

Курение и медицина: имеют ли право врачи "умыть руки"?

ДАНИШЕВСКИЙ К.Д.

Открытый институт здоровья населения

Табак: безобидная привычка или величайшее из зол?

Табакокурение — один из главных факторов, влияющих на здоровье населения, и, вероятно главный из относительно модифицируемых. Уже к 2020 г. ожидается, что 9% всей смертности в мире будет обусловлено курением [1]. Согласно отчету Всемирного банка, опубликованному в 1999 г., ежегодно от курения в мире гибнет около 3 млн чел., это больше, чем от СПИДа, туберкулеза и родовых осложнений вместе взятых. Курением обусловлено минимум 90% случаев рака легкого, 15—20% случаев онкологических заболеваний других локализаций, 75% случаев хронического бронхита и эмфиземы и 25% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний [2]. Ущерб, приносимый табаком здоровью среднестатистического курильщика, также огромен, в среднем курение сокращает жизнь на 10 лет [3]. Кроме того, табак оказывает значительное влияние на состояние здоровья, снижая качество жизни и трудоспособность. Экономический ущерб от курения, наносимый общемировой экономике, ежегодно превышает 200 млрд долл. США [4].

Табак является уникальным потребительским продуктом, который сегодня не мог бы быть внедрен на рынок, согласно любым известным потребительским нормам, если бы не был уже широко распространен. Табак — единственный легально распространяемый продукт, который причиняет вред при применении по своему прямому назначению даже в умеренных количествах. Несмотря на очевидность вреда курения, этот абсурдный ритуал ежедневно совершают многие врачи, политики, кинозвезды, подростки, рабочие, ученые и художники.

Ситуация с курением в России

В России курение — одна из важнейших проблем здоровья населения. Распространенность курения среди мужчин — одна из высочайших в мире: около 73% в возрастной группе от 25 до 34 лет [5], среди женщин показатель выше, чем в большинстве близлежащих стран, и продолжает расти [6]. С 1992 г. по

2003 г. отмечался заметный рост распространенности курения практически среди всех групп населения. Процент курящих женщин за 10 лет почти удвоился: с 7,3% в 1992 г. до 14,5% в 2002 г. Среди подростков с 2000 г. по 2003 г. доля курящих возросла с 14,1 до 18,1% [7]. Также, по данным ряда выборочных опросов, отмечалось значительное увеличение количества ежедневно выкуриваемых сигарет во всех группах населения. Высокое распространение курения подтверждается и в ряде региональных исследований: например, по данным, полученным в Сибири, там курят минимум 59% мужчин и 11% женщин трудоспособного возраста [8].

Если курение столь вредно, почему же табак до сих пор легален?

Табачные кампании инвестировали 1,7 млрд долл. США в экономику России (в рекламу, в строительство новых и приобретение существующих отечественных табачных заводов [9]) на протяжении последних 10 лет, это почти 1/20 от всех иностранных инвестиций. Несмотря на то, что о вреде табака известно уже сотни лет, почти столько же, сколько его употребляют в Европе [10], и что накоплена четкая доказательная база — более 70 тыс. научных статей только в период 1950—1999 гг., — борьба с табаком остается трудной задачей. Беспринципные производители сигарет умело лоббируют свои интересы [11], инвестируют огромные средства в рекламу и коррупцию [12], создают романтический или героический ореол вокруг курения [13], умело формируют маркетинговую политику ориентированную на детей, подростков [14] и в последнее время на женщин [15]. Более того, значительное количество исследований изучавших негативное влияние экологического загрязнения, в том числе в закрытых помещениях, финансировались табачными компаниями [16]. Фальсифицированные результаты, часто полученные продажными медиками [17], не только способствовали введению ученых и население в заблуждение относительно вреда оргтехники и других мнимых источников экологической опасности, но и служили хорошим

отвлекающим маневром для сокрытия последствий курения. Необходимо отметить, что врачи и сейчас играют в этих лженаучных исследованиях важную роль и даже приблизительных оценок масштаба проблем в России и странах СНГ не существует.

Сильнейшая никотиновая зависимость, сравнимая по силе с героиновой [18], делает их задачу по удержанию курильщиков "на игле" не слишком сложной, поэтому выживание табачной индустрии во многом зависит от притока новых потребителей их продукции. По результатам исследований самих производителей, лишь незначительный процент людей способен бросить курить [19]. Программы, направленные на предотвращение курения, также достаточно трудны, так как курение в большинстве случаев уходит корнями в несознательный подростковый возраст, когда формирующиеся личности стремятся бросить вызов устоям и обществу, часто выбирая для этого один из наиболее глупых способов — курение [20]. Учитывая, что во многих странах большинство людей, наделенных избирательными правами, — курильщики, политические и законодательные инициативы, направленные против табакокурения, в условиях относительной демократии и свободы слова крайне непопулярны и зачастую обречены. Единственная надежда в странах с развивающейся демократией на то, что свобода слова поможет в этом случае разоблачить табачные компании и испортить их имидж.

В России знания о курении остаются на зачаточном уровне, даже в медицинской среде. Среднестатистический россиянин, к сожалению, знает о вреде курения лишь то, что "капля никотина убивает лошадь". В большинстве российских больниц курят не только больные на лестнице, что прямо противоречит федеральному закону об ограничении курения табака [21] в ч. 3 п. 5, но и врачи в ординаторских, а порой и в других помещениях (что нарушает ст. 6 того же закона). Это свидетельствует об отсутствии понимания проблемы пассивного курения [22], несмотря на то, что еще в 1981 г. было показано, что продукты низкотемпературного сгорания табака (так называемый боковой поток дыма) еще более опасны по сравнению с дымом, вдыхаемым самим курящим [23]. В частности, рассекреченные в ходе судебных разбирательств внутренние документы компании "Филипп Морис" свидетельствуют о том, что производители сигарет уже в 1970-х годах имели экспериментальные подтверждения того, что боковой поток дыма в 4 раза более канцерогенен по сравнению с "затягиваемым", но скрывали это. В соответствии с поведенческой теорией, знания, хотя сами по себе и не приводят к изменению поведения, но без них не могут сформироваться убеждения и отношение, которые собственно и приводят к поведенческим изменениям [24].

Учитывая ограниченность знаний о проблеме курения у российских врачей, чья роль в формировании знаний населения о здоровье должна была бы быть ключевой, рассчитывать на скорое улучшение ситуации не приходится.

Учитывая, как важно и тяжело бороться с курением, первостепенную роль здесь в развитых странах берут на себя медицинские работники [25]. Их участие может осуществляться как через простую подачу положительного примера [26], так и в форме информирования курящих и некурящих о вреде, наносимом этой привычкой [27]. Для уже курящих важную роль играют регулярные и настойчивые советы бросить курить и оказание помощи бросающим [28]. В целом настойчивый совет бросить курить приводит приблизительно к 5%-ному успеху, длительное вовлечение врача в процесс избавления от этой вредной привычки повышает эффективность вмешательства [29], по некоторым данным, до 20—36%, применение фармакологических препаратов (например, никотинсодержащих пластырей и жевательных резинок) также может иметь эффект на процент успеха [30]. Хотя в целом бросить курить, конечно, трудно и потенциальный эффект на здоровья населения от этого, вероятно, ограничен [31].

Необходимо также отметить, что хотя никотинсодержащие препараты и могут облегчить процесс бросания, не стоит возлагать на них излишние надежды, и необходимо помнить, что даже в случае с такими относительно эффективными, но дорогостоящими препаратами врачи могут продвигать их по заказу фармкомпаний. Более того, имеются случаи продвижения медиками совсем уж шаманских методов, например на в целом полезном и нужном сайте www.nonsmoking.ru можно обнаружить целый список биоактивных добавок: Антиник, Коррида и прочих, не имеющих подтверждения их эффективности. Помимо этого, не без помощи медицинских работников активно продвигаются приспособления, не могущие не удивлять уровнем глупости разработчиков: например, "Николайт" — прибор для перфорации бумаги на сигарете для того, чтобы часть дыма выходила наружу и не вдыхалась легкими курильщика. Это при том, что даже табачные компании, вложившие огромные средства в разработку менее вредных сигарет не смогли справиться с этой задачей и маркетинг "легких", "мягких" и прочих "безопасных" сигарет запрещается рамочной конвенцией ВОЗ как обман потребителей [32].

В отличие от большинства развитых стран врачи в России демонстрируют полное невежество в плане осведомленности о вреде курения [33]. Процент курящих врачей в России по сравнению с другими странами очень высок. По данным ряда небольших исследований в Москве, например, каждый второй мужчи-

на-врач и каждая пятая женщина-врач курят [34]. Практически полное незнание вреда, приносимого курением, непонимание недопустимости курения при пациентах, незнание методов, повышающих шансы отказаться от курения, — вот неполный список малоизученных в России факторов, осложняющих вовлечение медицинской общественности в процесс борьбы с курением.

Кто, если не медики, возглавит крестовый поход на курение?

К сожалению, никто...

Помимо отсутствия знаний и навыков, врачам часто не хватает веры в свои силы [35]. В то же время, все мы слышали или читали истории людей, которые, по совету врача, переехали в другой регион, чтобы сменить климат с целью поправить здоровье. Врач может и должен влиять на образ жизни пациентов [36]. Часто приходится слышать аргументы, что медицина в незначительной степени влияет на здоровье, а она должна либо влиять на здоровье, либо повесить амбарный замок на входную дверь и уйти в отставку, расписавшись в собственном бессилии. И табакокурение — это одна из областей, где первый вариант развития событий возможен и является единственно допустимым [37]. Курение — фактор, в высочайшей мере влияющий на здоровье, а медики могут серьезно влиять на распространенность курения [38].

Возможно, тот факт, что российские медики до сих пор, если и оказали влияние на табачную эпидемию, то весьма незначительное, связан с дефектами самой системы здравоохранения. Гиперспециализация врачей, отсутствие института врача общей практики (семейного врача), недостаточное развитие предмета "Общественное здоровье" приводят к болезнecентрической идеологии российской медицины. Специалисты дают совет бросить курить в лучшем случае, если человек уже перенес инфаркт [39] или страдает раком легкого. По сути, российские врачи и не видят своих пациентов до того момента, когда у них развились серьезные заболевания. Подобная ситуация может означать, что помимо решений на уровне микроменеджмента, направленных на обучение врачей и внедрение методик профилактики курения и оказания помощи бросающим курить, необходимы системные реформы в здравоохранении, направленные на формирование структур, уполномоченных заботиться о формировании здорового образа жизни [40]. Такие структуры могут включать агентства, занимающиеся распространением достоверной информации и проведением кампаний, направленных, в первую очередь, на формирование враждебного образа табачных производителей. Для опорочивания табачных компаний ни в коем случае не надо дезинформировать население,

достаточно просто раскрыть правду о применяемых ими подлых и беспринципных маркетинговых стратегиях и о том, что благодаря финансируемым ими исследованиям им давно известно о вреде табака, порой больше, чем официальной науке. Изменение функции первичного звена, формирование врача общей практики как специалиста, ответственного морально и материально за здоровье обслуживаемого населения, также является важным шагом на пути повышения роли медицинских работников в борьбе с курением.

В дополнение необходимо отметить, что без борьбы с курением трудно продвигать здоровый образ жизни в целом [41] или оказывать влияние на здоровье общества или отдельного индивидуума. Для курящего человека проблему представляют не только сопутствующие заболевания, но и сниженная мотивация к работе на благо своего здоровья [42], ухудшение прогноза течения практически любого заболевания. Многие другие аспекты здорового образа жизни, как-то повышение физической активности, могут быть затруднены из-за побочных эффектов курения на дыхательную и другие системы, снижение толерантности к нагрузкам. Без участия, а желательно и руководящей роли медиков процесс борьбы с курением, к сожалению, обречен.

Список литературы

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990—2020: Global Burden of Disease Study// *Lancet*. — 1997. — Vol. 24, №349 (9064). — P. 1498—1504.
2. The World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. — Washington, DC, 1999.
3. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors// *BMJ*. — 2004. — Vol. 26, №328 (7455). — P. 1519.
4. The Economic Burden of the Global Trade in Tobacco// *Tobacco Control*. — 1994. — Vol. 3, №4. — P. 358—361.
5. McKee M., Bobak M., Rose R., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D. Patterns of smoking in Russia// *Tob. Control*. — 1998. — Vol. 7, №1. — P. 22—26.
6. Gilmore A., Pomerleau J., McKee M., Rose R., Haerpfer C.W., Rotman D., Tumanov S. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study// *Am. J. Public Health*. — 2004. — Vol. 94(12). — P. 2177—2187.
7. Zohoori N., Blanchette D., Popkin B.M. Monitoring Health Conditions in the Russian Federation: The Russia Longitudinal Monitoring Survey 1992—2003." Report submitted to the U.S. Agency for International Development. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina. April 2004. http://www.cpc.unc.edu/projects/rfms/papers/health_03.pdf
8. Alexeeva N.V., Alexeev O.L. Antismoking activity in Novosibirsk// *Int. J. Circumpolar Health*. — 2001. — Vol. 60(2). — P. 300—304.
9. Gilmore A.B., McKee M. Tobacco and transition: an overview of industry investments, impact and influence in the former Soviet Union// *Tob. Control*. — 2004. — Vol. 13(2). — P. 136—142.

10. Chattopadhyaya A. Harmful effects of tobacco noticed in history// Bull. Inst. Hist. Med. Hyderabad. — 1993. — Vol. 23(1). — P. 53—58.
11. Danishevski K., McKee M. Campaigners fear that Russia's new tobacco law won't work// BMJ. — 2002. — Vol. 16, 324(7334). — P. 382.
12. Alechnowicz K., Chapman S. The Philippine tobacco industry: "the strongest tobacco lobby in Asia"// Tob. Control. — 2004. — Vol. 13, Suppl 2. — P. 71—78.
13. Prokhorov A.V. Getting on smokin' route 66: tobacco promotion via Russian mass media// Tob. Control. — 1997. — Vol. 6(2). — P. 145—146.
14. Pollay R. Zebras in Russia! Where next?// Tob. Control. — 2003. — Vol. 12(1). — P. 89—90.
15. Mackay J., Amos A. Women and tobacco// Respiriology. — 2003. — Vol. 8 (2). — P. 123—130.
16. McKee M. Competing interests: the importance of transparency// Eur. J. Public Health. — 2003. — Vol. 13(3). — P. 193—194.
17. Gilmore A., Nolte E., McKee M., Collin J. Continuing influence of tobacco industry in Germany// Lancet. — 2002. — Vol. 19; 360(9341). — P. 1255.
18. The Reports of the Surgeon General. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 1989.
19. <http://image.thelancet.com/extras/03art7306web.pdf>.
20. Waylen A., Wolke D. Sex 'n' drugs 'n' rock 'n' roll: the meaning and social consequences of pubertal timing// Eur. J. Endocrinol. — 2004. — Vol. 151, Suppl 3. — P. 151—159.
21. Правительство Российской Федерации, закон об ограничении курения табака, июнь 2001.
22. Zaridze D., Maximovitch D., Zemlyanaya G., Aitakov Z.N., Boffetta P. Exposure to environmental tobacco smoke and risk of lung cancer in non-smoking women from Moscow, Russia// Int. J. Cancer. — 1998. — Vol. 30. — Vol. 75(3). — P. 335.
23. Takeshi Hirayama. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan// BMJ. — 1981. — Vol. 17; 282(6259). — P. 183—185.
24. Eraker S.A., Becker M.H., Strecher V.J., Kirscht J.P. Smoking behavior, cessation techniques, and the health decision model// Am. J. Med. — 1985. — Vol. 78(5). — P. 817—825.
25. Gilmore A., McKee M. Tobacco control policy: the European dimension// Clin. Med. — 2002. — Vol. 2(4). — P. 335—342.
26. Mackie J.W., Oickle P. School-based health promotion: the physician as advocate// CMAJ. — 1997. — Vol. 156(9). — P. 1301—1305.
27. Perez-Stable E.J., Fuentes-Afflick E. Role of clinicians in cigarette smoking prevention// West J. Med. — 1998. — Vol. 169(1). — P. 23—29.
28. Adams J.A. Smoking cessation counseling in adults and children: the clinician's role// Md. Med. J. — 1995. — Vol. 44(10). — P. 779—787.
29. Lancaster T., Stead L. Physician advice for smoking cessation// Cochrane Database Syst. Rev. — 2004. — Vol. 18(4). — P. CD000165.
30. Richmond R.L. Physicians can make a difference with smokers: evidence-based clinical approaches. Presentation given during the Symposium on Smoking Cessation at the 29th World Conference of the IUATLD/UICTMR and Global Congress on Lung Health, Bangkok, Thailand, 23-26 November 1998. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease// Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 1999. — Vol. 3(2). — P. 100—112.
31. Anthonisen N.R., Skeans M.A., Wise R.A., Manfreda J., Kanner R.E., Connett J.E. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial// Ann. Int. Med. — 2005. — Vol. 15; 142(4). — P. 233—239.
32. Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака// Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 2003.
33. Tillinghast S.J., Tchernjavskii V.E. Building health promotion into health care reform in Russia// J. Public Health Med. — 1996. — Vol. 18(4). — P. 473—477.
34. <http://www.cardiosite.ru/clinical-lectures/article.asp?id=2039>.
35. Ahuja R, Weibel SB, Leone FT. Lung cancer: the oncologist's role in smoking cessation// Semin Oncol. — 2003. — Vol. 30(1). — P. 94—103.
36. Blum A. Role of the health professional in ending the tobacco pandemic: clinic, classroom, and community// J. Nat. Cancer Inst. Monogr. — 1992. — Vol. 12. — P. 37—43.
37. Batra V., Patkar A.A., Weibel S., Leone F.T. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment// Prim Care. — 2002. — Vol. 29(3). — P. 629—648.
38. Coultas D.B. The physician's role in smoking cessation// Clin. Chest Med. — 1991. — Vol. 12(4). — P. 755—768.
39. Pbert L., Moolchan E.T., Muramoto M., Winickoff J.P., Curry S., Lando H., Ossip-Klein D., Prokhorov A.V., DiFranza J., Klein J.D. The state of office-based interventions for youth tobacco use// Pediatrics. — 2003. — Vol. 111 (6 Pt 1). — P. e650—660.
40. Tkatchenko E, McKee M, Tsouros AD. Public health in Russia: the view from the inside// Health Policy Plan. — 2000. — Vol. 15(2). — P. 164—169.
42. Mercer S.L., Green L.W., Rosenthal A.C., Husten C.G., Khan L.K., Dietz W.H. Possible lessons from the tobacco experience for obesity control// Am. J. Clin. Nutr. — 2003. — Vol. 77 (4 Suppl). — P. 1073S—1082S.
42. Dickey R.A., Janick J.J. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension// Endocr. Pract. — 2001. — Vol. 7(5). — P. 392—399.