

# 31 МАЯ ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗ ТАБАКА

DUM SPIRO, SPERO\* («ПОКА ДЫШУ – НАДЕЮСЬ» (ЛАТ.))



Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения профилактики опухолей НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина Владимир Филиппович Левшин, рассеивает дымовую завесу распространенных заблуждений относительно самой популярной привычки на земле – курения.

12 декабря 2019 года, 02:05

*«Не огорчайте сердце табачищем – и проживете столько, сколько жил Тициан: 99 лет».*

*И. П. Павлов*

## Ящик Пандоры

*«В 1560 году французский посол в Португалии Жан Никот послал табачный порошок своей королеве Екатерине Медичи, рекомендовав его как лекарство от некоторых недугов. Позже имя этого француза будет «увековечено» в названии одного из соединений табака – никотин», – пишет в своей книге «Зависимости, крадущие наше здоровье и годы жизни» Владимир Левшин. Так кто же открыл «ящик Пандоры»?*

Владимир Левшин размышляет об этиологии вредной привычки: *«Никакой естественной потребности во вдыхании табачного дыма у человека не было и нет. И никакого удовлетворения он от этого занятия изначально получать не мог. Курение – самый наглядный пример, как в человеческом обществе иногда могут появляться и закрепляться на века привычки и обычаи, не только не имеющие особого смысла, но и себе во вред».*

Когда же «дымовая завеса» табачной безграмотности начала рассеиваться?

*«Первый тревожный сигнал появился в 1938 году, когда Раймонд Пирл, профессор биологии из США, проследив жизнь 6813 жителей одного из маленьких городков Америки, установил, что более 60 лет прожили 60% некурящих жителей и только*

46% из числа куривших. Но это первое предупреждение тогда мало кто услышал».

Услышал только ученые-медики, и то не все. И только тогда и начались исследования.

## **Медленно, но верно**

**- Владимир Филиппович, скажите, когда наступает зависимость от никотина: физиологическая, психологическая?**

— Существует 3 вида зависимости: физиологическая, психологическая и социальная. Если мы говорим о табачной зависимости, то, как правило, все эти 3 компонента зависимости присутствуют. У разных людей – в разном соотношении. Физиологическая и психологическая зависимости более взаимосвязаны.

Физиологической мы считаем образование никотинзависимых рецепторов в подкорковых структурах головного мозга, это так называемые дофаминовые рецепторы. Как только сокращается поступление никотина в кровоток, в том числе к этим рецепторам, они начинают бунтовать: появляются симптомы неудовлетворенности, недовольства – они требуют никотина. Это тот же наркотик, но, в отличие от классических наркотиков, которые тоже привязываются к этим рецепторам, они не вызывают эффекта эйфории или каких-то галлюцинаций. Поначалу табак даже вызывает неприятные ощущения, но курильщик довольно быстро к ним привыкает. Все проявления синдрома табачной зависимости – ухудшение дыхания, тахикардия, снижение физических возможностей – первое время коварно скрыты.

Считается, что клиническая форма табачной зависимости в среднем развивается за 2–3 года регулярного курения. Внутреннюю неудовлетворенность от сокращения дозы мы называем синдромом отмены, который сопровождается такими симптомами, как слабость, вялость, раздражительность, депрессивность, астенические симптомы, отсутствие аппетита.

Табачная зависимость относится к химическим формам зависимости. Она развивается, как правило, достаточно медленно, но все индивидуально: это зависит от некоторых индивидуальных генотипических возможностей и от режима курения. В любом случае табачная зависимость – это болезнь. И она уже внесена в ВОЗовский список болезней человека.

*«Всемирная организация здравоохранения признала регулярное табакокурение видом умственного и поведенческого расстройства», – из книги В. Левшина.*

**- Есть ли сейчас у врачей возможность выявить принадлежащих к группе риска людей? Обусловлена ли генетически привычка к курению? Если курили родители, например, возрастает ли вероятность, что и ребенок закурит?**

— Некий генетический фактор присутствует во всем, но проявляется в разной степени. В частности в отношении табакокурения можно сказать, что существуют определенные ферменты, которые вырабатываются в большей или меньшей степени. У некоторых они восстают и вызывают отрицательную реакцию со стороны организма. Не нужно забывать, что это все-таки токсическое соединение. Но это токсин длительного, накопительного действия.

Словом, все эти генотипы проявляются не очень выражено. А вот поведенческие паттерны, конечно, влияют сильнее: вероятность закурить детям курильщиков возрастает в 2–3 раза (при прочих равных социальных условиях).

## **Дымная история и несимпатичные цифры**

### **- Действительно ли неутешительна статистика по употреблению табачной продукции в России?**

— Мы долгие годы занимали то первое, то второе место в мире по распространенности табакокурения, хотя поначалу вовсе не мы были мировыми лидерами!

До 50-х гг. было убеждение, что курение безопасно и безвредно. Более того, врачи использовали его при некоторых заболеваниях и иногда даже рекомендовали его. Но это все сказки прошлых лет. Первые эпидемиологические исследования появились много позже.

В Англии это Уильям Р. Долл. Ученые обследовали и установили, что, к примеру, признаки эпидемии рака легкого обструктивного бронхита прежде всего возникали у курящих людей. Все это статистически достоверно было обработано, все доказано.

Кстати, ирония в том, что когда впервые в американском противораковом обществе докладывали об этих данных, зал был полностью задымлен: многие присутствующие курили.

Наглядный пример. До 60-х гг. в Америке, Англии курило 60 % мужчин и более, а сейчас – 15–20 %. В связи с эмансипацией активно курить стали женщины. А все программы боролись именно с мужской эпидемией курения. Мы в нашей стране повторили этот путь только через 10–20 лет.

Так вот дело в том, что после проведения массы других исследований, подтвердивших отдаленные отрицательные последствия, смертность, когда уже было доказано, что 15 форм злокачественных новообразований в онкологии напрямую связаны с табачной интоксикацией, начали принимать меры, разрабатывать программы борьбы с курением. Во многих европейских странах, в Австралии, США, в скандинавских странах действительно через 10–20 лет действия этих программ курильщиков стало в разы меньше.

Поверьте, с табачной эпидемией бороться крайне сложно: требуется полноценное внедрение комплексных антитабачных мер – просветительских, административных, экономических, медицинских. И когда этот комплекс мер работает не один год, тогда только и появляется ощутимый результат.

А что происходит у нас? У нас начали борьбу с курением значительно позже. Я не исключаю, что в 60-е годы наши медики и не верили даже в западные исследования. И только когда появились свои, отечественные, эпидемиологические исследования, тогда задумались. Долгое время у нас были одноразовые акции, и все это, разумеется, не работало.

Статистика такова: с 60-х по начало 80-х годов у нас распространенность курения не менялась: у мужчин оставалась цифра в 60 %, а у женщин она росла многократно.

Регулярные мониторинги курительного поведения населения позволяют узнать, что происходит с населением в динамике, позволяют оценивать эффективность антикурительных мер. Этим нужно заниматься прицельно. В России было 2 крупных исследования – в 2009 и 2016 годах – до и после введения антитабачного закона № 15.

## **Мужское vs. Женское**

### **- Каково соотношение курящих женщин и мужчин?**

— У нас в России неодинаковое соотношение. Сейчас мужчин курит около 50 % взрослого населения по стране, женщин – 14 %. Большинство в этой репрезентативной группе – из губерний. А вот среди московского населения мужчин курит 54 %, а женщины стали курить больше – сейчас эта цифра выросла до 24 %. В регионах снижение распространенности курения более выражено: в малых городах или поселениях более эффективно работают антикурительные меры. Там более «послушное» население. А в крупных городах разбалованное население: не особо прислушивается к «предупреждениям Минздрава».

## **Пассивные курильщики под прицелом**

### **- Расскажите, пожалуйста, о реальном вреде пассивного курения: так ли это опасно?**

— Вред пассивного курения доказан. Хотя все зависит, безусловно, от дозы: одно дело вы прошли мимо курящего на остановке и на секунду ощутили запах табака, а другое – у входа на рабочее место стоите 5–10 минут и обсуждаете с курящим коллегой насущные дела. Или в машине: час нахождения в машине курильщика равноценен выкуриванию одной сигареты.

Смотрите: курильщик поглощает только около 20 % табачных токсинов. Еще около 25 % токсинов сгорает, а около 50 % выходят наружу. И находящийся рядом с курильщиком поглощает столько же, если не больше. Сейчас чаще всего пассивной экспозиции подвергаются не дома, не на работе или в транспорте, а в подъездах, с балконов соседей-курильщиков.

*«Существеннаяотягчающая особенность курения состоит еще в том, что оно вредит не только самим курильщикам, но и окружающим их некурящим людям. Установлено, что курильщик поглощает всего 15–25 % табачных токсинов. Более 60% распространяется и остается в окружающем его пространстве с дымом сигареты между затяжками и дымом, выдыхаемом курильщиками», — пишет в своей книге В. Левшин.*

*«Изучалось содержание никотина в волосах, слюне, моче у некурящих членов семей, где есть активно курящие лица, у некурящих работников баров и ресторанов: результаты исследования показали наличие никотина во всех биопробах. При этом у некоторых из них содержание никотина в биопробах было даже выше, чем среднее – у курящих лиц». Тут уместно привести слова одного моего норвежского коллеги: «Курить в общественных местах – это то же самое, что мочиться в бассейне. Только табачный дым в несколько раз токсичнее мочи».*

### **- Пресловутые вейпы и электронные сигареты: оправдано ли нагнетание ситуации вокруг этих изделий? Чем они конкретно вредны?**

— Сейчас это «альтернативное» курение наделало много шума. Дело в том, что эти способы позиционировали поначалу как метод отказа от курения, метод лечения табачной зависимости. Но это не так.

*«Хотя парообразный дым этих сигарет не содержит многих токсических соединений табачного дыма, в нем достаточно высокие дозы никотина, которые формируют зависимость к никотину. Кроме того, пар вейпов оказался не таким чистым и безопасным, как его рекламируют. В результате в настоящее время ВОЗ не рекомендует вейпы как средство отказа от курения или для замены ими табачных сигарет»,* — из книги автора.

На эту продукцию не существует ни технических регламентов, ни стандартов качества. Потому узнать точно, что вы курите, дозировку этих веществ, невозможно.

#### **- Какие на сегодняшний день наиболее успешные методы лечения табачной зависимости существуют?**

— Для лечения табачной зависимости используется 3 метода: просветительская (мотивировать, объяснить, чем это опасно), медикаментозная терапия и когнитивно-поведенческая терапия. Ошибочно думать, что лечат только препараты. Более того, главное – это обучение поведенческим приемам. Хотя сегодня существует много эффективных препаратов для временного преодоления табачной зависимости в виде пластырей, жвачек, леденцов, жидких спреев, но главное – это когнитивно-поведенческая терапия, проводимая специалистом.

#### **Невыносимая легкость бытия**

#### **- Скажите, а существуют ли «легкие» сигареты? Или это не более чем коварный рекламный ход?**

— «Легкие сигареты» – это уже давно пройденный этап. В 70-80-е годы это был продуманный шаг табачных компаний, когда уменьшалось содержание табачной смолы, никотина в сигаретах.

#### **- Действительно уменьшалось? Или это был рекламный трюк?**

— Нет, все было по-честному. Это не было заявлено как лечение табачной зависимости – это всего лишь были «менее токсичные сигареты». Но далее исследователи доказали, что это все не работает. Табачная зависимость не уходит. Установили, что большинство курильщиков, перешедшие на эти «легкие сигареты», стали курить большее число сигарет или же делать более глубокие затяжки. Меняется тип курения, ведь рецепторы привыкли к прежней дозе! И они должны ее получить. В итоге запретили рекламу – и на западе, и у нас. Сейчас такого термина уже не существует.

#### **- Правда ли, что никотин – не самый опасный компонент в сигаретах?**

— Правда. Сам никотин в принципе в дозах сигарет малотоксичен. В сигаретах около 30 канцерогенных соединений: кадмий, бензапирены, полициклические ароматические углеводороды и другие. Это же чистые канцерогены!

#### **Дымовая завеса**

*«Справка: в табачном дыме химики насчитывают несколько тысяч различных*

*химических соединений, из них около сотни являются токсичными или канцерогенными для человека».*

**- Есть ли в доказательной медицине прямая корреляция между курением и развитием онкологических заболеваний, в частности рака легких?**

— Да, точно установлена дозозависимая связь. Чем дольше вещество используется, тем, соответственно, выше риск. Как я уже говорил, установлена эта связь в отношении 15 форм злокачественных опухолей. Но, правда, в разной степени: например, рак легкого – риск вырастает в 15–20 раз, рак почки – в 1,5–2 раза, опухоли верхних дыхательных путей – в 10 раз и так далее. Рак легкого может возникнуть и у никогда не курившего, но это, как правило, редкие случаи. У «некурильщика» заболевание возникает по другим причинам, например работа на асбестовом производстве, с родоном и т. д.

*«До 20 века рак легкого был чрезвычайно редким заболеванием, а к середине 20 века частота этого заболевания резко возросла, и была установлена непосредственная связь этого заболевания с курением. Сегодня установлена прямая связь курения более чем с 40 различными болезнями и расстройствами у человека», – из книги профессора Левшина.*

**Одним махом?**

**- Вредно ли резко бросать пагубную привычку?**

— Опять же это зависит от личности курильщика. При быстром отказе после продолжительного, многолетнего курения у курильщиков возникает синдром отмены. Как я говорил, эти никотиновые рецепторы поднимают бунт нервной системы, что отражается на кровяной, легочной, сердечно-сосудистой системах. Это все результат резкой отмены. А если у человека в анамнезе стенокардия, обструктивный бронхит, то у него этот синдром отмены может вызывать обострение этой болезни. Поэтому пульмонологи обязательно при лечении легочных заболеваний в комплекс лечения включают отказ от курения, но проводится он по специальной методике. Сначала его обучают когнитивно-поведенческим приемам, потом подключают препараты. Основная цель таких препаратов – предупредить развитие синдрома отмены.

У здоровых же людей возможность подавить синдром отмены достаточно высокая. Плюс многое зависит значительно от степени мотивации. Сильный, мощный стресс тоже может быть мотивацией подавить табачную зависимость: если кто-то погиб от болезни, связанной с курением.

Организм при любом раскладе приспосабливается к жизни без курения. Мы изучали статистику: на протяжении первых трех месяцев после прекращения курения 50% возвращаются к пагубной привычке. Через полгода это уже 10–20 %, а через год – от 1 до 10 %. Синдром отмены при отсутствии лечения может длиться по-разному. Удержаться нужно в период примерно от одной недели до месяца. А потом могут быть срывы. Это не рецидив – это срывы. Поэтому в период отказа от курения обязательно нужен контроль!

**- Владимир Филиппович, и последний вопрос: истории семей, где вся семья курила до 100 лет и ничего ни с кем не было, как бы вы прокомментировали их?**

— Это все анекдотичные истории. Знаете такой бородатый анекдот: геронтологи приходят к столетнему жителю, и долгожитель рассказывает про свой правильный образ жизни, спорт, питание и отсутствие вредных привычек, а за дверью кто-то шумит; геронтологи интересуются, кто, а долгожитель отвечает – да не обращайтесь внимания, это мой отец напился и опять буйнит.

Действительно бывают люди с «генами долгожительства»: естественно, они более устойчивы к каким-то недугам. Определенно от одного фактора не может зависеть продолжительность жизни – только от комплекса. И давайте пойдём научным путем, а не методом ОБС – «одна бабка сказала»: дайте мне статистику, а не один пример. Ведь можно набрать столетних жителей и окажется, что курил среди них только 1 из 1000.

Да, не все курильщики умирают от рака легкого – у кого-то обструктивная болезнь, инсульты, сердечно-сосудистые заболевания.

Отказ от курения же точно продлит и облегчит жизнь любому бывшему курильщику.

Кстати, сейчас существует квалифицированная бесплатная помощь в отказе по курению. Вы можете обратиться по телефону 8-800-200-0-200 или написать запрос на почту [prevention@crc.umos.ru](mailto:prevention@crc.umos.ru).