УДК 613.84

ВПЛИВ КУРІННЯ НА ОРГАНИ ДИХАННЯ

М. М. Островський, О. І. Варунків
Івано-Франківський національний медичний університет;
76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2

В наш час в Україні нараховується майже 9 мільйонів активних курців, які складають третину всього працездатного населення країни. Істотно покращити здоров'я цієї величезної кількості людей можливо без залучення значних матеріальних витрат, впливаючи лише на один фактор – куріння.

Незважаючи на значну роль спеціалізованих установ, досвід країн, які успішно проводять боротьбу з курінням, доводить, що основний внесок у відмову від куріння вносять медичні працівники первинних структур охорони здоров'я. Установи первинної медико-санітарної допомоги – оптимальне місце для виявлення активних курців. Поради медиків, які мають авторитет, виконуються, а їх інформованість стосовно здоров'я пацієнта і членів його сім'ї дозволяє персонізувати рекомендації по відмові від куріння та сформування мотивації відмови від куріння.

Ключові слова: *тютюнопаління, серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, нікотинзамінна терапія, профілактика.*

В даний час від хвороб, викликаних тютюнопалінням, у світі щорічно помирають близько 5 млн. людей. Це більше, ніж від СНІДу, наркотиків, алкоголю, вбивств, самогубств та катастроф разом узятих. Ось чому куріння тютюну є багатогранною проблемою, яка має не лише медичний, але й соціальний, психологічний та економічний аспекти (Фещенко Ю.І., 2011).

Україну відносять до країн з високою розповсюдженістю куріння. Обсяг українського тютюнового ринку оцінюється у 80 млрд. штук сигарет на рік. За споживанням тютюну в абсолютних цифрах Україні належить 17-е місце в світі. Якщо в усьому світі на кожну людину припадає в середньому 870 випалюваних за рік сигарет, то в Україні – 1500-1800 або біля 4,5 сигарети в день, тобто приблизно в 2 рази більше, ніж в середньому на земній кулі.

В наш час в Україні нараховується майже 9 мільйонів активних курців, які складають третину всього працездатного населення країни. Істотно покращити здоров'я цієї величезної кількості людей можливо без залучення значних матеріальних витрат, впливаючи лише на один фактор – куріння. На даний момент курять 51% чоловіків працездатного віку в міській і 60% – в сільській місцевості. За 20-річний період поши-

реність куріння серед жінок мешканок міст працездатного віку зросла від 5 до 20%. За оцінками експертів ВООЗ, в Україні від хвороб, пов'язаних з курінням, щорічно гине майже 100 000 осіб, що становить 13% від усіх смертей. І при цьому, за даними опитування, яке проводить Держкомстат, рівень тютюнокуріння серед осіб 12 років і старше виріс з 22,9% в 2002 році до 25,4% в 2006 році. Загальна кількість курців досягає майже 10 мільйонів осіб. Невипадково цю ситуацію оцінюють як тютюнову епідемію.

Тютюновий дим – це коктейль з 4000 хімічних компонентів, котрий включає в себе кілька десятків токсичних, мутагенних і канцерогенних для людини з'єднань, що мають різну тропність до різних органів і тканин і викликають найрізноманітніші наслідки, які можна поділити на наступні групи:

- нікотин;
- смоли;
- монооксид вуглецю;
- подразнюючі засоби.

Це й пояснює універсальність тютюнової інтоксикації і той факт, що вона пов'язана з розвитком більш ніж 40 різних захворювань і розладів у людини. Крім того доведено зв'язок куріння з розвитком 12 форм ракових захворювань.

Смертність від серцево-судинних захворювань серед курців в 2 рази вища, ніж серед тих, хто не курить. Куріння на 30-40% обумовлює смертність від ішемічної хвороби серця. Нефатальний інфаркт міокарда у чоловіків, що курять, в 30-49 років виникає в 5 разів, в 50-59 років – в 3 рази, а в 60-79 років – в 2 рази частіше, ніж у некурців. У жінок, що мають цю шкідливу звичку і застосовують оральні контрацептивні засоби, ризик розвитку мозкового інсульту, в 20 разів вищий, ніж у жінок, що не курять.

Куріння спричиняє 30% всіх випадків смерті від онкологічних захворювань і 90% всіх випадків захворювання раком легень. Зростання поширеності куріння серед жінок призвело до того, що в деяких країнах рак легень, як провідна причина смерті від онкологічних захворювань у жінок, випередив рак молочної залози. Тютюнопаління також істотно збільшує ризик розвитку інших форм рака: ротової порожнини, глотки, гортані, стравоходу, підшлункової залози, нирок, сечового міхура, шийки матки.

У курців уповільнена евакуація хімусу, пригнічена моторика шлунку, що сприяє утворенню виразки у здорових і поганому загоєнню виразкового дефекту. У курців ризик розвитку гострого нелімфоцитарного лейкозу в 3 рази вище, ніж у тих, хто не курить.

Куріння негативно впливає на ендокринну систему, особливо жіночу. У жінок, які курять, частіше виникають аменорея, кровотечі, зниження естрогенів у крові, рання менопауза. У 15-30% жінок, які курять,

діагностується дифузно-токсичний зоб. Куріння жінок під час вагітності спричиняє не тільки збільшення частоти ускладнень вагітності і випадків внутріутробної смерті плода, зростання ризику викиднів і зниження маси тіла новонароджених, але й позначається на здоров'ї дитини протягом перших 7-9 років життя відставанням психічного і фізичного розвитку.

В таблиці 1 наведені дані про зв'язок куріння з ризиком розвитку найпоширеніших захворювань.

Куріння сигарети здійснює на організм людини гостру дію і віддалені наслідки.

Гостра дія проявляється прямою нікотиніндукованою вазоконстрикцією та збільшенням рівня адреналіну в крові і полягає у збільшенні частоти серцевих скорочень на 30%, артеріального тиску – на 5-10 мм рт.ст., уповільнення периферійного кровообігу, яке спричинює зниження температури верхніх і нижніх кінцівок.

Таблиця 1. Куріння і ризик різних форм нераковихзахворювань

Захворювання	Відносний ризик
Хронічний бронхіт і емфізема	12,7 – 17,6
Хвороби периферійних судин	5,7 – 9,7
Аневризма аорти	4,1 – 8,2
Виразка шлунку	3,0 – 4,6
Туберкульоз легень	2,8
Атеросклероз	1,8 – 3,0
Легеневе серце	2,1
Гіпертонія	1,4 – 2,6
дегенерація міокарду	2,0
Пневмонія	1,9
Ішемічна хвороба серця	1,6 – 2,0
Хвороба судин мозку	1,5 – 2,2
Астма	1,4 – 2,2
Інші респіраторні захворювання	1,6

Віддалені медичні наслідки пов'язані з смолами, які містять 43 канцерогени й коканцерогени і спричиняють злоякісні захворювання; окисом вуглецю та окисними газами, які сприяють розвиток серцево-судинних захворювань; подразнюючими засобами і ціанистим воднем, які обумовлюють виникнення бронхіту та емфіземи. Нікотин, як такий, не відіграє провідної ролі у розвитку захворювань, однак, з ним пов'язано виникнення залежності від нікотину, яка підтримує споживання тютюну і перешкоджає відмові від цієї звички.

У клініці легеневої патології великий інтерес представляє аналіз саме гострої дії тютюнового диму. При цьому у здорових людей дуже

виражений бронхоконстрикторний (бронхоспастичний) ефект, який посилюється у хворих на бронхіальну астму. Речовини, що викликають цей ефект, містяться або у фазі частинок диму (зокрема, нікотин), або в обох фазах, як твердої, так і газовій – акролеїн, альдегіди.

Механізм бронхоспазму до цих пір залишається неясним. Припускають, що має місце вивільнення гістаміну. Проте, як відомо, ні нікотин, ні акролеїн не здатний вивільняти гістамін. Найбільш імовірна гіпотеза, що пояснює це – вагусний рефлекс, зі стимуляцією рецепторів та іритацією їх в глотцітатрахеобронхіальнійділянці.

Впливу куріння на органи дихання були присвячені експериментальні дослідження Ф.Г. Дубініна (1936), Г.Е. Георгадзе, М.М. Краснянської (1967), А.Н. Сизганова і співавт. (1971), О. Ауербах і співавт. (1967) та інших, в яких було показано, що тютюновий дим викликає запальні зміни всієї системи органів дихання.

У експериментальних тварин, експонованих до тютюнового диму, можна було констатувати припинення рухливої функції війок і значне зменшення руху вмісту бронхіального дерева на рівні слизової оболонки трахеї.

Експериментальні дослідження також показали, що вдихання тютюнового диму пошкоджує легеневий кліренс (очищення), циліарну функцію і активність альвеолярних макрофагів. У собак після інгаляції диму сигарети через трахеостому були виявлені емфізема і легеневий фіброз, що пояснюється інтенсивним впливом диму.

Встановлено, що у курців значно частіше, ніж у некурців, зустрічаються гострі захворювання верхніх дихальних шляхів, які, як правило, протікають більш тяжко і довго, з частими ускладненнями.

В даний час немає сумніву в тому, що куріння тютюну є однією з найбільш важливих причин хронічних неспецифічних захворювань легенів, серед яких можна виділити хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), хронічний бронхіт, емфізему легень, бронхіальну астму. У 82% випадків ХОЗЛ головним етіологічним чинником є куріння.

При вивченні реакції бронхолегеневої системи на вдихання подразнюючих речовин зазвичай звертають увагу на зміни альвеолярних просторів, складу структури альвеолярних перетинок або інтерстицію. Можуть спостерігатися зміни типів альвеолярних клітин, гіперплазія слизових залоз, гіперсекреція слизу, запалення, пошкодження мукоциліарної функції, імунологічні порушення, гіперактивність і гіпертрофія гладкої мускулатури, внутрішнє звуження – фіброз або деструкція дихальних шляхів.

В залежності від тривалості та інтенсивності куріння спостерігається метаплазія бронхіального епітелію з циліндричного в плоский. При цьому, як уже було сказано, пошкоджується мукоциліарний механізм: спостерігається як абсолютне зменшення числа війок, так і зни-

ження частоти їх “коливань” і неоднорідність їх моторики – приблизно на 1/3 менше, ніж у некурців.

Дані про патологічні зміни в гістологічній структурі бронхів під впливом куріння наводять D. Niewoehner і співавт. (1974) на підставі розтинів раптово померлих чоловіків, у тому числі тих, що палять. У легенях курців спостерігався респіраторний бронхіоліт, який був розцінений як попередник емфіземи легенів і як процес, що викликає функціональні зміни. Дж. Клейнерман, Д. Райс (1977) у загиблих раптово в різному віці курців виявили більш виражений хронічний бронхіоліт, емфізему і пігментацію легеневої паренхіми у порівнянні з некурцями.

На думку деяких вчених, під впливом куріння зміни дихальних шляхів носять прогресуючий характер, зокрема спостерігаються зміни механічних властивостей альвеолярних стінок, втрата еластичності, що ведуть до розвитку хронічного бронхіту та емфіземи.

Численними дослідженнями встановлено більш широке поширення (у 3-4 рази) органічних змін і симптомів порушень функцій органів дихання у підлітків-курців та дорослих. Ці закономірності характерні як для чоловіків, так і для жінок. Вірогідність захворіти чи померти істотно зростає зі збільшенням тривалості куріння. У той же час у чоловіків хронічний бронхіт спостерігається в 2 рази частіше, ніж у жінок. Особливо чітко ця різниця проявляється в старших вікових групах. Ймовірно, це пов’язано з тим, що у віці 50 років і старше чоловіки-курці становлять 70%, а жінки – 35%. Також було встановлено наявність зв'язку між курінням і іншими хворобами органів дихання (туберкульоз, грип). Ретроспективні і проспективні дослідження показали значне збільшення смертності від хронічних неспецифічних захворювань легень серед курців у порівнянні з некурцями. Як показують статистичні дані ВООЗ, збільшення смертності від неспецифічних захворювань легенів за останні десятиліття тісно пов’язане зі збільшенням числа курців.

Смертність курців унаслідок ХОЗЛ, згідно зі статистичними даними, в 15-20 разів вище в порівнянні з некурящими, причому у тих, що викурюють більше 25 цигарок в день смертність була в 30 разів вище, ніж у некурців. При цьому смертність знаходиться в прямій залежності від віку, інтенсивності та тривалості куріння і ступеня інгаляції тютюнового диму. Слід зазначити, що через 5 років після припинення куріння показники смертності у колишніх курців і некурців стають приблизно однаковими.

У 1972 р. О. Ауербах і співавт. вивчали співвідношення між віком, курінням і емфізематозними змінами в легенях за даними розтинів 1443 чоловіків і 388 жінок. У найменшій мірі емфізема була виражена у некурців, більш значно у тих, що курили люльку, і максимально – у тих, що систематично курили сигарети. Між кількістю викурених в день сигарет і ступенем тяжкості емфіземи існував тісний кореляційний зв’язок.

У подальшому гістологічному дослідженні О. Ауербах і співавт. (1974) показали, що розриви альвеолярних перегородок спостерігалися значно більшою мірою у курців і збільшувалися з підвищенням інтенсивності куріння.

У молодих курців М. Косіо і співавт. (1971), Н. Пламенс і співавт. (1978) виявили плоскоклітиннуметаплазію в епітелії дихальних шляхів, хронічні запальні інфільтрати і невеликі збільшення сполучної тканини в стінках дихальних шляхів. У старших вікових групах, крім того, була виявлена і атипова плоскоклітинна метаплазія. Це не дивно, оскільки тютюновий дим містить речовини, котрі ушкоджують клітинні мембрани, що підтвердили експерименти з культурою легеневих фібробластів людини. Разом з тим після припинення куріння спостерігається швидке відновлення проникності епітелію дихальних шляхів. При вдиханні тютюнового диму спостерігається зменшення синтезу поверхнево-активних фосфоліпідів, необхідних для синтезу сурфактантного фактора.

Крім морфологічних змін, у курців виявлені різноманітні порушення функціональної діяльності бронхолегеневої системи, в першу чергу зниження вентиляції легень і, таким чином, постачання організму киснем.

Відповідно до сучасної теорії розвитку емфіземи, поліморфноядерні клітини легень, що ушкоджуються тютюновим димом, вивільняють протеолітичні ферменти, які викликають деградацію компонентів альвеолярної тканини. Ця точка зору підтверджується тим, що введення еластолітичних ферментів у легені, включаючи нейтрофільну еластазу людини, викликає емфізему в експерименті над тваринами. При експозиції полінуклеарних клітин периферійної крові до конденсату тютюнового диму в пробірці відбувається значне вивільнення еластази і втрата життєздатності клітин.

Деструктивні зміни в легенях при емфізематозний формі хронічних неспецифічних захворювань легень розвиваються внаслідок надлишкового вивільнення або порушення гальмування легеневих протеаз. Тютюновий дим збільшує швидкість синтезу і вивільнення еластази invitro альвеолярними макрофагами людини та інгібує активність антипротеаз. Експерименти, проведені як in vitro, так і в in vitvo, вказують на те, що збільшення кількості еластази в альвеолярної тканини або повітряних просторах сприяє зниженню можливої продукції, функціональної здатності первинного інгібітора еластази альфа-1-антитрипсину.

Тютюновий дим пошкоджує різні функції альвеолярних макрофагів людини. При цьому його вдихання викликає зміни в компонентах імунної системи у тварин і людини. Тютюновий дим пригнічує утворення імуноглобулінів В-лімфоцитами.

Є ще одна важлива обставина, що сприяє розвитку емфіземи. Справа в тому, що в тютюновому димі містяться в порівняно високій кількості оксид азоту. Вплив NO_2 і NO на собак протягом тривалого ча-

су призводило до змін в легенях, характерних для емфіземи. При дії NO_2 і NO ураження найбільшою мірою локалізується в термінальних бронхіолах, що інфільтровані запальними клітинами, переважно макрофагами з іншими мононуклеарними клітинами та іноді гранулоцитами. Спостерігалися надриви і потовщення еластичних волокон в альвеолярних стінках. Ці зміни аналогічні таким, що викликається тютюновим димом, і змушують припускати, що оксиди азоту можуть бути речовинами, що викликають ранній початок уражень при емфіземі легень у людини.

Бронхіальна астма у курців може розвитися в результаті підвищеної чутливості до тютюнового диму і насамперед у результаті дії компонентів тютюнового диму. Напади утрудненого дихання, спазм і задишка можуть з'являтися і у пасивних курців, які тривалий час перебувають у накурених приміщеннях. При цьому особливо чутливими є діти. Як вважають, дуже важливим є фактор індивідуальної чутливості. Якщо курець затримує дим в роті перед інгаляцією в легені, то реакція легенів на тютюновий дим менш інтенсивна, зокрема, щодо бронхоспазму. Це не залежить від вмісту смоли і підкреслює значення параметрів куріння сигарет, у тому числі кількісних. Крім того, серед курців і членів їх сімей значно частіше, ніж серед тих, хто не курить, відзначається високий рівень імуноглобуліну Е, що свідчить про високу гіперчутливість цих індивідів. Діти курців мають значно гірші імунологічні показники і тому вони більш схильні до частих вірусних та бактеріальних інфекцій.

Кумулятивним впливом хронічної тютюнової інтоксикації є зменшення очікуваної тривалості життя: 35-річна жінка, що палить, проживе на 5 років, а 35-річний чоловік, що палить, – на 7 років менше, ніж їх однолітки, які не палять!

Припинення куріння – тривалий і складний процес. Підхід до кожного пацієнта повинен бути індивідуальним і залежати від того, на якій стадії відмови перебуває курець. Готовність пацієнта може і повинна формуватись поступово, послідовно і не в категоричній формі. У випадку неготовності пацієнта до відмови від куріння необхідно періодично (не менше 1 разу на рік) повертатись до обговорення цього питання.

Змінити поведінку громадян на кращу за допомогою одних лише директив неможливо. Потрібна копітка, цілеспрямована, довготривала повсякденна робота щодо формування у громадян, особливо у дітей та підлітків, почуття несхильності до куріння та переваг здорового способу життя. Конвенцію боротьби проти тютюну з 1999 по 2003 рік обговорювали та одностайно прийняли представники 192 країн світу. 27 лютого 2005 року Конвенція офіційно набула статусу обов'язкової для виконання. Мета цієї Конвенції та її протоколів полягає в захисті нинішнього та майбутніх поколінь від руйнівних наслідків для здоров'я людей, а також соціальних, екологічних і економічних наслідків споживання тю-

тюну і впливу тютюнового диму за допомогою забезпечення відповідних меж для заходів боротьби проти тютюну, що підлягають виконанню на національному, регіональному та міжнародному рівнях, з тим щоб постійно та істотно скорочувати поширеність вживання тютюну й впливу тютюнового диму.

Численні приклади своєчасно вжитих заходів з метою зниження рівня куріння в інших країнах (Польща, Канада, США та ін.) показали ефективні шляхи вирішення проблеми. Виявилася доцільною реалізація економічних, правових, адміністративних та медичних заходів щодо зниження попиту на тютюнові вироби, створення умов, при яких все більше курців відмовляються від куріння, впровадження системи морального та економічного заохочення тих, хто не курить, медичної допомоги у відмові від куріння.

Тютюнокуріння для переважної більшості курців є не просто звичкою, а певним видом захворювання, яке потребує кваліфікованої медичної допомоги, яку в тому чи іншому вигляді може та повинен надавати лікар будь-якої спеціальності. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) виділяє куріння тютюну в окрему нозологічну одиницю (F17). Захворювання може бути представлене гострою інтоксикацією (F17.1), синдромом залежності (F17.2), абстиненцією (F17.3).

Очевидно, що всі курці, а також багато з тих, хто кинув цю шкідливу звичку, потрапляють під одну з цих рубрик, тому куріння завжди є хворобою. Специфіка куріння як хвороби полягає в тривалому малосимптомному перебігу та відсутності на початкових етапах вираженого негативного впливу на здоров'я. Нікотинова залежність повинна розглядатись як патологічний стан, що потребує діагностики і відповідного лікування.

В іонізованому стані нікотин подібний до нейромедіатора ацетилхоліна і має здатність безпосередньо взаємодіяти з ацетилхолінергічними рецепторами. Тривале куріння спричиняє значні розлади діяльності холінергічної системи. Відмова від куріння призводить до кількісного дисбалансу між медіатором і рецепторами. Починається процес ренейроадаптації, для якого характерна надмірна кількість рецепторів і гіперхолінергічна активність. Біологічний процес ренейроадаптації клінічно проявляється синдромом відміни. Медичні працівники зобов'язані знати його ознаки і частоту їх виникнення:

- неспокій – 87%;
- розлади сну – 84%;
- роздратованість – 80%;
- депресія – 78%;
- нетерпимість – 76%;
- труднощі концентрації – 73%;
- непосидючість – 71 %;

- голод – 53%;
- шлунково-кишкові проблеми – 33%;
- головний біль – 24%;

Для розробки індивідуальної програми відмови від куріння і подання медикаментозної допомоги курцю важливого значення набуває визначення ступеня нікотинової залежності. В наш час існують різні методи її діагностики: визначення тіоціонату в крові, рівня СО у видихуваному повітрі, концентрації нікотину, котініну або їх метаболітів в крові, сечі або слині. Найчастіше використовують тест Фагерстрем (табл.2).

Таблиця 2. ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА

1. Через який проміжок часу після пробудження Ви запалюєте сигарету?	
протягом 5 хвилин від 6 до 30 хвилин від 31 до 60 хвилин більш ніж через 60 хвилин	3 бали 2 бали 1 бал 0 балів
2. Чи важко Вам утриматись від куріння у заборонених місцях	
Так Ні	1 бал 0 балів
3. Від якої сигарети найважче утриматись?	
Ранішньої Наступної	1 бал 0 балів
4. Скільки сигарет щодня Ви випалюєте?	
понад 30 від 21 до 30 від 11 до 20 10 або менше	3 бали 2 бали 1 бал 0 балів
5. Коли найбільше палите?	
Вранці Протягом дня	1 бал 0 балів
6. Чи палите Ви під час захворювання, коли повинні дотримуватись ліжкового режиму?	
Так Ні	1 бал 0 балів

Ступінь залежності оцінюється в балах від 0 до 10:

• 0-3 бали – низький рівень залежності. При відмові від куріння основну увагу треба зосередити на психологічних факторах. Препарати заміщення нікотину варто використовувати тільки при явному бажанні курця робити це.

• 4-5 балів – середній рівень залежності. Рекомендується застосування медикаментозної терапії. Використання препаратів заміщення нікотину дуже бажано, хоча при небажанні курця їх використовувати консультанту не слід наполягати на їх застосуванні.

• 6-10 балів – високий рівень залежності. Різка відмова від куріння може викликати досить неприємні відчуття в організмі. Справитися з цими відчуттями допоможуть препарати заміщення нікотину, хоча не варто покладатися виключно на їх дію.

Нікотинзамінна терапія призначається для полегшення синдрому відміни з курсом на 1-4 місяці та постійним зниження дози нікотину впродовж лікування з метою повної відмови від куріння або для зменшення кількості випалюваних сигарет. Існує п’ять основних форм нікотинзамінної терапії: жувальні гумки (2 і 4 мг нікотину), нашкірні пластирі (від 5 до 22 мг нікотину); інгалятори (1 картридж вміщує 10 мг нікотину); сублінгвальні таблетки (2 і 4 мг нікотину) та назальні спреї.

Для припинення куріння існує велика кількість соціальних програм та кампаній. Проте всі вони поділені на декілька груп:

- кампанія з метою не дозволити підліткам почати палити;
- кампанія, що пропагує зниження вживання тютюну;
- кампанія зі зниження пасивного куріння;

При створенні програм проти куріння необхідно зважати на цільову аудиторію, оскільки при формуванні мотивації відмови від куріння чи запобіганню початку куріння необхідно враховувати вік і причини куріння окремих індивідів (табл. 3).

Незважаючи на значну роль спеціалізованих установ, досвід країн, які успішно проводять боротьбу з курінням, доводить, що основний внесок у відмову від куріння вносять медичні працівники первинних структур охорони здоров’я. Установи первинної медико-санітарної допомоги – оптимальне місце для виявлення активних курців. Поради медиків, які мають авторитет, виконуються, а їх інформованість стосовно здоров’я пацієнта і/або членів його сім’ї дозволяє персоніфікувати рекомендації по відмові від куріння та сформування мотивації відмови від куріння.

В рекомендаціях ВООЗ підкреслюється, що кожний медичний працівник несе відповідальність у боротьбі з епідемією куріння; припинення куріння – не тільки питання профілактики, його необхідно розглядати як одне із призначень пацієнту при лікуванні будь-яких захворювань та реабілітації;медичні працівники повинні бути прикладом для пацієнтів у відмові від куріння.

Особливу увагу в припиненні куріння необхідно приділяти, підліткам,вагітним жінкам і жінкам, що мають наміри завагітніти, особам, в сім’ях яких є новонароджені і маленькі діти, особам з артеріальною гіпертензією, гіперхолестеринемією, серцево-судинними захворюваннями, хворобами периферичних артерій, органів дихання і т.д.

Таблиця 3. Основні причини куріння і мотивація відмови в залежності від віку пацієнта

Вік, роки	Причини куріння	Мотивація відмови
13-19	• виглядати дорослим; • вплив однолітків, що палять; • оточення, реклама; • куріння членів сім'ї.	• звернути увагу на безпосередні негативні ефекти: дорого, знижує показники в спорті і фізичній культурі, неприємний запах із рота; • показати зв'язок між курінням і гострими захворюваннями (алергія, синусит, бронхіт)
20-39	• поліпшення ситуації спілкування; • стереотип поведінки; • антистресовий ефект куріння; • незалежність, мода, привабливість; • фізична залежність; • оточення, реклама.	• звернути увагу на психологічні аспекти, допомогти вибрати здорову альтернативу; • пояснити зв'язок між курінням і гострими захворюваннями; • вказати на імовірність розвитку хронічних хвороб; • інформувати про лікування нікотинової залежності.
40-59	• попередні причини + • збільшення фізичної залежності; • розчарування від попередніх спроб відмови від куріння.	• попередні мотивації + • вказати на існуючі ефективні медикаментозні засоби лікування тютюнозалежності; • запевнити пацієнта в тому, що він здатний відмовитись від куріння.
60 років і більше або особи з ознаками захворювань	• попередні причини + • відчуття, що шкода здоров'ю вже нанесена і вона непоправна.	• попередні мотивації + • вказати на безпосередні позитивні наслідки відмови (зменшення кашлю, застуд, поліпшення смаку, збереження коштів); • зменшення подальшої школи для здоров'я

Замість того, щоб радити батькам вести марні розмови про потенційні ризики куріння для підлітків, роботу з батьками варто зосередити у двох напрямках:

1. Допомога батькам, що курять, у припиненні цієї згубної звички, при цьому треба ширше використовувати самих підлітків; багато хто з них готовий допомогти своїм батькам відмовитися від куріння, і це буде сприяти їхній відповідальності і відмові від куріння в майбутньому краще, ніж будь-які розмови про те, що підлітки не повинні курити.

2. Захист дітей від примусового пасивного вдихання тютюнового диму.

Слід ще раз підкреслити, що організація і здійснення медичної допомоги у відмові від тютюнопаління є надзвичайно перспективними, але практично нереалізованим у нашій країні напрямком профілактики і лікування захворювань. Тому надання того чи іншого обсягу допомоги пацієнтам у відмові від тютюнопаління – це професійний обов'язок і борг лікаря будь-якої спеціальності, незалежно від умов і можливостей у його робочому режимі. Досвід багатьох країн, які досягли значних успіхів у зниженні захворюваності і смертності від хронічних неінфекційних захворювань, довів, що саме зменшення поширеності куріння та активна пропаганда припинення куріння, як на державному рівні, так і індивідуально позитивно впливає на показники здоров'я. Тут доречно процитувати положення, наведене в Американському протираковому товаристві, яке стверджує: "За кілька годин роботи зі зниження поширення куріння онколог може врятувати більше людських життів, ніж за багато років, займаючись лікуванням хворих на рак легень".

INFLUENCE OF SMOKING ON THE ORGANS OF BREATHING

M. M. Ostrovskiy, O. I. Varunkiv
Ivano-Frankivs'k National Medical University;
76000, Ivano-Frankivs'k, Galytska str., 2

In our time 9 million active smokers which make third of all capable of working population of country are counted in Ukraine almost. Substantially improving the health of this enormous amount of people is possible without bringing in of considerable material charges, affecting one factor - smoking only.

Without regard to the considerable role of the specialized establishments, experience of countries which successfully conduct the fight against smoking leads to that basic payment in the waiver of smoking is brought in by the medical workers of the first structures of health protection. Establishments of the first medico-sanitary help are an optimum place for the exposure of active smokers. Advices of physicians which have authority are executed, and their being informed in relation to the health of patient and his family members allows to personification recommendations on the waiver of smoking and formation of motivation of waiver of smoking.

Key words: *smoking, heart-vessels diseases, oncology diseases, nicotine therapy, prophylaxis.*