

**РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И АНТИСМОКИНГОВЫХ ПРОГРАММ  
В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ**

*Хроническая обструктивная болезнь легких является одной из актуальнейших проблем современной клинической пульмонологии. Преобладание их в структуре заболеваний легких, тяжесть прогноза и ранняя инвалидизация больных определяет их социальную значимость. Курение – это агрессивный фактор риска, который способствует развитию ХОБЛ. Немаловажную роль в профилактике ХОБЛ имеет значение разработка и внедрение образовательных и антисмокинговых программ.*

**Ключевые слова:** *Хроническая обструктивная болезнь легких, образовательные программы, антисмокинговые программы, курение, профилактика.*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - экологически опосредованное хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы, которое характеризуется развитием сначала частично обратимой, а в итоге – необратимой бронхиальной обструкции. Курение – это агрессивный фактор риска, который способствует развитию ХОБЛ.

В последние десятилетия ХОБЛ, являясь одним из наиболее распространенных хронических заболеваний легких, представляет важнейшую медико-социальную проблему, отличается широкой распространенностью, тенденцией к росту количества тяжелых форм заболевания, числа выхода на инвалидность и уровня смертности. Несмотря на интенсивное развитие инновационных медицинских технологий при ХОБЛ сохраняются недостаточная эффективность медикаментозной терапии, высокая стоимость лечения, неудовлетворительное качество жизни пациентов. Наличие вышеуказанных неблагоприятных тенденций объясняется плохим контактом медицинского персонала с больным, низким уровнем знаний о своем заболевании, неумением пользоваться полученной информацией на практике.

Как следствие этого в основных отечественных и международных руководствах по диагностике и лечению ХОБЛ первый пункт ведения больных - их обучение с целью развития партнерства в борьбе с болезнью. Образование рассматривается как новая нетрадиционная форма психологической и психотерапевтической помощи. Физическая реабилитация занимает не менее важное место в общем плане ведения больных ХОБЛ, т.к. физические нагрузки являются для большинства фактором, усугубляющим течение заболевания, с другой стороны, ограничение физической активности способствует увеличению распространенности и тяжести ХОБЛ. Комплексная организация реабилитации данной категории пациентов с акцентом на образовательные программы и физические тренировки позволяет повысить толерантность к физическим и психическим нагрузкам, эффективность проводимой терапии, замедлить или даже остановить прогрессирование заболевания, восстановить социальный статус и улучшить качество жизни пациентов.

Заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжает увеличиваться во всем мире - это обусловлено широкой распространенностью табакокурения. По данным ВОЗ в мире страдают ХОБЛ 600 миллионов человек и к 2020 г. число больных удвоится. Эпидемиологические данные о заболеваемости и смертности часто недооценивают значение и распространенность ХОБЛ, так как обычно она не диагностируется до развития клинически выраженных и относительно тяжелых стадий заболевания. По данным Европейского респираторного общества, только 25% случаев заболевания диагностируется своевременно. Занимая в настоящее время четвертое место среди причин хронической заболеваемости и смертности в мире в возрастной группе старше 45 лет, по данным исследования, проведенного Всемирной организацией здравоохранения и Мировым банком, к 2020 г. ХОБЛ будут сохранять 5-е место в структуре общей заболеваемости. В США заболеваемость ХОБЛ приближается к 15 млн. человек. Летальность от этого заболевания удвоилась в 70-е годы XX века и на сегодня в структуре летальности в США это заболевание занимает 4-е место, уступая лишь сердечнососудистым и онкологическим заболеваниям.

В ходе опроса получателей бюллетеня НОУСМОКИНГ выяснили, что тема защиты прав некурящих и освобождения общественных мест от табачного дыма является одной из наиболее актуальных тем контроля над табаком. Она набрала 6,5 баллов (по 10-балльной шкале) вслед за темами влияния курения на здоровье (6,7 балла) и материалами о статистике распространенности курения, связанной с ним заболеваемости и смертности (6,7 балла).

В связи с курением ухудшается производительность труда и взаимоотношения. Легкие всех сотрудников в накуренном помещении получают меньше кислорода, а угарного газа больше (и около 100 высокотоксичных веществ). По меньшей мере, у работников ухудшается внимание и память, они часто отвлекаются. Курящие тратят дополнительное время на перекуры и отвлеченные разговоры. Канадское министерство здравоохранения подсчитало, что в результате курения на рабочем месте происходит: снижение производительности труда; более высокая заболеваемость и временная нетрудоспособность; ранний выход на пенсию по причине плохого здоровья.

Что происходит с внутренним климатом в коллективе, если там курят? Даже если эта тема не обсуждается, многие сотрудники чувствуют себя на рабочем месте некомфортно. Некурящие люди замечают каждую сигарету, раздражаются оттого, что не могут противостоять сложившемуся положению вещей. Люди, страдающие бронхитами, астмой особенно тяжело переносят сигаретный дым. Часть курящих людей, также плохо относится к запаху прокуренного помещения. Человек, который хочет бросить курить, не может этого сделать, если вокруг него на работе курят. Иногда коллектив буквально раскалывается на тех, кто участвует в перекурах, и всех остальных.

От вынужденного вдыхания табачного дыма некурящие болеют и умирают так же, как курильщики. Это, конечно, главная причина, по которой так необходимо освобождать рабочие места от табачного дыма. Вынужденное вдыхание табачного дыма оказывает немедленное и существенное влияние на здоровье. Если в течение 30 минут человек находится в задымленном помещении, его тромбоциты, или кровяные пластинки, активируются так же, как у курильщика,

выкуривающего пачку сигарет в день. Именно эти активированные тромбоциты повреждают внутреннюю поверхность артерий, что может привести к сердечным заболеваниям. Тромбоциты могут вызвать образование тромбов в коронарных артериях, что приводит к сердечному приступу. Табачный дым вызывает астматические и аллергические приступы. В долгосрочной перспективе у некурящих, работающих в накурленном помещении, развиваются все болезни курильщиков. Движение калифорнийских работников баров и ресторанов подсчитало, что официантки, работающие в накурленном помещении, заболевают раком легкого в 3 раза чаще, чем сотрудницы кафе, где не курят.

В мировой практике утверждается: «Необходимым условием для любого мероприятия по контролю курения на работе является поддержка со стороны руководства на самом высшем уровне». Комплексная политика может и должна быть разработана и принята всей организацией, чтобы она оказывала необходимое действие.

По данным ВОЗ, противотабачная политика на рабочем месте сокращает количество курящих сотрудников на 12-39%. К тому же те, кто продолжает курить, выкуривают в сутки на 3-4 сигареты меньше.

Прекращение курения – первый обязательный шаг в программе лечения и профилактики ХОБЛ. Прекращение курения является единственным наиболее эффективным и экономически обоснованным способом, позволяющим сократить риск развития ХОБЛ и предотвратить прогрессирование заболевания. Лечение больного преследует основную цель - отказ от курения.

Итак, какой же должна быть эффективная система помощи в прекращении курения?

Она должна включать в себя три наиболее важных компонента, доказавших свою эффективность во многих странах мира: Все работники здравоохранения выявляют курильщиков и дают им краткие рекомендации по прекращению курения. Специализированная помощь, предоставляемая специалистами и центрами, занимающимися помощью в прекращении курения профильно. Использование эффективной медикаментозной помощи.

Какой информацией можно воспользоваться, чтобы начать деятельность по оказанию помощи в прекращении курения?

Теме прекращения курения были посвящены материалы Всемирной Организации Здравоохранения ко Дню без Табака. Данные, лежащие в основе научно-обоснованного подхода к лечению табачной зависимости, сгруппированы по таким темам, как эффективность, безопасность, демография и влияние на здоровье, экономика здоровья, политика.

Работа по оказанию помощи курильщикам может стать самоокупаемой. Согласно сделанным в развитых странах оценкам, помощь курильщикам в прекращении курения является рентабельной, то есть средства, вложенные в прекращение курения, оборачиваются увеличением доходов в производственной сфере и экономией средств на лечение заболеваний, вызванных курением. Кажется очевидным, что прекращение курения рентабельно не только на уровне государства, но и на уровне индивида, и что курильщик может вложить средства сейчас, чтобы сэкономить потом. Источник средств на лечение также кажется очевидным: человек перестает тратить деньги на сигареты и тратит их на отказ от курения.

Однако программы, в которых помощь курильщикам является основным видом деятельности, за редким исключением оказываются финансово - несостоятельными, поскольку курильщики не хотят рисковать своими деньгами, считают, что на сигареты в день они тратят немного, и не задумываются о том, сколько они потратят до конца своей жизни и хотят получить 100-процентную гарантию избавления от табачной зависимости, а добросовестный специалист не может ее дать. Помощь курильщикам в прекращении курения поддержит государство.

Государственные программы прекращения курения - это единственный путь, при котором такая помощь может затронуть почти всех курильщиков.

Закон Республики Казахстан о профилактике и ограничении табакокурения -настоящий Закон регулирует общественные отношения, возникающие в процессе производства, реализации и потребления табачных изделий, а также определяет основные меры по профилактике и ограничению табакокурения в целях защиты прав граждан на охрану здоровья. Что должно произойти в стране, чтобы в ней появились реальные программы помощи в прекращении курения? Специализированная помощь курильщикам в прекращении курения должна быть включена в стандарты деятельности узких специалистов. Помощь в прекращении курения должна стать бесплатной для пациента.

Вопросы подготовки всех медицинских работников в области прекращения курения должны быть включены во все программы пред- и последипломной подготовки.

Медикаментозные средства для прекращения курения, рекомендованные ВОЗ, должны войти в обязательный набор медикаментов, который должен иметься в любой аптеке. Это необходимо для того, чтобы уравнивать возможности прекращения курения в крупных городах и в отдаленных населенных пунктах.

Установлено, что отказ от курения позволяет замедлить нарастание бронхиальной обструкции. Поэтому лечение табачной зависимости актуально для всех пациентов, страдающих ХОБЛ. Наиболее эффективны в этом случае беседы медицинского персонала (индивидуальные и групповые) и фармакотерапия. Существуют три программы лечения табачной зависимости: короткая (1-3 мес), длительная (6-12 мес) и программа снижения интенсивности курения.

Назначать лекарственные препараты рекомендуется в отношении больных, с которыми беседы врача оказались недостаточно эффективны. Следует взвешенно подходить к их применению у людей, выкуривающих менее 10 сигарет в день, подростков и беременных. Повышение информированности пациентов позволяет повысить их работоспособность, улучшить состояние здоровья, формирует умение справляться с болезнью, повышает эффективность лечения обострений. Формы обучения больных различны - от распространения печатных материалов до проведения семинаров и конференций. Наиболее эффективно интерактивное обучение, которое проводится в рамках небольшого семинара.

Таким образом, разработка образовательных и антитабачных программ и прекращение курения является наиболее эффективным и экономически обоснованным способом, позволяющим сократить риск развития ХОБЛ и предотвратить прогрессирование заболевания. Лечение больного ХОБЛ преследует основную цель - отказ от курения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А. Г. Чучалина Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа. - М.: 2004. - 61 с.
- 2 Bourbeau J. Preventing hospitalization for COPD exacerbations // Semin. Respir. Crit. Care Med. - 2010. - Vol. 31. - N 3. - P. 313 - 320.

- 3 Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. - 2006.
- 4 4.Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков Ю. К. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. - М.: 2001. - 14 с.
- 5 Белевский А.С. Организация и проведение обучения больных хронической: обструктивной болезнью легких: методические рекомендации. - М.: Атмосфера, 2003 - 56 с.
- 6 А.В. Глов, Т.Н. Федорова, В.Г. Демченко: Клинические аспекты оценки реабилитационного потенциала больных хронической обструктивной болезнью легких. // Терапевтический архив. — 2008. - № 3. — С. 33-39.

**Түйін** Өкпенің созылмалы обструктивті аурулары клиникалық пульмонологияның маңызды мәселелердің бірі болып табылады, өйткені олар тыныс жолдарының аурулардың қатарында ең алды, ауыр прогнозды және әлеуметтік маңызды, ерте мүгедектікке алып келеді. Ол аурулардың бірінші себебі - темекі тарту болып табылады. Сол аурулардың алдын алу үшін оқыту және антисмокингті бағдарламаның әсері маңызды.

**Түйінді сөздер** өкпенің созылмалы обструктивті аурулары, антисмокингті бағдарлама, темекі тарту, алдын алу.

**Resume** Chronic obstructive disease is one of actual problem of clinic pulmonology because of its dominance in the structure of diseases of lung, complexity of prognoses and social significance and its resulting of patients invalescence. Smoking is a risk aggressive factor which promotes chronic obstructive disease of lung. An important role in prevention chronic obstructive disease of lung is important to develop and implement of education and antismoking programs.

**Keywords** Chronic obstructive diseases of lung, of education program, of antismoking program, smoking, prevention