди след всмукването на цигарата. Никотинът води до увеличаване скоростта на кръвния ток и повишава стойностите на кръвното налягане, което кара сърцето да консумира повече кислород. Действието на никотина може да бъде една от причините за внезапна смърт при интензивните пушачи на средна възраст. Ефектът от никотина се усилва от въглеродния оксид в тютюневия дим.

Въглеродният оксид (окис) изтласква кислорода от червените кръвни клетки. В резултат на това тъканите, включително и сърцето, получават по-малко кислород, макар че поради действието на никотина сърцето се нуждае от повече кислород. От друга страна пушенето спомага за по-лесното съсирване на кръвта и увеличава серумния холестерол. По такъв начин се улеснява възникването на сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт.

Вредните ефекти на пушенето, макар и проучени подробно, все още не са достатъчно добре познати на голямата част от популацията. Познанията на пушачите за този, опасен за здравето, навик варират между различните страни и сред отделните хора. Те са частично свързани както с нивото на здравно образование, така и с размера на кампаниите в областта на общественото здраве. В някои страни пушачите имат съвсем слаба представа за истинския риск от тютюнопушенето. Последното има и финансов ефект, който би трябвало да бъде очевиден от само себе си (макар, че в действителност много пушачи са изумени, когато пресметнат общата сума, която отделят на месец). За целия си живот, пушачите плащат на тютюневите компании (а също и на държавата под формата на данъци) значителни суми без очевидно никакви преимущества. Тютюнопушенето “бърка в джоба” на пушача - средно той дава около 40-50 лева месечно за цигари, които би могъл да спести, ако се раздели с навика си.

Хората, които пушат, са изложени на двойна опасност: те вдишват вредните вещества както от главния поток на цигарата, така и тези от страничния и поток. Активните пушачи са изложени на повишен риск от сърдечносъдови заболявания (инфаркт, инсулт), белодробни заболявания, различни видове рак, спонтанни аборти (жени), раждане на деца с поднормено тегло (жени), намалена устойчивост на белите дробове към инфекции. Активното пушене е причина също за кашлица, затруднено дишане, ниска издръжливост, нарушения във вкуса и обонянието, жълтеникаво оцветяване на зъбите и пръстите, лош дъх и неприятен мирис на косата и дрехите.

На таблица 1 са представени относителните дялове на 10 избрани причини за смърт, свързани с тютюнопушенето в САЩ (1989). Тези данни дават представа за степента на специфичната смъртност по нозологични единици, дължаща се на тютюнопушенето. Посочените показатели може да варират в различните страни в зависимост от степента на разпространение на пушенето, видовете цигари и моделите на пушене.

Таблица 1

Оценен относителен дял на умираяните, дължащи се на пушенето
в САЩ (1985 г.)

ПРИЧИНА ЗА СМЪРТ	МЪЖЕ (%)	ЖЕНИ (%)
Исхемична болест на сърцето, лица < 65 г.	45	41
Исхемична болест на сърцето, лица ≥ 65 г.	21	12
Хронични затруднения на вентилацията на белия дроб	84	79
Рак на устната, устната кухина и фаринкса	92	61
Рак на ларинкса	81	87
Рак на хранопровода	78	75
Рак на белия дроб	90	79
Рак на панкреаса	29	34
Рак на жлъчния мехур	47	37
Рак на бъбрека	48	12
Мозъчносъдова болест, лица < 65 г.	51	55
Мозъчносъдова болест, лица ≥ 65 г.	24	6

Изм.: US Department of Health and Human Services (1989).

По-долу подробно са описани основните последици от тютюнопушенето, като свързаните с него болести са групирани според вида на въздействие върху организма.

1.2.1. Болести на сърцето и кръвоносните съдове

Исхемичната болест на сърцето (ИБС) е една от най-честите причини за смърт. При мъже над 45 г. повечето от сърдечните инфаркти са свързани с тютюнопушенето. Във всички възрасти рискът при пушачите е 10-15 пъти по-висок от този при непушачите. Причините за сърдечни заболявания са много: нерационално хранене, затлъстяване, повишен серумен холестерол, тютюнопушене, липса на физическа активност, високо кръвно налягане, диабет, генетични фактори и др. Колкото повече от тях присъстват, толкова по-висок е рискът. Но най-важната и предотвратима причина е тютюнопушенето. В страните, предприели съответни действия (такива като спиране на тютюнопушенето, подобряване на мониторинга и лечение), показателите на смъртността спадат.

1.2.2. Злокачествени новообразувания

- ❑ *Рак на белите дробове.* С нарастването на тютюнопушенето този вид рак се разпространи широко. Около девет от всеки десет случая днес се дължат на употребата на тютюн. Във всички големи индустриализирани страни са описани големи епидемии от белодробен рак. В страните, където бяха предприети ефективни действия, показателят на разпространение спадна при мъжете, но продължава да нараства при жените (които започнаха да пушат по-късно). В някои страни смъртността от рак на белите дробове при жените днес надвишава смъртността от рак на гърдата, т. е. става най-честата причина за смърт от раково заболяване. Белодробният рак при мъжете и при жените постепенно нараства в много страни от Централна и Източна Европа. Същата тенденция се наблюдава и в много страни с ниски доходи, в които тютюнопушенето се увеличава. Отговорът на това най-често водещо до смърт заболяване, е в превенцията, тъй като лечението е относително безуспешно.
- ❑ *Рак на устата и гърлото.* Цигарите, лулата и пурите увеличават риска от развитие на всички видове рак на устата и гърлото, като рискът се увеличава с броя на изпушените цигари. Интензивните пушачи имат 20-30 пъти по-голям риск от непушачите. Комбинацията от тютюнопушене с интензивна алкохолна консумация създава още по-голям риск (3 от всеки 4 ракови заболявания в тази област). За рака на ларинкса рискът е още по-висок - 9 от всеки 10 случая (Simpson, 2000).
- ❑ *Рак на панкреаса.* Рискът при мъже, които пушат над 20 цигари дневно е 5 пъти по-голям в сравнение с този на непушачи. За жените той е 6 пъти по-голям. Десет години след отказване рискът се изравнява с този на непушачите (Mack et al., 1986).
- ❑ *Рак на тикочния мехур и бъбреците.* При британско проучване е установено, че за 70% от пушещите мъже и за 40% от пушещите жени вероятността да развият тези видове рак е по-голяма в сравнение с непушещите (Cartwright et al., 1983).
- ❑ *Миелоидна и моноцитна левкемия (рак на кръвта).* Широкомасабно проучване, проведено сред американски (САЩ) ветерани, показва допълнителен риск от 55% при настоящи пушачи и 39% при бившите пушачи (Kinlen and Rogot, 1988).
- ❑ *Рак на шийката на матката.* Много проучвания показват приблизително удвояване на риска при жени, които пушат, в сравнение с непушачките (все пак доказателствата не са категорични). Този вид рак се свързва с някои типове на човешките папилома вируси и инфекциите са по-вероятни при жени, които са имали множество сексуални партньори. Ако те са имали също и по-високи показатели на тютюнопушене, зависимостта става доста висока (Doll, 1996).
- ❑ *Рак на стомаха.* Тютюнопушенето има вероятно по-слабо влияние, по-важната причина тук се крие в начина на хранене. Все пак пушачите изглежда са склонни да консумират повече пикантни и следователно увреждащи храни или по-малко протективни храни. За тютюнопушенето е известно, че потиска до известна степен апетита, а отгук и намалява приема на храна (Doll, 1996). Инфекциите, причинени от *Helicobacter* са вероятно също фактор.

1.2.3. Белодробни заболявания

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), позната като хроничен бронхит и емфизем, в повечето развити страни е една от трите главни причини за смърт в зрялата възраст. Наред с рака и сърдечните заболявания, ХОББ се среща най-често при пушачи. Показателите за смъртност при заболяването са пряко свързани с броя на изпушените цигари. Замърсяването на атмосферния въздух от индустрията увеличава рисковете, също както и откритият огън и печките с твърдо гориво в жилища без комини, където помещенията се изпълват с дим при готвене и отопление.

Пациентите започват с т. нар. “пушаческа” кашлица, в началото най-често само през зимата и влажния сезон. С годините се прибавят и хрипове. Състоянието често се влошава след простуди, водещи обикновено до пневмонии. С времето пациентите получават задух. Той може да доведе до сърдечен пристъп, вследствие затруднения при циркулацията на кръвта през увредените бели дробове. Късните стадии са много мъчителни с остри пристъпи на задух и чести обостряния.

Има много доказателства, че белодробните инфекции, и на първо място пневмониите, са по-чести при пушачите. Това е вярно за всички възрасти, включително детството и юношеството.

1.2.4. Увреждания на репродукцията и фертилитета

- *Безплодие*: жени, които изпушват повече от 20 цигари дневно, имат 3 пъти по-малка вероятност да забременеят в сравнение с непушачките в рамките на една година; те имат също по-голям риск от развитие на ектопична бременност.
- *Менструални разстройства*: болка, предменструален синдром, нередовна менструация и аменорея са много по-чести при жени, които пушат.
- *Ранна менопауза*: тенденция към поява на менопауза 2-3 години по-рано при пушачки.
- Жени-пушачки, които ползват *орални контрацептиви* имат по-голям риск от развитие на сърдечносъдово заболяване; рискът нараства с възрастта.
- Тютюнопушенето през време на бременността увеличава риска от увреждания на плода с редица тежки последици - дихателни усложнения при новороденото, раждане на деца с по-ниско тегло, синдром на внезапна детска смърт и др. Бебета, родени от пушачки, имат с 0.5 кг *по-ниско тегло*, което може да причини увреждане на плода.
- Мъжете-пушачи произвеждат средно с около 24% *по-малко количество семенна течност* и имат по-висок относителен дял на сперма, показваща груби аномалии. Налице са увеличаващи се доказателства, че тютюнопушенето е главна причина за *импотентност*, вероятно вследствие на увреждания на малките кръвоносни съдове в пениса (Napier, 1995b).

1.2.5. Други въздействия върху здравето от тютюнопушенето

- *Остеопороза*. Жени, които пушат, с много по-голяма вероятност развиват остеопороза след менопауза, което ги поставя в по-голям риск от фрактура на бедрената и други кости. Известно е, че тютюнопушенето инхибира приема на калций през целия живот, което може частично да води до тези последици (ASH, 1995; Wald and Hackshaw, 1996).
- *Увреждания на очите*. Лица, които пушат 20 и повече цигари дневно, имат два пъти по-голям риск за развитие на катаракта, отколкото непушачите (Napier, 1995a). Дегенерацията на макулата, една честа причина за слепота при старите хора, е 2-5 пъти по-честа при пушачи, отколкото при непушачи (Mitchel et al, 1999).
- *Инфекции на венците*. Инфекциите на венците около зъбите и парадонтозата са също много по-чести при пушачи, отколкото при непушачи.

1.2.6. Пожари

Цигарите (и свързаните с тях запалки и кибрит) са основна причина за смърт и увреждания от пожари и експлозии по целия свят. В световен мащаб се счита, че пушенето причинява около 10% от умиранията от пожари годишно - около 30 000 души загиват вследствие изгаряния или задушаване, а около 5 пъти повече страдат от тежки изгаряния или инхалационни увреждания. Един от всеки 6 пострадали е дете (Leistikow et al., 2000).

Широкото разпространение на тютюнопушенето в България е основен фактор за съществуващата висока заболяемост, болестност и смъртност от сърдечносъдови, онкологични и белодробни заболявания. Статистическите данни показват:

- Участие на тютюнопушенето като пряк или косвен фактор в 21,6% от общата смъртност у нас. По данни на Р. Пето (1994 г.), то е причина за 17% от общата смъртност и 38% от смъртността поради онкологични заболявания при мъжете-пушачи. При мъжете във възрастовата група 35-69 г. тютюнопушенето е отговорно за 30% от общата смъртност, за 47% от смъртността от онкологични заболявания и за 90-95% от смъртността от белодробен рак.
- България е на едно от водещите места в света по смъртност от мозъчни инсулти - от тях умира всеки пети мъж и всяка четвърта жена у нас. Най-значително повишаване на смъртността от мозъчни инсулти се наблюдава във възрастовата група 30-49 г. при мъжете, където и пушенето е най-разпространено. Страната заема непрестижни позиции в света и по смъртността от сърдечен инфаркт. Мозъчните инсулти и сърдечните инфаркти формират 46% от общата смъртност на страната понастоящем. Рискът от сърдечни заболявания при пушачите е от 1.5 до 3 пъти по-висок, а вероятността за мозъчен инсулт е 2 до 4 пъти по-голяма и в двата случая опасността нараства с увеличаване на интензитета на пушенето.
- Нарастване с 20% на честотата на рака на белите дробове от 1980 г. насам, като той е водещ при раковите заболявания сред мъжете и една от десетте най-често срещани локализации при жените. Неговият относителен дял в структурата на злокачествените заболявания е 22% при мъжете и 4% при жените. Над 90% от заболелите мъже и 20% от заболелите жени са пушачи.

Литература

1. ASH Working Group on Women and Smoking. As Times Goes By. Smoking and the Older Woman. London & Edinburgh, Action on Smoking and Health, Health Education Authority, Health Education Board for Scotland, 1995.
2. Doll R. Cancers weakly related to smoking. In Doll R, Crofton J (eds). Tobacco and Health. Br Med Bull, 1996, 52, 1, 35-49.
3. Cartwright RA et al. Cigarette smoking and bladder cancer: an epidemiological inquiry in West Yorkshire. J Epidemiol Community Health, 1983, 37, 256-263.
4. Iribarren C et al. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. N Engl J Med, 1999, 340, 1829-1831.
5. Kinlen LJ, Rogot E. Leukaemia and smoking habits among United States veterans. BMJ, 1988, 297, 657-659.
6. Leistikow BN, Martin DC, Milano CE. Fire injuries, disasters, and costs from cigarettes and cigarette lighters: A global overview. Preventive Medicine, 2000, 31, 91.
7. Mack TM et al. Pancreas cancer and smoking, beverage consumption, and past medical history. J Natl Cancer Inst, 1986, 76, 49-60.
8. Mitchell P, Chapman S, Smith W. "Smoking is a major cause of blindness" - A new cigarette pack warning? Med J Austr, 1999, 171, 173-174.
9. Napier K. Cigarettes: what the warning label doesn't tell you. The first comprehensive guide to the health consequences of smoking. New York, Am. Council on Science and Health, 1995a, 122-123.
10. Napier K. Cigarettes: what the warning label doesn't tell you. The first comprehensive guide to the health consequences of smoking. New York, Am. Council on Science and Health, 1995b, 96-100.
11. Simpson D. Doctors and tobacco. London, Tobacco Control Resource Centre at British Medical Association, 2000.
12. Wald NJ, Hackshaw AK. Cigarette smoking: an epidemiological overview. In Doll R, Crofton J (eds). Tobacco and Health. Br Med Bull, 1996, 52, 1, 7.

1.3. Пасивното пушене – заплаха за здравето на непушачите

Въздействието на пасивното пушене, било то на обществено или работно място, в транспортните средства или дома, е често дискутирана тема. Тютюневият дим винаги е бил неприятен за непушачите - има лоша миризма, задушлив характер и дразни носа и очите. През последните 20 години твърдо бе доказано, че освен тези органолептични особености, вдишването на дима от непушачите може да бъде много опасно. Повечето от пушачите знаят, че пушенето вреди на здравето им, поради което 9 от 10 от тях искат да спрат цигарите. Но много не знаят, че когато пушат в присъствието на други лица, увреждат освен собственото си здраве и това на другите. Макар че рискът при непушачите е по-малък от този при пушачите, в резултат на пасивно пушене могат да настъпят редица болестни нарушения (вкл. рак, сърдечни заболявания, мозъчен инсулт, астма и др.). Поради този риск много страни и организации полагат големи усилия за предпазване на непушачите от цигарения дим. Чрез законодателни мерки, информиране и убеждаване те предприемат действия за борба с пасивното пушенето - от ограничаване на тютюнопушенето на определени места и в определени часове, до пълната му забрана.

1.3.1. Същност на пасивното пушене

Пасивното пушене (синоними: “тютюнев дим в околната среда”, “вторичен тютюнев дим”, “нежелано излагане на тютюнев дим”) представлява вдишването на дима, отделен от цигара на околни пушачи, с които човек се намира в едно помещение. Тютюневият дим в помещението е комбинация от два потока: “основен димен поток” - димът, който се вдишва и после издишва от пушача и “страничен димен поток” - димът, който се отделя от края на димящата цигара.

Основният поток е този, който чрез вдишвания цигарен дим прониква в белите дробове на пушача. Той съдържа хиляди химически вещества, най-опасните сред които са никотин (стеснява кръвоносните съдове и участва в сърдечната дейност); въглероден оксид (отнема част от кислорода в еритроцитите); катрани (отлагат се в белите дробове и предизвикват рак) и други: азотен диоксид, амоняк, бензпирен (вероятно предизвикващ рак), кадмий, формалдеhid, водороден сулфид.

Страничният поток включва отделящия се от върха на горящата цигара дим, който замърсява директно въздуха в затвореното помещение. Химическият му състав е като този на главния поток, но за разлика от него съдържа по-голямо количество вредни вещества: 2 пъти повече никотин и катрани, 5 пъти повече въглероден оксид, 73 пъти повече амоняк, 3 пъти повече бензпирен, повече кадмий.

Продуктите, проникващи в белия дроб на пушача чрез основния поток, се пречистват частично, тъй като преди това минават през неизгорялата част на цигарата и нейния филтър. Продуктите от страничния поток, обаче, попадат директно във въздуха. Поради бавното тлеене на тютюна, непрекъснато отделящият се дим от края на цигарата е значително по-токсичен. Около 85% от димът в затвореното помещение е именно такъв. Това е димът, който непушачът вдишва. Много от токсичните вещества се съдържат в повисоки концентрации в страничния димен поток, отколкото в дима, който директно се всмуква от цигарата.

1.3.2. Влияние на пасивното пушене върху децата

Чувствителността на детския организъм към тютюневия дим изисква особена загриженост, както от медицински, така и от етични съображения. Белите дробове на децата са по-малки, а тяхната имунна система е по-слабо развита, което прави по-вероятно развитието на инфекции на дихателната система и ушите, предизвикани от тютюневия дим. Тъй като децата дишат по-учестено от възрастните, те вдишват повече химикали на кг/тегло от възрастните за едно и също време. В същото време децата имат и по-малки възможности от възрастните да напуснат задимената среда било в дома или на друго място.

Болестотворните въздействия на пасивното пушене са обикновено по-големи, когато и двамата родители пушат (обикновено по-значимо е вредното влияние на тютюневия дим от майката, която е в близък контакт с детето по-продължително време). Ето някои най-значими негативни ефекти, установени при продължителни проучвания на голям брой деца:

- Още през 1992 г. доклад на Кралския медицински колеж (Великобритания) показва, че всяка цигара, която бременната жена пуши, забавя скоростта на кръвния ток през плацентата, причинявайки учестена сърдечна дейност на плода. Въглеродният оксид във вдишания тютюнев дим намалява капацитета на пренасяне на кислорода с около 40%. Това води до редуциране нарастването на плода средно с 200 грама преди раждането, в сравнение с плода на непущещите майки.
- **Недоносеността, мъртвородените и вродените аномалии** са по-чести, когато бременните жени са били изложени на експозиция на тютюнев дим.
- Много бебета се раждат **преждевременно** и с тенденция към **по-ниско тегло**. Преждевременното раждане и ниското тегло на новороденото увеличават риска от ранна смърт на детето. Същото се отнася и до респираторния дистрес-синдром и другите дихателни усложнения при новороденото.
- **Синдромът на внезапна детска смърт** (“смърт в детското креватче”) е по-вероятен. Около 25% от тези умирация при видимо здрави деца изглежда са свързани с тютюнопушенето на майката. Рискът почти се удвоява, ако майката пуши 20 и повече цигари на ден (Anderson and Cook, 1997).
- Децата на майки-пушачки са с **по-ниско тегло** и имат **по-слаба успеваемост в училище** както в ранна, така и в по-късна детска възраст.
- Децата под 6-месечна възраст имат 3 пъти по-голяма вероятност да развият **остро респираторно заболяване**, включително и пневмония. При по-големи деца рискът е с 50-100% по-висок. Ефектът е по-малко отчетлив при по-големи деца, които прекарват повече време вън от дома.
- **Хроничната кашлица, хрчките и хриповете** са два пъти по-чести, когато родителите пушат и с 50% по-чести при деца в училищна възраст (още по-висок е рискът, ако и самите деца пушат). Повишен е рискът от възпаление на долните дихателни пътища като бронхит, пневмония и бронхиолит.
- **Новите случаи на астма са с 50-100% по-чести, ако родителите пушат. Ако детето е астматик, пристъпите са по-чести и по-мъчителни.** По данни от проучвания в страни от ЕС деца, отглеждани в домове, в които се пуши, са изложени на двойно по-голям риск от развитие на астматично заболяване. Съответно детските респираторни заболявания, причинени от пасивно пушене, водят до развитие на респираторни заболявания по-нататък в зрялата възраст.
- **Възпаленията на средното ухо** са по-чести, в т.ч. с последващо отслабване на слуха.
- Малките деца са подложени на особено висок риск в затворени помещения и ограничени пространства, като автомобили, където до голяма степен се увеличава концентрацията на опасни химически вещества от тютюневия дим.

1.3.3. Влияние на пасивното пушене върху възрастните непушачи

Непушачите, след 30-минутен престой в помещение, където се пуши, имат почти толкова въглероден оксид в кръвта, колкото активните пушачи, когато изпуснат една цигара. Цигареният дим е причина за редица здравни проблеми у пасивните пушачи, възникващи при престой в задыменият помещение: кашлица, главоболие, дразнене на очите, дразнене на гърлото, кихане и отделяне на секрет от носа, гадене, дихателни нарушения, ускорена сърдечна дейност. Пасивното пушене носи по-висок риск за хора, страдащи от: астма, сенна хрема, бронхит, белодробен емфизем, сърдечни заболявания.

Повечето проучвания в тази област сравняват показателите на най-често срещаните болести, свързани с употребата на тютюн, при непушачи, женени за пушачи, с тези при непушачи, женени за непушачи. Рискът изглежда тук отново е свързан с дозата - колкото повече цигари партньорът пуши, толкова по-висок е рискът за непушача. Ето някои особено показателни факти:

- Увеличен комбиниран риск с над 24% от **белодробен рак** при непушачи, изложени на тютюнев дим в домовете си (Law and Hackshaw, 1996).
- Увеличен риск с около 25% от **исхемична болест на сърцето** (Law et al., 1997) и с 82% от **мозъчен инсулт** (Bonita et al., 1999).
- При **хроничното респираторно заболяване** (главно ХОББ) 8 проучвания показват повишени стойности до 25%. Някои, но не всички проучвания, показват намаление на функционалните показатели на белия дроб при пациенти, изложени на тютюнев дим.
- При **астмата** доказателствата предполагат, че е налице 40-50% повишен риск от развитие на астма при възрастни, изложени на тютюнев дим в домовете си (Coultas, 1998).
- Количеството на котинин (никотинов дериват) в урината на пасивни пушачи показва стойности, сходни с тези на количеството котинин при леките пушачи. Подобни проучвания са правени и у нас върху детска популация (Й. Йорданов, 1990).

1.3.4. Пасивното пушене на работните места

Пасивното пушене представлява опасност и на работните места. Токсичните и канцерогенните вещества се разпространяват бързо из офиси, хотели, ресторанти и други работни места в затворените помещения. В много случаи, където не са гарантирани работни места без тютюнев дим, работниците са задължени да прекарват по-голямата част от работното си време в заплашваща здравето ситуация.

Цигареният дим може да увеличи токсичните си ефекти, ако се смеси с други вредни вещества, намиращи се във въздуха на затвореното помещение, особено ако това е производствено хале (азбест, въглищен прах, памуков прах, каучук, хлор и др.).

Тютюневата индустрия очевидно се безпокои, че нарастването на обществената загриженост към пасивното пушене ще се отрази на печалбите и. Тя създаде организации за "правата" на пушачите, които да се противопоставят и ограничат притока от законодателни решения, гарантиращи правото на чист въздух. Едновременно с това се публикуват подвеждащи реклами, които претендират, че рискът от пасивното пушене е по-малък от много други дейности и дори ангажира учени, които да "докажат", че тютюневият дим може да бъде дразнещ, но не и вреден.

В заключение може да се направят следните по-глобални изводи за ролята на пасивното пушене върху здравето:

1. Тютюнопушенето на майките излага на различни увреждания плода, новородените, невръстните и по-големите деца, като някои от тези увреждания остават до зрялата им възраст. Подкрепата на поведение на отказ от пушене (без да прекаляваме с посланията за “вина”) трябва да има висок приоритет.
2. При възрастните пасивното пушене увеличава риска от развитие на белодробен рак у непушачи. Все повече доказателства се натрупват, че същото е вярно и за исхемичната болест на сърцето, хроничната респираторна болест и мозъчния инсулт; астмата също е много честа. При непушачи, съпрузи на пушачи, рискът от посочените заболявания е увеличен в сравнение с непушачи, живеещи с непушачи. Повишен е рискът и при непушачи, които работят на места, където се пуши.
3. В редица страни доказателствата за вредното действие на пасивното пушене имат много голям ефект върху общественото мнение. Издигат се искания за осигуряване на обществен транспорт, обществени и работни места без тютюнев дим. Тютюнопушенето все повече става обществено неприемливо.

Всичко това посочва необходимостта от създаване и внедряване на програми за ограничаване и превенция на тютюнопушенето, насочени към осигуряване на среда, свободна от тютюнев дим на обществените и работните места.

Литература

1. Йорданов Й. Ние сме при вас – загасете цигарите. МА, ИЗП, 1990.
2. Anderson HR, DC Cook. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 1997, 52, 11, 1003-1009.
3. Bonita R. et al. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tobacco Control*, 1999, 8, 156-160.
4. Coultas DB. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax*, 1998, 53, 381-387.
5. Law MR et al. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ*, 1997, 315, 973-980.
6. Law MR, AK Hackshaw. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull*, 1996, 52, 1, 22-34.

1.4. Ползи от спиране на тютюнопушенето

Спектърът на причините, поради които много пушачи желаят да се откажат от цигарите, е изключително широк. Основно това са: загриженост за здравето - собствено, на семейството им и на пасивните пушачи около тях, както и поради значителните финансови разноси, свързани с тютюнопушенето. Немалко са пушачите, които признават, че тютюнопушенето е един изключително неприятен навик, причина за лош дъх, неприятна миризма, жълто оцветяване на пръстите и зъбите, посивяла кожа, замърсяване на дрехите и вещите наоколо и др. Това би насърчило редица хора, особено по-млади, да се откажат от това нездравословно поведение.

Ползите от прекратяването на този опасен за здравето навик, макар и проучени подробно, все още са малко познати както на пушачите, така и на хората около тях, които не пушат. Ето защо по-долу ще се спрем по-подробно на този въпрос.

- След спиране на пушенето, свързаните с него рискове за здравето намаляват значително, пропорционално на периода на спиране, като евентуално в някои случаи нивото на риска се връща до това на непушачите. На таблица 2 е обобщено намаляването на риска от различни заболявания след спиране на пушенето.

Таблица 2
Намаляване на риска след спиране на пушенето

ВИД ЗАБОЛЯВАНЕ	КРАТКОСРОЧНИ ЕФЕКТИ (1-5 години)	ДЪЛГОСРОЧНИ ЕФЕКТИ (над 5 години)
1. Ишемична болест на сърцето	50% по-нисък риск след 1 година	Изравнен с непушачите риск след 10 години
2. Периферно съдово заболяване	Спира напредването на заболяването	
3. Мозъчносъдова болест	Бързо снижаване на риска	Изравнен с непушачите риск след 5 години
4. Рак на белия дроб	60% по-малък риск след 5 години	Изравнен с непушачите риск след 10 години
5. Рак на устната кухина	Рискът намалява след спирането	Изравнен с непушачите риск след 16 години
6. Дихателно заболяване	Рискът намалява бавно	50% по-малък риск след 20 години

Изм.: Fielding (1985) & US Department of Health and Human Services (1989).

Спирането на пушенето има непосредствени и големи ползи за здравето при мъже и жени на всички възрасти - тези ползи се проявяват както при лица със свързани с пушенето заболявания, така и при лица без такива заболявания (Доклад на главния хирург на САЩ, 1990). Бившите пушачи живеят по-дълго от тези, които продължават да пушат. Например лица, спрели да пушат преди да навършат 50 г., имат 50% по-малък риск от смърт през следващите 15 години в сравнение с настоящи пушачи. По-ниска смъртност след спиране на пушенето е налице дори при пушачи, които са на възраст 70-74 г. към момента на отказване. Жените, които отказват цигарите през първите 3-4 месеца на бременността, намаляват вероятността да родят дете с ниско тегло до тази на жени, които никога не са пушили. Ето някои научно доказани ползи от спиране на пушенето по отношение на редица общественозначими заболявания:

- Рискът от **сърдечен инфаркт** се намалява наполовина (или повече) една година след спирането. След това той плавно намалява още повече.
- Спирането на пушенето след **сърдечен инфаркт** може да намали наполовина шанса от развитие на нов инфаркт. То е особено важно за хора, при които има и други рискови фактори.
- **Мозъчен инсулт**. След спиране на тютюнопушенето рискът от инсулт спада значително в рамките на първите две години, а след пет години той се изравнява с този при непущачи.
- **Периферно съдово заболяване** (атеросклероза). Установено е, че 90% от пациентите с това заболяване са пушачи; в особено рисково положение са лицата, болни от диабет.
- Увеличеният риск от инфаркт, мозъчен инсулт или кръвоизлив при **ползващите орални контрацептиви жени-пушачки** неизбежно спада след прекратяване на тютюнопушенето.
- По отношение на ХОББ е установено, че при по-младите пациенти, кашлицата и хриповете намаляват и дори изчезват, а белодробните функции се подобряват. При лица в средна възраст и стари хора кашлицата отслабва и дори изчезва, белодробните функции обикновено не се подобряват, но оплакванията намаляват до обичайните за съответната възраст. Но, ако пациентите продължават да пушат, проблемите се задълбочават твърде бързо.

Литература

1. Fielding J. Smoking: health effects and control. *New Engl. J. Med.*, 1985, 313, 491-498.
2. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking. A report of the Surgeon General. DHHS Publ. № (CDC) 89-8411, 1989.
3. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. DHHS Publ. № (CDC) 90-8416, 1990.

1.5. Нормативна уредба в България за протекция на здравето от тютюнопушенето

За успешното осъществяване на ефективна стратегия за ограничаване (контрол) на тютюнопушенето е необходимо едновременното прилагане на здравно образование, законодателни и фискални мерки. В действителност, здравните специалисти са тези, които могат да предложат конкретните дейности, свързани с укрепване на здравето, и да предоставят доказателствен материал на законодателя в полза на конкретно решение. Фискалните мерки са наглед непопулярни за населението, но правилното разяснение на опасностите за здравето от употребата на тютюн и преимуществата при отказване от тютюнопушене, направено от здравни специалисти, може да ги направи разбираеми.

Конкретните направления на контрола върху тютюнопушенето включват законодателни актове, свързани с:

- рекламирането и спонсорирането на тютюневи изделия;
- тютюнопушенето на работни и обществени места, в образователни и здравни заведения;
- регламентиране продажбата на тютюневи изделия;
- идентификацията и правната регулация на тютюневия продукт.

1.5.1. Рекламирање на тютюнопушенето

Натрупаният емпиричен опит показва, че *забраните за рекламирање на тютюневи изделия* действат ефективно, когато са широкоспектърни и включват всички медии и форми на реклама (вкл. директна или индиректна), промоция на тютюневи изделия, спонсориране на мероприятия от страна на компаниите, използване на търговски марки на нетютюневи артикули за рекламирање на тютюневи изделия. Тези широкообхватни забрани водят до намаляване на търсенето с около 7%.

Законовото регулиране на рекламата на настоящия етап у нас се извършва посредством:

- Закона за радиото и телевизията (*ДВ, бр. 138/1998, последна редакция – ДВ, бр. 114/2003*): чл. 75, ал. 2; чл. 76, ал. 3 и 4; чл. 77, ал. 1 и 2; чл. 80, ал. 2 и чл. 90, ал. 2. С тях се налага пълна забрана на директното рекламирање и спонсориране, като специално се акцентира върху рекламите, повлияващи детското поведение и здраве, скритите реклами и тези, които използват подсъзнателни внушения. Практически към момента няма реклами в медиите. Все още не е правно регулирано рекламирањето по билбордовете.
- Закона за здравето (*ДВ, бр. 70/2004*), в сила от 1 януари 2005 г.
- Закона за тютюна и тютюневите изделия (*ДВ, бр. 101/1993, последна редакция ДВ, бр. 57/2004*). С него се забранява директната реклама на цигари на всички обществени места, с изключение на местата на производство и търговия. В чл. 35 са включени нови забранителни текстове, отнасящи се до медиите, спонсорирането и Интернет, но са посочени и случаи, при които се допуска рекламирање на места и мероприятия, които не се посещават от непълнолетни лица.

1.5.2. Тютюнопушене на работни и обществени места, в образователни и лечебни заведения

Осигуряването на среда, свободна от тютюнев дим е едно от основните направления на контрола на тютюнопушенето. Свързано е с опазване правото на непушачите да живеят и работят в “среда, свободна от тютюнев дим”. С разширяване на знанията за влиянието на пасивното пушене върху здравето се увеличават ограниченията на тютюнопушенето на обществени места. Тези ограничения предпазват непушачите, като същевременно намаляват потреблението. Това води и до промяна в социалното възприемане на тютюнопушенето като обществено поведение.

Понастоящем в България няма закон/законов текст, който обхваща всички мерки на контрола. Законодателните текстове, регулиращи проблема на работните и други места, понастоящем се съдържат в :

- Закона за здравето (*ДВ бр.70/2004, в сила от 01.01.2005 г.*) - чл. 56, ал.1, забранява тютюнопушенето в закритите обществени места, вкл. обществения транспорт, и закритите работни помещения.
- Наредбата за условията и реда, при които се допуска по изключение тютюнопушене в обособени зони на закритите обществени места и закритите работни помещения (приета с ПМС № 329/2004, *ДВ. Брой 110/ 2004 г.*) – която допуска по изключение тютюнопушене в обособени зони на закритите обществени места и закритите работни помещения.

Наредбата и Законът дават възможност да се постигне правно регулиране в съответствие с препоръките на СЗО и изискванията на ЕС.

Особено важен въпрос за ограничаване на тютюнопушенето са т. нар. “зони, свободни от тютюнев дим” в здравните и учебните заведения. От чуждия опит е известно, че политика, която забранява употребата на тютюн на територията на училището, изисква превантивно образование и предоставя програми за отказване (а не просто въвежда рестриктивни мерки), е най-ефективна за намаляване употребата на тютюн сред учениците. Създаването на училищна среда без тютюн допринася за здравни, социални и икономически ползи за учениците, персонала, училището и района.

1.5.3. Продажба на тютюневи изделия на вътрешния пазар

Относително по-добре е разработен правно въпросът за минималната възраст на лицата, на които може да се продават тютюневи изделия. Законът за тютюна и тютюневите изделия (ЗТТИ), в глава 10 „Търговия с обработен тютюн и тютюневи изделия”, чл. 30 определя реда и условията на търговията на вътрешния пазар. Забранява се продажбата на тютюневи изделия:

1. на територията на детски градини и училища;
2. на лица под 18 години;
3. с нарушена цялост на потребителската опаковка;
4. без фактура за покупка и сертификат за произход;
5. които не съответстват на санитарните норми;
6. с вреди и дефекти, увреждащи техните потребителски качества;
7. без посочени върху опаковката задължителни елементи за информиране на потребителите на български език и кодировката на тютюневите изделия на българския и чуждестранния производител;
8. без бандерол;
9. без обявяване цените на тютюневите изделия на достъпно за клиента място и по подходящ за възприемане начин;

10. в насипно състояние на отделни късове или бройки и отворени опаковки, на пури и пурети, върху които няма облепен акцизен бандерол;
11. от автомати за продажба на тютюневи изделия в обектите, лицензирани за безмитна търговия;
12. за орална употреба;
13. неотговарящи на изискванията за съдържание на катран, никотин и въглероден оксид;
14. с потребителски опаковки, които не отговарят на изискванията за етикетиране, маркировка и външно оформление;
15. върху опаковките на които има текстове, названия, търговски марки, както и фигуративни или други знаци, определящи даден продукт като по-малко вреден.

По отношение на другите непреки форми на търговия, освен автоматите, нямаме приет нормативен текст, регулиращ продажбата (раздаването) на мостри от тютюневи артикули и поръчка по пощата, съответно по Интернет. Съществуват прецеденти на раздаване на безплатни мостри цигари при отделни промоции на други артикули и събития, но за това няма законов текст.

1.5.4. Идентификация и правна регулация на тютюневите продукти

Предоставянето на информацията за потребителя по отношение нивото (концентрацията) на вредни и токсични вещества в цигарите е регламентирано със Закона за тютюна и тютюневите изделия, чл.30, ал.2, т.7. По-подробно въпросът е уреден законодателно с *Наредбата за изискванията към етикетирането, маркировката и външното оформление на тютюневите изделия и за определяне на стандарти за извършване на оценка на съответствието на съдържанието на вредни съставки в цигарите, приета с ПМС № 184/2004*, Член 35а (1) от Закона за тютюна и тютюневите изделия регламентира допустимите нива на токсичните вещества в цигарите - местно производство и внос:

- максимално допустимото съдържание на **катран** в една цигара е до 15 мг/цигара (до 31 декември 2004 г.); за всяка следваща година до 2010 то се намалява стъпаловидно с 1 мг, като от 1 януари 2010 до 31 декември 2010 следва да е 10 мг/цигара;
- максимално допустимото съдържание на **никотин** в една цигара е до 1 мг/цигара;
- максимално допустимото съдържание на **въглероден оксид** в една цигара е до 10 мг/цигара от 31 декември 2006 г.

В същия закон и наредбата към него са изброени **здравните предупреждения**, които следва да са поставени на опаковките на цигарите, а именно:

1. Пушачите умираг по-млади.
2. Тютюнопушенето запушва артериите и води до сърдечни и мозъчни удари.
3. Тютюнопушенето води до рак на белите дробове.
4. Тютюнопушенето при бременност уврежда Вашето бебе.
5. Пазете децата: не ги карайте да вдишват Вашия пушек.
6. Лекарят или фармацевтът Ви могат да Ви помогнат да спрете да пушите.
7. Тютюнопушенето има висока степен на пристрастяване – не започвайте!
8. Отказването от тютюнопушене намалява риска от смъртоносни болести на сърцето и белите дробове.
9. Тютюнопушенето може да доведе до бавна и мъчителна смърт.
10. Тютюнопушенето намалява кръвоснабдяването и води до импотентност.
11. Тютюнопушенето води до състаряване на кожата.
12. Тютюнопушенето уврежда спермата и намалява оплодителната способност.
13. Тютюневият пушек съдържа бензопирени, нитрозамини, формалдехид и водороден цианид.
14. Потърсете помощ, за да спрете да пушите: телефон..... (изписва се номерът на националната

гореща линия за съдействие при спиране на тютюнопушенето).

1.5.5. Ценова и данъчна политика

Повишаването на данъците върху тютюневите изделия се счита за един от най-ефективните инструменти на широкоспектърната политика за контрол върху тютюна. Нарастващото увеличение на цените има ограничаващ ефект върху потреблението. В развитите страни, увеличението на цените снижава консумацията средно с 4%, а в страните с ниски и средни доходи (според прогнози на Световната банка), ограничението на консумацията може да достигне до 8%.

В България елементите на фискалната политика за контрол върху тютюна се разглеждат в Закона за акцизите и акцизните тарифи към него и Закона за тютюна и тютюневите изделия. Най-новият приет документ, регулиращ цените на тютюневите изделия, е *Наредба за условията и реда за регистриране на цените на тютюневите изделия от местно производство и от внос за вътрешния пазар, търговията с тютюневи изделия и контрола върху търговията, приета с ПМС № 192/2004 г.*

Важен механизъм за осигуряване на средства за промотивни дейности и контрол върху тютюнопушенето (в съответствие с препоръките на СЗО) е пренасочването на част от постъпленията от данъци върху тютюневите изделия. Към 2002 г. 12 страни от Европейския регион са осъществили такива действия, като средното ниво на отчисление е под 1%. Сред тях са и 4 страни от Централна и Източна Европа (Естония, Латвия, Полша и Румъния). Особено успешно е решен въпросът в Латвия (5% отчисление), Естония (3,5%) и Румъния (2%). България е предприела подобни стъпки в посока на подкрепа на общественото здраве, залегнали в Закона за здравето, чл.53, ал.3, чийто текст следва да влезе в сила от 1.01.2006 г.

Политиката за контрол на тютюнопушенето е най-ефективното средство за снижение на тенденциите в разпространението на тютюнопушенето и заболяемостта и смъртността, свързани с него. Според СЗО в началото на 70-те години България е била на първо място в Европа по внедрени забрани за тютюнопушенето на обществените места и в транспорта. Почти всички тогавашни изисквания за контрол на тютюнопушенето са били изпълнени. Въпреки всичко, мерките не довеждат до забележимо ограничение на употребата на тютюн. Общественото мнение като цяло остава непроменено. През последните 25-30 години мерките не водят до задоволителни резултати. Все пак новото мислене в областта на общественото здраве и промоцията на здраве са ефективен инструмент.

Реалностите, свързани с подписването на Рамковата конвенция за контрол на тютюна (23.12.2003 г.) и особено изискванията на процеса за присъединяване към Европейския съюз, поставят силно предизвикателство в областта на контрола на тютюнопушенето в България.

Мерките за контрол на тютюнопушенето намират най-категоричен израз в приетата Рамкова конвенция за контрол на тютюнопушенето, подписана от България на 23.12.2003 г.

Литература:

1. Котаров Г. – Контрол на тютюнопушенето. Законови разпоредби. Мястото на България сред страните от Централна и Източна Европа и Европейския съюз. “Форум Медикус”, бр. 21-22, май 2003 г.
2. Сборник здравни закони. Столична хигиенно- епидемиологична инспекция (СХЕИ), С. 2001 г.
3. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds.) –Tobacco Control Country Profiles, American Cancer Society, Atlanta GA, 2000.
4. European Report on Tobacco Control Policy, 2002.Press Backgrounder EURO /02/ 02.
5. Kotarov G. - Bulgarian National Policy Related to ETS. In Policies to Reduce Exposure to Environmental Tobacco Smoke. EUR/ 00/ 5020495, WHO- EURO, 2000.
6. Shafey O., S. Dolwick, G. Emmanuel Guindon- Tobacco Control Country Profiles, Second Edition, 2003, the 12-th World Conference on Tobacco or Health, Helsinki, Finland.
7. WHO, Regional Office for Europe -The European Report on Tobacco Control Policy, EUR/01/5020906/8, World Health Organization, 2002.

1.6. Роля на медицинските специалисти в промоцията на въздържане/отказване от тютюнопушене

Тютюневата зависимост е призната за болестно състояние, което предизвиква психични и поведенчески разстройства, дефинирано в Международната класификация на болестите на СЗО, 10-та ревизия (МКБ 10, код F-17). Съгласно определението на СЗО: *“Лечението на тютюневата зависимост включва (самостоятелно или в комбинация) поведенчески и фармакологични интервенции като: здравно образование, кратко послание или съвет, интензивна подкрепа, предписване на медикаменти или прилагане на други интервенции, с които да се постигне ограничаване или преодоляване на зависимостта от тютюна, както от отделния индивид, така и от населението като цяло”*. Ето защо съдействието на пациентите да се откажат да пушат и подкрепата за това са свързани с ролята на лекарите в този процес. Те трябва да виждат своята дейност не само като лечители, но и като хора, които утвърждават здравето и предпазват пациентите си от болестите, вкл. тези, свързани с тютюнопушенето. Има достатъчно доказателства, че лекарите, които пушат, не са особено склонни да дават съвет за отказване на пациентите от цигарите и броят на техните пациенти-пушачи е по-голям.

Лекарите имат изключително добри възможности да влияят върху своите пациенти защото:

- те се срещат ежедневно с изключително голям брой пациенти-пушачи (всеки втори пациент е пушач);
- пациентите се доверяват на лекарите по проблеми, свързани със здравето;
- те могат да дадат съвет/консултация, отчитайки спецификата на здравето на пациентите;
- пациентите са във висока степен готови да приемат и изпълнят здравните съвети, получени от лекаря.

При срещи с лекаря пушачите очакват той да изрази мнението си към техния вреден навик. В едно проучване в рамките на ЕС, което изследва очакваното поведение на пациенти-пушачи към съветите на личните им лекари относно тютюнопушенето, 95% от анкетирания очакват още при първата среща личните им лекари да ги запитат дали пушат, а 84% - да им предложат съвет за отказване (K.Slama, 1989).

Практиката показва, че лекарите играят значима роля в ограничаването и отказването от тютюнопушенето. Дори един кратък съвет, даден от тях, може да има ефект върху броя на отказалите се пациенти. Интензивните групови програми могат да постигнат по-високи резултати в отказването. Проучванията показват, че най-голямо значение при прилагането на тези програми има броят на срещите между лекар и пациент и продължителността на времето, заделено за тях.

Само с обикновен съвет към пушача да спре, лекарят увеличава дела на въздържалите се от пушене над 6 месеца с 2% в сравнение с контролната група без въздействие. Еднократната 10-минутна консултация води до нарастване на отказалите се до 5-6%. Използването на никотин-заместващата терапия или бупропион увеличава нивото на успешно отказалите се до 13-19% (Mason P., 2001).

За да извършват тази работа, лекарите трябва да притежават необходимите знания и умения и да включат тази дейност в рутинната си практика. За тази цел те следва да:

- разполагат с добра информация по проблема;
- оценят точно здравното състояние и характера на навика на всеки пушач и обсъдят с него съществуващите възможности;
- познават методите за помощ при отказване от тютюнопушене;

- дават добре обмислени съвети и проследяват пациентите си;
- поддържат добър контакт с пушачите по време на отказа им от цигарите;
- привличат и други партньори за съвместна работа в помощ на отказващите тютюнопушенето;
- умеят да оценяват резултатите от тази дейност.

Най-общо, повечето индивиди преминават през няколко стадия на промяна в поведението си, преди да спрат да пушат: обмисляне, подготовка, осъществяване и опит да запазят резултата (описани в известната схема на Prochaska & Di Clemente, 1983 г.). Процесът е подобен на много други поведенчески стратегии специално в сферата на здравната промоция. Лекарите могат да подпомогнат и подкрепят пациентите си при преминаване от един стадий в друг. Някои пациенти могат да спрат само в резултат на съвет и подкрепа. Други се нуждаят от включване в интервенционна програма или просто от наблюдение и контакт с лекаря, докато трае процесът на отказване.

Лекарите трябва да осъзнаят, че много сериозни научни проучвания показват ефективността на медицинските интервенции за отказване от тютюнопушене, потвърдена и при рандомизирани контролни изпитания. Все пак, съществува известно противоречие при определяне стойността на включените последващи наблюдения за затвърдяване на ефекта. Повечето автори считат, че най-значителните фактори, подпомагащи отказването, са броят на срещите на лекарите с пациентите и тяхната продължителност. Walsh R. (2001) дава следната примерна схема на 3-те вида интервенции за отказване от тютюнопушене в първичната здравна помощ и тяхната продължителност: минимална интервенция (времетраене 2-3 минути), средно-продължителна интервенция (времетраене 3-11 минути) и интензивна интервенция, която включва и последващо проследяване.

Литература:

1. Крофтън Дж., Д. Симпсън – Тютюнопушенето: глобалната заплаха. Министерство на здравеопазването, Национален център по обществено здраве, София, 2003 г.
2. Mason P. - Helping Smokers Change. A Resource Pack for Training Health Professionals. European Partnership to Reduce Tobacco Dependence. World Health Organization, 2001.
3. Prochaska J.O., Di Clemente C.C. Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983; 51: 390- 395.
4. Slama K.J. et al. Community views about the role of general practitioners in disease prevention. Family Practice 1989; 6: 203-209.
5. Smoking Cessation Methods, Recommendations for the European Community. European School of Oncology Smoking Cessation Advisory Group Meeting, Venice, 1993.
6. Walsh R. A. – Encouraging Stopping Smoking. Behavioural Science Learning Modules. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, Geneva, 2001.

Раздел 2

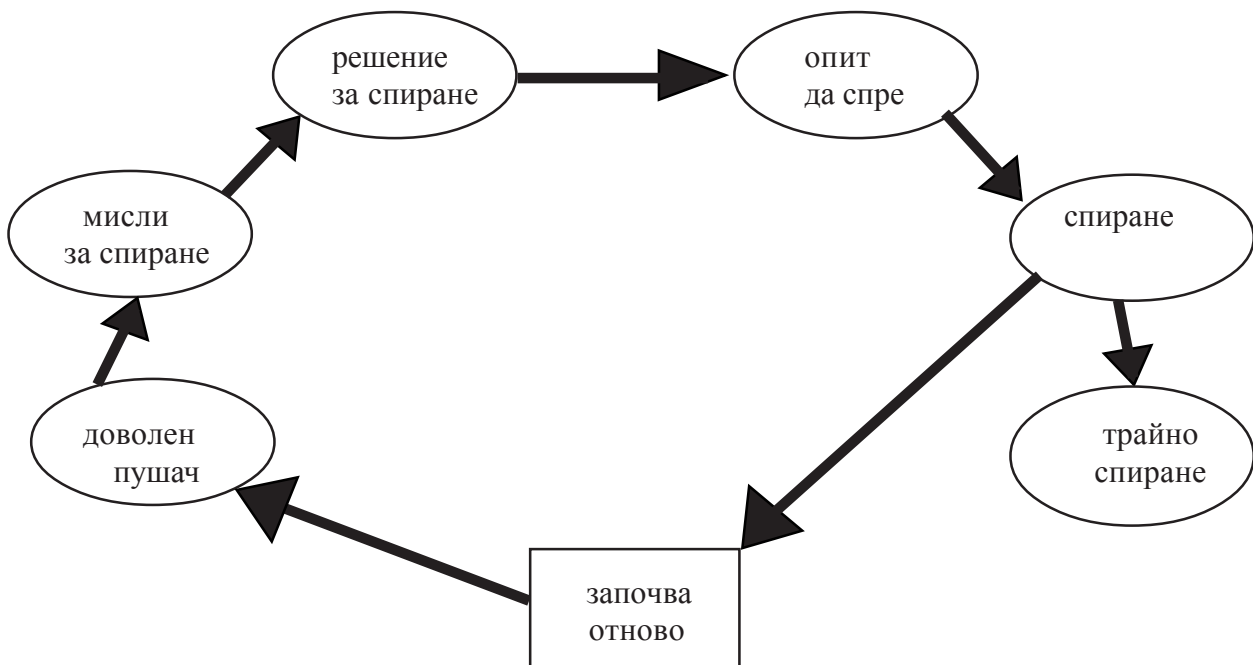
ДЕЙНОСТИ ЗА ПОВЛИЯВАНЕ НА ПУШАЧИТЕ ДА СПРАТ/ОГРАНИЧАТ ТЮТЮНОПУШЕНЕТО В УСЛОВИЯТА НА ПЗП

2.1. Стратегии за отказване от тютюнопушенето

Най-често прилаганите стратегии в практиката за редуциране и отказване на тютюнопушенето са: намаляване експозицията на тютюнев дим, намаляване броя на пропушващите и увеличаване броя на отказалите се.

Както се отбеляза, работата на ОПЛ за спиране на тютюнопушенето е важна и тя следва да се извършва компетентно - съгласно най-добрите практики в света. Това налага добро познаване на подходите и дейностите, свързани с промените в поведението на пушачите, за да може да се осигури подходящо управление на процеса и подкрепа.

Процесът на спиране на тютюнопушенето (промяна в поведението) е сложен. Практиката показва, че промяната минава през следните стадии.



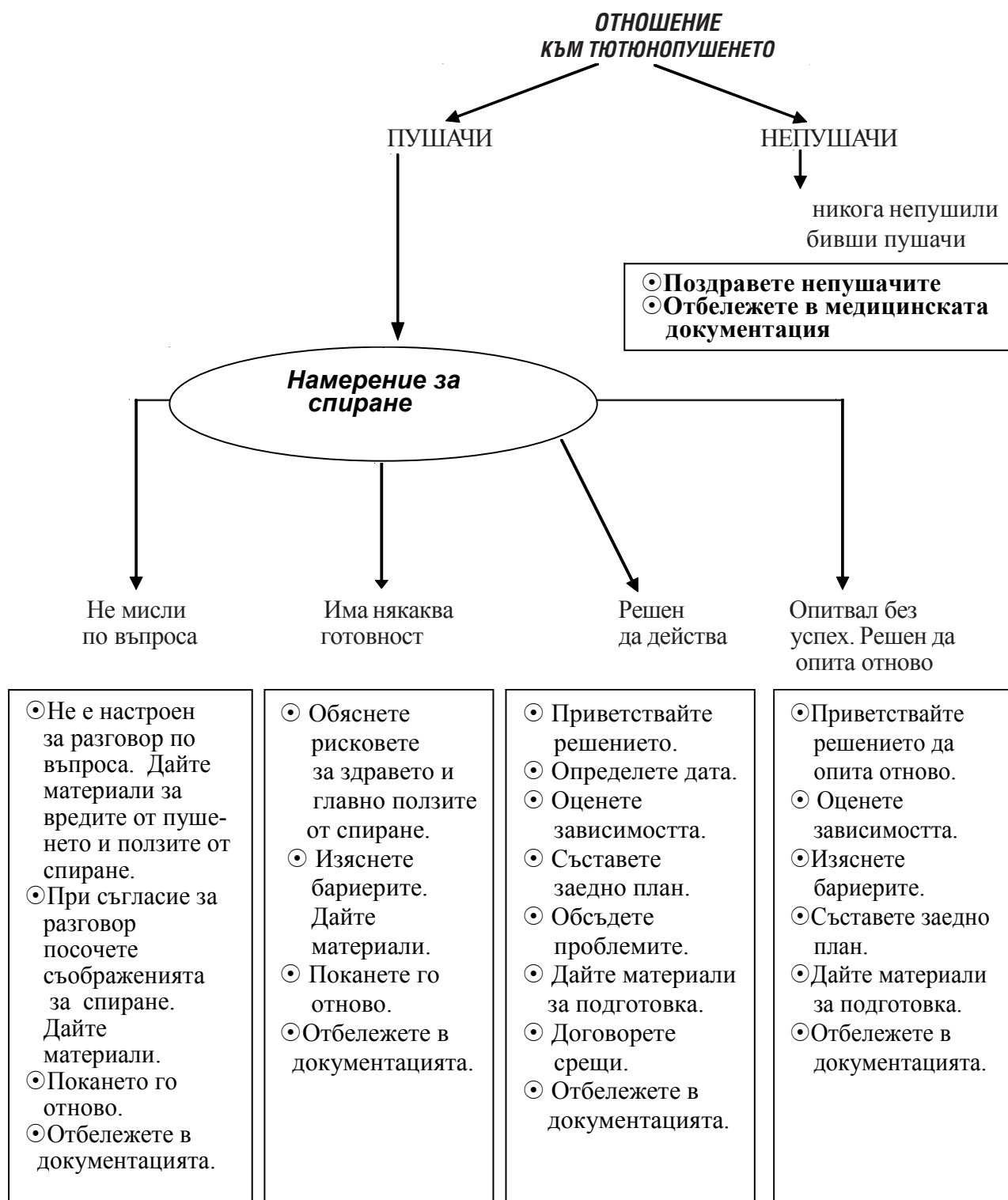
Изм.: *Helping smokers to quit, Q2*

Подходът, към всеки пушач е специфичен и зависи от стадия за отказване, в който се намира той. Нивата на интервенция, като се имат предвид отделните етапи, изглеждат така:

<ul style="list-style-type: none"> • съвет 	<ul style="list-style-type: none"> • съвет • дипляна 	<ul style="list-style-type: none"> • съвет • дипляна • последващо проследяване 	<ul style="list-style-type: none"> • съвет • дипляна • последващо проследяване • никотино-заместващо лечение 	<ul style="list-style-type: none"> • съвет • дипляна • последващо проследяване • никотино-заместващо лечение • други средства • по-нататъшна подкрепа
---	--	---	--	---

Стратегията за работа с пациентите по проблемите на тютюнопушенето може да се представи по следния начин:

СТРАТЕГИЯ ЗА СПИРАНЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО



* Модификация по Encouraging stopping smoking, WHO/MSD/MDP/01.4, Geneva, 2001

Имайки предвид тази стратегия, а също и данни на Американското общество против рака (ACS), Европейската медицинска асоциация по тютюнопушене и здраве (EMASH) и Европейските указания по Проекта за партньорство със СЗО, дейностите в рамките на здравната служба следва да бъдат:

- снемане на анамнеза на всички пациенти за тютюнопушене;
- запис на данните в документацията;
- обсъждане на възможността за отказване с всеки пациент-пушач, като това се прави задължително при откриване на симптоми, които могат да се дължат на тютюнопушенето;
- оказване на съчувствие и подкрепа към пушачите, без обвинения и агресия към тях;
- привличане за нови срещи при липса на желание за отказ;
- перманентни усилия за информиране и мотивация на пушачите за отказ (срещи, кампании за отказване, дискусии, различни медийни изяви, разпространение на материали и др.), а при готовите за това - действия без отлагане (виж по-нататък);
- използване на никотин-заместващи и други средства, когато е необходимо;
- осигуряване на допълнителни съвети, проследяване и групови сеанси за силно зависимите пациенти, като те се насочват при необходимост и към специализирани кабинети за отказване.

Литература:

Walsh R. Encouraging Stopping Smoking. Behavioural Science Learning Modules. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, Geneva, 2001.

2.2. Синопис на дейностите на лекаря за работа с пушачите

- РАЗПИТВАНЕ
- ОЦЕНКА НА СТЕПЕНТА НА ЗАВИСИМОСТ И МОТИВАЦИЯТА ЗА СПИРАНЕ
- СЪВЕТВАНЕ
- ПОДГОТОВКА ЗА СПИРАНЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОЦЕСА
- СПИРАНЕ
- ЗАТВЪРЖДАВАНЕ НА РЕЗУЛТАТА

РАЗПИТВАНЕ

Питайте всички пациенти дали пушат при посещението им в кабинета. Ако пушат, изяснете здравното им състояние с насоченост към заболяванията, свързани с тютюнопушенето, характера на привычката да пушат, фамилната обремененост, отношението им към тютюнопушенето и др.

ОЦЕНКА НА СТЕПЕНТА НА ЗАВИСИМОСТ И МОТИВАЦИЯТА ЗА СПИРАНЕ

- *Определете* зависимостта на пациента от никотина.

За целта се използват индекси по Фагерстрьом, които се намират чрез анкетен тест. Тестът се използва и в кабинетите за отказване от тютюнопушене, но е годен и за изследователски цели. Препоръчва се съкратеният вариант на теста. Индексите са точкови, изчисляват се като се съберат точките (в скоби) на отговорите на всички въпроси на анкетния тест. Колкото по-висока е числената стойност на индекса, толкова по-силна е зависимостта. Максималният брой точки е 10.

Тест за степента на никотинова зависимост (по Фагерстрьом)

<p>1. Колко скоро след събуждане изпушвате първата си цигара?</p> <p>- в първите 5 минути (3)</p> <p>- между 6 и 30 минути (2)</p> <p>- между 31 и 60 минути (1)</p> <p>- след 60 минути (0)</p>	<p>4. Колко цигари изпушвате на ден?</p> <p>- 10 или по-малко (0)</p> <p>- 11-20 (1)</p> <p>- 21-30 (2)</p> <p>- над 30 (3)</p>
<p>2. Трудно ли се въздържате да не пушите на място, където пушенето е забранено? (напр. кино, театър, събрание, библиотека, църква и т.н.)</p> <p>- да (1)</p> <p>- не (0)</p>	<p>5. Пушите ли по-често през първия час след събуждане, в сравнение с останалата част от деня?</p> <p>- да (1)</p> <p>- не (0)</p>
<p>3. От коя цигара Ви е най-трудно да се откажете?</p> <p>- от първата сутринта (1)</p> <p>- от всяка друга (0)</p>	<p>6. Пушите ли, когато сте болен(а) и се налага да сте в леглото през по-голямата част от деня?</p> <p>- да (1)</p> <p>- не (0)</p>

Интерпретация на получените индекси :

• не се отчита зависимост	0-2 точки
• лека зависимост	3-4 точки
• умерена зависимост	5-6 точки
• силна зависимост	7-8 точки
• много силна зависимост	9-10 точки

Изт.: Дж. Крофтън & Д. Симпсън, 2003

Когато степента на *никотинова зависимост* на пациента е над 7, по всяка вероятност ще има трудности в процеса на отказването и трябва да се мисли за допълнителните средства (медикаменти или др.), които ще са необходими.

- *Определете готовността* на пациента за спиране на пушенето, дали е правил опит за спиране и колко пъти, иска ли *сега* да спре цигарите, смята ли, че ще успее.

Възможните стадии на този процес са следните :

първи:	не мисли сериозно за отказване (<i>не е готов</i>);
втори:	мисли „за” и „против” отказване (<i>има някаква готовност</i>);
трети:	има желание за отказване и действия (<i>готов за действие</i>);
четвърти:	опитвал е без успех, иска да се „откаже отново” (<i>готов</i>).

Повечето пушачи са в първите два стадия. Те се нуждаят от външен подтик, който да ги накара да се замислят сериозно за отказване.

- *Установете* знанията на пациента за ползите за здравето му, ако откаже цигарите. След това му изяснете ползите *за него* и *за околните от* спиране на цигарите. Използвайте по принцип следните доказателства:

а) ползи за пушача:

- ▶ удължава се животът, независимо от възрастта, на която е пушачът;
- ▶ ако спре пушенето преди 45-годишна възраст, има възможност да избегне симптомите на ХОББ до към 65-70 - годишна възраст и евентуална инвалидност;
- ▶ след първата година рискът за ИБС намалява с 50%, а 10 години след спирането се изравнява с този на непушачите;
- ▶ намалява рискът от мозъчен инсулт; след 5 години е равен на този на непушачите;
- ▶ намалява рискът от различните видове рак (посочено по-напред);
- ▶ при бременни спирането през 1-то тримесечие води до избягване на перинаталните проблеми, свързани с тютюнопушенето;
- ▶ при носителство и на други фактори на риска намалява съчетаният риск за здравето;
- ▶ нараства издръжливостта при физическа активност;
- ▶ намаляват заболяванията на дихателните пътища;
- ▶ финансови ползи (спестяват се средства);
- ▶ обществото ще приема приятелски отказалия цигарите.

б) ползи за хората около пушачите:

- ▶ намаляват наполовина заболяванията от бронхити, пневмонии и инфекции на горните дихателни пътища за живеещите с пушача;
- ▶ намалява рискът от рак на белия дроб сред близките на пушача;
- ▶ пушачът трябва да разбере, че ползите при отказване започват още в първите часове след последната цигара.

- *Изяснете бариерите, които стоят пред пушача.*

Ето най-честите бариери, посочвани от пушачите и отговорите, които могат да се дадат от лекаря при разговора:

пушач:	отговор на лекаря:
<i>Доставя ми удоволствие.</i>	Това е свързано с облекчаване на глада за никотин. Удоволствието е временно. Гладът възниква отново щом нивото на никотина намалее. Важно: Непушачите нямат симптоми на глад за никотин.
<i>Помага ми да се справям със стреса и възникващите трудности.</i>	Налице е такова усещане, защото се копира симптомите на никотинов глад. Непушачите също се справят със стреса, даже по-добре, отколкото пушачите. Трябва да се разбере, че в практиката съществуват по-добри начини за справяне със стреса и трудностите в сравнение с тютюнопушенето.
<i>Ще напълнея, ако спра.</i>	Средното наддаване на тегло е около 2- 4 кг. Последиците за здравето от това са минимални, в сравнение с опасностите от тютюнопушенето. Ако възникнат проблеми с теглото, те могат да бъдат решени по-късно.
<i>Ще стана много нервен.</i>	Да, оставилите цигарите откриват, че стават раздразнителни и трудни за контакт. Това обаче е временно, ще премине.
<i>Късно е да спирам цигарите, уврежданията са настъпили, няма смисъл.</i>	Това не е вярно. Рискът от коронарна смърт започва да намалява още в първите 24 часа след последната цигара. Към 10-та година той е почти същият както при непушача.
<i>Дядо ми пушеше до 90-годишна възраст и пушенето не му навреди</i>	Дядото е имал късмет. Но пациентът може да няма. 1 от всеки 4-ма пушачи бива убит от тютюна, а инвалидите са много.
<i>Бих искал да намаля цигарите, вместо да спра рязко. Колко да пуша на ден?</i>	На първо време е възможно това да стане - да се намалят цигарите. Обикновено обаче пушачите не се задоволяват. Има данни, че успехът е по-добър, ако спирането стане изведнъж. Затова намаляването не се препоръчва като крайна цел. Това се отнася и за преминаването от цигари към лула или обратно.
<i>Няма безвредна цигара.</i>	

Дотук, разговаряйки с пациента-пушач, лекарят вече е установил здравното му състояние, степента на никотинова зависимост, желанието му за спиране, бариерите пред него и други.

Следва да се определи и персоналният риск за здравето на пациента, като се използват съответните таблици - напр. за ИБС, а също и за риска от други заболявания и усложнения, които са възможни. На пациента следва да се даде характеристика на здравното му състояние, на навика му да пуши и риска за неговото здраве.

Помнете:

- **Разговорът с пациента-пушач е от голямо значение, мотивирането му е ключ към успеха. Затова в разговора лекарят трябва да е убедителен.**
- **Хората възприемат всяка информация, ако тя е персонално насочена.**
- **Пушачите се нуждаят от вяра, че ще успеят и лекарят трябва да им помогне. Трябва да им се вдъхне увереност, че пристрастяването може да бъде преодоляно. С пушача следва да се обсъди нуждата от помощ и как да стане това.**
- **Необходима е позитивност. Подчертавайте преди всичко ползите. Съобщете на пушача, че първият път може да не успее, но опитът ще се използва, за да се избегнат клопките следващия път. Затова трябва да се опитва, без отчайване при евентуален неуспех.**

СЪВЕТВАНЕ

Разговорът с пациента-пушач трябва да завърши с ясен съвет:

“Аз, като ваш лекар, ви съветвам да спрете тютюнопушенето”. “Виждам, че сте загрижен за здравето си, трябва да ви препоръчам да откажете цигарите. Те са главна заплаха за вашето здраве. Повярвайте ми”.

Този съвет следва да се базира на обстоен разговор с пушача. Необходимо е той да разбере, че вие (лекарят) сте убеден, че трябва да преустанови пушенето. ***Желателно е разговорът да завърши с решение за спиране.***

Опишете /както е прието/ в досието на пациента резултатите от прегледа, а също и от разговора относно пушенето, като съблюдавате реда, посочен в контролната карта за пушач /виж по-нататък/ или използвате тази карта. Поставете маркер на досието /напр. П/.

ПОДГОТОВКА ЗА СПИРАНЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОЦЕСА

- **Определяне на дата за спиране** - изискайте пациентът-пушач да определи точната дата за отказване в рамките на 1- 4 седмици след разговора. Ако срокът е неприемлив, помислете заедно за друг срок, но да не се протака.
- **Сключване на договор с пушача** - след определяне на датата за спиране на тютюнопушенето, помолете пациента да сключите договор за това решение (виж образеца). Може да има и свидетели на този акт.

Добре е пациентът да обяви решението си в семейството и на своите приятели, че е решил да откаже цигарите от/точната дата/.

Д О Г О В О Р**ЗА СПИРАНЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО**

Съгласен съм да спра тютюнопушенето на.....

(дата на спиране)

Аз разбирам, че спирането на тютюнопушенето е едно от най-добрите неща, което мога да направя за моето здраве. Моят лекар ме убеди да постъпя така и ще ме подкрепя да спра да пуша.

.....
пациент

.....
подпис

.....
лекар

.....
подпис

дата:.....

Важно: Пушачът следва да се подготви за **деня** на спирането:

- **Физически:** както всеки спортист, който тренира преди състезание - да спи достатъчно, да пие повече вода (6-8 чаши дневно), да приема разнообразна храна, да се движи повече и прави физически упражнения. Последните намаляват спонтанно желанието за пушене. Да избягва умората.
- **Психически:** както космонавт преди полет - да знае какво да прави, когато настъпи определения момент. Да повтаря желанието да бъде непушач, да повярва, че ще стане такъв, да потърси приятел за морална подкрепа.
- **Да бъде запознат с абстинентните прояви и как да се справя с тях, как да използва и никотиновата дъвка.**
- **Да реши как ще се награди** от спестените пари за цигари през първата седмица, първия месец, третия месец и т.н. или да реши как ще отпразнува тези дни.
- **Да наблюдава непушачите** и се опитва да им подражава в действията при ситуации, при които той пали цигара.

Препоръчайте на пушача през дните преди спирането:

- да излиза без цигари на работа и въкъщи да не ги носи със себе си;
- да мисли, че спира за един ден, а след това за още един;
- да не изпразва пепелниците, с оглед пепелта и неприятната гледка, миризмата от старите угарки да му напомня за мръсотията, която създава/представлява тютюнопушенето;
- да се разхожда повече, да не се задържа в компания на пушачи, да се занимава с физически упражнения, туризъм и други;
- да привлече и приятели, членове на семейството или други, които също да откажат цигарите заедно с него или да го подкрепят морално при отказа.

Няколко дни преди спирането позвънете на пушача, за да му напомните за договора и обещанието, което е поел, а също и за подкрепата, която ще му оказвате.

Добре е на всеки пушач да се раздаде листовка със следните твърдения, които да си повтаря при всеки удобен случай:

- Много хора са отказали цигарите, аз също мога да го направя.
 - Искам да подобря своето здраве.
 - Не искам и децата ми да станат пушачи.
 - Не е честно да продължавам да пуша спрямо хората, с които живея, работя, излизам.
 - Харча много средства за цигари.
 - Тютюнът мирише лошо, замърсява къщата, просмуква се в дрехите.
 - Има опасност да заболeya от рак или сърдечносъдова болест.
 - Пушенето е неприемлива обществена проява.
 - Не желая да съм зависим от цигарите.
-
-

СПИРАНЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО

Първи ден

- Да се наспи добре.
- Да се настрои, че *това е щастлив ден* в неговия живот.
- Ако има навик да запалва цигара след събуждане, да замени този навик с друго действие: да изпие чаша сок, чаша вода, да си измие зъбите и др. Не е важно какво действие ще извърши, важно е да разкъса връзката между обичайното поведение и тютюнопушенето.
- Да закуси.
- Да изхвърли/скъса цигарите, които са му останали, да счупи (изхвърли) пепелниците вкъщи, запалките и кибритите също.
- Да почисти от пепел дрехите, масите - навсякъде. Да съобщи това на приятелите и близките си.
- Да създаде на работното място атмосфера на непушач /както вкъщи, без цигари, пепелници и други/. Може да си купи букет цветя, за да се наслаждава на мириса им.
- Да посети зъболекаря, за да почисти зъбите от налепите вследствие на тютюнопушенето. Така ще има свеж вкус в устата.
- Да си намира постоянно работа, да бъде зает с нея, с нещо, което ще го развлича.
- Да отиде на кино, на разходка, да се занимава със спорт или друга физическа работа.
- Да се държи настрана от пушачите.
- Да не си позволява „само една цигара”, тя ще го провали, ще повлече и други.
- Да внимава с алкохола - той може да отслаби волята му.
- Да държи под ръка семки, дъвка, моркови, ябълки и други неща, които може да консумира при силен подтик за пушене.

През следващите дни да поддържа поведението от първия ден

- Да си напомня, че не е пушач.
- Да мисли позитивно. Трябва да успее.
- Да сменя обстановката.
- Да гледа как непушачите се справят със ситуации, при които той би запушил. Да се увери, че те се чувстват добре и без цигари.
- Да използва техники за релаксация или никотиновата дъвка, ако му е предписана.
- Да следва указанията, посочени в съответните дипляни за отказ от тютюнопушене.
- Да помни, че най-трудно ще е през първата, а може би и втората седмица след спиране на тютюнопушенето. Тогава абстинентните прояви ще са най-силни. Затова да включи цялата си воля, всички ресурси, за да преминете този критичен период.

ЗАТВЪРЖДАВАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Определете следващите посещения на пациента-експушач при Вас.

Второто следва да бъде в рамките на 8-10 дни след спирането. Насърчавайте пациента, подкрепяйте го, съветвайте го, включете и други средства, ако трябва. Дайте му възможност да разбере, че вие сте много заинтересован от неговия успех.

Дайте му телефона си. Звънете му вкъщи, за да се осведомите как върви процесът на отказване и закрепване.

Третото посещение определете след около месец, ако всичко върви добре, насочете четвъртото след три месеца .

Важно: Времето за срещите следва да се определя в зависимост от хода на самото отказване и потребностите на експушача.

Планирайте и отбелязвайте редовно датите на посещенията на пациента и вашия коментар.

<i>Дата на посещение</i>	<i>Дата на следващо посещение</i>	<i>Коментар</i>

За закрепване на резултатите влияе и храната, която експушачът употребява.

ПРЕПОРЪКИ ЗА ХРАНЕНЕ ПРИ ОТКАЗВАНЕ НА ЦИГАРИТЕ

✓ **Храни, които трябва да се включат в седмичното меню:**

- пълнозърнест хляб (ръжен, грахам);
- мляко и млечни произведения (всеки ден);
- бобени храни (зрял и зелен фасул, леща, грах);
- зеле, броколи (сурово, готвено);
- сурови моркови – всеки ден поне един морков;
- варено жито (или житен зародиш);
- овесени ядки;
- храни от царевица (пуканки, зрънчо, варена царевица, качамак);
- чушки, за предпочитане червените и продуктите от тях (лютеница);
- чеснов лук – 5, 6 скилидки (два-три стръка пресен) всеки ден;
- ябълки – 3-4 на ден;
- цитрусови плодове – 3-4 на ден;
- плодови сокове (ябълков, гроздов, кайсия, праскова);
- билков чай, особено от шипка – всеки ден;
- минерална вода – не по-малко от 1.5 литра за денонощие. Предпочитание може да се даде на изворите в Невестино, Михалково, Брацигово;
- риба – като основно ястие, поне един път седмично.

✓ **Храни, които следва да се избягват:**

- тлъсти меса, мазни храни и консерви;
- кафе, кока-кола, алкохол.

Литература

1. How to Help your Patients Stop Smoking, National Cancer Institut, Manual For Physicians NIH Publication N 92 3064, Rev. 1991.
2. How You Can Help Patients Stop Smoking, NIH Publication, 1991, N 91 2961.
3. Nurses Help Your Patients Stop Smoking, NIH Publication, 1992, N 92 2962.
4. План действия по борбе с потреблением табака. Роль врача. Европа без табака: 1, ВОЗ, Копенхаген.
5. Помогите курящим бросит курить. Европа без табака: 5, ВОЗ, Копенхаген.
6. Helping smokers to quit, London 1993.
7. International Quit and Win 1998 Seminar, Helsinki, 1997.
8. Guidelines on Smoking Cessation for the PHC Team, WHO, Copenhagen, 1998.
9. Educating medical students about tobacco. Planing and implementation. Planinga and implementation , International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases, Paris, France, 1997.

2.3. Справяне с най честите проблеми на отказващите се пушачи

2.3.1. Справяне с абстинентни прояви

В процеса на отказване от тютюнопушене могат да се наблюдават различни абстинентни симптоми. Най-често те се проявяват в рамките на първите 24 часа след прекратяване на тютюнопушенето, достигат своя връх в следващите 3 дни и постепенно затихват за 3 седмици или повече. Но пушачът може да продължи да изпитва дискомфорт до 3 месеца след спиране на цигарите.

Физиологичните и психологичните симптоми могат да включват:

- сухота в устата, възпаление на гърлото, венците или езика - за купиране на симптомите: пиене на вода, плодов сок, дъвчене на дъвка;
- главоболие, “стягане” на главата, мускулни спазми, спазми или крампи на краката - за купиране на симптомите: топла баня или душ, релаксация, медитация;
- раздразнителност, напрежение, нервност, намален обем на вниманието - за купиране на симптомите: разходка, топла баня или душ, релаксация, медитация;
- повишен апетит - за купиране на симптомите: пиене на повече вода или нискокалорични течности, приемане на храни с ниско съдържание на мазнини;
- обстипация - за купиране на симптомите: консумация на по-трудно смилаеми храни, на сурови плодове и зеленчуци, пиене на вода;
- безсъние - за купиране на симптомите: избягване на напитки, съдържащи кофеин, релаксация, медитация;
- сънливост - за купиране на симптомите: подремване, релаксация;
- по-честа кашлица (нормален механизъм на почистване на дихателните пътища) - за купиране на симптомите: топъл билков чай, капки против кашлица.

Пациентите следва да се успокоят, че тези симптоми имат временен характер. Само “гладът” за цигара и увеличеният апетит могат да останат по-дълго. При пациенти, които изпитват безпокойство от абстинентните симптоми, трябва да се препоръчат никотин-заместващи препарати.

2.3.2. Справяне с възможното увеличение на теглото

Макар че 4/5 от пациентите, които спират цигарите, увеличават теглото си, средното увеличение на теглото е само 2.3 кг. Във връзка с този проблем е препоръчително здравните професионалисти да извършват следните дейности:

- Да се подчертава, че преимуществата от отказването на цигарите далеч надвишават риска от средното нарастване на теглото.
- Да се препоръчва извършването на умерени физически упражнения, увеличен прием на вода, избягване на допълнителни калории, употреба на неподсладена дъвка, закуски с пресни плодове.
- Да се предлага двустепенен подход. Ако пациентът се затруднява да следва предходния съвет: на първо време да се съсредоточи върху отказване от тютюнопушенето, като се абстрахира от увеличаването на теглото, а след това, при преминаване на абстинентните прояви и разрушаване на навика за пушене, да се фокусира върху мерките за намаляване на теглото.

2.3.3. Предотвратяване на рецидив

На пациентите, загрижени от неуспешните си минали опити да спрат цигарите, трябва да се вдъхне увереност, че повечето пушачи са постигнали трайно спиране едва след няколко опита. “Подхлъзването” е съвсем нормално човешко поведение и не трябва да ги спира от продължаване на опитите за отказване. Миналият опит трябва да бъде разглеждан като ценен за практиката.

- Припомнете на пациентите мотивите, които са ги накарали да се откажат.
- Обсъдете с тях причините, които са им попречили да направят това и начините за преодоляването им при този опит.

2.3.4. Справяне със стреса

Много пациенти се обръщат отново към тютюнопушенето, за да преодолеят стреса. При/след отказване на цигарите лекарят може да ги подпомогне по следния начин:

- Препоръчайте прости упражнения за релаксация. Например: *“Поемете бавно и дълбоко въздух и при издишване си кажете: “Отпусни се!”. Повторете упражнението 10 пъти.*
- Снабдете пациента с брошура за борба със стреса или го насочете към група за релаксация.

2.3.5. Справяне със социалния натиск

- Справянето със ситуация, при която на пациента се предлага цигара, може да бъде проблем. Пациентът трябва да може да даде твърд отказ.
- Избягване на ситуации след отказването, при които се употребява алкохол, защото съдържат висок риск от рецидив на тютюнопушенето.

2.4. Терапевтично повлияване на процеса на отказване

2.4.1. Никотин-заместващо лечение

Никотин-заместващото лечение (НЗЛ), описано за първи път през 1973 г. от Ферно и сътр., е свързано с приложението на чист никотин, който задоволява “глада” на пушачите за него, като ги предпазва от експозицията на другите, опасни за здравето съставки на тютюневия дим (M. Russel, 1991). НЗЛ показва по-голяма ефективност от другите методи на подпомагано от лекар отказване. Методът е прост: лицето, опитващо отказване от тютюнопушене, получава никотин временно (не по-дълго от 8 седмици) в чист вид (не под формата на тютюн!), за да облекчи “глада” за него, съпровождащ отказването. През това време пациентът постепенно се адаптира към живота на непушач.

Понастоящем в световната практика се използват следните 5 вида никотин-заместващи препарати: дъвка, пластир, назален спрей, инхалатор и сублингвални таблетки. Не всички от тях са лицензирани в различните страни. Дъвката и пластирът са въведени най-отдавна в практиката и са най-добре проучени. У нас в практиката са въведени никотиновите дъвки Nicorette.

- *Дъвката* е разпространена в 2 форми: 2 мг и 4 мг. Може да се ползва, когато пациентите изпитват необходимост (например винаги, когато им се прииска да запушат) или на фиксирани часове за прием. Причинява умерено повишаване на никотина в кръвта, което е много по-ниско от силното му повишаване при изпушване на цигара.

- *Пластирът* доставя никотин в кръвния ток посредством кожата. Поставя се на горната част на рамото, бедрото или седалището. Дава по-ниско, но относително постоянно ниво на никотин за времето, през което е поставен. Носи се 24 часа или в часовете след събуждане.
- Дъвката и пластирът могат да се ползват едновременно. Пластирът дава относително постоянно ниво на никотин в кръвта. Дъвката може да се използва за временно повишаване на нивото, ако пациентът почувства никотинов “глад”.

В отговор на абстинентна симптоматика се прилагат и назален спрей, инхалатор и сублингвални таблетки. Те са въведени по-късно и все още не са проучени достатъчно в практиката.

- *Никотиновият инхалатор* наподобява пушенето на цигара. Състои се от пластмасов мундшук, в единия край на който е поставен никотин във форма на патрон. Независимо от названието, никотинът не достига до белите дробове, а се абсорбира от слюнката в устната кухина, както дъвката.
- *Назалният спрей* наподобява малък флакон с никотинов разтвор. Устройството се поставя в ноздрата. Дозата никотин се доставя, когато се натисне върха. Това е най-бързият начин за абсорбция на никотин и като такъв може да бъде ползван при по-силно зависими пушачи. Трябва да се има предвид, че спреят може да причини раздразняване на носната лигавица и това да затрудни приложението му. Пушачи, изпитващи остри симптоми на абстиненция, могат да използват спрея наред с другите препарати.
- *Сублингвалните таблетки* имат същия начин на действие като дъвката, но тяхната употреба е по-незабележима и по-естетична. Все още не са напълно изпитани в практиката.

Обобщен преглед на достъпните проучвания по изучаване на никотиновата зависимост, извършен от групата Кохрейн (Обединено кралство), дава следните заключения:

1. Всичките описани средства са ефективни при подпомагане процеса на отказване.
2. Те увеличават степента на успех 2 до 3 пъти, независимо от средата, в която се използват.
3. Най-добре могат да бъдат приложени при пациенти, мотивирани да се откажат, при които е установена висока степен на зависимост.
4. Няма достатъчни клинични доказателства за ефективността им при пациенти, които пушат до 10-15 цигари дневно.
5. Пластирите са лесноприложими в общата практика, когато лекарят разполага с малко време за пациента. Лекарят трябва да използва и другите методи според необходимостта на пациента.
6. Приложението на пластира за 8 седмици е също толкова ефективно, колкото и по-продължителното. Рязкото прекъсване на приложението на пластира е също толкова ефективно, колкото и постепенното.
7. Използването на пластир в часовете след събуждане е толкова ефикасно, колкото и 24-часовото му приложение.
8. Дъвката може да бъде използвана или когато пациентът почувства необходимост от нея, или на фиксирани приеми. Ако препаратът от 2 мг не се окаже достатъчно ефективен, трябва да се премине към формата от 4 мг.

Противопоказания за прилагане на НЗЛ. Съвременното схващане приема, че никотиновите деривати са по-безопасни от тютюнопушенето. Независимо от това, много автори смятат, че препаратите не могат да бъдат използвани по време на бременност. При наличие на сърдечно заболяване, приложението трябва да бъде индивидуално преценено от лекар. Тъй като отказът от пушене след първи сърдечен инфаркт прави втория много по-малко вероятен, НЗЛ може да бъде разрешено, поне при някои пушачи.

2.4.2. Антидепресанти

Според съвременните проучвания два вида антидепресанти повишават степента на отказване от тютюнопушене:

Бупропион (познат с търговските наименования Zyban, Amfebutamone и Wellbutrin) се прилага в бавнорезорбираща се форма като средство за отказване от тютюнопушене. Употребата му при отказване е независима от ефекта му като антидепресант. Комбинираното приложение на бупропион с никотинови заместители дава по-добри резултати. Може да се употребява и самостоятелно при пациенти, които имат непоносимост към никотинови заместители. Най-добре е да се започне с доза от 150 мг всяка сутрин в продължение на 6 дни, преди пациента да спре да пуши. Втора доза от 150 мг, приета най-малко 8 часа след първата, се прибавя всеки ден, след деня на спирането. Периодът на двукратно приложение на препарата не може да надвишава 7 до 9 седмици. Безсъние и сухота в устата са най-честите странични явления, особено при комбинираното му прилагане с никотинови заместители. В редки случаи е отчетена поява на гърчове, което показва, че бупропионът не може да се прилага при пациенти, страдащи от епилепсия, алкохолизъм, мозъчни заболявания, както и от лица, наскоро прекъснали приема на бензодиазепини или алкохол.

Нортриптилин (Nortrilen) може би също увеличава вероятността за отказване, но това не е потвърдено с достатъчна сигурност.

Опитите с приложение на *анксиолитици* (лекарства, намаляващи тревожността) не са показали достатъчна ефективност.

2.4.3. Табекс (Cytisinum)

Този оригинален български препарат от растителен произход е показал голяма ефективност при лечение на никотиновата зависимост при повече от 30-годишното си приложение. Разработен е на базата на алкалоида цитизин, съдържащ се в растението *Cytisus laburnum* L. (златен дъжд), разпространено в южните части на Централна Европа и Италия.

Препаратът е изключително подходящ за лечение на рисков контингент от пушачи със здравословни проблеми от страна на сърдечносъдовата и дихателна система, а също при пушачи, професионално подложени на стрес и напрежение.

Противопоказания за прилагането на препарата са напреднала атеросклероза, някои форми на шизофрения, феохромоцитом, състояния, свързани с тежко увреждане на сърдечносъдовата система и злокачествени заболявания.

Дозировка: Табексът се прилага вътрешно по 1 таблетка на 2 часа (6 таблетки дневно) в продължение на 3 дни при съответно намаляване на броя изпушени цигари.

След това лечението продължава по следната схема:

- от 4-я до 12-я ден - по 1 таблетка на 2 1/2 часа (5 таблетки дневно)
- от 13-я до 16-я ден - по 1 таблетка на 3 часа (4 таблетки дневно)
- от 17-я до 20-я ден - по 1 таблетка на 5 часа (3 таблетки дневно)
- от 21-я до 25-я ден - по 1-2 таблетки дневно.

Пълното спиране на тютюнопушенето трябва да стане най-късно на 5-ия ден от започване на лечението.

При предозиране като антидоти могат да се използват транквилизатори (антиконвулсивен ефект) и антихипертензивни средства (понижаване на кръвното налягане).

Странични ефекти: при някои пациенти, при високи дози могат да възникнат гадене, повръщане, главозамайване, тахикардия и мускулна слабост. Тези ефекти бързо отзвучават с намаляване на дозата.

Лекарствени взаимодействия: аналептичният ефект на цитизина се намалява при комбинирана терапия с противотуберкулозни средства (ПАСК, стрептомицин и др.).

Предупреждения: много внимателно да се назначава при пациенти с обострена язвена болест. След завършване курса на лечение, за да има траен ефект, пациентите да се въздържат от изпушването дори на една цигара.

Опаковки: филмтаблетки от 1.5 мг в опаковка от 100 броя.

2.4.4. Други препарати и методи, които се използват при отказване

- **Клонидин** (лекарство за понижаване на кръвното налягане) - някои изследвания са показали ефективност, но има често срещани странични ефекти, вкл. сухота в устата и сънливост. Не се препоръчва.
- **Лобелин** - продължителните проучвания не са показали ефективност.
- **Акупунктура** - установен е само плацебо-ефект.
- **Хипноза** - не са потвърдени доказателства за ефективност при контролни проучвания.

Литература:

1. Крофтън Дж., Д. Симпсън - Тютюнопушенето-глобалната заплаха. Министерство на здравеопазването, Национален център по обществено здраве, С. 2003.
2. Encouraging Stopping Smoking. Behavioural Science Learning Modules. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization Geneva, 2001. WHO/MSD/MDP/01.4.
3. Russel Michael A., H. - The Future of Nicotine Replacement. In: British Journal of Addiction (1991) 86, 655-658.
4. ТАВЕХ. За чисти дробове. За здраво сърце. Софарма. С, 1995.

ВЪПРОСНИК ЗА САМООЦЕНКА НА ЛЕКАРИТЕ ПО ПРОБЛЕМА ТЮТЮНОПУШЕНЕ

А. ВЪПРОСИ:

1. Каква част от умираанията в Европейския регион на СЗО се дължат на тютюнопушенето?
 - 5%
 - 9%
 - 14%
2. В Европейския регион като цяло, колко хора на възраст между 35 и 69 г. умират ежегодно в резултат на тютюнопушене?
 - 200 000
 - 450 000
 - 750 000Техният брой се:
 - увеличава
 - намалява
 - стабилизира
3. Каква част от умираанията поради рак на белия дроб са причинени от тютюнопушене?
 - около половината
 - минимум три-четвърти
 - всички
4. Ако на човек е поставена диагнозата рак на белия дроб, какви са неговите шансове да преживее или оздравее?
 - има слаб шанс да преживее още 5 години
 - при бързо и адекватно лечение шансът му да оцелее е добър
 - шансът му да оздравее е 50/50
5. Каква част от хората, които са започнали да пушат като юноши и са продължили да пушат цял живот, ще умрат в резултат на тютюнопушенето?
6. Лице, което пуши повече от 25 години, вече е увредило здравето си до такава степен, че няма смисъл да спира да пуши.
 - вярно е
 - не е вярно
7. Пушачът вреди само на себе си.
 - вярно е
 - не е вярно

8. Жените-пушачки, които са спрели да пушат преди бременността, раждат бебета с такова тегло, както и тези, които никога не са пушили.
- вярно е
 - не е вярно
9. Проф. Ричард Пето е изчислил, че през XX век в резултат на тютюнопушенето са умрели около 100 милиона пушачи в целия свят. Ако съществуващите днес тенденции се запазят, колко пушачи могат да умрат през XXI век?
10. Пушачите не обръщат внимание, когато медицинските специалисти ги съветват да спрат да пушат.
- вярно е
 - не е вярно
11. Каква е честотата на редовните пушачи над 15 г. в България по данни от преброяването през 2001 г.:
- сред мъжете: около 38%, около 43%, около 48%
 - сред жените: около 23%, около 28%, около 33%
12. С колко се е увеличил относителният дял на редовните пушачи сред населението над 15 г. в България за периода 1996-2001 г.?
- сред мъжете: с 2%, с 4%, с 6%
 - сред жените: с 2%, с 4%, с 6%

Б. ПРАВИЛНИ ОТГОВОРИ:

1. На тютюнопушенето се дължат 14% от умиранията в Европейския регион на СЗО. Ако не бъдат предприети по-ефективни мерки, за да се помогне на 200-те милиона възрастни пушачи в Европа да спрат да пушат, или поне да намалят консумацията на цигари, то тютюневите изделия ще станат причина за 20% от всички умирания към 2020 г.
 2. Всяка година в резултат на тютюнопушенето умират около три-четвърти милион лица на възраст 35-69 г. След устойчиво нарастване в течение на последните 30 г., ръстът на този показател изглежда се забавя. Въпреки това, ситуацията е тревожна. Смъртността сред жените продължава да расте навсякъде. В много страни жените са започнали да пушат по-късно от мъжете, поради което негативните последици на тютюнопушенето още не са се проявили напълно. Съществуват значителни различия между отделните страни. В страните-членки на Европейския съюз смъртността сред мъжете се снижава, а в страните от Централна и Югоизточна Европа тя продължава да се покачва.
- Източник:* Peto R. et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford, Oxford University Press, 1994.
3. Минимум три-четвърти. Това се дължи на канцерогенното действие на катраните, съдържащи се в цигарите, както и на факта, че много малко други вещества причиняват рак на белия дроб. Рискът от умиране поради рак на белия дроб нараства с увеличаване на

консумацията и с продължителността на този навик.

Източник: Health Education Authority. Health update – Smoking. London, HEA, 1996.

4. За съжаление, прогнозата по отношение на рака на белия дроб е много лоша. По-малко от 20% от болелите могат да преживеят още 5 години. Нивото на доживяване на следващите 5 години в Британия е 8%. Средното време на живот след заболяване е по-малко от една година. Ето защо, профилактиката е жизнено важна.

Източник: Office of population census and surveys. Longitudinal study: Socio-demographic differences in cancer survival. 1971-83. London, HMSO, 1990.

5. Според резултатите от лонгитудиналното изследване, проведено от проф. Пето сред британските лекари, един от всеки двама пушачи ще умре вследствие на тютюнопушенето - това означава по-рано, отколкото би умрял, ако не пуши.
6. Не е вярно. При спиране на пушенето в каквато и да е възраст, рискът за здравето започва да намалява незабавно. След 15-20 години непушене, рискът от възникване на белодробни заболявания става почти толкова малък, колкото и при непушачи. А рискът от възникване на исхемична болест на сърцето става еднакъв с този при непушачите. Даже тези, които вече страдат от бронхит, емфизем или исхемична болест на сърцето, могат да подобрят своето здраве, ако се откажат да пушат. Наистина по-ранното начало на пушене крие особен риск. При тези, които са започнали да пушат преди да навършат 15 г., вероятността от възникване на рак на белия дроб е 3 пъти по-висока в сравнение с тези, които са започнали да пушат след 20-та си година или малко по-късно (Zaridze & Peto, 1986). Спирането на пушенето преди 35-годишна възраст може да съкрати риска от смърт от свързано с тютюнопушенето заболяване до нивото на този при непушачи (Doll et al, 1994).

Източници: Doll R. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. Br. Med. J., 1994, 309, 901-911.

Zaridze D., R. Peto (eds). Tobacco: A major health hazard. Lyons, 1986, IARC scientific publication №74.

7. Не е вярно. В резултат на въздействието на дима, отделящ се при пушенето на други лица, при непушача се увеличава рискът от възникване на: рак на белия дроб, сърдечни заболявания, остри респираторни заболявания при малки деца, хронична кашлица и хрипове при деца, хронично възпаление на средното ухо при деца, по-ниски ниво и ръст на функцията на белия дроб при деца, развитие на астма и по-силно изразена симптоматика, възпаление на очите, носа и гърлото. При непушачи, изложени цял живот на пасивно пушене (например, живеещи заедно с пушач), рискът от възникване на рак на белия дроб се увеличава с 10-30%, а при лица, страдащи от астма, значително намалява функцията на белия дроб при пасивно пушене в продължение на един час.

Източник: Health Education Authority. Health update – Smoking. London, HEA, 1996.

8. Вярно е. Жените, спрели да пушат преди да забременеят, раждат бебета с тегло, еднакво с тези на майки, които никога не са пушили. Бебетата на майки-пушачки са средно с 200 грама по-леки от бебетата на майки, непушили по време на бременността. При бебетата на майки-пушачки е увеличен рискът от смърт и от възникване на заболявания през периода на новороденото и през ранното детство. Причина за това са по-ниската телесна маса и забавеното развитие. За забременели жени-пушачки, спирането на пушенето, не по-късно от 3-я месец на бременността, е най-добрият начин да избегнат тези проблеми.

Сега се изследват и някои други ефекти. Пушенето може да намали възможността за забременяване (Howe et al., 1985), която ще се подобри отново, ако пушенето се прекрати. Съществува връзка на пушенето и със синдрома на внезапната детска смърт, извънматочната

бременност и спонтанния аборт.

Като цяло, спирането на пушенето преди или малко след зачеването, очевидно е добър начин да се увеличи вероятността от раждане на здраво дете.

Източник: Howe G. et al. Effects of cigarette smoking and other factors on fertility: Findings in a large prospective study. Br. Med. J., 1985, 290, 1697-1700.

9. Проф. Пето е изчислил, че през 21 век тютюнопушенето ще предизвика 900 милиона умирация, ако не съумеем да спрем нарастването му в развиващите се страни.

Източник: Peto R., A. Lopez. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop C.E., M.R. Schwarz (eds). Critical issues in global health. San Francisco, Jossey-Bass, 2000.

10. Не е вярно. Ясно е установено например, че – в сравнение с обичайното медицинско обслужване – краткият съвет на общопрактикуващия лекар помага на над 2% от пушачите да се откажат. Тъй като краткото консултиране обхваща голям брой пациенти, а спирането на пушенето води до значително подобряване на здравето, то тази дейност е особено ефикасна по отношение на направените разходи и по такъв начин много полезна. Поинтензивните интервенции и последващото проследяване увеличават още повече нивото на успеха.

11. Честотата на редовните пушачи над 15 г. в България, към 2001 г. е 43% сред мъжете и 23% сред жените.

Източник: Баев С. и др. Здравно състояние на населението (основни резултати). В: Преброяване 2001. НСИ, Дунав прес, 2002, т.6, 26-28.

12. Увеличението на относителния дял на редовните пушачи сред населението над 15 г. в България, за периода 1996-2001 г., е с около 2% сред мъжете и с около 6% сред жените.

Източник: Баев С. и др. Здравно състояние на населението (основни резултати). В: Преброяване 2001. НСИ, Дунав прес, 2002, т.6, 26-28.

(Адаптирано по: P. Mason. Helping smokers change. WHO/ROE, Copenhagen, 2001.)

Препоръчителна литература

1. Крофтън Д., Д. Симпсън. Тютюнопушенето: глобалната заплаха. МЗ, НЦОЗ, София, 2003.
2. Масон П. Помогнете курящим измениться. СЗО/РОЕ, Копенхаген, 2001
3. Мерджанов Ч. Тютюнопушенето - основна причина за влошено здраве и преждевременна смърт. В: Едно компроментиращо първенство. С., Унив. изд-во "Св. Кл. Охридски", 1995, 175-207.
4. Помогнете на вашите пациенти да престанат да пушат (ръководство за медицински сестри). МЗ, НЦОЗ, 2001.
5. Тютюнопушене. В: Ръководство за добра практика на общопрактикуващите лекари в областта на профилактиката на болестите. С., МЗ, НЦОЗ, 15-21.
6. Encouraging stopping smoking. WHO, Geneva, Dept. of Mental Health and Substance Dependence, 2001.

Настоящото ръководство се издава в рамките на Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето от Националния център по общественото здраве към Министерство на здравеопазването.

Автори :

доц. д-р Никола Василевски, дм –	зав. направление “Промоция на здраве и профилактика на болестите”, НЦОЗ
доц. д-р Божидар Тулевски, дм –	зав. сектор в направление “Функциониране на здравната система”, НЦОЗ
д-р Георги Котаров –	гл. експерт в НЦОЗ

редактор - Т. Каранешева
Компютърен дизайн - Б. Мекушина