



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001
„Информирани и здрави”

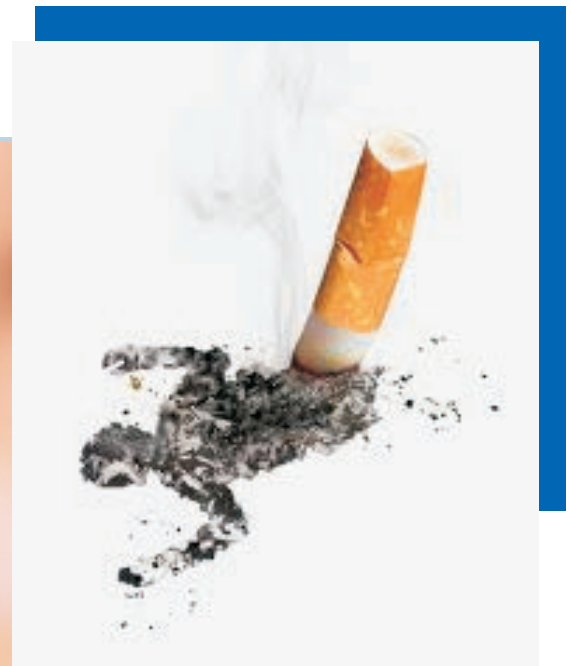
Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

РЪКОВОДСТВО

ЗА ДОБРА ПРАКТИКА
ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ
ОТНОСНО ОЦЕНКА И КОНТРОЛ
НА РИСКА ПРИ ПУШАЧИ



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

2013



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001
„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

РЪКОВОДСТВО

ЗА ДОБРА ПРАКТИКА
ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ
ОТНОСНО ОЦЕНКА И КОНТРОЛ
НА РИСКА ПРИ ПУШАЧИ





Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

Настоящото ръководство е изготвено с финансовата помощ на Европейския социален фонд. Министерство на здравеопазването носи цялата отговорност за съдържанието на настоящото ръководство и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или Агенцията за социално подпомагане.

АВТОРСКИ КОЛЕКТИВ:

Доц. д-р Антоанета Манолова, дм

Доц. д-р Пламен Димитров, дм

Национален център по обществено здраве и анализи



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

СЪДЪРЖАНИЕ:

РЕЗЮМЕ

ВЪВЕДЕНИЕ

I. ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ТЮТЮНА И

ТЮТЮНЕВИТЕ ИЗДЕЛИЯ И ТЯХНАТА УПОТРЕБА

1.1. Съдържание на тютюна и тютюневите изделия

1.2. Разпространение на тютюнопушенето в Европейския съюз и у нас

1.3. Законодателна рамка за контрол на тютюнопушенето и
протекция на здравето

1.4. Рискове за здравето, свързани с тютюнопушенето

1.5. Ползи за здравето при отказване от тютюнопушенето

II. ОГРАНИЧАВАНЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО В УСЛОВИЯТА НА

ПЪРВИЧНАТА ЗДРАВНА ПОМОЩ

2.1. Основни понятия, класификации и инструментариум

2.2. Алгоритъм на организацията на медицинска помощ на пациенти-пушачи

2.3. Стратегии за отказване на тютюнопушенето -

добри практики за оценка и контрол

2.4. Терапевтично повлияване на процеса на отказване от тютюнопушенето

2.5. Наблюдение, контрол и предотвратяване на рецидивите

2.6. Ефективност на прилаганите подходи и методи на отказване

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БИБЛИОГРАФИЯ



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

РЕЗЮМЕ

Това ръководство има за цел да подпомогне медицинските специалисти в дейностите им, насочени както към превенция на тютюнопушенето сред населението, така и към ефективните интервенции за неговото предотвратяване сред пушачите.

Ръководството включва два раздела. Първи раздел представя обща информация относно тютюна и тютюневите изделия и тяхната употреба. Описани са основните понятия, свързани с проблема тютюнопушене и съответните класификации. Извършен е анализ на разпространението на тютюнопушенето в Европейския съюз и в България и използваната законодателна рамка за неговия контрол. Посочени са рисковете за здравето в резултат на тютюнопушенето, а също и ползите от неговото отказване.

Във втори раздел са посочени възможностите за ограничаване на тютюнопушенето в условията на първичната медицинска помощ - стратегии за отказване на тютюнопушенето; обем на дейностите на лекаря за работа с пушачите - добри практики за оценка и контрол; най-честите проблеми, възникващи при отказване от тютюнопушенето и начините за справяне с тях; терапевтично повлияване на процеса на отказване; ефективност на използваните подходи и методи.





ВЪВЕДЕНИЕ

Тютюнопушенето е сериозен медико-социален проблем и една от основните предотвратими причини за смърт и инвалидност в света. България е сред страните в Европа, в които тютюнопушенето е широко разпространено. То е основен фактор за съществуващата висока заболяемост, болестност и смъртност от сърдечносъдови, онкологични и белодробни заболявания у нас, като показателите ще продължават да се влошават, ако не се предприемат необходимите мерки.

Контролът върху тютюнопушенето е една от основните стратегии на Световната здравна организация и Европейския съюз в областта на общественото здраве. Ключов компонент на здравната промоция са превенцията и отказването от тютюнопушенето, като се препоръчва дейностите за борба с този вреден за здравето навик да бъдат интегрирани в първичната здравна помощ. Още повече, че тютюневата зависимост е призната като болестно състояние, което предизвиква психични и поведенчески разстройства, дефинирано в Международната класификация на болестите на СЗО, 10-та ревизия (МКБ - 10, код F-17) и в диагностичния и статистически справочник (DSM IV) на Американската психиатрична асоциация.

Разработката и реализацията на ефективни профилактика и контрол на тютюнопушенето и болестите, свързани с него, изисква комбинирани политически мерки, а също индивидуални и популационни стратегии. Необходимо е въвеждането на интегриран, научно обоснован алгоритъм за управление на риска от тютюнопушенето. Целеви групи в програмите за превенция на тютюнопушенето трябва да бъдат не само пушачите, но и техните семейства, както и най-уязвимите групи от населението (деца, бременни жени, болни от хронични инфекциозни болести). Разработването и оптимизирането на интегрирани подходи към решаването на проблема е особено важно в условията на реформиране на здравната система в страната.

Комплексният подход в профилактика на болестите, в резултат на тютюнопушенето, е свързан с ранното откриване на никотиновата зависимост и прилагането на съответните мерки за нейното лечение. Според 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, така че да се постигне ограничаване или преодоляване на зависимостта от тютюна, както от отделния индивид, така и от населението като цяло“.

От съществено значение е как лекарите възприемат своята роля в този процес. Те трябва да притежават не само необходимите знания и умения за прилагане на съответните интервенции в тази насока, но също и умения за консултиране и подкрепа на пациентите в процеса на отказване от тютюнопушенето, включени в тяхната рутинната дейност. Първата стъпка по отношение на контрола върху тютюнопушенето и отказването му, в рутинната дейност на медицинските специалисти от ПМП, е идентифицирането на пушачите - една практика, която увеличава възможността на пушачите да им бъде предоставена помощ за отказване, а на общопрактикуващите лекари - шанса да насочат пушачите към програми за отказване. Пропусъкът да се даде съвет за отказване от тютюнопушенето по време на посещение при лекаря е явление, което често се наблюдава. Този пропуск в задълженията може да бъде свързан както с недостатъчната подготовка по проблемите на контрола, превенцията и лечението на тютюнопушенето, така и с липсата на време, поради организационни ограничения и увеличено натоварване,



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001
„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

навиците за пушене на медицинския специалист и др.

Натоварването в работата на специалистите от първичната медицинска помощ и липсата на достатъчно време за всеки пациент може да доведе до ограничаване възможностите за прилагане програмите за отказване от тютюнопушенето. Необходимо е фокусиране на вниманието върху всеки отделен случай. Споделената отговорност между предоставящия здравните грижи и пациента е ключовия аспект на управлението на отказването от тютюнопушенето. Важно е всяка възможност за интервенция да бъде използвана. В тази насока превенцията на тютюнопушенето и отказването могат и трябва да бъдат интегрирани в ежедневната практика на специалистите от първичната медицинска помощ. Доказано е, че съществува необходимия инструментариум, но трябва да се даде възможност и на лекаря да прояви своите умения. Практиката показва, че това може да бъде постигнато.

Тютюнопушенето е предотвратим рисков фактор за здравето и всяко усилие за неговото ограничаване е принос за общественото здраве.

Авторите се надяват, че това ръководство 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 редуцирането на тютюнопушенето сред българското население в бъдеще.



I. ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ТЮТЮНА И ТЮТЮНЕВИТЕ ИЗДЕЛИЯ И ТЯХНАТА УПОТРЕБА

1.1. Съдържание на тютюна и тютюневите изделия

Под названието тютюн се разбира изсушени или изсушени и ферментирали листа на тютюневите растения *Nicotiana tabacum* и *Nicotiana rustica*. Тютюнът произхожда от Америка. След пренасянето му в Европа, той бързо придобива популярност, превръщайки се в един от основните икономически двигатели на европейската колонизация на Америка.

Днес в света тютюнът заема около 50 млн. дка, със среден добив около 150 кг/дка. В Азия, Южна и Северна Америка се отглежда около 90% от тютюна в света. Най-много площи се засаждат в Китай, Индия, Турция, Индонезия и др. Най-много тютюн се произвежда в Китай, Индия, Бразилия, САЩ, Турция и др. В България отглеждането на тютюн датира от 1717 г. и има значително социално значение, тъй като при определени нископродуктивни почви тази култура се явява основна за населението, т.е. тя е в основата на традиционния му поминък. Поради загубване на основните пазари, довело до затруднения при изкупването на произведения тютюн и реализирането на продукцията (главно цигари), общите площи и производство на тютюн у нас силно намаляват. От 1 млн. дка площ и производство на 126.1 хил. тона тютюн през 1986 г. - през 2005 г. те са съответно 430 хил. дка и 62 хил. тона.

Обект на използване при тютюна са най-вече листата, а донякъде и стъблата и семената. От листата се получават различни тютюневи изделия - цигари, пури, тютюн за лула, дъвчене и смъркане.

Горящата цигара представлява уникална химическа лаборатория, генерираща над 7300 газообразни съставки, аерозоли и частици (72, 88). Биологично активните съставки на цигарения дим включват:

- **над 69 канцерогени, мутагени и тератогени:** (полициклични ароматни въглеводороди (PAHs - изолирани около 35), N-нитрозамини, ароматни амини (4-аминобифенил, 2-нафтиламин) бензен, пирен, бензпирен, изопреноид, антрацен, хидразин, винил хлорид, тежки метали (арсен, кадмий, хром, никел), радионуклиди (полоний 210, олово 210 и др.). Агенцията по опазване на околната среда на САЩ класифицира тютюневия дим като канцероген „клас А“, т.е. не съществува безопасно ниво на въздействие на цигарения дим върху човешкия организъм (91);

- **над 300 вещества с биологична токсичност и дразнещ ефект** върху ресничестия епител на дихателните пътища: (амоняк, формалдеhid, серен диоксид, акролеин, кротоналдеhid, формалдеhid, водороден цианид и др.);

- **токсични вещества, вредящи на репродукцията и растежа:** (въглероден оксид, въглероден дисулфид, олово, кадмий, никотин, толуен, полициклични ароматни въглеводороди и др.)

Димът от цигарата е динамична смес от:

- вещества под форма на частици - никотин, вода, метали (K, Na, Zn, Pb, Al, Cu, Cd, Ni, Mn, Fe, Mg, Hg, As, Sb, Te, Bi и др.), смоли/катрани (ароматни въглеводороди, нитрозамини, ароматни амини, пирен, бензпирен, изопреноид, антрацен и др.);

- вещества в газова/парова фаза - въглероден оксид и въглероден диоксид, циановодород, амоняк, изопрен, ацеталдеhid, акролеин, нитробензол, ацетон, сероводород и др.



В таблица 1 е представено съдържанието в една цигара на някои тези вещества (88):

Вещества в парова фаза	Съдържание (мкг/в 1 цигара)	Специфични компоненти под формата на частици	Съдържание (мкг/в 1 цигара)
Въглероден оксид	13	Никотин	1.8
Въглероден диоксид	50	Фенол	86.4
Амоняк	80	О-крезол	20.4
Циановодород	240	М- и Р- крезол	49.5
Изопрен	582	Н- етилфенол	18.2
Ацеталдехид	770	Карбазол	1.0
Акролеин	84	Индол	14.0
Нитрометан	0.5	Бензантрацен	0.044
Нитробензол	1.1	Бензпирен	0.025
Ацетон	578	Флуорен	0.42
Бензин	67	Инсектециди	0.77-1.75

По-голямата част от дима при тютюнопушене се отделя в околната среда и се превръща в един от водещите замърсители на въздуха в затворени помещения.

Различните компоненти на тютюневия дим се отделят във въздуха чрез химически реакции под въздействие на високата температура (88):

- температурата на тлеещия тютюн е 300о С по време на вдишването;
- температурата в димящия край на цигарата достига до 900-1100о С;
- температурата на тютюневия дим е около 40-60о С .

Тютюневият дим в затворените помещения е комбинация от два потока (88, 89):

• **главен димен поток** - образува се в горящия край на цигарата в момента на вдишване, като представлява 32% от общото количество дим при цигари без филтър и 23% от общото количество дим при цигари с филтър;

• **страничен димен поток** - отделя се от тлеещата цигара между всмукванията и представлява около 85% от дима в затвореното помещение. Съдържа по-голямо количество вредни вещества: 2 пъти повече никотин, 5 пъти повече въглероден оксид, 73 пъти повече амоняк, 3 пъти повече бензпирен, повече кадмий. Съдържа и по-високи концентрации на: полициклически ароматни въглеводороди; нитрозамини; AZA-арени, пиридинови производни, 1.3-бутадиен, акролеин, изопрен, бензен и толуен. Основно това е димът, който вдишват не само пушачите, но и непушачите, намиращи се в същото помещение.

Пасивното тютюнопушене (Environmental tobacco smoke - ETS) представлява вдишването на дима, отделен от цигарата на пушачи, с които непушач се намира в едно помещение. В помещение, в което се пуши, докато пушачът изпушва десет цигари, непушачът, който диша неговия дим, поема вредни вещества, все едно е изпушил шест цигари, т.е само с 45% по-малко. Поради тази причина заболяванията, засягащи активните пушачи засягат и непушачите, изложени на тютюнев дим (57). Изключително уязвима група представляват децата - пасивни пушачи (26,89).

Поради анатомичната и функционална незрялост на дихателната система при децата, несъвършената обща и местна защита, повишената чувствителност към токсични вещества, съдържани в цигарения дим, по - учестеното дишане, повишената белодробна вентилация, децата вдишват по-високи концентрации на цигарен дим при еднаква експозиция с възрастните. Здравният риск при децата-пасивни пушачи е два до четири пъти по-висок в сравнение с риска при възрастните непушачи, изложени на тютюнев дим (26).



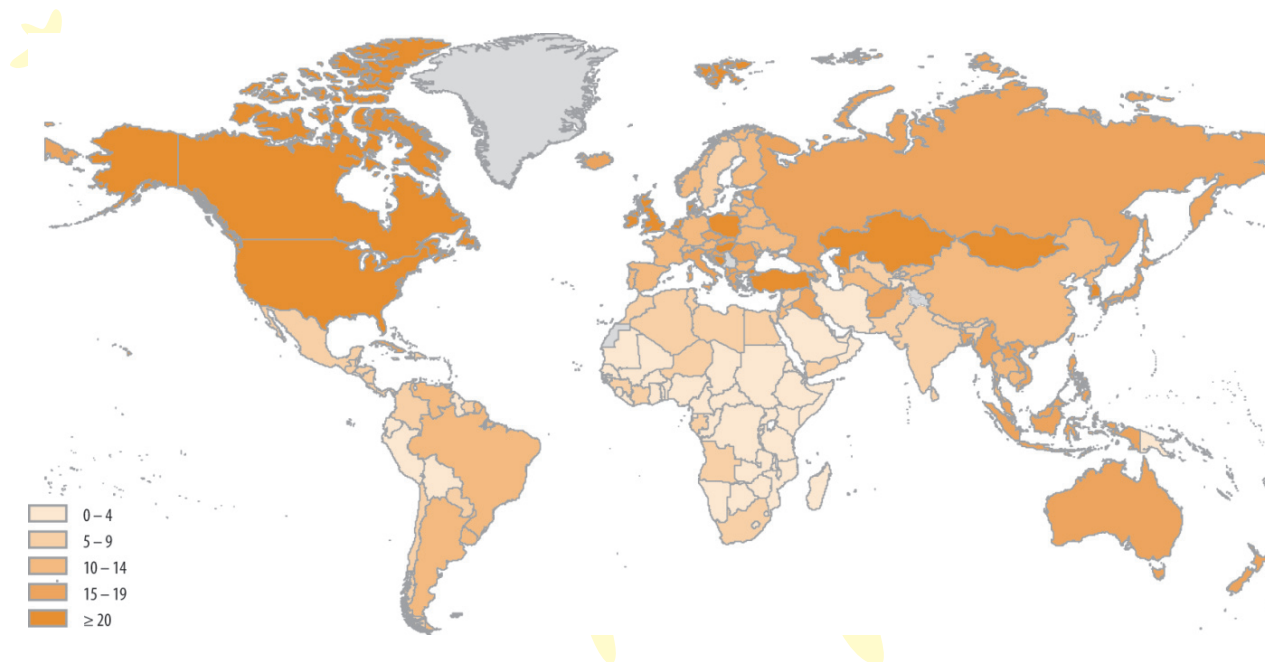
1.2. Разпространение на тютюнопушенето в ЕС и у нас

В глобален мащаб, тютюнопушенето е една от доказаните водещи, предотвратими причини за болестност и смъртност, а тютюнът е единствената законно продавана потребителска стока, която убива почти половината от тези, които я употребяват. Тютюнопушенето е доказана причината за развитието на онкологични, сърдечносъдови и респираторни заболявания, което причинява повече проблеми от алкохола, наркотиците, високото артериално налягане, наднорменото тегло или високия холестерол (88, 92). Последните изследвания документират и значим здравен риск следствие пасивното излагане на тютюнев дим (64, 92).

По данни на Световната здравна организация (СЗО) всяка година над 5.6 милиона души в целия свят умират преждевременно от заболявания, свързани с тютюна. Около 1 от 8 смъртни случаи сред населението над 30-годишна възраст се дължи на тютюнопушенето (98).

До 2030 г. смъртността се очаква да достигне до 8 милиона годишно (99).

Фиг. 1. Смъртност от заболявания, свързани с тютюнопушенето (30)



Ако подобни тенденции се запазят, през 21 век тютюнопушенето ще е причина за смърт на около 1 милиард души. Смята се, че повече от 80% от тези смъртни случаи ще са в страните с ниски и средни доходи. Много от бъдещите жертви на тютюнопушенето днес са деца и ако се обърне това в цифри - за 30 години 250 милиона, сега живи и здрави деца и юноши, ще бъдат убити преждевременно от тютюна (99).

Въпреки доказания здравен риск и повишената осведоменост на обществото за заболяванията, причинени от тютюнопушенето, употребата на тютюневи изделия остава все още широко разпространена. По данни на СЗО общият брой на пушачите в света е 1.3 млрд., от тях 250 млн. са лица до 18 години (30, 99).

Последните оценки в страните от Европейския съюз (ЕС) през 2012 показват, че броят на пушачите също остава висок, независимо от намалението му с 5 пункта в сравнение с 2006 г (78). По данни на Евробарометър, през 2012 г. в ЕС пуши 28% от населението като цяло и 29% от европейците на възраст 15-24 години. Цигари употребяват 95% от пушачите в Европа (фабрични - 89% и ръчно направени - 26%). Пушещите пури или лула са съответно 3% и 2%. Пове-



чето пушачи (46%) изпушват по 11-20 цигари дневно, 29% пушат по 6-10 цигари дневно, а 16% са умерени или леки пушачи (14% пушат 1-5 цигари и 2% по-малко от 1 цигара дневно) (78).

Средната дневна консумация на едно лице от страна в ЕС е 14.2 цигари. Отчита се незначително намаление в сравнение с 2009 г., когато средният брой изпушени цигари дневно е бил 14.4 (77). През 2012 г. между държавите-членки се отбелязват значителни разлики по този индикатор: най-високите средни стойности се наблюдават в Кипър (20.5 цигари дневно), Гърция (19.4 цигари дневно) и Австрия (18.3 цигари дневно), а най-малко цигари се консумират в Словакия (11.7 цигари дневно), Франция (11.9 цигари дневно) и Швеция (12.8 цигари дневно).

Мъжете пушат повече цигари на ден, отколкото жените (15.4 срещу 12.8). Средният брой на изпушените цигари на ден се увеличава с възрастта на респондента - пушачите на възраст 15-24 пушат по 10.7 цигари дневно, докато тези на възраст 25-39 г. - средно по 13.7 цигари на ден, а тези на възраст 40-54 г. - средно 15.5 цигари на ден (78).

Най-много пушат:

- мъжете;
- лицата на възраст 25-54;
- безработните, заетите с физически труд и самонаетите;
- лицата с по-нисък социално-икономически статус.

Като цяло, европейците започват да пушат малко преди навършване на 18-годишна възраст (70% от настоящите и бивши пушачи), една четвърт (24%) - на възраст между 19 и 25 години, а 4% са пропушили, след като са навършили 25 г. Средната възраст на пропушване при мъжете е малко по-ниска от тази на жените (78).

Тютюнопушенето е широко разпространено у нас. България е сред водещите страни по употреба на тютюневи изделия, основно на цигари. От 2001 г. до 2005 г. тя заема трета позиция след Гърция и Япония в света по потребление на човек от населението (99).

Ако през 1952 г. са пушили 13.7% от българските граждани, то според две изследвания на НСИ и едно на НЦОЗА, се отчита тенденция за около 3-кратно нарастване броя на възрастните пушачи в България през последните години на миналия век до 2007 г.: от 35.6% през 1996, 40.5% през 2001, 45.2% през 2007. Тези цифри се дължат главно на значителния скок на тютюнопушенето сред жените от 23.8% през 1996 г. до 43% през 2005 г. и 38.1% през 2007 г. През 2008 г. се установява еднакво намаление с около 10-11 пункта на тютюнопушенето и при двата пола - редовни пушачи са 46.6% от мъжете пушачи и 32.7% от жените (1, 3).

През 2009 и 2012 г. България се нарежда на второ място сред Гърция по брой пушачи, съответно 39% и 36% (77,78).

Данните от доклада Health at a Glance: Europe 2012 (63) сочат, че докато редовно пушещите мъже в България са 40% от популацията 15+ и заемат трета позиция в ЕС след Латвия (46%) и Естония (43%), то при жените броят на редовните пушачи намалява (19%), като достига стойности близки до средните за ЕС (18%).



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

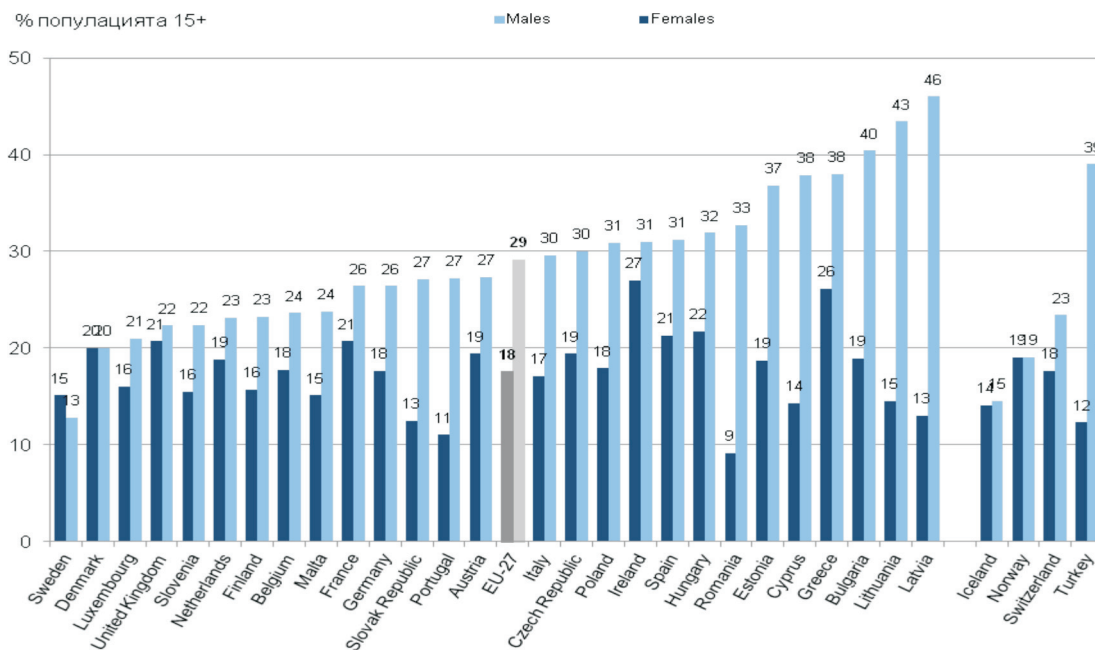
„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

Фиг. 2. Редовно тютюнопушене при мъже и жени на 15 и повече години в ЕС (63)



На този фон, данните на НСИ сочат значимо намаление на потреблението на цигари средно на лице от домакинството на страната за периода 1999-2011 г (38).

Табл. 2. Цигари средно на лице от домакинство на страната (38)

Година	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Цигари (бр.)	1000	1000	1000	916	978	931	926	726	854	860	778	591	547

По данни на „Галъп Интернешънъл”, през 2011 г. относителният дял на пушачите е значително по-висок сред (6):

- мъжете - 46% пушачи;
- 18-25 годишните - 46%;
- 26-40 годишните - 55%;
- жители на малки градове - 45%;
- българи със среден (46%) и над средния доход (49%).

По данни на Евробарометър, през 2009 г. никога не са пушили 46%, а през 2012 г - 48% от населението в страната (77,78). Относителният дял на отказалите цигарите пушачи е съответно 15% и 16%. На фона на 22% отказали се пушачи в ЕС през 2012, България (16%) се приближава до страните с най-ниско ниво на отказване (Румъния, Португалия и Гърция, съответно 12%, 13% и 14% отказали се от тютюнопушенето). Сред лицата, отказали се от тютюнопушенето, преобладават мъжете, предимно над 55-годишна възраст. Над 90% от тях са пушили фабрични цигари (77, 78).

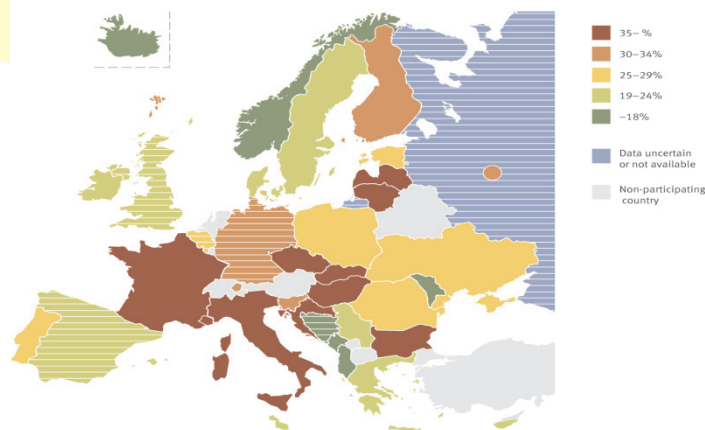
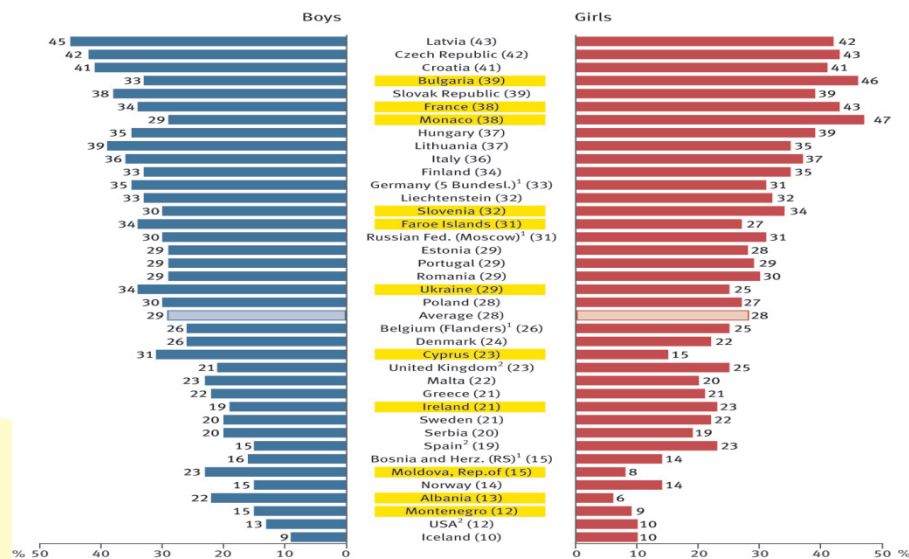
Сериозен проблем се явява тютюнопушенето сред българските деца и юноши. Изследване през 2008 г., сред 13-15-годишни ученици, в рамките на Глобалното проучване на тютюнопушенето при младите хора (GYTS), показва, че правилите опити да пушат са 58.8%, като 56.1% са момчета и 61.3% са момичета. Запалилите първата си цигара преди 10-годишна възраст са 21.2% (26.6% момчета и 16.3% момичета). Пушилите цигари през последния месец са 28.2%,



като 24.4% са момчета и 31.6% са момичета. Независимо от намалението на броя на редовните пушачи в сравнение с първия етап на проучването (2002), непушачите, склонни да пропушат са се увеличили и при двата пола с около 5% - от 29.2% през 2002 на 31.2% през 2008 г (5).

Значително високо е равнището на тютюнопушене и сред 16- годишните български ученици. В Европейския училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици ESPAD, 2011 г. (32) се посочва, че от 36 страни, участващи в проекта, между 26 и 78% от учениците са пушили цигари поне веднъж в живота си, като в България това са 66% от младежите (съответно 62% от момчетата и 71% от момичета) (фиг. 3).

Фиг. 3. Тютюнопушене през последния месец - ESPAD, 2011 г. (32)



В страните, участвали във всичките пет изследвания, се наблюдава намаление със 7% на този индикатор между 1999 и 2007 г., като ситуацията остава същата между 2007 и 2011 г. Това намаление важи и за нашата страна (32).

Изключително уязвима група се явяват децата - пасивни пушачи. По изчисления на СЗО: при над 1 милиард възрастни пушачи в света, 700 хиляди са деца - пасивни пушачи (99). Изследване през 2008 г. у нас показва, че на пасивно тютюнопушене у дома са изложени 71.9% от 13-15-годишните деца (5).



Както се вижда от представените данни, съществува изразена тенденция за ограничаване на тютюнопушенето сред възрастни и деца. Въвеждането първоначално на частична, а от 2012 година на тотална забрана на тютюнопушенето в закрити обществени места, ще продължи тази благоприятна тенденция. Доказано е, че политиките за среда без тютюнев дим освен, че предпазват непушачите от експозиция на цигарен дим и намаляват негативния ефект от тютюнопушенето, водят до намаляване на консумацията на тютюн, стимулират отказването от опити за пушене и намаляват пушенето при младите хора, без да вредят на икономиката.

1.3. Законодателна рамка за контрол на тютюнопушенето и протекция на здравето

Рамковата конвенция за контрол на тютюна (РККТ) на СЗО е първият международен договор за обществено здраве в света, влязъл в сила на 27 февруари 2005 година. СЗО приема РККТ, решена да предпази настоящите и бъдещите поколения от унищожителните здравни, социални, екологични и икономически последици от употребата на тютюн и излагането на тютюнев дим (97). Република България е ратифицирала РККТ, като за нашата страна тя е в сила от 05.02.2006 г.

Конкретните направления на контрола върху тютюнопушенето (4, 47) включват законодателни актове, свързани с: рекламирането и спонсорирането на тютюневи изделия; тютюнопушенето на закрити работни и обществени места; регламентиране продажбата на тютюневи изделия - в т.ч. минимално допустимата възраст за продажба/закупуване; законови разпоредби, определящи т. нар. „идентификация и правна регулация на продукта”, включващи: информация за потребителя по отношение на нивото (концентрацията) на вредни и токсични вещества в цигарите (никотин, катран, въглероден оксид); негативните последици за здравето от употребата на тютюн (здравни предупреждения върху потребителските опаковки) и т.н.

В друга група законодателни актове се включват ценовата политика, акцизите, мерките срещу контрабандата и незаконния внос и други, при които по пътя на фискалните и правно-регулаторни механизми се постига ограничение на достъпността на тютюневия продукт.

Тютюнопушене на закрити обществени и работни места (37)

Осигуряването на среда, свободна от тютюнев дим, е едно от основните направления на контрола на тютюнопушенето (член 8 от РККТ). Свързано е с опазване правото на непушачите да живеят и работят в „среда, свободна от тютюнев дим“. Чрез въвеждане на тотална забрана за тютюнопушенето на обществени места значително се променя социалното възприемане на тютюнопушенето като обществено поведение.

През последните 10 и повече години в България се разгърна истинска полемика, свързана със забраната на тютюнопушенето в закритите обществени места, която ангажира здравните професионалисти, медиите, хората на бизнеса и политиците. Диспутът завърши с приемане на текста на окончателната забрана през 2012 г.

Законодателните текстове, регулиращи тютюнопушенето на закрити обществени и работни места, както и някои открити обществени места, са регламентирани в чл. 56 и 56а от Закона за здравето (обн., ДВ, бр. 70 от 2004 г., посл. изм. и доп. бр. 30 от 2013 г.)

„Чл. 56. (Изм. - ДВ, бр. 40 от 2012 г., в сила от 01.06.2012 г.) (1) Забранява се тютюнопушенето в закритите обществени места.

(2) Забранява се тютюнопушенето и в помещенията с обособени работни места, където се полага труд, както и в помещенията към тях със спомагателно и обслужващо предназначение.

(3) По изключение се допуска тютюнопушене в обособени самостоятелни помещения, разположени в сградите на летищата.

(4) В обособените самостоятелни помещения по ал. 3 не се разрешава присъствието на лица до 18-годишна възраст.

(5) Обособените самостоятелни помещения по ал. 3 се отделят с въздухонепроницаеми стени, плътно затварящи се врати, обозначават се ясно и в тях се изгражда вентилационна инсталация.



(6) Министерският съвет определя с наредба изискванията, на които трябва да отговарят обособените самостоятелни помещения по ал. 3.

Чл. 56а. (изм. - ДВ, бр. 40 от 2012 г., в сила от 01.06.2012 г.) Забранява се тютюнопушенето на следните открити обществени места:

1. прилежащите терени и тротоари на детските ясли, детските градини, училищата, ученическите общежития и местата, където се предоставят социални услуги за деца;
2. площадките за игра;
3. на които са организирани мероприятия за деца и ученици;
4. спортните обекти, летните кина и театри - по време на спортни и културни прояви.“

Реклама на тютюневите изделия (37)

Забраните за рекламиране на тютюневи изделия действат ефективно, когато са широко-копектърни и включват всички медии и форми на реклама (вкл. директна и индиректна), промоция на тютюневи изделия, спонсориране на мероприятия от страна на компаниите, като водят по литературни данни до намаляване на търсенето с около 7%. Законното регулиране на рекламата на настоящия етап у нас се извършва посредством:

- **Закон за радиото и телевизията** (обн., ДВ, бр. 138 от 1998 г., посл. изм. и доп. ДВ, бр. 27 от 2013 г.)

В чл. 75, ал. 5, т. 3 се посочва, че търговските съобщения не трябва да насърчават поведение, което застрашава здравето или безопасността, а ал. 6 на същия член гласи: „Забраняват се всички форми на търговски съобщения за цигари и други тютюневи изделия.“ Алинея 2 на чл. 82 гласи: „Медийните услуги или предавания не могат да бъдат спонсорирани от лица, чиято основна дейност е производството или продажбата на цигари и други тютюневи изделия.“

- **Закон за тютюна и тютюневите изделия** (обн., ДВ, бр. 101 от 1993 г., посл. изм. и доп. ДВ, бр. 50 от 2012 г.).

Член 35 забранява директната реклама на цигари на всички обществени места с изключение на местата на производство и търговия. В последната редакция са включени нови забранителни текстове, отнасящи се до медиите, спонсорирането и Интернет, но са посочени и случаи, при които се допуска рекламиране в места и мероприятия, публиката на които не включва лица до 18 години.

Продажба на тютюневи изделия. Минимална възраст за закупуване/продаване (37)

- В член 30 на **Закон за тютюна и тютюневите изделия** се определя реда и условията на търговията на вътрешния пазар. В алинея 2 се изброяват реда и условията, при които се забранява продажбата на тютюневи изделия. По-съществени от посочените забрани са: за територията на детски ясли и градини, училища, общежития за ученици; на и от лица под 18 години; които не съответстват на здравните изисквания; в насипно състояние на отделни късове или бройки и отворени опаковки, на пури и пурети, върху които няма облепен акцизен бандерол; от автомати за продажба на тютюневи изделия и от щанда за самообслужване; върху опаковките, на които има текстове, названия, търговски марки, както и фигуративни или други знаци, определящи даден продукт като по-малко вреден; на спортни прояви и обществени мероприятия, организирани за деца и ученици, както и забрана за продажбата и предлагането на тютюневи изделия чрез използване на услугите на информационното общество.

Идентификация и правна регулация на тютюневите продукти (37)

Максималното допустимо съдържание на вредни съставки в цигарите е посочено в чл. 35а на **Закон за тютюна и тютюневите изделия**, като са определени съдържание на катран в една цигара - 10 мг, съдържание на никотин - 1 мг в цигара и съдържание на въглероден оксид - 10 мг в цигара. 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 от 2004 г., са въведени предупредителните надписи върху опаковките на тютюневите изделия, както и предоставянето на информацията за потребителя по отношение нивото на вредни и



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

токсични вещества в тях.

Ценова и данъчна политика (37)

Повишаване на данъците върху тютюневите изделия се счита за един от най-ефективните инструменти на широкоспектърната политика за контрол върху тютюна. В развитите страни увеличение на цените снижава консумацията средно с 4%, а в страните с ниски и средни доходи ограничението на консумацията може да достигне до 8%.

В България елементите на фискалната политика за контрол на тютюна се разглеждат в Закона за тютюна и тютюневите изделия и Закона за акцизите и данъчните складове (обн., ДВ, бр. 91 от 2005 г., посл. изм. и доп. ДВ, бр. 15 от 2013 г.). След като от 2005 г. Министерският съвет не определя цените на тютюневите изделия, единственият начин да се повлияе на цената е чрез увеличаване на акциза. Проследявайки нивото на специфичния акциз през последните години, се установява, че неговата стойност нараства от 15 лв. за 1000 къса (от 1.01.2006 г.), на 37 лв. за 1000 къса (от 1.01.2008 г.), на 41 лв. за 1000 къса (от 1.01.2009 г.), на 101 лв. за 1000 къса (от 1.01.2010 г.). Размерът на пропорционалния акциз варира през тези години, но последните промени в закона, които влизат в сила от 1.01.2010 г. гласят, че общия акциз не трябва да е по-малък от 148 лв. за 1000 къса. Прогресивно се увеличава и акцизната ставка за тютюна за пушене (за лула и цигари), който от 1.01.2010 г. е 100 лв. за килограм, от 1.01.2011 г. – 130 лв. килограм, а от 1.01.2012 г. 152 лв. за килограм. Акцизната ставка за пури и пурети е 270 лв. за 1000 къса.

Изключително важно за медицинските специалисти е пренасочването на част от постъпленията от акциза за промотивни дейности и контрол върху тютюнопушенето (в съответствие с препоръките на СЗО). България е предприела подобни стъпки в посока на подкрепа на общественото здраве, залегнали в Закона за здравето, чл. 53 ал. 3: „Едно на сто от средствата, постъпили в държавния бюджет от акцизите върху тютюневите изделия и спиртните напитки, се използват за финансиране на националните програми за ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и недопускане употребата на наркотични вещества“. За съжаление този текст реално не се прилага, поради което държавата не отделя достатъчно средства за реализацията на дейностите по посочените национални програми.

Политиката за контрол на тютюнопушенето е едно от най-ефективните средства за снижение на тенденциите в разпространението на тютюнопушенето и свързаните с него заболяемост и смъртност от редица заболявания (4, 47, 95, 97).

1.4. Рискове за здравето, свързани с тютюнопушенето

Според СЗО тютюнопушенето е най-важната предотвратима причина за 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 случая годишно (98).

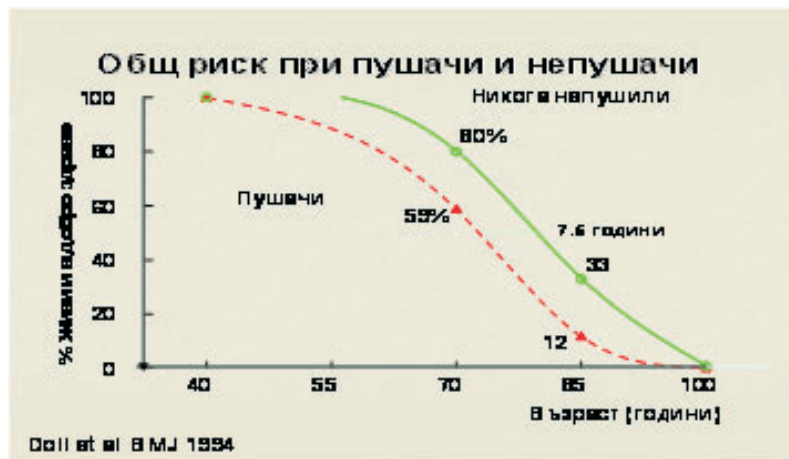
В Европа тютюнопушенето формира 12.2% от глобалното бреме на болестите (3%-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3 - 21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи (9).

Изчислено е, че приблизително 650 000 граждани на ЕС умират преждевременно всяка година заради употребата на тютюн, включително и непущачи, изложени на пасивно тютюнопушене. Така например, само за една година пасивното тютюнопушене е причинило смъртта на 602 421 души, от които: 379 000 смъртни случая на възрастни от сърдечносъдови заболявания, 165 000 смъртни случая на деца от инфекции на долните дихателни пътища, 36 950 смъртни случая на възрастни и на деца от астма, 21 400 смъртни случая на възрастни от рак на белите дробове и 71 смъртни случая на деца от инфекции на ушите. Около 50% от пушачите умират преждевременно (средно между 7 и 14 години по-рано) от болести, свързани с употребата на тютюневи изделия (42,63,98).



В публикуваното през 1994 г. 50-годишно лонгитудинално проучване на кохорта от 34 000 лекари, регистрирани във Великобритания през 1951 г. (включително данните за над 25 000 смъртни случая сред тях), Роберт Дол и сътрудници установяват статистически значимо по-висок дългосрочен риск от тютюнопушене и със 7.6 години по-висока преживяемост в добро здраве при непушачите в сравнение с пушачите им връстници (фиг. 4).

Фиг. 4. Общ риск при пушачи и непушачи (27)



Датско проучване върху средната продължителност на живота в добро здраве също така установява, че освен загубените години живот поради преждевременна смъртност поради заболявания, свързани с тютюнопушенето, преживяемостта е съчетана с влошено здравно състояние. Мъжете, интензивни пушачи (дефинирани като употребяващи най-малко 15 грама тютюн дневно), освен, че умират по-рано, те живеят средно 8 години в по-лошо здраве от непушачите. Близки са резултатите и сред жените - тези, които продължават да пушат интензивно, са прекарвали 12 години повече в лошо здравословно състояние в сравнение с непушачите, в допълнение към загубените години живот поради преждевременна смърт. Холандско проучване установява подобна зависимост между тютюнопушенето, преждевременната смъртност и живота в лошо здраве.

Тютюнопушенето е една от основните предотвратими причини за възникване на редица заболявания. Близко 13 милиона души в ЕС страдат от едно или повече заболявания от шестте основни категории болести, причинявани от употребата на тютюневи изделия (независимо дали става дума за цигари, пури, лули, или пасивно пушене (31, 85). Това са:

1. инфаркт на миокарда, мозъчен инсулт, запушване на артериите (особено на долните крайници) и други сърдечносъдови заболявания;
2. бронхит и други инфекции на долните дихателни пътища;
3. хронична обструктивна белодробна болест;
4. астма;
5. карцином на белия дроб;
6. други видове рак: на панкреаса, на хранопровода, на стомаха, на бъбреците, както и левкемия.

Ефекти от тютюнопушенето са и импотентност, безплодие, извън-маточна бременност, аборти, ранна менопауза, остеопороза, пожълтяване и сбръчкване на кожата, пожълтяване на зъбите, пръстите и ноктите.

Рискът за здравето при пушачите се увеличава с нарастване на броя на изпушваните цигари на ден, с продължителността на тютюнопушенето, с по-ранната възраст на пропушване и с по-дълбокото вдишване на дима.

Съгласно оценките на Световната банка цената, която плаща здравната система на дадена



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

държава за последствията за здравето от употребата на тютюневи изделия, съставлява между 0.1% и 1.1% от brutния вътрешен продукт в различните страни.

Тютюнопушене и онкологични заболявания

През 2011 г. стандартизираният коефициент за смъртност от новообразувания в България (243 ‰) е по-висок от средния за ЕС - 175 ‰. В структурата на смъртността по причини, новообразуванията (15.7%) са на второ място след болестите на органите на кръвообращението (9).

В страните от Западна Европа онкологични заболявания, свързани с употребата на тютюневи изделия, се развиват при 40% мъжете и 10% от жените. В Източна Европа тютюнопушенето причинява 50% от умиранията от онкологични заболявания при мъжете (35).

Рискът за свързаните с тютюнопушенето злокачествени новообразувания (ЗН) зависи в най-голяма степен от количеството вдишани вредни съставки на тютюневия дим и поради това индивидуалният риск за развитие на рак се увеличава с увеличението на броя на изпушваните цигари дневно, както и с продължителността на тютюнопушенето (т.н. пушачески стаж) (36).

При пушачите в сравнение с непушачите рискът се увеличава:

- при изпушване 1-10 цигари дневно - 4.6 - 11 пъти;
- при изпушване 11-20 цигари дневно - 18.6 пъти;
- при изпушване 21- цигари дневно - 31.6 пъти;
- при изпушване над 35 цигари дневно - 43.6 пъти;
- при пушене на лула или пури - 3.7 пъти;
- при пасивно тютюнопушене - 1.4 - 3.4 пъти.

Онкогенният риск, свързан с тютюнопушенето, също така е повлиян в голяма степен от възрастта на пропушване. Лицата, започнали да пушат преди 15-годишна възраст (каквото е случая с над 50% от българските деца (5) са с 5 пъти по-висок риск от белодробен рак в по-късните периоди от живота си в сравнение с тези, започнали да пушат редовно на 25 г (90).

Типът цигари също оказват влияние на риска от заболяване. Вредните съставки на тютюневия дим, вдишани от пушача на цигари с филтър са с 20% по-малко в сравнение с ръчно завитите или фабрични цигари без филтър. Тук трябва да се подчертае, че т.н. „леки“ цигари намаляват риска от рак на белите дробове незначително, въпреки че нивото на никотин и катрани в тях е по-ниско. Пушачите на „леки“ цигари дърпат често и по-силно от цигарата, за да си набавят необходимото количество никотин. Така в организма им попада същото количество канцерогени и токсиканти (88,90).

В научната литературата се представени следните данни за връзката между употребата на тютюневи изделия и възникването на различни видове рак, които сочат, че тютюневият дим е отговорен за (92):

- 60-90% от случаите на бронхо-белодробен рак;
- 84% от случаите на рак на ларинкса;
- 92% от случаите на рак на устната кухина, включително на езика;
- 78% от случаите на рак на хранопровода;
- 30% от случаите на рак на панкреаса;
- 30-70% от случаите на рак на пикочния мехур;
- 30-48% от случаите на рак на бъбреците.

Доказаните междуполови различия в разпространението на тези видове онкологични заболявания се обясняват с различния тип тютюнопушене при мъжете и жените, като мъжете са по-засегнатия пол.

Тютюневият дим е доказан рисков фактор за развитието на рака на маточната шийка, рак на храносмилателната система (стомах, хранопровод, фаринкс), бъбреци и пикочен мехур и някои видове левкемии (90,92).

Приетите с тютюневия дим канцерогени, преминават в кръвта и оттам се екскретират основно през бъбреците. Това обяснява високата честота на рака на бъбреците и пикочния



мехур. Канцерогените също така попадат чрез слюнката и увреждат най-вече горния отдел на храносмилателната система. Отпадни продукти се установяват в маточния секрет на жените-пушачи. В таблица 3 са посочени вероятните канцерогени, съдържащи се в тютюневия дим и специфичните локализации, свързани с тяхното действие (88).

Табл. 3. Вероятни канцерогени, свързани с определени локализации на ЗН (88)

Локализация	Вероятни канцерогени
Бял дроб	Полициклични ароматни въглеводороди (PAHs), N-нитрозамини, алдехиди, бензен, тежки метали
Ларинкс	Полициклични ароматни въглеводороди
Устната кухина	N-нитрозамини
Хранопровод	N-нитрозамини
Панкреас	N-нитрозамини s
Шийка на матката	PAHs , N-нитрозамини
Пикочен мехур/бъбреци	Ароматни амини (4-аминобифенил, 2-нафтиламин)
Остра миелоидна левкемия)	Бензен

В таблица 3А е показана силата на доказателствата (достатъчна и възможна) за повишен риск от рак, дължащ се на употребата на тютюневи изделия(36).

Табл. 3А. Сила на доказателствата за повишен риск от онкологични заболявания, свързани с употребата на тютюневи изделия (36)

	бъбреци, ларинкс, черен дроб, бял дроб, носна кухина и синуси , хранопровод, устна кухина, яйчници, миелоидна левкемия <u>Възможна:</u> Рак на гърдата
Пасивно тютюнопушене	<u>Достатъчна:</u> Рак на бял дроб <u>Възможен:</u> Рак на ларинкс, фаринкс
Родителско пушене (Рак при детето)	<u>Достатъчен:</u> Хепатобластома <u>Възможен:</u> Левкемия
Бездимни тютюневи изделия Бетел смесен с тютюн Бетел самостоятелно	<u>Достатъчен:</u> Рак на хранопровод, устна кухина, панкреас <u>Достатъчен:</u> Рак на хранопровод, устна кухина, фаринкс <u>Достатъчен:</u> Рак на хранопровод, устна кухина

В промишлените райони рискът за рак при мъжете е 3-10 пъти по висок, отколкото при жените. Тези данни потвърждават факта, че тютюневият дим е по-силно канцерогенен при допълнително замърсяване на атмосферния въздух с други вредни вещества (42).

Редица изследвания сочат, че канцерогенният ефект на тютюнопушенето нараства при редовна употреба на алкохолни напитки. Съчетанието на тютюневия дим с алкохол води до развитието на (60,21):

- 60-80% от случаите на рак на устната кухина и фаринкса;
- 75% от случаите на рак на хранопровода;
- 85% от случаите на рак на ларинкса.

Тютюнопушене и белодробен карцином

Тази форма на онкологично заболяване е чувствителен индикатор за агресивното въздействие на тютюневия дим върху развитието на неопластичните процеси в човешкия органи-



зъм (43). В световен мащаб от белодробен карцином умират повече хора отколкото от другите видове злокачествени новообразувания. През 2000 г. от рак на белия дроб са се разболели 1.2 милиона души, а през 2008 г. - 1.5 милиона, като се среща по-често при мъжете. През първата година след поставяне на диагнозата умират 66% от мъжете и 62% от жените, а в следващите 5 години - 85% от мъжете и 80% жените (35).

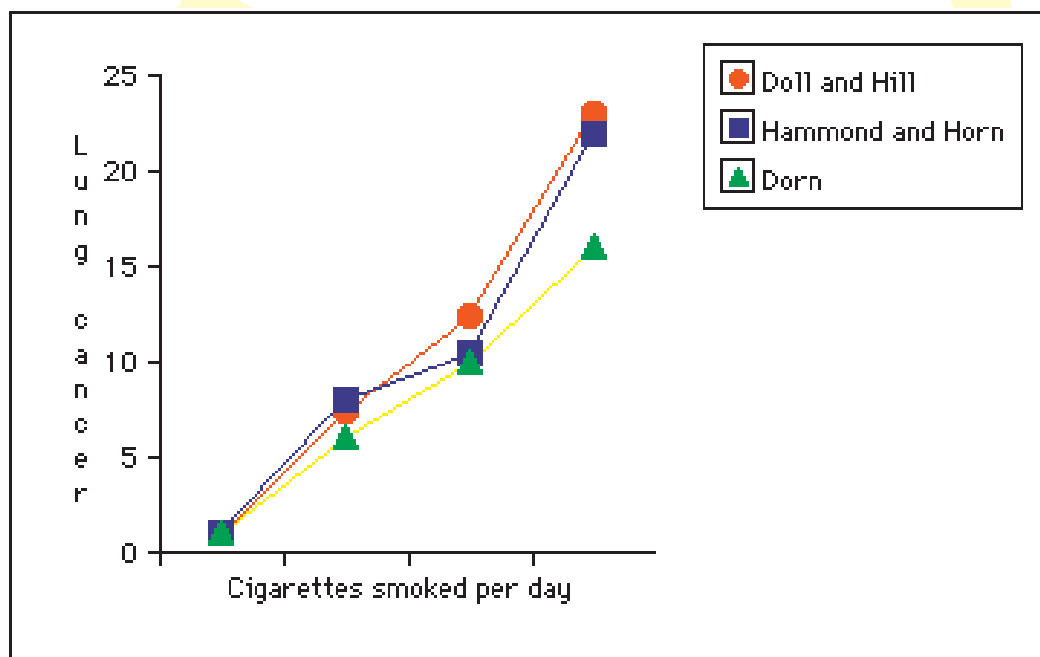
Като цяло, в сравнение с непушачите, мъжете-пушачи са с 23 пъти по-голям риск за развитие на белодробен карцином, а при жените-пушачки рискът е съответно 13 пъти по висок. При мъжете-пушачи смъртността достига 90%, а при жените-пушачки 80% (90,43).

Разпространението на рака на белия дроб и бронхите в Европа показва не само междуполови, но и известни географски разлики: ниска е честотата на случаите в Швеция, Норвегия, Исландия и в испанските области Гранада и Мурсия. Там ракът на белия дроб сред мъжете се среща 2 пъти по-рядко в сравнение с индустриалните райони на Шотландия, Англия, Долна Силезия и Централна Европа. В Испания рак на белия дроб се установява 16 пъти по често при мъжете в сравнение с жените; в скандинавските страни съотношението е 1:2.7 (Швеция) и 1:1.4 (Исландия) (63).

У нас в структурата на умираанията поради ЗН през 2010 г. водещи са заболяванията на ларинкса, трахеята, бронхите и белия дроб (22.1%), следват тези на дебелото черво (9.8%), стомаха (7.7%) и млечната жлеза при жените (6.7%). Смъртността от злокачествени новообразувания в България е по-ниска от средната за ЕС - 171.91‰, но показва тенденция за увеличаване (8).

Въз основа на 50-годишен период на наблюдение (British Doctors Study), Doll&Peto доказват значима връзка между продължителността на пушенето и риска за развитие на белодробен карцином (28). Установява се, че заболяемостта от белодробен карцином нараства 100-кратно при мъже с 45-годишен пушачески стаж, сравнено с мъже с 15-годишен пушачески стаж. Стократно увеличение се наблюдава както при интензивните, така и при свръх интензивните пушачи, като при последните се установява 25 пъти по-висок риск от смърт в сравнение с непушачите (фиг. 5).

Фиг. 5. Заболеваемост от белодробен карцином в зависимост от интензивността на тютюнопушене според 3 проучвания (28)





В доклад на Международната агенция по изследване на рака (IARC) от 2004 г. се подчертава влиянието на продължителността и интензитета на тютюнопушенето върху нарастването на риска за развитие на белодробен карцином. Така например се установява, че продължителната употреба на цигари е по-силен предиктор за смъртност от белодробен карцином, сравнено с интензивността на тютюнопушенето (43).

По отношение на пасивната експозиция на цигарен дим в доклада на IARC се изтъква, че рискът за развитие на белодробен карцином при непушачи, които живеят с пушач е с 20-30% по висок от риска при семейства на непушачи, след контрол на потенциални конфаундинг фактори. Както при активните пушачи, и при пасивните съществува доза-отговор зависимост между риска от белодробен карцином и годините на пасивно тютюнопушене в дома(43). По отношение на пасивната експозиция на тютюнев дим на работното място, въз основа на мета-анализи се посочва, че рискът от рак на белия дроб при пасивните пушачи е с 16-19% по-висок в сравнение с неекспонирани непушачи (54).

Доказано е, че пушачите инхалират над 69 карциногена, които директно или чрез метаболитите си се свързват с ДНК на клетките и образуват т. нар. ДНК-адукти. Те причиняват нарушения в кодирането и водят до възникване на трайни мутации, поради което заемат централно място в карциногенезата. Ако мутациите възникнат в „критични” райони (водещи до активиране на онкогени и дезактивиране на туморсупресорни гени), важни за контрола на растежа, се стига до загуба на механизмите на нормалната клетъчна пролиферация, геномна нестабилност и рак (88) (фиг. 6).

Фиг.6. Връзката между тютюнопушенето и рака, чрез карциногените в тютюневия дим (88)



Активните пушачи са с значимо по-висок риск за развитие на белодробен карцином от отказалите цигарите и непушачите (19) (Фиг.7).

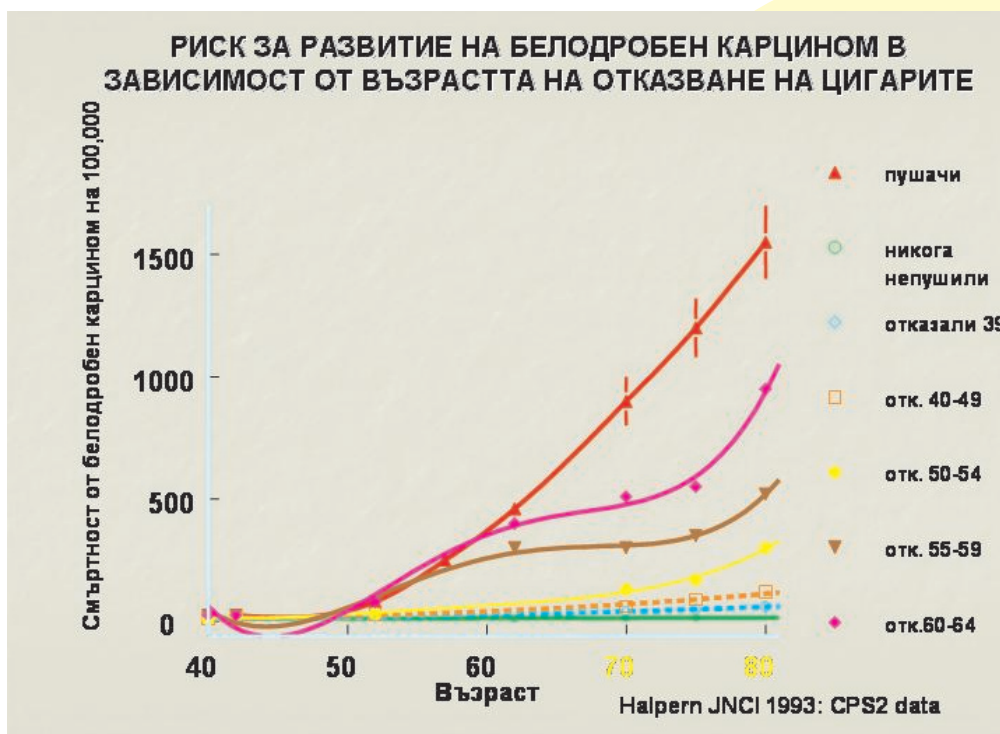


Фиг. 7. Риск за развитие на белодробен карцином при активни пушачи и отказали цигарите (19)



При отказване от тютюнопушенето рискът за възникване на белодробен карцином намалява до нивото на риска при непушачи след 10-12 години (15, 40), а смъртността зависи от възрастта на отказване на цигарите (фиг. 8).

Фиг. 8. Риск за развитие на белодробен карцином в зависимост от възрастта на отказване на цигарите (40)





Тютюнопушене и сърдечносъдови заболявания

Активното и пасивно тютюнопушене са двете основни предотвратими причини за сърдечносъдовата заболяемост и смъртност. Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) са една от основните причини за смърт и инвалидност на населението в световен мащаб (11, 44, 85).

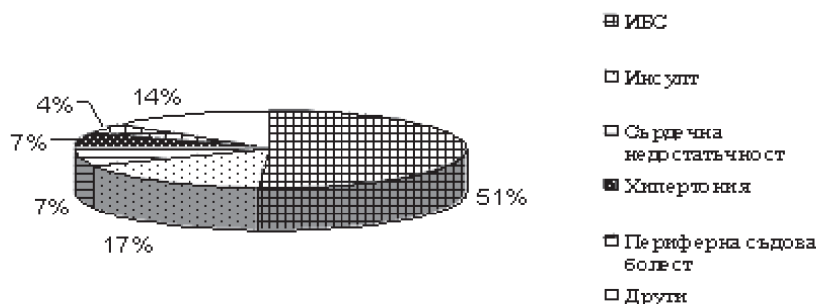
Във възрастовата група 45-65 г. ССЗ обуславят една трета от всички смъртни случаи при мъжете и около 10% при жените. В смъртността от исхемична и мозъчносъдова болест в ЕС се наблюдават големи субрегионални колебания. Понастоящем преждевременната смъртност от ССЗ в източноевропейските страни е два пъти по-висока, отколкото в останалата част на Европа (11, 63).

Въпреки тенденцията към намаляване през последните години, през 2011 г., стандартизираният коефициент за смъртност за България от болести на органите на кръвообращението е 621.69‰ и остава изключително висок в сравнение със средния за ЕС - 225.3‰. Тази група болести продължават да са водещи в структурата на смъртността по причини - 67.0%. В структурата на умираанията от болести на органите на кръвообращението с най-висок дял са представени сърдечната недостатъчност, мозъчносъдовата и исхемична болест на сърцето (съответно 33.2%, 28% и 17.5%) (8).

Около 25% от всички заболявания на сърдечносъдовата система са свързани с тютюнопушенето. То съкращава средната продължителност на живота на пушача с около 10 години. По данни на СЗО смъртността при лицата над 30-годишна възраст в Европа е 133 на 100 000 души от населението или 15% от смъртните случаи, свързани с тютюнопушенето, а в България тя е съответно 189 на 100 000 души и 12% (9).

Рискът от сърдечносъдова смъртност при пушачите е над 1.6 пъти по-висок от този при непушачите и нараства на 1.9 при тежките регулярни пушачи (фиг.9).

Фиг. 9. Структура на смъртността от ССЗ в САЩ през 2006 г. (88)



Тютюнопушенето е основен предотвратим рисков фактор за възникване на исхемична болест на сърцето (ИБС), мозъчно-съдова болест (исхемичен и хеморагичен инсулт), аортна аневризма, периферна съдова болест и застойна сърдечна недостатъчност (15, 101).

Доказана е нелинейна доза-отговор зависимост между активното и пасивно тютюнопушене и риска от сърдечносъдови заболявания, с рязко повишаване още при ниските нива на експозиция (включително експозиции на пасивно пушене или епизодично тютюнопушене) (52, 90).

Тежките последици от тютюнопушенето върху сърдечносъдовата система се дължат на остри ефекти върху тромбоцитите, функцията на ендотелните прогениторни клетки, съдовата ендотелна функция и сърдечната вариативност. Тези ефекти са свързани както с увеличаване вероятността от остър инцидент, така и могат да допринесат в дългосрочен план за развитие на ИБС. Тютюнопушенето е свързано с по-високи серумни нива на холестерола, нарушена вазомоторна реактивност на коронарните и мозъчните артерии, агрегацията на тромбоцитите и удължено протромбиновото време (44, 88).

Като цяло тютюнопушенето води до увреждане на ендотела и ендотелна дисфункция не



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

само на коронарните, но и периферните артерии. Редица проучвания доказват, че оксидиращи химични вещества и никотинът са отговорни за ендотелната дисфункция. Излагането на цигарен дим води до повишен риск от тромбоза, основен фактор в патогенезата на сърдечно-съдовите инциденти, следствие употребата на тютюневи изделия.

Тютюнопушенето предизвиква хронични възпалителни увреждания на съдовата стена, фактор в патогенезата на атерогенните процеси и повишава нивата на биомаркерите за възпаление, доказани мощни предиктори на сърдечно-съдовите епизоди. То води до атерогенен липиден профил, главно поради увеличаване на триглицеридите и намаляване на липопротеините с висока плътност. Тютюнопушенето причинява инсулинова резистентност и хронично възпаление, които могат да ускорят макро- и микро- васкуларните усложнения, включително нефропатия (88).

Тютюнопушенето е независим рисков фактор за ССЗ. Наличието на други рискови фактори (високо кръвно налягане, повишен холестерол и др.) при пушачите, увеличават допълнително риска за здравето. В зависимост от нивото на холестерола в кръвта при хипертоници пушачи има от три до шест пъти по-висок риск от смъртност, свързана с ИБС, отколкото при нормотонични непушачи. Рискът от заболяване на периферните артерии се повишава три пъти при пушачи, които имат артериална хипертония. При жените е установено синергично взаимодействие на тютюнопушенето и приема на контрацептивните таблетки, повишаващо значимо риска от миокарден инфаркт (90, 101).

Исхемичната болест на сърцето (ИБС) е водеща причина за смърт в повечето развити страни. Според СЗО около една трета от всички смъртни случаи вследствие на ИБС сред лица на средна възраст са свързани с тютюнопушенето (98). Установено е, че относителният риск от коронарна болест на сърцето е особено висок при по-младите възрастови групи. При мъже под 50-годишна възраст е установена значима връзка между тютюнопушенето и атеросклеротични увреждания на коронарните артерии и коремната аорта (52).

Относителният риск от МИ нараства 2 пъти сред общата популация над 60-годишна възраст. Нефатален МИ се развива: 5 пъти по-често при мъжете-пушачи на възраст 30-49 г., 3 пъти по-често при мъжете-пушачи на възраст 50-59 г и 2 пъти по-често при 60 - 79-годишните пушачи в сравнение с връстниците им непушачи. При 20% от пациентите, продължили да пушат след тромболитична терапия в рамките на 1 година, възниква повторен инфаркт. Рискът за фатален МИ при младите пушачи е четирикратно по-висок в сравнение с непушачите от същата възрастова група (82).

Тютюнопушенето се явява водещ рисков фактор за развитие на цереброваскуларна патология, като преходна мозъчна исхемия, исхемични и хеморагични инсулти. Относителният риск при тези заболявания е 3 пъти по-висок, а атрибутивният риск за смърт от инсулт при мъжете е 21,4%, а при жените - 9,9% (89, 90).

Честотата на периферно-съдовата болест (ПСБ) се увеличава с възрастта, като варира от 3 до 10% при по-младите до 15-20% при хората над 70 години. Тютюнопушенето и диабетът са доказани основни рискови фактори за периферна съдова болест, като относителният риск за възникването ѝ е 3-4 пъти по-висок при пушачите в сравнение с непушачите или отказалите цигарите. Множество проучвания доказват подобна връзка на тютюнопушенето с аортната дилатация или аортната аневризма (88, 96).

Отказването на тютюнопушенето е ефективен начин за намаляване на риска от развитие или забавяне на развитието на съществуващите сърдечно-съдови заболявания. Колкото по-рано човек откаже цигарите, толкова по-благоприятна е прогнозата. Една година след отказване рискът от ИБС намалява с 50%, а след 10 години относителният риск от смърт от сърдечно-съдови заболявания при бившите пушачи е близък до този на никога непушилите (85). При отказване на цигарите още през първите 2 години атрибутивният риск от инфаркт на миокарда и инсулт намалява 2 пъти. При пациенти с ИБС, подложени на ангиопластика или тромболиза, отказването намалява риска от остър коронарен синдром или повторен МИ до



този на никога непушилите (85).

Използването на никотин-заместващи средства, с цел отказване на цигарите, при хора с диагностицирано сърдечносъдово заболяване, е свързана с далеч по-малък риск от този, свързан с активното и пасивно тютюнопушене (76). До момента няма достатъчни доказателства, че само намаляването на броя на цигарите (а не тяхното отказване) намалява риска от ССЗ (29).

Тютюнопушене и белодробни болести

Белодробните заболявания имат изключително голямо социално-икономическо значение в световен мащаб. В България те са на трето място в смъртността по причини през 2011 г. (38.2 на 100000 души от населението) и на второ място сред хоспитализациите (3024.8 на 100000). Белодробните болести са причина за намаляване на качеството на живот на боледуващите от тях и ранна инвалидизация (9).

Най-разпространена сред респираторните заболявания е хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ). ХОББ е термин, с който се означават група заболявания (емфизем, хроничен бронхит, бронхиална астма и бронхиектазии), протичащи с хронична или повтаряща се обструкция на дихателните пътища (бронхи, терминални и респираторни бронхиоли). Според статистиката в света един на всеки десет души над 40-годишна възраст страда от ХОББ. По данни на СЗО през 2002 г. в света на всеки час са умирали средно 250 души от ХОББ. Ако през 2005 г. в Европа са регистрирани 3 млн. смъртни случая, то през 2020 г. се очаква смъртността да нарасне с 30%. Прогнозите сочат, че през 2020 г. ХОББ ще се превърне в третата причина за смърт в световен мащаб след инфарктите и инсултите (98, 99).

Съществуват неоспорими доказателства, че тютюнопушенето - активно и пасивно, е основен рисков фактор за развитието и високата смъртност от хронична обструктивна белодробна болест (87). Броят на смъртните случаи от ХОББ е в пряка зависимост от интензивността на тютюнопушенето. Сред мъжете пушачи смъртността от хронична обструктивна белодробна болест, в зависимост от броя на изпушените цигари, е по-висока от тази на непушачите с 4-25 пъти, при жените пушачи смъртността от ХОББ е малко по-ниска, но нараства бързо. Рискът се увеличава успоредно с възрастта и пушаческия стаж (43, 74).

При пациентите с ХОББ рязко нараства вероятността от развитие на белодробен карцином - с около 4.5 пъти, като в същото време около 60 до 70% от пациентите с белодробен рак имат и ХОББ (43).

В ЕС разходите за белодробни заболявания са 6% от общите разходи за здравни нужди. От тях 56%, т.е. 38.6 млрд. евро, се дължат на ХОББ. Честотата на това заболяване е между 3 и 12% сред хората над 40 г., а при мъжете над 65 г. може да надхвърли 20% (74). В момента в България от ХОББ се лекуват около 40 хил. души, но се предполага, че броят на засегнатите достига 500 хил. души (9).

Не е напълно изяснено как тютюневият дим и другите инхалирани частици увреждат белия дроб и предизвикват ХОББ. Най-важните процеси, предизвикващи белодробно увреждане са (87, 88):

- оксидативен стрес, дължащ се на големи концентрации от свободни радикали в тютюневия дим;
- цитокиново освобождаване поради възпаление;
- тютюневият дим и свободните радикали нарушават активността на антипротеазните ензими, като по този начин се медира увреждащото действие на протеазите.

Освен белодробен карцином и ХОББ, тютюнопушенето причинява и други белодробни болести, които имат системен ефект и върху целия организъм (90). Това са някои от интерстициалните белодробни болести (ИББ):

- десквамативна интерстициална пневмония;
- респираторен бронхиолит/интерстициална белодробна болест;
- белодробна лангерхансова клетъчна хистиоцитоза;



- комбинирани белодробна фиброза и емфизем;
- емфизем;

Интерстициалните белодробни болести са хетерогенна група белодробни нарушения, характеризиращи се с диспнея, дифузни паренхимни белодробни инфилтрати, рестриктивен вентилаторен синдром и нарушена газова обмяна.

В литературата са налице много доказателства, подкрепящи връзката между тютюнопушенето и ИББ. Те се основават на епидемиологични данни, доказващи преобладаването на пушачите сред засегнатата популация, потенциалната ремисия на болестта след спиране на тютюнопушенето, наличието на подобни лезии, особено респираторен бронхиолит, при здрави пушачи без интерстициална белодробна болест и наличието на комбинация от тези лезии при засегнати пушачи (10).

Рискът от развитие на астма е също така значимо по-висок сред настоящите и бивши пушачи, в сравнение с тези, които никога не са пушили (коригирано съотношение на шансовете, съответно OR 1.33 и 1.49). Резултатите от различни проучвания подкрепят хипотезата, че тютюнопушенето в юношеството причинява астма в зряла възраст.

Множество литературни данни показват, че цигареният дим уврежда дихателните пътища и белия дроб както чрез химическите си характеристики (съдържа оксиданти, нитрозамини, въглени, феноли), така и чрез физическите си характеристики - той е с висока температура и предизвиква термоувреждания на дихателния епител. Освен това има увреждащо въздействие върху сърфактанта, междуклетъчните връзки, води до структурни увреди в дихателните пътища и белодробния паренхим. Доказано е, че цигареният дим и хроничното му инхалиране предизвиква развитието на хронично възпаление в дихателната система на пушачите, били те активни или пасивни (88).

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. По-подробна информация относно въздействието на тютюнопушенето на майката върху плода е дадена в раздел 1.5.

- 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. При мъжете на възраст между 30 и 50 г. пушенето увеличава риска от еректилна дисфункция с 50%.

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.

- **Увреждания на очите:** лица, които пушат 20 и повече цигари дневно, имат два пъти по-голям риск за развитие на катаракта, отколкото непушачите. Дегенерацията на макулата, една честа причина за слепота при старите хора, е 2-5 пъти по-честа при пушачи, отколкото



при непушачи.

- **Увреждания на слуха:** пушачите за разлика от непушачите са с 70% по-голяма вероятност да развият слухови увреждания, стигащи до загуба на слуха.

- **Инфекции на венците:** инфекциите на венците около зъбите и парадонтозата са също много по-чести при пушачи, отколкото при непушачи. Пушенето се намесва в химията на устната кухина, като създава зъбна плака, пожълтяване на зъбите и спомага за тяхното разрушаване. Пушачите имат 1.5 пъти по-висок риск да загубят зъбите си.

- **Псориазис:** при пушачите е налице 2 до 3 пъти по-голяма вероятност от непушачите да заболели от псориазис.

Пасивно тютюнопушене

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: основния димен поток - димът, който се вдишва и после издишва от пушача и страничния димен поток - димът, който се отделя от края на димящата цигара (43, 89).

Продуктите от страничния поток попадат директно във въздуха. Поради бавното тлеене на тютюна, непрекъснато отделящият се дим от края на цигарата е значително по-токсичен. Това е димът, който непушачът вдишва. Много от токсичните вещества се съдържат в по-високи концентрации в страничния димен поток, отколкото в дима, който директно се всмуква от цигарата (72, 75).

Непушачите след 30-минутен престой в помещение, където се пуши, имат почти толкова въглероден оксид в кръвта, колкото активните пушачи, когато изпушат една цигара. Цигареният дим е причина за редица здравни проблеми у пасивните пушачи, възникващи при престой в задименото помещение: кашлица, главоболие, дразнене на очите, дразнене на гърлото, кихане и отделяне на секрет от носа, гадене, дихателни нарушения, ускорена сърдечна дейност (18). Пасивното пушене носи по-висок риск за хора, страдащи от: астма, сенна хрема, бронхит, белодробен емфизем, сърдечни заболявания (92).

Макар че рискът при непушачите е по-малък от този при пушачите, в резултат на пасивно пушене могат да настъпят редица болестни нарушения (вкл. онкологични и сърдечносъдови заболявания, мозъчен инсулт, астма и др.) (57, 48). Рискът от възникване на заболявания при непушачите, изложени на пасивно тютюнопушене, нараства (89):

- Белодробен карцином с 24-26%
- ССЗ с 25%
- МИ с 30-34%
- ИБС с 30%

Деца и пасивното тютюнопушене

Проучвания през последните години доказват, че експозицията на цигарен дим (ETS) в детска възраст води до редица негативни здравни ефекти, засягащи физическото, нервно-психично развитие и здравето на децата (26, 58, 73, 89).

Ако бременната жена пуши или е изложена на цигарен дим съществува по-висока вероятност от спонтанни аборти, отлепване на плацентата, преждевременно изтичане на околоплодните води и преждевременно раждане. Активното и пасивно тютюнопушене на бъдещата майка е свързано с различни отклонения в развитието на плода, води до раждане на деца с ниска телесна маса (< 2 500 г) и ръст (под 2 сигми). Тютюнопушенето на бъдещата майка е отговорно за 10% от детската смъртност (16).

Пренаталната експозицията на ETS в кърмаческа възраст е рисков фактор за синдрома на внезапната детска смърт (26). Счита се, че СО от тютюневия дим е причина за хипоксия, която нарушава развитието на механизмите на централния контрол върху дишането още във феталния период. При инфекции или хипертермия през първите месеци след раждането внезапната смърт може да се дължи именно на тази централна мозъчна дисфункция (89). Ако майката е пушила като бременна, относителният риск от синдрома на внезапна детска смърт



за нейното дете е 1.65. Ако тя пуши и след раждането, рискът се повишава до 2.3, а ако и бащата в семейството пуши, относителният риск е 3.5 (20).

Пасивното тютюнопушене в детска възраст е свързано с редица негативни последствия върху дихателната система, особено в ранна детска и предучилищна възраст. Доказано е, че родителите пушачи, по-често от непушачите съобщават за наличие на изразена респираторна симптоматика при децата си, извън остри респираторни заболявания (ОРЗ) (23). Налице е значим експозиционен доза-отговор ефект на броя пушачи в семейството. Относителният риск за поява на респираторни симптоми при деца на родители-пушачи е в границата 1.2 - 2.4 (92).

Установено е, че децата пасивни пушачи боледуват по-често от остри респираторни заболявания в сравнение с връстниците си, чиито родители не пушат. Това са обикновено вирусни инфекции, при които простудният фактор играе само предразполагаща роля, а въздействието на цигарения дим е една от водещите детерминанти на повишената чувствителност към различните вируси (23).

При децата на родители пушачи, ОРЗ най-често се усложняват с десцендиращи в по-ниските етажи на дихателната система бактериални инфекции. По-голямата част от проучванията на връзката ETS с бронхо-белодробната патология са фокусирани върху групата „заболявания на долния отдел на дихателната система“, който комбинира случаите на остър и обструктивен бронхит, бронхиолит и пневмония, а понякога и отделни респираторни симптоми (61, 20).

Повишената честота на респираторните инфекции от своя страна води до по-голям риск от заболявания на средното ухо, особено при кърмачета. Хроничният серозен отит също се среща по-често сред децата, изложени на ETS. Атрибутивният риск за възникване на среден отит от пасивно тютюнопушене е между 8 и 15% (73, 89).

В литературата не съществува ясен консенсус относно връзката на пасивното пушене и астмата (83). Изследвания сочат относителен риск от 1.21 (95% CI 1.17-1.31) при деца изложени на родителско пушене, като подчертават значението на постнаталната ETS експозиция. Мета-анализ на лонгитудинални и случай-контрола проучвания подчертават доза/отговор зависимостта, отчитайки, че разпространението на астмата нараства, ако в дома на детето пушат освен родителите и други членове на семейството, особено до 6-годишната му възраст (70, 73, 94).

При децата на родители пушачи често се наблюдават атопични заболявания. През първите 3 години от живота, съчетанието на пре- и постнатална ETS експозиция имат потенциращ ефект за появата на сенсибилизация към различни алергени. Ранното детство е рисковият период за сенсибилизирание на организма, поради недостатъчно развитите естествени защитни механизми (61).

Експозицията на ETS в детска възраст оказва негативен ефект върху цялостното развитие на дихателната система. Ако по време на бременността си майката е пушила, нарастването на белодробния комплайънс и понижението на съпротивлението на дихателните пътища се забавят през първите 18 месеца от живота на детето. Функционалните изследвания на дишането на деца- пасивни пушачи показват: понижен индекс на Тифно, понижен витален капацитет, промени в динамичните белодробни обеми (26,89).

ETS влияе върху физическото и психическото развитие. Децата на бременни пасивни пушачки се раждат със средно 70 г по-ниско тегло, а ако майката активно е пушила по 10 и повече цигари на ден, теглото на новороденото е намалено средно с 450 г. Освен по-ниско тегло при раждане и забавен тегловен прираст, децата на майки пушачки имат и по-нисък ръст за възрастта си (20).

Тютюнопушенето през бременността води до дефицит в интелектуалните способности, речевото развитие и постиженията в предучилищна възраст. Децата на активни пушачки през бременността имат и поведенчески проблеми - хиперактивност, нарушение на вниманието. Нарушенията на психическото развитие при тях се изразяват в изоставане в когнитивното развитие и обучителни затруднения. Не само активното пушене на майката, но и нейната ETS експозиция през бременността са причина за проблемите в нервнопсихическото развитие и поведение на децата (65,73).



1.5. Ползи за здравето при отказване от тютюнопушенето

След отказване от тютюнопушенето, свързаните с него рискове за здравето намаляват значително, пропорционално на периода на спиране, като в някои случаи нивото на риска се връща до това на непушачите. На табл. 4 са показани промените, които настъпват в организма след спиране на цигарите, а в табл. 4А е обобщено намаляването на риска от различни заболявания след отказване на тютюнопушенето (2).

Табл. 4. Промени, настъпващи в организма

СЛЕД	ПРОМЕНИ
6 часа	Сърдечната дейност се забавя, а кръвното налягане се понижава, макар че може да са необходими няколко седмици, докато те се нормализират напълно.
12 часа	Нивото на въглеродния оксид в кръвта се нормализира, повишава се съдържанието на кислород, белият дроб започва да работи малко по-добре, а задухът отслабва.
2 дни	Обонянието и вкусът се подобряват.
2 до 12 седмици	Кръвообращението се подобрява, което води до по-голяма лекота при ходене и бягане.
3 до 9 месеца	Кашлицата, хриповете и затрудненото дишане намаляват, а работата на белия дроб се подобрява с около 10%. Възстановяват се ресничките, които са част от протективния мукоцилиарен апарат на белите дробове, срещу всички вредни вещества, вдишани чрез въздуха, включително вируси и бактерии, което намалява заболяемостта от инфекции на дихателните пътища.
5 години	Рискът от сърдечен инфаркт става 2 пъти по-малък от този на пушачите.
10 години	Риск за заболяване от рак на белия дроб намалява 2 пъти в сравнение с този на пушачите, а рискът от сърдечен инфаркт става толкова нисък, колкото е при човек, който никога не е пушил.

Табл. 4А. Намаляване на риска след спиране на пушенето

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



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

Спирането на пушенето има непосредствени и значими ползи за здравето при всички хора, независимо от възрастта. 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, отказали цигарите, веднага след бременността, увеличават вероятността да родят доносно и здраво дете (89).

Някои научно доказани ползи (89):

- Рискът от инфаркт на миокарда се намалява наполовина (или повече) една година след отказването. Намалява се и риска от развитие на нов МИ. Това е особено важно при лица, при които има и други рискови фактори.
- Рискът от ИБС след спиране на тютюнопушенето намалява с около с 50% в рамките на една година след прекратяването, до 3-4 години той достига риска при непушачите.
- След спиране на тютюнопушенето рискът от мозъчен инсулт спада значително в рамките на първите две години, а след пет години - той се изравнява с този при непушачите.
- Увеличеният риск от инфаркт, мозъчен инсулт или кръвоизлив при ползващите орални контрацептиви жени-пушачи спада след прекратяване на тютюнопушенето.
- По отношение на ХОББ е установено, че след отказване от тютюнопушенето, кашлицата и хриповете значително намаляват, а белодробните функции се подобряват.





II. ОГРАНИЧАВАНЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО В УСЛОВИЯТА НА ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

2.1. Основни понятия, класификации и инструментариум (29)

Тютюнопушене е вдишването на дим от тлеещи тютюневи листа, чрез който се инхалират огромен брой вредни вещества, включително никотин. Тютюнопушенето може да бъде активно и пасивно.

Пасивно тютюнопушене (принудително пушене, излагане на дим „втора употреба“, втори дим в околната среда, environmental tobacco smoke, ETS) - вдишване на дима, отделен от цигарата на пушачи, с които непушач се намира в едно помещение.

Вид тютюневи изделия. Тютюнът се употребява основно под формата на: цигари, пури, лула, наргиле, бездимен тютюн (за дъвчене, смъркане).

Пушачи са лицата, употребяващи тютюневи изделия (активни пушачи) или изложени на тютюнев дим (пасивни пушачи).

Консумацията на тютюн може да се определи като:

- брой цигари, изпушвани за един ден;
- брой кутии/години (брой пакетогодини (ПГ)). Това е резултат от умножаването на броя кутии, изпушвани на ден, по броя на годините тютюнопушене (например, ако някой пуши 15 цигари на ден в продължение на 15 години, тези 15 години се равняват на $15 \times 15 / 20$ (брой цигари в пакета) = 11.2 ПГ).

Пушаческият статус е начин за количествено класифициране на индивидите според употребата на тютюневи изделия. Един работещ метод за определяне на пушаческия статус на пациента:

- редовен пушач - лице, което пуши всеки ден по една и повече цигари дневно през последните поне три месеца;
- епизодичен пушач - лице, което пуши по една или повече цигари, но не всеки ден;
- непушач - лице, което е изпушило през живота си не повече от 100 цигари (или 100 г тютюн, ако става дума за лула, пури или други тютюневи продукти);
- бивш пушач - лице, което е отказало цигарите преди поне шест месеца.

Интензивност на тютюнопушене. Според количеството изпушвани цигари дневно пушачите се делят на:

- умерен пушач - лице, което изпушва по 1-10 цигари дневно;
- интензивен пушач - лице, което изпушва по 11-20 цигари дневно;
- свръхинтензивен пушач - лице, което изпушва над 20 цигари дневно.

Определяне на пушаческия статус в практиката. Пушаческият статус и интензивността на тютюнопушене могат да бъдат диагностицирани чрез стандартни въпроси:

1. Пушили ли сте някога?
2. Колко цигари сте изпушили през живота си? Повече или по-малко от 100? (80 цигари = 100 г тютюн, като в 1 цигара се съдържат 0.8 г тютюн)?
3. Вие пушите всеки ден в определени дни/в определени ситуации? Какви са тези ситуации?



4. От колко години пушите?

5. Колко цигари (или други тютюневи продукти, например, пури, лула и др.) изпушвате на ден обикновено?

6. От колко години/месеца не пушите?

Тютюнопушенето е хронично рецидивиращо заболяване, свързано със зависимост към никотина, съдържащ се в тютюна. Никотиновата зависимост е патологично състояние, а не навик, порок, удоволствие или както го определя тютюневата индустрия „израз на свобода“ и „проява на личен избор“.

Никотинова зависимост. Призната е за болестно състояние, което предизвиква психични и поведенчески разстройства (МКБ, 10-та ревизия, код F-17; Диагностичен и статистически справочник (DSM-IV) на Американската психиатрична асоциация (14)

Според СЗО, едно лице се оценява като зависимо от никотина, когато има анамнеза за хронична употреба със следните характеристики:

- злоупотреба с веществото;
- употреба, която продължава, въпреки възприеманите негативни ефекти;
- висока толерантност към веществото;
- поява на абстинентни симптоми при опити за преустановяване на употребата.

Никотиновата зависимост има 2 компонента - физиологична и психологична зависимост. Освен физиологичната зависимост, повтарящата се употреба на тютюневи изделия може да се превърне в модел на поведение. Социалните контакти и ситуации, свързани с определена дневна рутина, могат да засилят употребата на тютюн. След известен период поведението се закрепва в ежедневието.

Симптомите на зависимост са физически, психологически, поведенчески и когнитивни, при които употребата на веществото (в този случай тютюн) става приоритет за засегнатото лице, измествайки други дейности, които преди са били предпочитани. Никотиновата зависимост се определя от множество фактори, сред които основна роля играе желанието да се преживеят фармакологичните ефекти на никотина и да се избегнат вероятните абстинентни явления, също и обусловените асоциации, както положителни (никотинът предизвиква психоактивна стимулация), така и отрицателни (липсата на никотин води до дискомфорт).

За установяване на никотиновата зависимост са необходими данни за:

- пушачески статус (непушач, бивш пушач, нередовен пушач, редовен пушач, употребяващ тютюн за дъвчене).
- вид употребяван тютюнев продукт (цигари, пури, лула, наргилета, електронни цигари или при употребяващите тютюн за дъвчене);
- консумация на тютюн (брой цигари, изпушвани за един ден; брой кутии/години (брой пакетогодини (ПГ)).

Оценка на никотиновата зависимост според СЗО. Тютюнева зависимост се установява при наличието на поне три от седемте определящи критерия, ако те са налице през последните 12 месеца:

- силно желание за пушене;
- проблеми с контрола на количеството;
- абстинентни симптоми при намаляване или спиране на тютюна;
- употребата продължава, независимо от очевидното вредно въздействие;
- предпочитане на пушенето пред други дейности;
- висок толеранс;
- физически симптоми на тютюнева абстиненция.

Практическо определяне степента на никотиновата зависимост: Най-често се използва Теста на Фагерстрьом. Тестът осигурява не само отговори от типа „да-не“, но и общ бал, който е много ценен в клиничната практика. Индексите са точкови. Изчисляват се като се съберат точките (в скоби) на отговорите на всички въпроси на теста. Колкото по висока е числената



стойност на индекса, толкова по-силна е зависимостта. Максималният брой точки е 10.

Тест на Фагерстром за определяне степента на никотиновата зависимост (39)

1. Колко скоро след събуждане изпушвате първата си цигара?

- в първите 5 минути (3)
- между 6 и 30 минути (2)
- между 31 и 60 минути (1)
- след 60 минути (0)

2. Трудно ли се въздържате да не пушите на място, където пушенето е забранено? (напр. кино, театър, събрание, библиотека, църква и т.н.)

- да (1)
- не (0)

3. От коя цигара Ви е най-трудно да се откажете?

- от първата сутринта (1)
- от всяка друга (0)

4. Колко цигари изпушвате на ден?

- 10 или по-малко (0)
- 11-20 (1)
- 21-30 (2)
- над 30 (3)

5. Пушите ли по-често през първия час след събуждане, в сравнение с останалата част от деня?

- да (1)
- не (0)

6. Пушите ли когато сте болен(а) и се налага да сте в леглото през по-голямата част от деня?

- да (1)
- не (0)

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

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.

Симптомите на никотинова абстиненция представляват сумата от всички промени, причинени от рязкото спиране на приема на никотин чрез консумацията на тютюн. Те са най-силно изразени през първите две до шест седмици. Този период след отказването трябва да бъде съпроводен от квалифицирана медицинска помощ и психологична подкрепа. Най-добрата стратегия, препоръчвана във всички ръководства за отказване от тютюнопушене е комбиниране на фармакологичното лечение с психо-поведенческа терапия.

**Възможни реакции/симптоми на абстиненция:**

- силно желание за пушене	- виене на свят
- възбуда	- безсъница
- безпокойство	- тремор
- нарушение на концентрацията на вниманието	- потливост
- раздразнителност	- повишаване на апетита
- лошо настроение	- увеличаване на теглото
- чувство на гняв	- кашлица
- депресия	- затруднено отхрачване
- сънливост	- тежест в гърдите
- главоболие	- болка в мускулите

Мотивация за отказване: Даден пушач е мотивиран да извърши промяна, когато разбира риска от настоящето си поведение и ползите и преимуществата, които се надява да постигне с промяната му.

Мотивационното интервю е начин да се накара пациента да осъзнае конфликта и амбивалентността, съдържаща се в него и да му се помогне да направи нещата по-ясни с цел да ги разреши.

Определяне степента на мотивация за отказване

Степента на мотивация за отказване от тютюнопушенето може да се определи с помощта на два въпроса, със съответния бал.

Бихте ли се отказали от тютюнопушенето, ако това няма да ви коства големи усилия?

- Определено не 0
- Вероятно не 1
- Може би да 2
- Вероятно да 3
- Определено да 4

Колко силно желаете да се откажете от тютюнопушенето?

- Не желая 0
- Слабо 1
- Средно 2
- Силно 3
- Определено желая 4

Сборът от двата въпроса определя и степента на мотивацията на пациента за отказване на тютюнопушенето. Максималният бал е 8, а минималният - 0. Степента на мотивацията може да се определи така:

- над 6 - пациентът има висока мотивация за отказване на тютюнопушенето. Може да се приложи съответната лечебна програма;
- от 4 до 6 - мотивацията е слаба. На пациента може да се предложи кратка лечебна програма за намаляване на тютюнопушенето и усилване на мотивацията;
- под 3 - при пациента отсъства мотивация. Необходимо е да му се предложи програма за намаляване на интензивността на тютюнопушене.

Рецидив (relapse) - се дефинира като „изпушване на 7 цигари в 7 последователни дни или в 2 последователни седмици“. Изпушване на по-малък брой цигари се определя като срыв (lapse).

Половината от отказалите се пушачи правят рецидив в следващата година. Показателят за рецидив е по-висок през първите седмици от спирането. И така, в клиничната практика про-



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

дължителното последващо проследяване е препоръчително за минимум 6 месеца. За предпочитане е проследяването да продължи 12 месеца, т.е. периодът на най-висок риск от рецидив. Необходимо е идентифициране на пациентите с висок риск от рецидив. Гладът за никотин е главният фактор, водещ до това. Неконтролираното непреодолимо желание трябва да бъде купирано с повишена подкрепа, съвет и най-вече оптимизация на фармакотерапията.

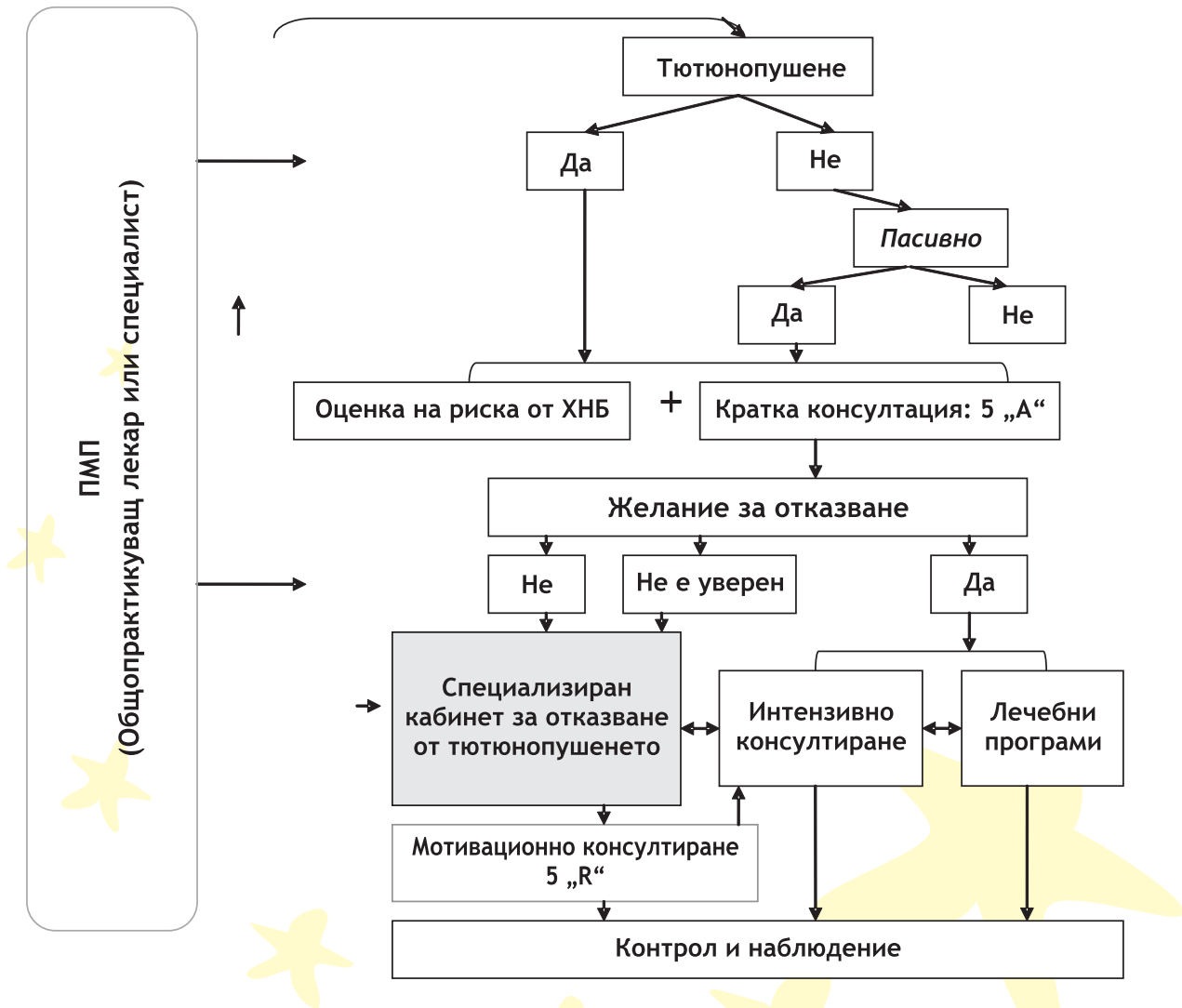
2.2. Алгоритъм на организацията на медицинска помощ на пациенти-пушачи

Дейностите за профилактика и лечение на тютюнопушенето се осъществяват както на ниво общопрактикуващ лекар/специалист от ПМП, така и от медицинските специалисти от специализираните кабинети. Всеки от тях има принос за откриването и информирането на пациенти-пушачи за вредата на тютюнопушенето върху здравето, а също и в мотивирането им за отказване от него.

Използваният комплексен метод за профилактика и лечение на тютюнопушенето, а също и на заболяванията, свързани с него включва:

- установяване на лицата, които пушат, а също и тези, които редовно са подложени на въздействието на тютюнев дим;
- идентифициране и оценка на риска от заболявания, свързани с тютюнопушенето, формиране на целеви групи за лечение;
- статус на тютюнопушенето, степен на никотиновата зависимост, готовност за отказване;
- целенасочена мотивационна подкрепа за превенция или отказване на тютюнопушенето, с използването на стратегията на кратката интервенция;
- интензивна поведенческа консултация и/или медикаментозна терапия, при наличието на желание и готовност на пациента да пристъпи към лечение на никотиновата зависимост;
- осъществяване на текущ контрол и наблюдение на пациентите, употребяващи тютюневи изделия.

Резултатите се регистрират в съответната документация на пациента, като се описват и действията на медицинския специалист - оказана помощ за ограничаване/отказване на тютюнопушенето или пациентът е насочен към специализиран кабинет за отказване от тютюнопушенето за формиране на мотивация и готовност за отказване (в случаите, когато пациентът още не е готов за въздействие) и съответно лечение.

**Алгоритъм на организацията на медицинска помощ на пациенти-пушачи****2.3. Стратегии за отказване от тютюнопушенето - добри практики за оценка и контрол**

Профилактичните дейности, насочени към намаляване/отказване от тютюнопушенето включват (53):

1. Определение на индивидуалния риск:
тютюнопушене
2. Оценка на нивото на тютюневата зависимост:
 - стаж на тютюнопушене;
 - брой цигари, изпушвани дневно;
 - време на първата изпушена цигара след ставане от сън;
 - опити за спиране на цигарите.
3. Профилактични дейности за намаляване на тютюнопушенето:
 - беседа за вредата на тютюнопушенето върху здравето;
 - консултация за никотинозаместителна терапия, психологическа подкрепа, диетотерапия, физическа активност;
 - специализирана помощ за отказване от тютюнопушенето.

**Стратегия на кратката интервенция(13)**

На този етап медицинският специалист консултира и информира пациента за вредата от тютюнопушенето върху здравето - „Кратка консултация“ или „Стратегия на кратката интервенция - 5 „А“. Този метод се използва като ориентир за лекаря и продължава не повече от 5 минути. Системата 5 „А“ включва началните букви на използваните действия на английски език:

- | | |
|-----------|--------------|
| • Ask | РАЗПИТАЙТЕ |
| • Advise | ПОСЪВЕТВАЙТЕ |
| • Assess | ОЦЕНЕТЕ |
| • Assist | ПОМОГНЕТЕ |
| • Arrange | НАБЛЮДАВАЙТЕ |

1.	РАЗПИТВАНЕ	<i>Разпитайте пациента дали пуши, отбележете данните в медицинската документация, съхранете данните, отбелязвайте промените независимо от повода на посещението.</i>
2.	СЪВЕТВАНЕ	<i>Дайте съвет: Настоятелно убеждавайте всички пушачи да спрат цигарите, като се съобразявате с техните индивидуални особености.</i>
3.	ОЦЕНКА	<i>Оценете степента на мотивация за отказване от тютюнопушенето. Попитайте дали той/тя би искал да ги спре, например, в близките 30 дни.</i>
4.	ОКАЗВАНЕ НА ПОМОЩ	<i>Помогнете на пациента да вземе решение и да се справи с този проблем (провеждане на индивидуална консултация, предоставяне на информационни материали по проблема) или го насочете към специалист.</i>
5.	НАБЛЮДЕНИЕ И КОНТРОЛ	<i>Наблюдавайте и контролирайте процеса, доколкото е възможно. Предложете схема за посещения/контакти по телефона.</i>

Американското общество против рака (ACS), Европейската медицинска асоциация по тютюнопушене и здраве (EMASH) и Европейските указания по Проекта за партньорство на СЗО посочват следните **примерни действия на медицинските специалисти (29,59)**:

- питайте всички пациенти дали пушат;
- отбележете данните за пушачите в медицинската им документация, за да можете да се върнете отново към проблема;
- обсъдете възможността за отказване с всички пациенти - пушачи; направете го задължително, ако откриете при тях симптоми, които могат да се дължат на пушенето;
- проявете съчувствие и подкрепа, не бъдете обвиняващ или агресивен;
- ако пациентът не желае да се откаже, впишете отказа в медицинската му документация и повдигнете въпроса отново при следваща среща;
- ако пациентът има намерение да се откаже, дайте предварителен съвет и образователни материали, определете нова среща;
- ако пациентът е мотивиран да се откаже и е умерен пушач: предложете му да определи сам ден за спиране; да избягва рутинните случаи, свързани със запалване на цигара; да замени тези дейности с други; организирайте последваща среща около седмица след датата на отказване, тъй като очакването на последващи срещи или телефонни обаждания помагат за предотвратяване на рецидива;



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

- ако пациентът е интензивен/свърхинтензивен пушач, с оформена зависимост, предпишете никотин-заместващо лечение (ако е показано при него и може да си го позволи);
- силно зависимите пациенти се нуждаят от допълнителни съвети, проследяване и групови сеанси. В тези случаи е уместно насочване към специализирания кабинет за отказване.

Основни причини, поради които медицинските специалисти не извършват необходимата консултация:

- Недостиг на време - опитът показва, че за съвет и подкрепа на пациента са достатъчни не повече от 3-5 минути в рамките на рутинната консултация.
- Недостатъчни знания по проблема и умения за консултиране - консултацията протича като един обикновен разговор, който не изисква специална и предварителна подготовка.
- Недостатъчни аргументи за отказване от цигарите - всеки медицински специалист може да даде обоснован съвет по отношение на риска за здравето в резултат на тютюнопушенето.

Индивидуално поведенческо консултиране

Така се наричат по-интензивните интервенции от страна на медицинските специалисти, които продължават повече от 10 минути. Изборът на тактика в процеса на лечение зависи както от типа поведение на пациента, така и от неговата психологическа готовност и ниво на мотивация за спиране на тютюнопушенето.

Стратегия на индивидуалното поведенческо консултиране

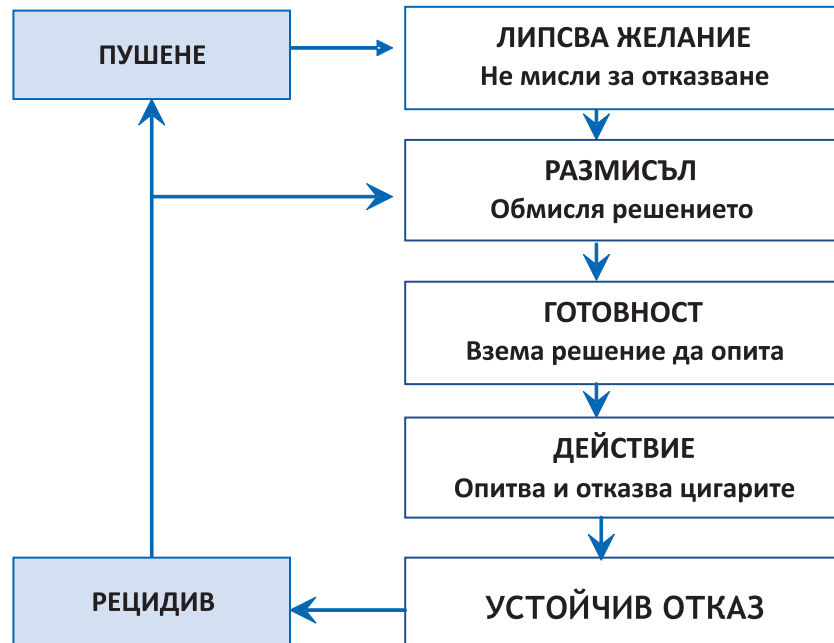
1.	РАЗПИТВАНЕ	Системно регистрирайте всички пациенти-пушачи, независимо от повода на посещението.
2.	ОЦЕНКА	Определете продължителността и интензивността на тютюнопушенето, а също и възрастта, на която е изпушена първата цигара. Извършете оценка на: - степента на никотиновата зависимост (по теста на Фагерстрьом); - степента на готовност за отказване от пушенето; - нивото на социална подкрепа и бариери за промяна на поведението.
3.	РЕГИСТРАЦИЯ	Регистрирайте резултатите и съответните препоръки
4.	СЪВЕТВАНЕ И ПОМОЩ ПРИ ОКАЗВАНЕТО	Информирайте пациента за ползите от отказване на тютюнопушенето. Подробно разкажете за методите за отказване от тютюнопушенето, включително методите за самопомощ. Помогнете при съставянето на план за действие и методите, които ще бъдат използвани. При необходимост назначете нов прием, на който да се обсъди отново плана и съответната терапия. Направете избор на лечението. Подгответе график за последващо наблюдение.
5.	НАБЛЮДЕНИЕ И КОНТРОЛ	Контролирайте изпълнението на плана за действие, при необходимост - коригирайте. Оценете процеса и резултатите от лечението, извършете корекции при необходимост.

Готовност на пациента за отказване от тютюнопушенето

Повечето пациенти преминават през следните стадии в процеса на отказване (Prochaska & DiClemente). Във всеки от тях пушачите имат своите индивидуални особености и потребности, които трябва да бъдат отчитани от медицинския специалист при избор на стратегия. За



тези, които още не са готови да направят своя опит, лекарят трябва да насочи усилията си към тяхното мотивиране. Те се нуждаят от външен подтик, който да ги накара да се замислят сериозно за отказване (17)



Консултация в различните етапи на промяна на поведението

ЕТАПИ	ОПИСАНИЕ	ОБЕМ НА ПОМОЩТА
ЛИПСА НА ЖЕЛЕНИЕ	Пушачите не мислят за спиране на тютюнопушенето. Възможно е съпротивление от тяхна страна при всеки опит за разговор. Целта е да бъдат накарани да обмислят своите „за“ и „против“ тютюнопушенето и да са готови да обсъдят този проблем с вас.	Внимателно накарайте пациента да се замисли върху собственото си поведение и риска за здравето в резултат на тютюнопушенето. Ако пациентът е готов да Ви изслуша, разкажете му за Вашето мнение като лекар, но не го принуждавайте да взема решение; не проявявайте безразличие и обсъдете причините поради които пациентът пуши; предложете му да помисли, какво би го накарало да спре цигарите.
РАЗМИСЪЛ	На този етап пациентът разсъждава върху ползите от прекратяване на тютюнопушенето, но в същото време той се бои от последствия от спирането на цигарите. Необходимо е известно време за размисъл, за да вземе окончателно решение. Ако не бъде оказана адекватна помощ, то този тип пушачи могат да останат дълго време в този стадий на поведение.	Обсъдете заедно с пациента ползите и вредите от спирането на цигарите, помогнете му да „претегли“ своите „за“ и „против“. Предложете му информационни материали. Нагледните примери също биха били от полза. Например: Нека постави в буркан фасовите от изпушените цигари и да наблюдава как тази купчина расте. Да издиша тютюневия дим в бяла кърпа и да види как се оцветява тя - такъв е ефектът на издишвания CO във въздуха.



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

ЕТАПИ	ОПИСАНИЕ	ОБЕМ НА ПОМОЩТА
ГОТОВНОСТ	<p>Пушачът вече е взел решение да направи опит за отказване на тютюнопушенето. Тук е необходима по-активната Ви намеса, защото от нея зависи преминаването на пациента в следващия етап на „действие“.</p> <p>Необходима е информация за това какво точно следва да направи, за да достигне до желанния резултат. „Готовите пушачи“ се нуждаят от подкрепа както от Вас, така и от своите близки. Възможни са няколко опита преди да се достигне до успех</p>	<p>Помогнете на пациента да избере ден за спиране на цигарите, като това е желателно да бъде в рамките на 2 седмици. Съставете план за действие. Предложете най-подходящите за него варианти.</p> <p>Обсъдете предишните опити за отказване на цигарите и причините за техния неуспех, като ги използвате при определяне на бъдещата стратегия.</p> <p>Обсъдете симптомите при отказването и как те могат да бъдат преодоленни. Предложете информационни материали в тази насока.</p>
ДЕЙСТВИЕ	<p>На този етап пушачът предприема действия за прекратяване на тютюнопушенето.</p> <p>Продължителността не е дълга, макар че обикновено на пушача му коства големи усилия запазването на това състояние в течение на месеци.</p>	<p>Похвалете пациента за желанието му да спре цигарите. Не го оставяйте, позвънете в деня на отказването или след седмица. Проследете процесът след две седмици, това ще закрепил постигнатите резултати. Прегледайте с пациента отново възможните бариери и обсъдете пътищата за тяхното преодоляване. Поговорете за симптомите при отказването и как те да бъдат облекчени. Предложете му необходимите образователни материали.</p>
УСТОЙЧИВ ОТКАЗ	<p>Това е етапът, на който пациентът трябва да достигне в дългосрочен план. Въздържанието лесно се поддържа, вероятността за изкушение намалява. Възможно е да има ситуации, в които бившия пушач да иска да запали цигара. След преминаване на този стадий, пациентът може да се смята за непушач.</p>	<p>Поздравете пациента за това, че се е справил с тютюнопушенето. Подчертайте колко важно е за него да остане непушач. Помогнете му да избегне евентуален срив, като му предложите съответната стратегия. Предложете му информационни материали в тази насока.</p>
РЕЦИДИВ	<p>В този момент, пациентът може да се окаже на всеки един от етапите. Задачата на медицинския специалист е да помогне на пациента да се върне на етап, най-близък до този на „Устойчивия отказ“ и да го преодолее в най-близко време.</p>	<p>Разберете причината, поради която пациентът е пропушил отново. Определете етапа, на който се намира в този момент и му помогнете отново да направи опит да откаже тютюнопушенето. Ако пациентът е готов за промяна, обсъдете мотивацията му затова.</p>

**Няколко съвета за провеждане на ефективна индивидуална консултация:**

- Поощрявайте пациента за желанието му да се откаже от тютюнопушенето. Докажете му, че днес съществуват ефективни средства затова. Покажете му вашата увереност, че той ще успее да се справи с този проблем.

- Бъдете загрижен и заинтересован към проблема му. Предложете своята помощ. Попитайте го как той се отнася към тютюнопушенето и иска ли той/тя да спре цигарите. Отнесете се с внимание към опасенията му, свързани с спирането на цигарите.

- Предразположете пациента да говори за процеса на отказване от тютюнопушенето. Обсъдете причините, които са го довели до това решение, за трудностите, които биха възникнали в процеса на отказване и как би могъл да се справи с тях.

- Осигурете образователни материали, свързани с тютюнопушенето - риска за здравето при продължаване на пушенето, ползите, ако спре цигарите, методите за справяне с този проблем и т.н.

- Препоръчително е да се извършва оценка на статуса на пушачките и да се предостави минимален съвет за отказване от тютюнопушене на всички бременни жени, които пушат. В този случай жизнено необходимо е за всички бъдещи майки да се откажат да пушат поради факта, че най-силният отрицателен ефект при тютюнопушенето се развива през II- IV месец на бременността.

- При пациенти с предстояща хирургична намеса се препоръчва отказване на тютюнопушенето от 6 до 8 седмица преди хирургичната намеса. Доказано е, че отказването преди интервенцията и непушенето до 6 месеца след операцията намалява риска от усложнения наполовина.

Консултиране на пациенти, които не желаят да се откажат от тютюнопушенето

Много от пациентите не се чувстват готови да се откажат от цигарите. Причина за това поведение е недостатъчната информираност за вредното влияние на тютюневия дим върху организма, страхът от последствията при отказване на цигарите - стрес, напълняване, симптоми на отказването, неуспешни предишни опити и др. Тези пациенти също се нуждаят от помощ.

Мотивационното консултиране представлява комплекс от въпроси, които медицинския специалист обсъжда с пациента за повишаване на неговата информираност относно последствията от тютюнопушенето върху здравето и готовността му за отказване на цигарите. Системата 5 „R“ включва началните букви на използваните действия на английски език:

- Relevance
- Risk
- Rewards
- Roadblocks
- Repetition

**ОБОСНОВАНOST НА ПРИЧИНИТЕ ЗА ОТКАЗВАНЕ
РИСК ЗА ЗДРАВЕТО ОТ ПУШЕНЕТО
СТИМУЛИ И ПОЛЗИ ОТ ОТКАЗВАНЕТО
БАРИЕРИ ЗА ОТКАЗВАНЕТО
ПОВТОРЕН ОПИТ**



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

Мотивационно консултиране - 5 „R“

1.	ОБОСНОВАНOST НА ПРИЧИНИТЕ ЗА ОТКАЗВАНЕ	Посочете на всеки пациент причините, заради които той трябва да откаже цигарите - да се вземе предвид здравословното му състояние, носителството на други фактори на риска за здравето, други фактори, важни за него, като семейство, деца, външен вид и т.н.
2.	РИСК ЗА ЗДРАВЕТО ОТ ПУШЕНЕТО	Информирайте пациента за вредата, която оказва тютюнопушенето върху здравето. Обърнете внимание на това, че пушенето на цигари с ниско съдържание на катрани и никотин или други форми на тютюн е също толкова опасно за здравето. Опишете опасностите от „пасивното пушене“ - за самия него и всички около него. Подчертайте голямата вреда, която то нанася на детския организъм.
3.	СТИМУЛИ И ПОЛЗИ ОТ ОТКАЗВАНЕТО	Помолете пациента да помисли и сам да ви изброи ползите от отказването на цигарите. След което вие допълнете изброените дотук с още по-убедителни и значими ползи, конкретно за всеки пациент.
4.	БАРИЕРИ ЗА ОТКАЗВАНЕТО	Попитайте пациента какво му пречи да вземе решение за отказване на тютюнопушенето. Обсъдете с него всички причини и аргументирано опровергайте всяка една от тях. Обяснете, че основната причина е никотиновата зависимост, но сега има ефективни методи на лечение и справяне с този проблем.
5.	ПОВТОРЕН ОПИТ	Мотивационното консултиране се повтаря при всяко посещение на пациента, като се отчитат резултатите. Обсъждат се причините за предишни неуспешни опити „анализ на грешките“ и се правят съответните препоръки. Успокойте пациента, че при справянето с този проблем са възможни повече от един срива, преди да се постигне успех.

Предшестващи опити за отказване

Анализът на предшестващите опити за отказване предполага редица въпроси за броя на тези опити, най-продължителния период на въздържание, наличие на предшестващо лечение за отказване и в какво се е състояло то, наличие на абстинентни симптоми в миналото, рискови фактори за рецидив, описание на положителните страни на периода на въздържание.

Тези данни са важни за прогнозиране на факторите, решаващи за успеха или провала на лечението, както и за изпълнение на предписанията и способността на пациента да преодолее абстиненцията.



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз

Европейски социален фонд

**Най-честите бариери за отказване от тютюнопушенето и отговорите,
които могат да бъдат дадени от медицинските специалисти**

ПУШАЧ	МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТ
<i>Доставя ми удоволствие</i>	Това е свързано с облекчаване на никотиновия глад. Удоволствието е временно.
<i>Помага ми да се справя със стреса и възникналите трудности</i>	Усещането, което се създава е вследствие копирането на симптомите на никотинов глад. Съществуват по-добри начини за справяне със стреса и трудностите в сравнение с тютюнопушенето.
<i>Ще напълнея, ако спра</i>	Средното наддаване на теглото е около 2- 4 кг. Последниците 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 и преминава бързо.
<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>	Дядо Ви е имал късмет. Но Вие може да нямате. Един 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>	Ефектът при пушачите е временен. Успехът е по-добър, ако спирането стане изведнъж. Няма безвредна цигара! Това се отнася и за преминаването от цигари към лула или обратно.

Препоръки за бременни жени:

Препоръчително е да се извършва оценка на статуса на пушачките и да се предостави минимален съвет за отказване от тютюнопушене на всички бременни жени, които пушат. В този случай жизнено необходимо е за всички бъдещи майки да се откажат да пушат поради факта, че най-силният отрицателен ефект при тютюнопушенето се развива през II - IV месец на бременността.

Препоръки за пациенти с предстояща хирургична намеса:

Тъй като пушенето удвоява или утроява риска от усложнения като незарастване на раните, инфекции и язви и други странични ефекти, препоръчително е отказване от тютюнопушене през 6-та до 8-ма седмица преди хирургичната интервенция и поне до 6 месеца след нея.



2.3. Терапевтично повлияване на процеса на отказване от тютюнопушенето

Никотин - заместваща терапия (НЗТ) (nicotine - replacement therapy - nrt)

Понастоящем в световната практика се използват следните 5 вида никотино-заместващи препарати: дъвка, пластир, назален спрей, инхалатор и сублингвални таблетки. Не всички от тях са лицензирани в различните страни. Дъвката и пластира са въведени най-отдавна в практиката и са най-добре проучени. Те 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“.

- **Дъвката** се използва от 1984 година и е разпространена в две форми: от 2 мг и от 4 мг. Тя се държи в устата за около 20-30 минути, при което се освобождава около 90% от наличния никотин.

Може да се ползва, когато пациентите изпитват необходимост или на фиксирани приеми. Причинява умерено повишаване на никотина в кръвта, което е много по-ниско от силното му повишаване при изпушване на цигара. При фиксиран график от 10 бройки дневно, пушачът приема около 10 или 20 мг никотин. За сравнение - средното системно приемане на никотин от цигарите е около 30 мг дневно. След няколко седмици или месеци, броят на дневните дози се намалява постепенно.

Като странични ефекти се описват хълцане, гадене, единични случаи на астматичен пристъп. Около 20% от пушачите се пристрастяват към никотиновата дъвка.

Мета-анализи от рандомизирани контролирани проучвания установяват, че ефикасността на никотин-заместващите дъвки е 27% спрямо 18% за плацебо (отчетена за период от шест месеца) и 23% спрямо 13% (за период от една година).

- **Пластирите** се използват от 1991 година. Чрез тях се доставя никотин в кръвния ток посредством кожата. Непосредствено след апликацията се получава бърз трансфер на никотин от пластира към кожата и тя става резервоар за него, с бавно освобождаване на веществото в системната циркулация. На втория-четвъртия час след апликацията се достигат желаните плазмени нива с продължителност на действие 16 часа (15 и 7 mg) или 24 часа (7, 14 и 21 mg). Максималното ниво на плазмена концентрация се достига приблизително 9 часа след приложение, т.е. следобед/вечер, когато рискът от рецидив е най-голям. Прилага се всеки ден по 1 пластир, който се поставя върху чист и сух неувреден участък от кожата на бедрото, мишницата или гръдния кош.

Лечението трябва да започне с 15 mg за 16-часови пластири или 21 mg с 24-часови пластири. Препоръчителната продължителност на лечението е осем седмици. Абстинентните симптоми могат да бъдат овладени в комбинация с 2 mg никотинова дъвка.

При поява на странични ефекти, дозировката може да бъде намалена. Най-честите странични ефекти при използване на пластир са: локални кожни реакции, смущения в съня, гадене или повръщане.

- **Назален спрей и инхалатор** се прилагат в отговор на абстинентната симптоматика. Въведени са по-късно и все още не са проучени достатъчно в практиката.

Никотиновият инхалатор се използва от 1998 година. Наподобява пушенето на цигара. Състои се от пластмасов мундшук, в единия край на който е поставен никотинът във форма на патрон, съдържащ 10 mg никотин и 1 mg ментол, който намалява възпалителния ефект на никотина. Независимо от названието, повечето от никотина се подава в устната кухина (36%), хранопровода и стомаха (36%). Много малко количество никотин достига до белите дробове (4%).

Лечението започва с шест патрона на ден (максимална дозировка 12-16 патрона дневно) и трябва да продължи поне три месеца с постепенно намаляване на дозата.

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. Единичната доза е 0.5 mg, прилагана във всяка ноздра 8 до 40 пъти дневно. Пиковата плазмена концентрация се достига на 10-15 минута. Пациентът трябва да започне с една-две дози на час, според индивидуалните нужди, до максимална дозировка 40 mg на ден за шест-осем седмици, с постепенно намаляване на приема. Трябва да се има предвид, че спрета може да причини раздразване на носната лигавица и това да затрудни приложението му. Пушачи, изпитващи остри симптоми на абстиненция, могат да използват спрета наред с другите препарати.

- **Сублингвални таблетки и таблетки за смучене** (lozenge) имат същия начин на действие като дъвката, но тяхната употреба е по-незабележима и по-естетична. Докато сублингвалните таблетки доставят по-малко никотин от дъвката, таблетките за смучене доставят 25-27% повече от тях. Те се предлагат в дозировки 1, 2 и 4 mg, като допустимата дневна доза е 20 до 40 mg. Препоръчителната доза за 12-седмична програма е една таблетка за смучене на всеки час за първите шест седмици, след това по една на два-четири часа за три седмици и по една на всеки четири-осем часа в последните три седмици.

Не се препоръчва комбинирана терапия с другите никотин-заместващи форми.

Противопоказания за прилагане на НЗТ: 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, НЗТ може да бъдат разрешено, поне при някои пушачи. Противопоказания при лепенките са отворени рани, кожни заболявания и алергични дерматити.

Антидепресанти

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

- **Бупропион** (Zyban, Amfebutamone и Wellbutrin)

Механизъм на действие: Бупропионът блокира невроналното освобождаване на допамин и норадреналин и вероятно инхибиращото действие на антихолинергичните никотинови рецептори. Той наподобява ефекта на отделянето на никотин от цигарата, посредством инхибиране на повторното приемане на норадреналин и допамин и се смята, че понижава никотиновите симптоми на отказване, по същия механизъм.

Бупропионът действа чрез отстраняване на някои от симптомите на никотиновата абстиненция, в частност депресията, чрез намаляване на остротата на абстинентните симптоми глобално, което го прави препоръчителен и ефективен в процеса на отказване от тютюнопушене.

Показания: Бупропион е първи ред фармакотерапия, която е доказала своята ефективност при лечението на тютюнопушенето и тютюневата зависимост. Отпуска се единствено по лекарско предписание.

Бупропион се препоръчва като ефективно лекарствено средство за отказване от тютюнопушене включително и в следните случаи:

- за избягване на наддаването на тегло;
- за предпазване от рецидив;
- за предпазване от рецидив при пациенти, които са провели 7-седмичен курс на лечение с бупропион и отказали цигарите;
- при пациенти с ХОББ;
- за предпазване от рецидив при отказване при пациенти с алкохолно заболяване в периода на възстановяване.

Клинично приложение: Бупропионът се предлага в опаковки от 28 таблетки по 150 ми-



лиграма. В първите 3 дни се препоръчва прием от 150 мг дневно сутрин; след това - по 150 мг 2 пъти дневно, с минимум 8 часов интервал между приемите, курс по 7-9-12 седмици. Удължаване на курса на първоначалното лечение води до по-продължителна абстиненция. За продължително лечение по 1 табл. дневно до 6 месеца след отказването.

Пациентите трябва да започнат лечение с бупропион 1-2 седмици преди да са спрели да пушат. Те трябва да определят дата за отказване през 2-та седмица от началото на приема и да започнат да вземат бупропион независимо, че още пушат. Счита се, че за 1 до 2 седмици от лечението, серумното ниво на препарата е достигнало постоянно ниво и може да се започне спиране на тютюнопушенето. Доказано е, че продължаването да се пуши не влияе значимо на фармакотерапията с бупропион.

Препоръки при предписване:

- при безсъние, вечерната доза може да се изтегли по-рано;
- не се препоръчва консумацията на алкохол в комбинация с медикамента или поне това да бъде в минимални количества;
- ако настъпят промени в настроението, е необходима консултация с лекар.

Противопоказания: деца и юноши под 18 години; бременност и кърмене; свръхчувствителност към препарата или негови съставки; предходни или настоящи конвулсивни разстройства, черепномозъчни тумори; анамнеза за гърчове или състояние, благоприятстващи развитие на гърчове; храносмилателни разстройства; биполарни разстройства; абстинентни състояния след хронична алкохолна консумация; остър хепатит, чернодробна цироза; прием на MAO инхибитори в предшестващите 2 седмици; анамнеза за злоупотреба на бензодиазепини.

Странични ефекти:

- главни странични явления (безсъние, главоболие, сухота в устата);
- други странични явления (световъртеж, високо кръвно налягане, болки в гърдите, симптоми на тревожност и депресия, намалена интелектуална активност, зрителни разстройства; по-рядко: гърчове, алергични кожни реакции). Най-алармиращия страничен ефект е появата на гърчове много рядко (1:1000) обикновено улеснени от предшестващи рискови фактори като разстройство на мозъчната циркулация, кранио-церебрални травми, епилепсия, разстройства на храносмилането, едновременно приложение на медикаменти, които намаляват прага на припадъците;
- редки случаи на ангиоедема, хипернатриемия, вкл. Синдрома на несъответна секреция на антидиуретичен хормон (SIADH), нередки усложнения на антипсихотична медикация.

Предпазни мерки, предупреждения

С повишено внимание при приемане:

- при възрастни пациенти се препоръчва намаление на дозите наполовина, а също при случаи, свързани с остро бъбречно или чернодробно разстройство;
- шофьори и оператори, изискващи повишена видимост се съветват да имат повишено внимание с употреба на бупропион преди работа, както и всички случаи на световъртеж, нарушени на координацията и вниманието;
- внимателно следене на кръвното налягане, специално при терапевтични комбинации на бупропион и никотинови пластири;
- на всички пациенти, използващи бупропион и други медикаменти за отказване от тютюнопушене се препоръчва наблюдение за проява на следните симптоми: поведенчески разстройства, враждебност, двигателно неспокойствие и повишена активност, свързани с напрежение, тревожност или раздразнителност, лошо настроение, суицидни мисли или опити, поведенчески отклонения. Препоръчва се консултация с психиатър преди приемане и незабавно спиране при проява на някои от горните симптоми.
- пациентите от своя страна трябва да съобщят на своя лекар за наличие на психично заболяване преди започване на лечението и психиатрите трябва да отбележат прояви на промяна в настроението и поведението преди предписване на медикамента;



- преди предписване на бупропион лекарят трябва да провери следните аспекти, които налагат повишено внимание преди употребата: наличие на употреба на вещества, които могат да намалят прага на конвулсивната реактивност: антипсихотични лекарствени средства и антидепресанти, психостимуланти, стероиди, антихистамини, анорексични, антибиотици;
- да се провери наличие на анамнеза за злоупотреба с алкохол, за захарен диабет и черепно-мозъчни травми;
- налага се повишено внимание при случаи на съпътстваща употреба на вещества, които могат да взаимодействат с бупропиона; следене стойностите на кръвното налягане, проява на аритмия.

Индикации за прекъсване на лечението с бупропион: проява на конвулсии; симптоми на серумна болест, болки в ставите и мускулите, треска; анафилактични реакции или свръхчувствителност: обрив, кожни ерупции, болки и стягане на гърдите, диспнея, едем.

Лекарствени взаимодействия

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, започвайки 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 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, МСБ, както от лица, наскоро прекъснали приема на бензодиазепини или алкохол.

• Нортриптилин (Nortrilen)

Препаратът изглежда също увеличава степента на отказване, но до този момент това не е достатъчно потвърдено.

Взаимовръзката между депресивно настроение и пушаческо поведение предполага, че антидепресивните лекарства могат да имат роля в отказването от тютюнопушене. Няколко антидепресанти като доксефин, нортриптилин и моклобемид са показали известна ефективност в отказването от тютюнопушене. Нортриптилин е трицикличесен антидепресант, който е показал, че поне е толкова ефективен колкото бупропиона и никотиновите заместители (NRT) в отказването от тютюнопушене. Действието на нортриптилина в спирането на тютюнопушенето е независимо от неговия антидепресивен ефект. Следователно неговата употреба не е ограничена до лица, които имат анамнеза за депресивна симптоматика при отказването от тютюнопушене.

Ефикасност: Сравнен с плацебо нортриптилин приблизително удвоява показателите за отказване. Това лекарство няма одобрението на Агенцията за храните и лекарствата на САЩ (FDA) за отказване от тютюнопушенето и е препоръчано само като лечение от II ред.

Странични явления: Страничните явления, свързани с нортриптилина, като антихолинергични ефекти (сухота в устата, неясно зрение, запек, задръжка на урина), H1 хистаминови рецептори (седирани, сънливост, увеличаване на теглото), α_1 адренергични рецептори (ортостатична хипотензия) може да не се приемат много добре от някои пациенти. Нортриптилина в дози между 75-100 мг не е значимо асоцииран със сериозни странични явления, приложен при пациенти без подчертано кардиоваскуларно заболяване.

При вземане на свръхдоза нортриптилинът може да бъде фатален. Сериозни странични ефекти не са били причина за загриженост при проучвания за отказване от тютюнопушене, но броят на включените пациенти е бил сравнително малък. Това е довело до липса на консенсус върху употребата на нортриптилин, дали да се приеме като терапия от първи или втори ред.

Дозиране: Нортриптилинът трябва да се започне когато пациентът все още пуши, а датата



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

на отказване да се определи 10 или 28 дни по-късно. Началната доза е 25 мг/ден с постепенно увеличаване до 75-100 мг/ден в рамките на 10 дена до 5 седмици. Максималната доза може да бъде продължена до 8-12 седмици и смъкната надолу, за да се избегнат симптомите на абстиненция, които могат да възникнат при рязко прекъсване. Има малко данни за някакви преимущества при увеличение на лечението повече от 3 месеца.

Практически указания при ползване на нортриптилин: Съществуват незначителни доказателства за комбиниране на нортриптилин с други медикаменти за отказване от тютюнопушене. Лица с кардиоваскуларно заболяване трябва да ползват нортриптилин с повишено внимание, тъй като може да се наруши сърдечната проводимост. Трицикличните антидепресанти са контраиндицирани в непосредствения възстановителен период след миокарден инфаркт и аритмия. Има недостатъчни доказателства за препоръчване употребата на нортриптилин от бременни жени или млади пушачи под 18 години. Има недостатъчни данни за препоръчване на нортриптилин за предотвратяване на рецидив. Продължителна употреба не е препоръчителна.

Ефективност и препоръки - Проучванията показват, че нортриптилина има значителна възможност за лечение на тютюневата зависимост, като се има предвид неговата ефикасност, безопасност и специално неговата ниска цена и голяма достъпност. На основата на тези проучвания се предлага включването на нортриптилина в списъка на медикаменти от първи ред за отказване от тютюнопушене.

Нортриптилин е ефективен медикамент за отказване от тютюнопушене и може да бъде използван под лекарски контрол като лекарство от втори ред за лечение на тютюневата зависимост.

Клиницистите трябва да са наясно с профила на страничните ефекти и липсата на утвърждаване от страна на FDA за нортриптилина като лекарство за лечение на тютюневата зависимост. Този медикамент трябва да бъде взет предвид като лекарство срещу употребата на тютюн само под лекарски контрол и при пациенти, които не могат да приемат лекарства от първи ред поради контраиндикации или при пациенти, които не са могли да се откажат с тях.

• 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 на базата на алкалоида цитизин, съдържащ се в растението *Cytisus laburnum* L. (златен дъжд), разпространено в южните части на Централна Европа и Италия.

Табекс е достъпен в таблетна форма за орална употреба, съдържащи 1.5 мг Цитизин. Цитизинът е естествен алкалоид, извлечен от семената на растения като *Cytisus laburnum* и *Sophora tetraptera*. Цитизин действа по-подобен начин като варениклина, бидейки парциален агонист на алфа-4 бета-2-никотиново-ацетилхолинови рецептори, отговорни за активиране на ефекта на никотина, също и за предпазване никотина от свързване с тези рецептори и по този начин намалявайки удоволствието и наградата, свързани с употребата на тютюн и съответните негативни абстинентни симптоми и „глад” (22). Проучванията считат цитизина като алтернатива на продуктите, основани на никотина и антидепресантите специално за страните със средни и ниски доходи. 25-дневният курс на лечение с цитизин е 5 до 15 пъти по-евтин от 25-дневният курс с никотинови заместители.

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 при намаляване на дозата.

Лекарствени взаимодействия: аналептичният ефект на цитизина 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 на дори една цигара.

• **Варениклин (Varenicline, Champix)**

Варениклин, най-новият фармакологичен препарат за отказване от тютюнопушене, започва своята употреба по света през 2006 г., когато бива утвърден от Агенцията за храните и лекарствени средства на САЩ (FDA). Той може да се получи само по медицинско предписание, не се препоръчва в комбинация с никотиновите заместители.

Механизъм на действие: По своите свойства, Варениклин е антагонист на никотиновите рецептори. Никотинът действа върху невроналните никотинови ацетилхолинови рецептори в предната тегментална област на мозъка, причинявайки освобождаване на допамин в nucleus accumbens, който подсилва търсещото никотин поведение. Активацията на тези рецептори в предната тегментална област на мозъка се осъществява, когато достатъчни количества никотин навлизат в кръвта. При варениклина се наблюдава също така и намаление на желанието за пушене.

Клинични доказателства за ефикасността на варениклин. Варениклин е безопасен, с добра поносимост медикамент със забележителни резултати по отношение на продължаващия показател на отказване и продължителност на абстиненцията. Варениклин е по-ефективен от NRT и Бупропион за постигане на отказване от тютюнопушене в по-кратки срокове. Той не само значително смекчава усещането на „гледа“ за тютюн и симптомите, съпътстващи отказването, но също значимо редуцира възнаграждаващия ефект на никотина и забавя настъпването на рецидив. Опитно е доказано, че по-продължителното прилагане на варениклин е по-ефективно от по-краткотрайното му приложение. Варениклина се понася добре и при по-продължителни периоди на приемане - над 3 - 6 месеца до 1 година, като удълженият период на приемане предотвратява рецидивите.

Комбинирано действие на варениклин с други медикаменти: Показани са комбинации на варениклин с бупропион. Комбинираната терапия е показала по-голяма ефективност от монотерапията.

Варениклин и **консултиране:** съществуват данни за ефективност при комбиниране на варениклин с различни програми за поведенческа терапия, напр. телефонно консултиране.

Индикации: Варениклин е първият медикамент, разработен и изключително предназначен за отказване от тютюнопушене. Отпуска се по лекарско предписание и рецепта.

Клинична употреба: Варениклинът се приема само per os преди или след ядене; в началната фаза по 1 табл. 0.5 мг - първите 3 дни.; 1 табл. 2 пъти дневно до 7-ия ден и 2 пъти по 2 табл. дневно 8-14 ден; II фаза - опаковка от 28 табл. от 1 мг 2 пъти по 1 табл. дневно от 3 до 12 седмици. Пациентът започна лечението, през първите седмици, между 8 и 14 ден си опре-



деля дата за отказване. Ако опитът за отказване не успее, курсът продължава, пациентът си поставя друга дата, докато постигне успех.

Противопоказанията са малко, предимно свръхчувствителност към препарата, деца и юноши под 18 години, бременни и кърмещи жени. Повишено внимание в следните случаи:

- при пациенти с бъбречно заболяване дозите се определят както следва: при меки форми (креатининов клирънс 30-50 ml/min) - обичайните дози; при умерено-тежки форми (креатининов клирънс 50-80 ml/min) - обичайната доза - до 1 мг/ден; при тежки форми (креатининов клирънс - над 80 ml/min) - максималната препоръчителна доза - до 1 мг/дн.

- водачи на МПС и оператори на тежки машини: пациентите трябва да бъдат съветвани да не шофират, да не управляват и да не се включват в потенциални рискови дейности, докато не се установи със сигурност, че медикаментът не причинява риск. Варениклин може да има малко, умерено или значително въздействие върху шофиране или операторска дейност поради проявите на световъртеж и сънливост.

- пациенти с психични заболявания: всички пациенти трябва да бъдат наблюдавани и докладвани от своите лекари за налични промени в настроението и поведението, както и за обостряне на предшестващи психични заболявания при започващо или продължаващо лечение с варениклин. Наблюдавани са прояви на разстройства на съня, тревожност, депресия, абнормни мисли, промени в настроението и суицидни мисли по време на лечение с варениклин.

Странични ефекти: варениклин е обикновено лесно поносим. Най-често отчитаните странични ефекти са:

Гаденето е най-често отчитаният симптом, проявен като мека или умерена странична реакция. Повечето симптоми се проявяват през първата седмица от лечението. Най-често, явлението се намалява от само себе си за около седмица след началото на лечението. То може да бъде избегнато при приемане на лекарството с храна или ако пациента почива след приемането.

Безсънието е друг често отчитан симптом, свързан с варениклин. Най-общо се проявява през първите 4 седмици на лечението и остава по-често срещан, ако лечението продължава. Може да се предположи, че той е чест симптом при отказване от тютюнопушене, съпътстващ прекъсване приема на никотин.

Сърдечносъдови симптоми: приемът на варениклин е безопасен при пациенти с респираторни и сърдечносъдови проблеми, както и при възможни странични психиатрични случаи. Все пак, клиницистите трябва внимателно да проучат риска от сърдечносъдови прояви, свързани с употребата на варениклин, макар че преимуществата от използването на медикамента за отказване от тютюнопушене остават високи и не ограничават използването му (41).

Психиатрични разстройства: възможни са разстройства на съня и промени в поведението, суицидни мисли и други странични реакции - абдоминална болка, констипация, подуване, абнормни мисли, световъртеж, сухота в устата, увеличен апетит, увеличение на теглото, главоболие и др. Тези странични реакции са леки, по-рядко умерено изразени, проявяват се през първите 4 седмици на лечението, срещат се в около 2% от случаите. Взаимодействия с други медикаменти не са известни. В края на лечението при спиране на варениклина може да се наблюдава повишена раздразнителност, апетит за пушене, безсъние и депресивно настроение в малък брой случаи - до 3%.

Препоръки: Препоръчва се приложението на варениклин като ефективна, и доказана терапия за отказване от тютюнопушене.

Други препарати и методи, които се използват при отказване(24)

- **Клонидин** - редуцира централната симпатикова активност чрез стимулиране на α_2 адренергични рецептори. Не е препоръчан от FDA за използване за отказване от тютюнопушене и представлява медикамент от II ред в тази насока. Ето защо клиницистите трябва да бъдат наясно, за специфичните предупреждения по отношение на медикамента и неговите странични ефекти.



Клонидинът ефективно потиска остриите симптоми на никотиновия абстинентен синдром като напрежение, раздразнителност, „глад“ и безпокойство.

Страничните ефекти на клонидина: уморяемост, ортостатична хипотензия, световъртеж, сухота в устата. Трябва да се отбележи, че рязкото прекъсване на клонидина може да доведе до развитие на симптоми като нервност, двигателно неспокойствие и повишена активност, свързани с напрежение, тревожност или раздразнителност, главоболие и тремор, придружени или последвани от рязко повишаване на кръвното налягане и повишени катехоламинови нива.

Клонидинът може да се използва за отказване от тютюнопушене под лекарско наблюдение при пациенти с противопоказания или неуспех на лечението с медикаменти от I ред (никотин - заместваща средства, антидепресанти, табекс).

Повишено внимание, предупреждения, контраиндикации и странични ефекти:

- Бременните жени трябва да бъдат съветвани да се откажат да пушат без помощта на медикаменти. Клонидинът няма положителна оценка като средство при кърмещи жени.
- Пациенти, които са ангажирани в потенциално опасни дейности като оператори на машини или водачи на МПС, трябва да бъдат предупредени за възможен седативен ефект на клонидина. Най - често съобщаваните странични ефекти са сухота в устата, сънливост и констипация.
- Като хипотензивно лекарствено средство, клонидинът се очаква да понижава кръвното налягане при повечето пациенти. По тази причина клиницистите трябва да контролират кръвното налягане, когато ползват медикамента.
- Ако приемът на клонидин не се редуцира постепенно за период от 2-4 дни, рязкото му спиране може да доведе до бързо покачване на кръвното налягане, неспокойствие и повишена активност, свързани с напрежение, тревожност или раздразнителност, обърканост, тремор.

Предложения за клинична употреба: Клонидин е достъпен в орална форма, табл. по 1 мг или трансдермална форма, само с рецепта. Лечението с клонидин може да започне кратко преди (например до 3 дни) или на датата за отказване.

Дозировки: Ако пациентът ползва трансдермални пластири, в началото на всяка седмица той/тя трябва да постави нов пластир на относително обръснат участък между врата и кръста. Потребителите не бива да прекъсват лечението с клонидин рязко, инициалната доза е обикновено 0.10 мг. орална форма или 0.10 мг. пластир дневно като се увеличават с по 0.10 мг/дневно в рамките на седмица, ако е необходимо. Продължителността на лечението трае от 3 до 10 седмици.

Препоръки: Клонидин е ефективен препарат за отказване от тютюнопушене. Може да бъде използван по лекарско предписание като втори ред препарат за лечение на тютюневата зависимост.

• **Електронни цигари (е-цигари)**

Електронните цигари са нов продукт, които в последно време са твърде често на пазара и които се представят еднакво като никотин - заместващ артикул и като продукт, служещ за отказване от тютюнопушене. Много продажби на патрони за електронни цигари съдържат никотин в различни недефинирани нива. Подобното на дим изпарение, произведено от етилен-гликол или глицерол е дразнител, когато експозицията се повтаря, но не е силен токсин при краткотрайна употреба.

Поставени в патрон, електронните цигари стават много по-икономични от редовните за поглъщане при никотиновото дръпване и експериментирането с е-цигари от младите хора става все по-често по цяла Европа. Електронните цигари понастоящем станаха въвеждащ продукт в тютюневата консумация, продукт за консумация в места, където не се пуши, в продукт, който промоцира пушенето. Все пак, той се представя също като продукт за отказване или за намаление на вредата.



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051PO001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

Липсата на достоверни проучвания са довели повечето национални авторитети да забранят промоцията на този артикул като продукт за отказване от тютюнопушене. Понастоящем няма ясно очертан отговор от страна на лекарите по отношение на този неясен продукт. Няма доказателства за чести или тежки странични явления, но също така няма доказателства за ефикасност по отношение на отказването от тютюнопушене, така че, при липсата на проучвания медицинските специалисти не бива да дават препоръки за този продукт, но няма силен аргумент, който да се противопостави на избора на пациентите, ако пациентите избират да използват е-цигари, като спомагателно средство към други артикули за отказване от тютюнопушене.

Установено е, че електронните цигари имат незабавен страничен психологически ефект след краткотрайна употреба. С това си действие те са подобни на част от ефекта на тютюнопушенето. Все пак, продължителният здравен ефект на електронните цигари е непознат, и си струва по-нататъшно изследване.

Съществуват и *други методи за отказване от тютюнопушенето* (акупунктура, хипноза и др.), но те са без потвърдени доказателства за ефективност при контролни проучвания.

2.4. Наблюдение, превенция на рецидивите и контрол

Както медикаментозните, така и немедикаментозните методи на лечение на тютюневата зависимост са особено ефективни, когато се прилагат в лечебни програми - в съчетание с поведенческите методи и при осъществяване на постоянен контрол и наблюдение.

Контролът и наблюдението са наложителни за профилактика на рецидивите на пропушване (особено през първите 6 месеца). Изследвания сочат, че при отсъствие на необходимата подкрепа през този период, 75-80% от лицата отново пропушват.

По принцип, правилният терапевтичен подход позволява пациентите сравнително лесно да откажат тютюнопушенето, да преодолеят поведенческите стереотипи и максимално да намалят симптомите на абстиненция. Процесите на отказването трябва да се следят ежедневно в продължение на 2 седмици до 1 месец след прекратяване на тютюнопушенето, в зависимост от прилаганото лечение.

Чести оплаквания в процеса на отказване от тютюнопушенето

Особено внимание изискват оплакванията, които се появяват веднага след отказването. Трябва веднага да се реагира и да не се допусне формирането на причинно-следствена връзка, да се предотврати повода за пропушване.

Повишаването на теглото е строго индивидуално при всеки пациент. Средно, за 2-3 месеца след прекратяване на тютюнопушенето се наддават около 3-4 кг. Много от пациентите възвръщат килограмите си до една година. Лекарят трябва навреме да предупреди пациента за такава възможност и ако това играе важна роля за вземането на решение за спиране на цигарите, то трябва да бъдат направени и съответните препоръки за намаляване на теглото чрез промяна в хранителния режим и повишаване на двигателната активност.

Отказът от тютюнопушене и постепенната ликвидация на тютюневата интоксикация водят до подобряване на вкусовата чувствителност, повишаване на апетита, нормализиране на секрецията на стомашните жлези. Това от своя страна води до увеличаване приема на храна и следователно и на теглото. Това може да бъде избегнато, ако се следват някои съвети, свързани с диетата: да се избягва преяждането, да се съблюдават препоръките за балансирано хранене, да се приемат необходимите витамини, минерали, соли, микроелементи.

Препоръчва се: увеличаване на източниците на витамин С (шипка, черна боровинка, зелен лук, зеле, лимони и др.), витамин В1 (пълнозърнест хляб, зърнени храни), витамин В12 (зелен грах, портокали, дини), витамин РР (фасул, зърнени храни, дрожди, зеле, млечни продукти, картофи), витамин А (зеленчуци, особено моркови), витамин Е (пълнозърнест хляб, растително масло, зелени зеленчуци, пшенични зародиши).



В качеството си на източник на въглехидрати се препоръчва употребата на мед. Никотиновата зависимост, която като правило „подкислява“ вътрешната среда на организма, намалява алкалната вода (минерална вода, сокове, зеленчукови бульони). С цел предотвратяване на рецидив, лекарят трябва да продължи психотерапевтичното си въздействие върху пациента. Добър ефект има практикуването на физически упражнения, спорт и туризъм.

Кашлицата е често явление след отказване от цигарите. Съществуващата „тютюнджийска“ кашлица може да се усили и да бъде съпроводена с обилно отделяне на храчки. Трябва предвидително да се обясни на пациента, че това е естествена реакция и няма място за притеснение. В този случай се препоръчват отхрачващи препарати.

Тревожност и депресия. Най-общо депресията и тревожността са състояния, описвани при тежко зависимите пушачи. Много често такива синдроми налагат предпазливост или повишено внимание към страничните ефекти на лекарствата при отказване. За подобряване на лечението при депресирани пушачи, лекарят може да определи степента на депресия с помощта на два прости въпроса:

- През последните два месеца усещали ли сте тъга, депресия, отчаяние?

- През последния месец имали ли сте усещането, че вършите всичко без никакъв интерес и не изпитвате удоволствие?

Положителният отговор на въпросите може да бъде интерпретиран като категоричен знак за депресия.

Друг бърз начин за определяне степента на депресия е само един въпрос:

- Чувствате ли се тъжен през повечето време в последните две седмици?

Ако отговорът е положителен, може да се направи изводът, че пушачът е депесиран. Най-добре тази ситуация описват пушещите пациенти, преживели инсулт.

По-усъвършенствани тестове за оценка на степента на депресия са следните:

- Скала за тревога и депресия (The Anxiety and Depression Scale);

- Хамилтонова суб-скала за депресия (Hamilton Depression Subscale);

- Оценка на психичните нарушения в първичната помощ и Въпросник на Beck за депресията (Primary Care Evaluation of Mental Disorders и Beck Depression Inventory).

Превенция на рецидива

След датата на отказване, лечението трябва да се съобрази със степента на никотинов „глад“ и риска за настъпване на рецидив.

Едно нарастване на степента на никотиновия „глад“ е важен фактор при прогнозиране на риска от рецидив. Веднъж настъпил срив, следните предложени интервенции могат да предотвратят или отстранят рецидива:

- прилагане на никотинови пластири за повече от 14 седмици плюс никотинови препарати с акутно действие, когато е необходимо.

- пролонгирано използване на Варениклин от 12 на 24 седмици;

- пролонгирано използване на Бупропион;

- Комбинирана медикация

Освен всичко, би било добре пациентът да избягва провокиращи ситуации, като излагане на тютюнев дим. Психологическата и социална подкрепа на околните може само да подпомогне взетото решение и предотврати рецидив на пропушване



2.5. Ефективност на прилаганите подходи и методи на отказване

Както вече беше подчертано, за да се достигне до необходимата ефективност на помощта, която се оказва на пациента, е необходим комплексен подход. Последният включва: развитие на политика за контрол и превенция на тютюнопушенето; обучение на медицинските специалисти за консултиране и оказване на подкрепа на пушачите и помощ за преодоляване на тютюнопушенето; регистрация и проследяване на пушещите пациенти; активно откриване и профилактика на факторите на риска за ХНБ в съчетание с мероприятия за планово лечение на тютюнопушенето.

Ефективност на оценката на риска за ХНБ: Доказано е, че с помощта на резултатите от измерването на функцията на белите дробове и/или установяването на генетическа предразположеност към ХНБ може да се достигне до 25% прекратяване на тютюнопушенето.

Ефективност на дейностите на медицинските специалисти: Изследванията показват, че пушенето на самия лекар оказва влияние на отношението му към пушещите пациенти и на плана за оказване на помощ в преодоляване на пушенето. Пушещите медицински специалисти по-рядко питат пациентите за този вреден навик, в сравнение с непушещите си колеги (90% против 98.2%). Също така, те с по-голямо нежелание предлагат своята помощ (23% против 7%) и по-рядко насочват пациентите към специализираните кабинети за отказване от тютюнопушенето (37% против 64%) (12).

Ефективност на обучението на медицинските специалисти по отношение на подходите и методите за отказване от тютюнопушене. Изследванията показват, че при пациенти, на които е оказана помощ от обучени в тази насока лекари, вероятността да се откажат от цигарите е 1.35 пъти по-висока.

Ефективност на метода на „кратката консултация“ (5 „А“)

- Използването само на кратко консултиране при пациентите може да увеличи нивото на отказване на цигарите до 3% (81).

- Вероятността за отказване на тютюнопушенето при лица, с които е проведено кратко консултиране е 1.7 пъти по-висока, в сравнение с останалите пациенти (81).

- Установяването на риск за развитие на заболяване, свързано с тютюнопушенето или вече възникнало такова, може да повлияе върху решението за спиране на цигарите. Вероятността за отказване нараства с още 1.7 пъти (81).

- Предоставянето на информационни материали или понататъшното системно наблюдение след краткото консултиране, могат да увеличат вероятността за отказване на цигарите още 1.4 пъти (81).

Ефективност на краткото консултиране във връзка с намаляването на смъртността от болести, свързани с пушенето. Изследване установява, че в сравнение с контролната група, в групата на лицата, които са получили „кратък съвет“ нивото на общата смъртност е с 7% по-ниско; смъртността от инфаркт на миокарда - с 13%; смъртност от рак на белите дробове - с 11%.

Ефективност на метода на индивидуалното поведенческо консултиране. Прилагането на индивидуално поведенческо консултиране повишава вероятността за отказване на цигарите с още 1.4 пъти в сравнение с краткото консултиране (51, 49).

Ефективност на груповата терапия. Използването на груповата терапия увеличава вероятността за преодоляване на тютюнопушенето с 1.9 пъти, в сравнение с програмите за самопомощ (80). Не е доказано превъзходството им пред индивидуалното консултиране (69).

Ефективност на медикаментозната терапия по отношение на тютюневата зависимост (24)

- Всички методи на медикаментозната терапия са доказали своята ефективност по отношение отказването на цигарите в рамките на 6 - 12 месеца (24).

- Никотинозаместващата терапия увеличава степента на успех 2 до 3 пъти, независимо



от средата, в която се използват. Най-добре се прилагат при пациенти с висока степен на зависимост, мотивирани да се откажат. Няма достатъчни клинични доказателства за ефективността им при пациенти, които пушат по 10-15 цигари (22, 50).

• Степените ефективност при различните форми на никотинзаместваща терапия за отказване от цигарите са съответно:

- при дъвката - OR=1.66;
- при пластира - OR=1.81
- при назалния спрей - OR=2.35
- при инхалатора - OR=2.14
- при сублингвалните таблетки - OR==2.05

• Прилагането на пластири постига най-висок комплайнс - при 82% от случаите спрямо 38% при дъвката, 15% при спрея и 11% при инхалатора.

• Никотинозаместващата терапия е особено ефективна при лица със сърдечносъдови заболявания и хронична обструктивна белодробна болест.

• Нивото на отказалите се значително се повишава при използването на никотинозаместваща терапия в съчетание с индивидуално консултиране, особено при пациенти със сърдечносъдова патология.

Ефективност при комбинираните подходи на помощ за преодоляване на тютюнопушенето (29):

• При едновременното използване на поведенчески и медикаментозни методи, нивото на отказване на тютюнопушенето достига 43.9%.

• Най-висока ефективност се постига при съчетание на немедикаментозните методи с интензивно индивидуално консултиране (64%).

• Прилагането на индивидуално консултиране с никотинозаместваща терапия позволява достигането на ниво на отказване от тютюнопушенето 46.7% при курс на лечение 12 седмици.

• Комбинацията от: консултация с лекар, групова подкрепа с тренировка на навиците и прилагането на никотинозаместваща терапия позволява да се достигне до отказване от тютюнопушенето в 35% от случаите след 1 година, а след 5 години този показател е 22%.



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сред основните права на непушачите, заложи в Хартата за борба с тютюнопушенето, влиза правото на всеки пушач на подкрепа и помощ, които да му помогнат да преодолее навика да пуши. Необходимо е медицинските специалисти да предоставят най-съвременните достъпни методики и средства на пациентите, желаещи да се откажат от тази вредна за здравето привичка.

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) и в диагностичния и статистически справочник (DSM IV) на Американската психиатрична асоциация.

Тютюневата зависимост е хронично заболяване, свързано с поведението, което означава, че за лечението му е необходимо да бъде отделяно също толкова внимание, време и средства, както и за другите хронични болести; изисква дълга и системна лекарска намеса и контрол. Рецидивът е явлението, което потвърждава хроничната природа на зависимостта и в никакъв случай не означава провал за лекаря или пациента.

Подкрепата и съдействието на пациентите да се откажат да пушат е свързано с това, как лекарите възприемат своята роля в този процес. Те не само трябва да притежават необходимите знания и умения за интервенция, но и да прилагат умения за съвет и подкрепа в своята клинична практика и тази дейност да бъде рутинно включена в обсега на първичната медицинска помощ. Трябва да се има предвид, че пациентите очакват да бъдат запитани и най-малко с два пъти по-голяма вероятност изпълняват дадените указания.

Проблемът с превенцията на тютюнопушенето и болестите, които възникват в резултат на него е важна задача на първичната медицинска помощ. Ранното откриване, профилактика и лечение на тютюнопушенето е необходимо да бъде част от програмите за превенция на хроничните неинфекциозни болести, включващи ранна диагностика, корекция и мониторинг на факторите на риска и ранните признаци за ХНБ и насочени към усъвършенстване на профилактичната помощ в системата на здравеопазването.

Необходим е комплексен подход, включващ:

- реализация на политика контрол и превенция на тютюнопушенето;
- обучение и стимулиране на медицинския персонал за профилактични дейности;
- включване на лечението на тютюневата зависимост в пакета услуги на ОПЛ и специалистите от ПМП;
- създаване на структурни звена за превенция и преустановяване на тютюнопушенето при първичната медицинска помощ;
- създаване на система за регистрация, учет, отчет.



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001
„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЕС	Европейски съюз
ЗН	Злокачествени заболявания
ИББ	Интерстициални белодробни болести
ИБС	Исхемична болест на сърцето
МЗ	Министерство на здравеопазването
МИ	Миокарден инфаркт
МСБ	Мозъчно-съдова болест
НПО	Неправителствени организации
НСИ	Национален статистически институт
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
НЗ	Никотинова зависимост
НЗТ	Никотинзаместваща терапия
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ОРЗ	Остри респираторни заболявания
ПМП	Първична медицинска помощ
РККТ	Рамкова конвенция за контрол на тютюна
СЗО	Световна здравна организация
ССЗ	Сърдечносъдови заболявания
ТП	Тютюнопушене
ХНБ	Хронични неинфекциозни болести
ХОББ	Хронична обструктивна белодробна болест
IARC	Международната агенция по изследване на рака
FDA	Агенцията за храните и лекарствата на САЩ



БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Василевски, Н., Л. Иванов, Г. Цолова и Пл. Димитров Национално изследване на факторите на риска за здравето, свързани с начина на живот, сред население на възраст 25-64 г. сп. „Българско списание за обществено здраве, 2010 г., кн. 3.
2. Дж. Крофтън, Д. Симпсън Тютюнопушенето: Глобалната заплаха, изд МЗ, НЗОЗ. 2003 г.
3. Количествено социологическо изследване „Познания и нагласи за промяна на поведението и уменията за здравословен начин на живот”, Ноема, 2010.
4. 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.
5. Манолова, А. Разпространение на тютюнопушенето в училищна възраст - сравнителен анализ на Резултатите от “Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора”, България 2002 и 2008 г. Българско списание за обществено здраве, 1, 2, 2009.
6. Обществени нагласи към регулацията на тютюнопушенето. ББСС „Галъп Интернешънъл”, Национално представително проучване, 2011.
7. Оказание медицинска помощ на възрастното население по профилактика и отказ от курения. Методически рекомендации. Министерство на здравеопазването и социалното развитие. Российской Федерации. Москва, 2012.
8. Състояние на здравето на гражданите през 2011 г. и изпълнение на Националната здравна стратегия. Годишен доклад на Министъра на здравеопазването. МЗ. С, 2012: сс.193
9. Цолова, Г., Н. Василевски, П. Димитров. Смъртност, дължаща се на тютюнопушенето. Обща медицина. бр., 2, 2008 г.; 21-27 с.
10. Чучалин Г. Табакокурение и болести на органите на дихателната система. Достъпна на: http://www.rmg.ru/articles_6203.htm.
11. Шальнова, С., А. Деев, Р. Оганов. Фактори, влияещи на смъртност от сърдечно-съдовите заболявания в руската популация. Кардиоваскуларна терапия и профилактика, 4, 2005.
12. Aboyansa, V., P. Pineta, Ph. Lacroix, M. Laskara. Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: A nationwide survey; Archives of Cardiovascular Disease, 102, 2009.
13. American Academy of Family Physicians. Ask and act: a tobacco cessation program. 2010. <http://www.aafp.org> (last accessed 30 July 2012).
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press;2000.
15. André E. Politique de Santé Publique contre le Tabagisme. DIU - St Etienne - Décembre 2011. pp 38.
16. Ashford, K.B.; Hahn, E.; Hall, L.; Rayens, M.K.; Noland, M.; Ferguson, J.E., „The effects of prenatal secondhand smoke exposure on preterm birth and neonatal outcomes,” Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 39: 525-535, 2010.
17. Aveyard P, Massey L, Parsons A, et al. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. Soc Sci Med. 2009;68:397-403.
18. Błaszczak J. Passive smoking as an environmental health risk factor. Ann Agric Environ Med. 2012;19(3):547-50.
19. Bosetti C, Gallus G, Peto R, et al. Tobacco Smoking, Smoking Cessation, and Cumulative Risk of Upper Aerodigestive Tract Cancers. Am. J. Epidemiol. (2008) 167 (4): 468-473. doi: 10.1093/aje/kwm318
20. Britton J. Passive smoking damages children's health. Practitioner. 2010 May;254(1729):27-30, 3.
21. Cabré E, Domènech E. Impact of environmental and dietary factors on the course of inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2012 Aug 7;18(29):3814-22. doi: 10.3748/wjg.v18.i29.3814.
22. Cahill, K., L. Stead, T. Lancaster Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. The Cochrane Library, Issue 3, 2008.
23. Carbonell-Estrany, X.; Fullarton, J.R.; Gooch, K.L.; Vo, P.G.; Figueras-Aloy, J.; Lanari, M.; Gouyon, J.B.; Liese, J.G., Effects of parental and household smoking on the risk of respiratory syncytial virus (RSV) hospitalisation in late-preterm infants and the potential impact of RSV prophylaxis, Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine [Epub ahead of print], February 5, 2013.
24. Corelli RL, Suchanek Hudmon K. Medications for smoking cessation West J Med. 2002; 176(2): 131-135. PMID: PMC1071687
25. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF (eds.) -Tobacco Control Country Profiles, American Cancer Society, Atlanta GA, 2000.
26. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. Pediatrics. 2004;113(4 Suppl):1007-15
27. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male



British doctors. *BMJ*. 1994. 8; 309(6959): 901-911.

28. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *BMJ* 2004. 328 (7455): 1519. doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE.

29. ENSP. European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. European Network for Smoking and Tobacco Prevention..1st edition. 2012, pp 117. ISBN: 978-2-9600708-1-1

30. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas, Fourth Edition. 2012. Atlanta: American Cancer Society & World Lung Foundation.

31. European health for all database (HFA-DB). World Health Organization. Regional Office for Europe. Updated: January, 2010.

32. ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN, EMCDDA, Pompidou Group. 2012.

33. European Report on Tobacco Control Policy, 2002. Press Backgrounder EURO /02/ 02.

34. Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act. 2009. Available at: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr1256enr/pdf/BILLS-111hr1256enr.pdf> last

35. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10. *Int J Cancer* 2010;127:2893-2917.

36. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/causes/lifestyle / tobacco/>

37. <http://lex.bg/laws/tree/laws>

38. <http://www.nsi.bg/index.php>

39. http://www.tobaccofreeu.org/facts_figures/documents/Fagerstrom-Nicotine-Dependence-Test.pdf

40. Halpern M, Gillespie B, Warner K. Patters of absolute risk of lung cancer: mortality in former smokers. *JNCI*. 1993;85:457-464.

41. Hughes, S. Increased CV risk with smoking cessation drug varenicline: New meta-analysis; July 4, 2011.

42. IARC CancerBase No. 9 Cancer Incidence in Five Continents (C15) Volumes I to IX. Edited by DM Parkin, J Ferlay, MP Curado, F Bray, B Edwards3, HR Shin and D Forman. 2010; ISBN-13: 978-9-28- 322448-8

43. IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum*, 2004, 83: 1-1438.

44. Iestra, J. et al. A systematic review. *Circulation*, 2005.

45. Iversen, B.; Jacobsen, B.K.; Locher, M.L., “Active and passive smoking and the risk of myocardial infarction in 24,968 men and women during 11 year of follow-up: the Tromso Study,” *European Journal of Epidemiology* [Epub ahead of print], February 27, 2013, DOI 10.1007/s10654-013-9785-z

46. Johannessen, A.; Bakke, P.S.; Hardie, J.A.; Eagan, T.M.L., Association of exposure to environmental tobacco smoke in childhood with chronic obstructive pulmonary disease and respiratory symptoms in adults, *Respirology* 17(3): 499-505, April 2012.

47. Kotarov G. - Bulgarian National Policy Related to ETS. In Policies to Reduce Exposure to Environmental Tobacco Smoke. EUR/ 00/ 5020495, WHO- EURO, 2000.

48. Kusel, J.; Timm, B.; Lockhart, I., The impact of smoking in the home on the health outcomes of non-smoker occupants in the UK, *Tobacco Induced Diseases* 11(1): 3 , January 29, 2013.

49. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001292.

50. Lancaster, T., L. Stead, D. Mant, G. Fowler. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2004.

51. Lancaster, T., L. Stead. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008.

52. Leistikow BN. Smoking and Ischemic Heart Disease Disparities Between Studies, Genders, Times, and Socioeconomic Strata. *J Cardiovasc Transl Res*. 2009; 2(3): 267-273.

53. Litt, J. How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient. *Aust Fam Physician*. 31(12), 2002.

54. Liu, R.; Bohac, D.L.; Gundel, L.A.; Hewett, M.J.; Apte, M.G.; Hammond, S.K., Assessment of risk for asthma initiation and cancer and heart disease deaths among patrons and servers due to secondhand smoke exposure in restaurants and bars, *Tobacco Control* [Epub ahead of print], February 13, 2013.

55. Mackay, J., M. Eriksen, O. Shafey. The Tobacco Atlas. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society, 2006.

56. Mannino et al. The relative likelihood of experiencing a particular event or the effect of an explanatory variable on the hazard or risk of an event. *Arch Intern Med*. 2003;163:1475-1480.

57. Max W.; Sung H.Y.; Shi Y., Deaths from secondhand smoke exposure in the United States: economic implications, *American Journal of Public Health* [Epub ahead of print], September 20, 2012.

58. Max, W.; Sung, H.Y.; Shi, Y., Attention deficit hyperactivity disorder among children exposed to secondhand smoke: a logistic regression analysis of secondary data, *International Journal of Nursing Studies* [Epub ahead of print], October 26, 2012.

59. McClure JB, Ludman EJ, Grothaus L, et al. Impact of a brief motivational smoking cessation intervention the Get PHIT randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2009;37:116-123.



60. McCormack VA, Boffetta P. Today's lifestyles, tomorrow's cancers: trends in lifestyle risk factors for cancer in low- and middle-income countries. *Ann Oncol*. 2011 Nov;22(11):2349-57. doi: 10.1093/annonc/mdq763.
61. Mitchell, E.A.; Beasley, R.; Keil, U.; Montefort, S.; Odhiambo, J., The association between tobacco and the risk of asthma, rhinoconjunctivitis and eczema in children and adolescents: analyses from phase three of the ISAAC Programme, *Thorax* [Epub ahead of print], June 12, 2012.
62. Mozaffarieh, M., Konieczka, K., Hauenstein, D., Schoetzau, A., Flammer, J. Half a pack of cigarettes a day more than doubles DNA breaks in circulating leukocytes. *Tobacco Induced Diseases*. 2010; 8(1): art 14
63. OECD, “Smoking among adults”, in *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing. 2012. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-24-en>
64. Olasky, S.J.; Levy, D.; Moran, A., Second hand smoke and cardiovascular disease in low and middle income countries: a case for action, *Global Heart* 7(2): 151-160, July 1, 2012.
65. Padron, A.; Galan, I.; Rodriguez-Artalejo, F., Second-hand smoke exposure and psychological distress in adolescents: a population-based study, *Tobacco Control* [Epub ahead of print], September 22, 2013.
66. Patel, R. et al. Cigarette smoking and diffuse lung disease. *Drugs*, 68, 2008.
67. Pavić, I.; Jurković, M.; Pastar, Z., Risk factors for acute respiratory tract infections in children, *Collegium Antropologicum* 36(2): 539-542, June 2012.
68. Prasad D S, Kabir Z, Dash A K, Das B C. Smoking and cardiovascular health: A review of the epidemiology, pathogenesis, prevention and control of tobacco. *Indian J Med Sci* 2009;63:520-33
69. Ramos et al. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial *BMC Public Health*, 2010.
70. Rayens MK, Burkhart PV, Zhang M, et al. Reduction in asthma-related emergency department visits after implementation of a smoke-free law. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 122: 537-41. CrossRefMedline
71. Reduce Exposure to Environmental Tobacco Smoke. EUR/ 00/ 5020495, WHO- EURO, 2000.
72. Rodgman, A., T. Perfetti. *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. Boca Raton (FL): CRC Press, Taylor & Francis Group, 2009.
73. Royal College of Physicians. *Passive smoking and children. A report by the Tobacco Advisory Group*. London: RCP, 2010.
74. Rycroft CE, Heyes A, Lanza L, Becker K. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012;7:457-94. doi: 10.2147/COPD.S32330
75. Sikorska-Jaroszyńska MH, Mielnik-Błaszczak M, Krawczyk D, Nasitowska-Barud A, Błaszczak J. Passive smoking as an environmental health risk factor. *Ann Agric Environ Med*. 2012;19(3):547-50.
76. Singh, S., Y. Loke, J. Spangler et al. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011.
77. Special Eurobarometer 332/Wave 72.3 - TNS Opinion & Social. EC, Brussels, Belgium. 2010.
78. Special Eurobarometer 385. “Attitudes of Europeans towards Tobacco”. Wave EB77.1 - TNS Opinion & Social. EC, Brussels, Belgium. 2012.
79. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD000146.
80. Stead, L., G. Bergson, T. Lancaster. *Physician advice for smoking cessation (Review)* The Cochrane Library, Issue 4, 2008.
81. Stead, L., T. Lancaster. *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Review)* The Cochrane Library, Issue 2, 2009.
82. Teo, K. et al. INTERHEART Study Investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*, 368, 2006.
83. Tinuoye, O.; Pell, J.P.; Mackay, D.F., Meta-analysis of the association between secondhand smoke exposure and physician-diagnosed childhood asthma, *Nicotine and Tobacco Research* [Epub ahead of print], March 28, 2013.
84. *Tobacco control country profiles. Second Edition*. Shafey O, Dolwick S, Guindon GE (EDTs.), 2003, the 12-th World Conference on Tobacco or Health, Helsinki, Finland.
85. *Tobacco or health in the European Union - Past, present and future*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2004 - 290 pp. ISBN 92-894-8219-2.
86. Tran, K., K. Asakawa et al. *Pharmacologic-based Strategies for Smoking Cessation: Clinical and Cost-Effectiveness Analyses*, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2010.
87. Tudor RM, Petrache I. Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Invest*. 2012 Aug 1;122(8):2749-55. doi: 10.1172/JCI60324.
88. U.S. Department of Health and Human Services. *How Tobacco Smoke Causes Disease - The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (2010).
89. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001

„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

90. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

91. USEPA. .Supplementary Guidance for Conducting Health Risk Assessment of Chemical Mixtures. Risk Assessment Forum Technical Panel. EPA/630/R-00/002 . 2000. pp. 209

92. USEPA. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders” EPA 600/6/90/006F),

93. USDHHS. Tobacco Addiction. NIDA Research Report Series. pp 12. Available at: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/tobaccorrs_v16_0.pdf

94. van den Bosch, G.E.; Merkus, P.; Buysse, C.; Boehmer, A.; Vaessen-Verberne, A.; van Veen LN, H.W.; de Hoog, M., Risk factors of pediatric intensive care admission in children with acute asthma, Respiratory Care [Epub ahead of print], February 17, 2012.

95. WHO, Regional Office for Europe -The European Report on Tobacco Control Policy, EUR/01/5020906/8, World Health Organization, 2002.

96. Willi, C. et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA, 298, 2007.

97. World Health Organisation: MPOWER: A policy package to reverse the tobacco epidemic. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2008. Available at: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html

98. World Health Organisation: WHO global report: Mortality attributable to tobacco. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2012. Available at: http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/index.html

99. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. ISBN 978 92 4 456391 5 (NLM classification: WM 290)

100. Young, R., R. Hopkins, M. Smith. Hogarth Smoking cessation: the potential role of risk assessment tools as motivational triggers Postgrad Med J, 86, 2010.

101. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect Of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction In 52 Countries (The INTERHEART Study): Case-Control Study. Lancet 2004;364:937-52



Европейски съюз

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ПРОЕКТ BG051P0001-5.3.01-0001-C0001
„Информирани и здрави”

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз



Европейски социален фонд

Инвестира във вашето бъдеще!