

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Вниманию читателя предлагается обзор литературы, касающийся состояния проблемы пассивного курения детей и путей ее решения силами работников здравоохранения, включая консультирование пациентов и родителей пациентов.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Т. И. Андреева, канд. мед. наук, доцент Школы здравоохранения Национального Университета «Киево-могилянская академия»

Окончание, начало в №9/2009

Масштабы последствий пассивного курения детей

Смертность

Исследователи подсчитали, что ежегодно в США не менее 6200 детей умирает в результате курения родителей. Из этого количества 2800 смертей связаны с низкой массой тела новорожденных, обусловленной курением во время беременности, 2000 смертей относятся на счет синдрома внезапной смерти младенца, вызванного вторичным дымом; 1100 смертей обусловлены респираторными инфекциями; 250 смертей вызваны пожарами из-за сигарет, спичек и зажигалок; а еще 14 смертей обусловлены астмой.

Оцененная смертность детей моложе пяти лет, которая связана с воздействием табачного дыма, превышает смертность, вызванную всеми повреждениями и травмами, вместе взятыми.^[1]

Проведенные в Великобритании оценки синдрома внезапной детской смерти свидетельствуют, что 11% случаев таких смертей связано с курением только матери и столько же с курением только отца.^[2]

Заболеваемость

Итальянские ученые на основе проведенных исследований и статистических данных пришли к следующим оценкам влияния принудительного курения на здоровье детей: 21,3% острых респираторных инфекций у детей первых двух лет жизни обусловлены курением родителей.^[3]

Американский Фонд «Наследие» объявил в докладе, названном «Вторичный дым разрывает семьи на части»,^[4] что именно дети несут бремя болезней, вызванных воздействием табачного дыма.

Несмотря на растущее осознание вреда, наносимого курением, массовое потребление табака приводит не только к ожидаемым долгосрочным последствиям для здоровья самих курильщиков, но также и к более быстрым последствиям для здоровья детей.

Доклад также указывает, что 43000 американских детей ежегодно становятся сиротами из-за вызванных табаком смертей.

Дополнительная нагрузка на систему здравоохранения

Проведенное в США исследование показало, что пассивное курение детей ежегодно обуславливает 500 тысяч дополнительных визитов (то есть визитов,

которых можно было бы избежать) к педиатрам по поводу астмы, 1,3 миллионов дополнительных визитов по поводу кашля, более чем 115 тысяч случаев пневмонии, 14 тысяч случаев тонзиллэктомии и аденоидэктомии, 260 тысяч случаев бронхитов, 2 миллиона случаев острого или хронического отита и 5200 случаев операций на среднем ухе под названием тимпаностомия^[5].

Поданным проведенного в Китае исследования^[6], для которого были выбраны пары некурящая мать - ребенок, которые отслеживались от рождения до 18 месяцев, было обнаружено, что пассивное курение матери во время беременности увеличивало количество обращений за медицинской помощью и госпитализаций на 20-30%. Пассивное курение ребенка после рождения увеличивало количество госпитализаций еще на 10-30% в зависимости от количества курильщиков в доме.

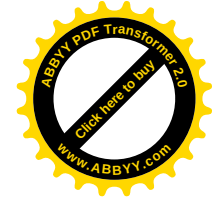
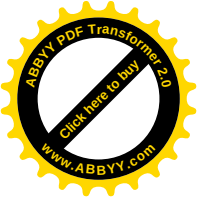
По оценкам австралийских исследователей, ежегодно 500-2500 дополнительных госпитализаций и 1000-5000 дополнительных случаев заболеваний респираторными инфекциями на 100000 детей обусловлены влиянием родительского курения^[7]. При этом исследователи считают, что полученные ими цифры скорее недооценивают реального масштаба проблемы, являются лишь его минимальной оценкой.

Экономические потери

Исследователи подсчитали, что ежегодно в США 5,4 миллиона детей страдает от астмы и инфекционных заболеваний уха, являющихся результатом курения родителей, что требует затрат на лечение в размере 4,6 миллиарда долларов в год.

Американский Фонд «Наследие» обнародовал данные, ^[8] согласно которым, в 2001 году воздействие табака на здоровье американских детей выразилось в следующих последствиях.

- Почти 300 тысяч случаев детской астмы, которые обошлись стране в более чем 236 миллионов долларов.
- Более чем 99 тысяч случаев инфекций среднего уха, которые обошлись в 49 миллионов долларов.
- Более 26 тысяч младенцев, родившихся с недостаточной массой тела, что стоило более 300 миллионов долларов.
- 263 случая внезапной детской смерти.



здоровье населения

■ Табачный дым ухудшает состояние здоровья детей всех возрастов

Подверженность действию табачного дыма значительно ухудшает состояние здоровья ребенка.

Если ребенок совсем мал, он может чаще болеть простудными заболеваниями, бронхитами, пневмониями, острым отитом, он может чаще срыгивать, он может быть более беспокойным, чем другие дети. В конце концов, он может погибнуть от непонятных причин. К счастью, вероятность этого невелика, но поскольку она может возрасти в несколько раз из-за курения, имеет смысл не рисковать и прекратить курение.

Если ребенок чуть старше, он уже достиг ясельного или детсадовского возраста, к нему уже мог приклеиться ярлык «часто болеющего ребенка», у него продолжают простуды, насморки, возможно, отиты. Не исключено, что ребенок находится в группе лидеров по кариесу. Если у него развилась бронхиальная астма, то пассивное курение увеличивает частоту приступов. Не исключено, что у ребенка могут обнаружиться и другие аллергические заболевания.

Если ребенок уже учится в школе, а в доме продолжают курить, к перечисленным выше проблемам могли прибавиться заболевания сердечно-сосудистой системы. Если в населенном пункте случаются вспышки менингококковой инфекции, ребенок может заболеть с большей вероятностью, чем другие.

Пути решения проблемы

В данной публикации речь идет, главным образом, о возможной роли врача в решении проблемы пассивного курения детей. Хотя в ряде развитых стран, где идеи профилактической медицины реализовывались еще с середины 20-го столетия, в течение многих десятилетий совет врача был единственным аргументом против курения пациента, в настоящее время можно рассчитывать на синергизм других эффективных мер. Рамочная конвенция ВОЗ по контролю над табаком, принятая в 2003 году и ратифицированная Украиной в 2006 году, предусматривает реализацию мер, доказавших эффективность на популяционном уровне. К этим мерам относятся снижение доступности табачных изделий через повышение налогов и цен на них, снижение привлекательности табачных изделий через запрет рекламы, информирование потребителей о рисках для здоровья, связанных с курением, и составе табачных изделий, снижение приемлемости курения через запрет курения на рабочих и в общественных местах, а также помощь в прекращении курения. При одновременной реализации перечисленных мер эффективность каждой из них для уменьшения потребления табака повышается, и участие всех действующих лиц становится более благодарным.

Медицинские работники и особенно врачи педиатрического профиля обладают уникальными возможностями для того, чтобы повлиять на ситуацию

пассивного курения детей. Как заявил один из главных врачей США Everett Koop,⁹ одна из наиболее важных образовательных обязанностей педиатров состоит в том, чтобы поощрять родителей к отказу от курения сигарет и помочь им на этом пути. Дополнительная возможность, которую могут использовать педиатры, состоит в том, что молодые взрослые, каковыми является большинство молодых родителей, значительно чаще видят педиатра, чем какого-либо иного медицинского работника, и потому именно совет педиатра, касающийся курения, может оказаться для них наиболее своевременным.¹⁰

Что можно делать с курящими родителями?

Существует несколько вариантов ответа на данный вопрос.

В большинстве случаев, разумеется, не делается ничего. За взрослыми признается право курить, в то время как за несовершеннолетними такое право не числится, а тема принуждения детей к вдыханию табачного дыма попросту игнорируется.

Если эту тему не игнорировать, а пытаться уменьшить связанные с табачным дымом проблемы для детей, то в этих целях, во-первых, можно избрать путь информирования родителей об опасностях табачного дыма в ожидании, что они примут самостоятельные решения по изменению своего курительного поведения.

Если желательные самостоятельные решения не принимаются, а изменение ситуации необходимо, то в некоторых случаях предпринимаются попытки запретить курить в доме, где живут дети, либо ограничить помещения, где разрешено курение. Это второй вариант. Его можно назвать подходом снижения вреда, поскольку курение не прекращается, цель состоит лишь в том, чтобы уменьшить связанный с ним вред.

Третий путь состоит в том, что признаются проблемы курящих родителей, и им дается рекомендация отказаться от курения либо оказывается помощь в прекращении курения.

При рассмотрении этих вариантов фактически существует дилемма между тем, ориентироваться ли на прекращение курения или на его ограничение в местах пребывания ребенка.

Прекращение курения или его ограничение Преимущества ориентации на прекращение курения

С точки зрения защиты детей от воздействия табачного дыма, данный путь является оптимальным. Опубликовано немало работ, которые сообщают, что только прекращение курения родителей дает реальную защиту ребенка от табачного дыма. Совершенно естественным представляется вывод о том, что некурящие значительно чаще сообщают о том, что их дома свободны от табачного дыма, чем курильщики.^[11] Аналогичные закономерности прослеживаются и в исследованиях, проведенных в Украине.^[12]

Проведено также немало исследований, которые показывают связь между измеряемыми уровнями котинина в биологических жидкостях детей и такими

здоровье населения

актеристиками, как количество курильщиков в доме, контакты с другими курильщиками, интенсивность курения в том же помещении, где находится ребенок,^[13] образование отца, курительный статус матери,^[14]

Родителям необходимо перестать курить ради детей, не только потому, что дети, живущие в табачном дыму, с большей вероятностью заболевают, но еще и потому, что они с большей вероятностью, чем их сверстники, становятся курильщиками в будущем.

Недостатки ориентации на прекращение курения

Основным недостатком ориентации на прекращение курения является то, что оно представляется более трудно достижимым, чем просто запрет курения в определенных местах.

Вообще, следует иметь в виду, что любые вмешательства, направленные на прекращение курения, обладают весьма скромной эффективностью, учитывая наркотическую природу содержащегося в табаке никотина.

Тема прекращения курения и участия медицинских работников в этом процессе является отдельной большой темой, заслуживающей самого серьезного внимания. Пока же заинтересованного читателя можно адресовать к ранее опубликованному руководству^[15]

Подход снижения вреда

Поскольку цель прекращения курения среди родителей и воспитателей ребенка не всегда достигается, некоторые исследователи призывают использовать подход снижения вреда.^[16] Данная концепция используется в разных областях, касающихся потребления психоактивных веществ, которое потребитель не может или не хочет прекращать. В связи с пассивным курением детей подход снижения вреда будет выражаться в том, что в семье принимается правило «не курить в доме». Родители убирают пепельницы, просят членов семьи и гостей выходить для курения за пределы дома или квартиры. Как данная концепция воспринимается, в значительной мере зависит от культурально принятых норм поведения. Фактически, в Украине данный подход широко реализуется. При распространенности курения среди мужчин на уровне 65-70% и среди женщин около 15-20% фактически в большинстве домов не принято курить в жилом помещении, и это достигается благодаря активной роли большинства женщин, которые не позволяют своим курящим мужьям курить в доме. В тех же странах, где распространенность курения среди женщин столь же высока, как и среди мужчин, актуальной является постановка вопроса о запрете курения в жилом помещении, о реализации подхода снижения вреда. Таким образом, постановка данной задачи в Украине может быть актуальной для молодых семей в больших городах, где распространенность курения среди женщин достигает 30%. В большинстве же

случаев для украинских молодых родителей более актуальным представляется тема не ограничения курения в доме, а отказа от курения.

Недостатки ориентации на ограничение курения в доме, где живет ребенок

На этом пути множество недостатков и ограничений.

Во-первых, ряд работ, которые основаны на измерении содержания котинина в биологических жидкостях детей, указывают на относительные преимущества любых ограничений курения. Исследования показывают, что младенцы, родители которых курят в их присутствии, имеют самые высокие уровни котинина - в 50 раз выше, чем дети некурящих родителей. Курильщики, которые стремятся защитить своих детей, достигают лишь частичного успеха. Уровни котинина у детей, чьи родители курят только за пределами дома, в семь раз выше, чем у детей некурящих.

Исследование, в котором сопоставлялись результаты опроса родителей о курении и данные биохимических индикаторов подверженности детей воздействию табачного дыма, показало, что у детей, чьи родители курят дома, вне дома и не курят вообще, концентрации котинина составили соответственно 137.13, 75.60, и 43.28 нг/мг^[17]. Сопоставляя результаты разных исследований, следует помнить, что конкретные показатели зависят от того, какого возраста и в каких условиях обследовались дети, в чем измерялся котинин: в крови, слюне или моче, и какие методы измерений при этом использовались.

В целом, запрет курения в доме обычно не исключал воздействия табачного дыма на ребенка, а только определял, будет ли курение происходить в той же комнате, где находится ребенок^[18]. Как мы видим, запрет курения родителей в доме, хотя и может ограничивать воздействие табачного дыма на ребенка, не решает этой проблемы полностью. В крови детей, родители которых курят вне дома, все же обнаруживаются повышенные концентрации котинина, при этом важен не котинин сам по себе, он является биомаркером воздействия на организм ребенка многочисленных токсических веществ табачного дыма, включающих угарный газ, канцерогены, никотин, разнообразные раздражающие вещества.

Во-вторых, кроме так называемого вторичного дыма, который выдыхается курильщиком, и бокового дыма, который исходит от тлеющего конца сигареты, о которых обычно идет речь в связи с пассивным курением, в недавних исследованиях также обозначена проблема «третичного дыма».^[19] Этим термином обозначают частицы, которые образуются при горении сигарет и приклеиваются к стенам, одежде и даже волосам и коже. Так, около 90% никотина, содержащегося в дыме сигареты, оседает на ближайших поверхностях. Любой родитель знает, что ползающие малыши изучают мир посредством

по оснований и пробы на вкус. Так они исследуют все, к чему могут прикоснуться их маленькие влажные ручонки. Те вещества, которые придают запах застоявшегося табачного дыма одежде или обивочным материалам, могут попадать в организм некурящих людей посредством проглатывания, вдыхания или впитываться через кожу. Остаток дыма может сохраняться в течение часов, дней или месяцев в зависимости от состояния вентиляции и степени загрязнения. В некоторых случаях для устранения загрязнения требуется замена обоев, ковров и портьер. Это обстоятельство в особенности ставит под угрозу малолетних детей. Ребенок может получать никотин и другие вещества табачного дыма, просто обнимая свою мать, даже если она никогда не закуривает в его присутствии. Вещества табачного дыма обнаруживаются в воздухе и пыли повсюду в домах курильщиков, даже если родители курили только за пределами квартиры. Анализы также обнаружили продукт распада никотина - котинин - в моче и стеблях волос детей.

В-третьих, ограничения курения могут обладать недостаточным эффектом, поскольку механизмы влияния курения родителей на здоровье детей не ограничиваются воздействием собственно дыма. Это касается, в частности, роли патогенных микроорганизмов, которые в большей мере присутствуют в носоглотке курящих родителей, в возникновении ряда заболеваний инфекционной природы у их детей.^[20]

Преимущества ориентации на ограничение курения в доме

С другой стороны, некоторые исследователи указывают на эффективность стратегии ограничения курения. Исследование, проведенное в Гонконге^[21] в возрастной когорте 8327 детей, обнаружило, что вероятность того, что ребенок хотя бы раз госпитализировался в течение первых 18 месяцев жизни по поводу состояний, которые могли быть связаны с пассивным курением, в семьях, где курящие родственники соблюдали «гигиену курения», то есть курили не ближе 3 метров от ребенка, не имела достоверных отличий от вероятности госпитализации ребенка в тех семьях, где никто не курил.

Таблица. Курение в домах жителей Украины в зависимости от наличия детей

Количество детей до 17 лет	Курильщики отсутствуют	Курение происходит				
		Только на улице	На лестничной площадке, балконе или в других местах	В отдельных помещениях квартиры (в туалете, на кухне, в одной комнате)	В любом месте квартиры	
Дети отсутствуют	454	293	219	146	88	1200
	37,8%	24,4%	18,3%	12,2%	7,3%	100,0%
Один ребенок	169	209	154	94	31	657
	25,7%	31,8%	23,4%	14,3%	4,7%	100,0%
Два ребенка или более	82	98	49	33	15	277
	29,6%	35,4%	17,7%	11,9%	5,4%	100,0%
Всего	705	600	422	273	134	2134
	33,0%	28,1%	19,8%	12,8%	6,3%	100,0%

здоровье населения

Если же курящие члены семьи **курили** ближе трех метров от ребенка, это приводило к увеличению вероятности госпитализации в среднем на 28%. Было подсчитано, что 2,8% всех эпизодов госпитализации детей первого года жизни обусловлены курением членов семей.

Исследователи приходят к выводу, что необходимо тщательно следовать принципам «гигиены курения» в тех случаях, когда не удается добиться полного отказа от курения.

При этом, разумеется, стоит иметь в виду, что госпитализация ребенка - достаточно грубый критерий, который свидетельствует о чрезвычайно серьезном нарушении здоровья. Ребенок может почти постоянно болеть, но не быть ни разу госпитализирован.

Исследование^[22], в котором оценивалось влияние различных мер ограничения курения на концентрацию котинина в биологических жидкостях ребенка, показало, что полный запрет курения в доме давал наименьшие концентрации (7.6 нмоль/ммоль), запрет с исключениями был менее эффективным (14.9 нмоль/ммоль) и создавал примерно такие же концентрации, как и курение в тех помещениях дома, где ребенок редко бывает (14.1 нмоль/ммоль). Однако эти два варианта все же ограничивали поступление компонентов табачного дыма в организм ребенка, так как при отсутствии ограничений концентрации были гораздо выше (26.0 нмоль/ммоль).

Главным преимуществом подхода ограничения курения в доме является его большая достижимость. Исследования указывают на большую вероятность успеха интервенций, которые ставят перед собой целью формирование у родителей поведенческих стратегий, нацеленных на устранение пассивного курения их детей.^[23]

И в Украине так же, как и в других странах, с появлением детей курильщики с большей вероятностью не прекращают курить, а перемещаются со своим курением в другие помещения. Согласно результатам опроса населения Украины о табаке, проведенного в 2005 году,^[24] с появлением в семье детей



здоровье населения

уменьшается доля семей, в которых принято курить в любых помещениях дома или квартиры, увеличивается доля семей, в которых принято курить на улице, на балконе или в подъезде. В целом, ситуация, возможно, более благоприятна, чем в некоторых других странах: 80% респондентов сообщают о том, что курение не может происходить внутри квартиры, и этот процент даже несколько выше в семьях с двумя и более детьми. К сожалению, при этом доля семей, в которых нет курильщиков, при наличии детей оказалась ниже, чем в тех семьях, где дети отсутствуют. Это было, в основном, связано с большей распространенностью курения среди молодых взрослых, по сравнению с теми, чьи дети уже выросли.

Какие интервенции в отношении курящих родителей работают

Как свидетельствует Кохрановский обзор^[25] контролируемых испытаний вмешательств, направленных на снижение подверженности детей табачному дыму, многие исследования обнаружили, что вмешательства неэффективны, в большинстве случаев аналогичные изменения происходили и в группе вмешательства и в группе сравнения. ^[26,27,28] Нет оснований утверждать, что вмешательства в каких-либо особых условиях (когда ребенок здоров, болен,^[29] в связи с беременностью и родами, в школах) оказываются более эффективными, чем в других, в каждом из перечисленных мест было проведено хотя бы одно исследование, обнаружившее эффективность интервенции.

И хотя исследования, касающиеся эффективности интервенций в разных странах, дали меньший эффект, чем ожидалось, исследователи указывают на ряд факторов, определяющих уровень эффективности. Например, в Италии, большая эффективность интервенций наблюдалась среди более образованных родителей, относящихся к более высокому социальному классу.^[30] Проведенные в США исследования, которые были направлены на семьи с низким уровнем доходов, показали эффективность вмешательств, использовавших техники мотивационного интервьюирования ^[31], серии консультационных встреч для матерей, подвергающих своих детей воздействию табачного дыма ^[32]. Согласно критическому обзору проведенных исследований, вмешательства, отличающиеся большей интенсивностью и учитывающие стадии готовности к изменениям, имели более высокую эффективность.^[33]

Проводимая в Швеции в национальном масштабе программа «Дети без табачного дыма» также использовала в качестве эффективных техники клиент-центрированного консультирования курящих родителей с акцентом на повышение эффективности их поведения, направленного на защиту ребенка от табачного дыма.^[34,35,36,37]

Традиционной предпосылкой успешности интервенций для прекращения курения считается персонализация совета, то есть показ



необходимости прекращения курения в условиях именно данного пациента, его состояния здоровья. Действенность этого правила в интервенциях, направленных на курящих матерей, была исследована в Турции. Две группы вмешательства, которым сообщалась информация либо касающаяся здоровья ребенка, либо здоровья матери, сравнивались с контрольной группой. Исследователи отметили достоверно более высокую частоту либо прекращения курения, либо изменения места курения в обеих группах, в которых проводилось вмешательство, при этом сообщение информации о здоровье ребенка оказалось более действенным^[38]

Образовательная программа для всех молодых родителей в Нидерландах также показала свою эффективность, распространенность пассивного курения детей первого года, по данным национальных опросов матерей, снизилась в 1996-1999 годах с 41% до 18%.^[39]

Предоставление родителям только информации о влиянии табачного дыма на состояние здоровья их детей (например, на течение астмы), о присутствии веществ табачного дыма в организме ребенка и материалов для самопомощи в прекращении курения обычно не оказывало эффективного воздействия на прекращение курения родителей ^[40] В другом исследовании ^[41] использовались проводимые медсестрами интервенции, состоящие из трех встреч, включающих работу, направленную на изменение поведения, и сообщение базовой информации о бронхиальной астме, а также многократного сообщения родителям результатов определения котинина в моче ребенка. В результате таких интервенций были получены существенные по сравнению с контрольной группой изменения количества обращений за медицинской помощью, а также количества госпитализаций по поводу бронхиальной астмы в течение последующего года. Интервенции также привели к заметному увеличению числа семей, в которых курение стало запрещенным.

Обобщая результаты проведенных исследований, касающихся эффективных вмешательств в условиях первичного звена здравоохранения, следует отметить определенную парадоксальность результатов. С одной стороны, эффективными являются минимальные вмешательства. Замеченный в ряде исследований результат, когда изменения происходили в равной мере в группе интервенции и группе сравнения, фактически означает, что для обеих групп интервенцией стало информирование участников о цели исследования и предъявление им вопросов о курении и здоровье ребенка. Этого было достаточно, чтобы та часть курящих родителей, которые уже были готовы к изменению поведения, либо предприняли попытки прекращения курения, либо изменили место своего курения. В этом смысле неважно, сообщалась ли им самая общая информация о курении или более конкретная о

здоровье населения

влиянии их ребенка и влиянии на него табачного дыма. [42]

С другой стороны, если ставится цель повлиять не только на тех, кто уже готов к изменениям, требуются более интенсивные воздействия, именуемые поведенческими либо клиент-центрированными интервенциями, учитывающими стадии готовности курильщиков и т.д.

Таким образом, несмотря на скромную эффективность большинства предпринимавшихся в разных странах мира интервенций, главный вывод состоит в том, что вмешательства со стороны медицинских работников имеют смысл. И стоит предпринимать как краткие интервенции, на которые могут потребоваться всего одна или две минуты, так и более интенсивные, и решение о характере интервенций следует принимать в зависимости от наличия ресурсов.

Что мешает медицинским работникам эффективно работать с проблемой курения родителей

Большинство врачей педиатров ссылаются на негативное отношение родителей как главное препятствие для их обращения к теме курения родителей. Разумеется, в этом случае врач будет менее склонен давать рекомендации, касающиеся курения.

Проведенные исследователями из университета Вермонта опросы врачей и родителей пациентов [43] позволили сопоставить отношение обеих групп к рекомендации врача родителю отказаться от курения. Опрос врачей показал, что наиболее частыми барьерами для них является недостаток времени (42%), ощущение, что родители не ожидают рекомендации, касающейся курения (25%), и неподготовленность к тому, чтобы дать такую рекомендацию (25%). Опрос родителей показал, что 81% из них ожидают, что педиатр обратит их внимание на последствия пассивного курения ребенка, 56% всех родителей и 48% курящих родителей ответили, что рекомендация прекратить курить является работой педиатра. И хотя одним из опасений педиатров было, что родители вслед за советом станут обращаться к другому педиатру, никто из курящих родителей не выбрал такой вариант ответа.

Большинство врачей педиатров ссылаются на негативное отношение родителей как главное препятствие для их обращения к теме курения родителей. Однако если вопрос задается не в осуждающей форме, а спокойно, в ряду других вопросов, касающихся образа жизни семьи и факторов, влияющих на состояние здоровья ребенка, то вопрос воспринимается как естественный. Проведенное в США исследование [44] было нацелено на отношение родителей к работе педиатра. Родителям задавали вопросы об их отношении к возможному обсуждению врачом темы их курения сразу после их визита к педиатру. 39% родителей (из 341) высказались, что считают такие вопросы важной частью работы педиатра, еще 10% высказались нейтрально, и только 1% выразили негативное отношение к обсуждению педиатром этой темы. Интересно, что различия между курящими и

некурящими родителями по этим ответам выявлено не было. Всего двое некурящих и двое курильщиков сказали, что педиатру не должно быть дела до курения родителей.

Проведенные исследования свидетельствуют, что родители заинтересованы в подобных советах со стороны специалистов.

Исследования, проведенные в США [45], обнаруживают, что большинство (79%) женщин-курильщиц, имеющих детей, считают, что педиатр должен давать совет прекратить курение родителям своих пациентов, при этом лишь 19% получили такой совет, и лишь 55% слышали, что педиатр говорил о вреде пассивного курения.

Опрос лиц, которые заботятся о детях, проведенный в штате Мичиган, США [46], показал, что все опрошенные считали курение вредным, и примерно половина опрошенных, которые курили, хотела бы получить рекомендацию о прекращении курения. Также примерно половина некурящих опрошенных были заинтересованы в том, чтобы педиатр дал такую рекомендацию курильщику, табачный дым которого воздействует на ребенка.

Отдельные педиатры, к сожалению, заявляют, что независимо от их обращений, большинство родителей будут продолжать курить. Однако исследованиями было неоднократно показано, что именно исходящая от медицинских работников информация воспринимается как наиболее убедительная.

В Японии было проведено исследование [47], оценивающее влияние информации, полученной из разных источников, на поведение людей. Информация касалась факторов риска синдрома внезапной детской смерти. Были сделаны выводы, что больше всего информации люди получают из СМИ, однако эта информация мало влияет на поведение. Сильнее же всего на поведение влияла информация, полученная от медицинских работников, центров здоровья, групп ухода за детьми и даже друзей.

Медицинские работники, особенно педиатры, имеют огромные возможности влияния на распространенность проблем, связанных с курением родителей. Информировав родителей о тех проблемах, которые могут быть следствием пассивного курения ребенка до и после рождения, они могут заметно изменить поведение курильщиков [48].

Особенно чувствительным в этом смысле является период первого полугодия жизни ребенка. В это время перестраивается жизнь всей семьи. Многие перемены ориентированы на благополучие маленького человечка. И именно поэтому педиатр может стать наиболее авторитетной фигурой для такой семьи. Рекомендация по прекращению курения в это время может быть воспринята как более естественная, чем в любой другой период.

Что можно сделать в отношении родительского курения на педиатрическом участке

Как свидетельствуют работы зарубежных авторов [49], оценка подверженности ребенка пассивному

здоровье населения

...о должна быть обязательной частью истории болезни или амбулаторной карты, а родителям следует сообщать о том, каковы вредные последствия воздействия табачного дыма и как следует защищать ребенка от него.

Диагностика подверженности ребенка табачному дыму

К сожалению, пока не стало правилом, чтобы каждый врач задавал пациентам вопрос о курении. Результаты исследований указывают, что это фактически является самым главным барьером на пути эффективного ограничения пассивного курения пациентов^[50]. Педиатрам следует с определенной периодичностью задавать вопрос о том, есть ли в семье курильщики или нет.

Особенно уместен вопрос о курении, когда родители обращаются к педиатру в связи с тем или иным заболеванием ребенка. Поскольку родители обычно менее информированы, чем врач, о влиянии табачного дыма на здоровье, они могут не осознавать связи между курением и патологией. Если врач и родители вместе занимаются поиском причины ухудшения здоровья ребенка, вопрос о курении может быть задан вслед за вопросами о питании ребенка, его режиме дня. Он может прозвучать так: «Нет ли в семье курящих?»

Если родители или сам ребенок положительно отвечают на этот вопрос, педиатру следует побеседовать с курящим членом семьи или с другими взрослыми, которые могут оценить ситуацию и повлиять на нее. Практика показывает, что эффективным является подход нанесения специальных меток на медицинские карточки пациентов, имеющих определенные проблемы. В данном случае согласованные в рамках медицинского учреждения метки для детей курящих родителей повысят шансы, что врач при очередном приеме сможет повторно обратиться к теме курения в семье.

Что можно сказать курящим и некурящим родителям

Важным барьером на пути ограничения пассивного курения детей является также недостаточная подготовленность врачей в том, чтобы обсуждать с пациентами темы курения.^[51] Исследования показывают эффективность таких мер, как простой совет работника здравоохранения, поведенческая поддержка, использование никотиновой заместительной терапии и антидепрессантов^[52].

С более подробным описанием стратегии помощи в прекращении курения можно познакомиться в книге «Помощь курильщикам в прекращении курения»^[53], а примеры конкретных техник, которые можно использовать на педиатрическом участке или в учебном заведении, описаны в книге «Если родители курят»^[54].

Наиболее же краткая интервенция может выглядеть следующим образом.

В ходе разговора с курящим родителем специалист рассказывает о тех известных ему по роду

деятельности проблемах, возникших у ребенка, которые могут быть связаны с курением родителей. Например, если разговор ведет педиатр, то ему, разумеется, проще всего упомянуть о тех нарушениях здоровья, по поводу которых к нему обращаются с данным ребенком.

Как показало проведенное в Скандинавских странах исследование^[56], большинство родителей плохо представляют реальные риски, связанные с влиянием табачного дыма на здоровье их детей. Две трети опрошенных родителей детей трехлетнего возраста не знали о роли родительского курения в развитии инфекции среднего уха у ребенка, и половина не знала о том, что родительское курение способствует превращению ребенка сначала в пассивного, а затем и в активного курильщика. Обработка результатов исследования показала, что уровень осознания родителями связанных с курением опасностей существенно коррелировал со степенью подверженности ребенка воздействию табачного дыма. То есть, если родители плохо осознавали проблему, то их ребенок с большей вероятностью был подвержен воздействию табачного дыма. Поэтому исследователи приходят к выводу, что информирование родителей о научно доказанных рисках для их детей, связанных с пассивным курением, может заметно снижать подверженность детей воздействию табачного дыма.

Затем специалист задает вопрос: «Скажите, а нет ли в вашей семье курящих?» Возможно, родитель ответит на этот вопрос, возможно, нет. Независимо от этого, специалист продолжает: «Я задаю этот вопрос, потому что данная проблема нередко бывает связана с воздействием на детей табачного дыма. Расскажите мне, пожалуйста, о ситуации с курением в вашей семье». Вероятно, в ответ на этот вопрос родитель что-то расскажет, перечислит курящих членов семьи, расскажет, кто и где курит, возможно, станет оправдываться, что если кто-то и курит, то только на улице или на работе.

На этом этапе медицинский работник может принять решение о том, будет ли он в данный момент обсуждать с родителем тему прекращения курения или же исключения присутствия табачного дыма в доме, где живет ребенок. Можно начать с одной темы и перейти к другой, в зависимости от готовности обоих участников диалога.

Если речь зашла о прекращении курения, у курящего родителя могут возникнуть и другие отговорки. В ответ на отговорку о курении на улице специалист может сообщить: «Согласно результатам исследований, такие ограничения могут лишь несколько уменьшить воздействие компонентов табачного дыма на ребенка, но не исключают его полностью. Наверное, Вы понимаете, что Ваш ребенок не будет подвергаться воздействию табачного дыма лишь в том случае, если Вы полностью прекратите курение. Скажите, Вы уже думали о прекращении курения?»

Вероятно, в ответ на это курящий родитель сообщит, что уже предпринимал такие попытки, но они не

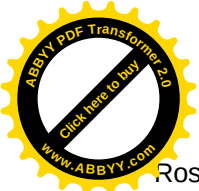
привели к желаемому результату. Теперь специалист может спросить, готов ли курящий родитель предпринять очередную попытку и предложить ему либо свою помощь, либо подсказать, куда и к кому можно обратиться за специализированной помощью.

Если педиатр видит, что родитель в данный момент не имеет ресурсов для очередной попытки прекращения курения, не стоит считать интервенцию потерянной, имеет смысл поговорить о том, что можно сделать для уменьшения контакта ребенка с табачным дымом.

Литература

- ¹ Aligne CA, Stoddard JJ. Tobacco and children: an economic evaluation of the medical effects of parental smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997; 151 :648-653.
- ² Rushton L, Courage C, Green E. Estimation of the impact on children's health of environmental tobacco smoke in England and Wales. *J R Soc Health.* 2003 Sep; 123(3): 175-80.
- ³ Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. [Health impact of exposure to environmental tobacco smoke in Italy] *Epidemiol Prey.* 2002 Jan-Feb;26(1): 18-29. Italian.
- ⁴ Cheryl Heaton; Molly Green; M. Lyndon Haviland, DrPH; Jane A. Allen, MA; Matthew C Farrelly, PhD; Maria E. Girlando, BA; Lisa Hund, MPH; Andrew Jessup; James M. Lightwood; Brett Iloomis, MS; Nathan Mann, BA; Susan Murchie, MA; Kristin Thomas, MSPH; and Donna M. Vallone, PhD, MPH, "American Legacy Foundation. Policy Report 2, Secondhand Smoke Tearing Families Apart. The Health and Economic Burden of Smoking on Children" (June 1, 2004). *Tobacco Control. Surveys and Program Evaluations from Outside UCSF.* Paper PolicyReport2. <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/PolicyReport2>
- ⁵ DiFranza J and Lew R. Morbidity and Mortality in Children Associated with the Use of Tobacco Products by Other People, *Paediatrics*, 1996; 97:560-568.
- ⁶ Lam TH, Leung GM, Ho LM. The effects of environmental tobacco smoke on health services utilization in the first eighteen months of life. *Pediatrics* 2001 Jun; 107(6): E91.
- ⁷ Peat JK, Keena V, Harakeh Z, Marks G. Parental smoking and respiratory tract infections in children. *Paediatr Respir Rev* 2001 Sep; 2(3): 207-13.
- ⁸ Cheryl Heaton; Molly Green; M. Lyndon Haviland, DrPH; Jane A. Allen, MA; Matthew C Farrelly, PhD; Maria E. Girlando, BA; Lisa Hund, MPH; Andrew Jessup; James M. Lightwood; Brett Iloomis, MS; Nathan Mann, BA; Susan Murchie, MA; Kristin Thomas, MSPH; and Donna M. Vallone, PhD, MPH, "American Legacy Foundation. Policy Report 2, Secondhand Smoke Tearing Families Apart. The Health and Economic Burden of Smoking on Children" (June 1, 2004). *Tobacco Control. Surveys and Program Evaluations from Outside UCSF.* Paper PolicyReport2. <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/PolicyReport2>

- ⁹ Koop CE. The pediatrician's obligation in smoking education. *AJDC.* 1985;139:973.
- ¹⁰ Frankowski BL, Weaver SO, Seeker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics.* 1993 Feb;91(2):296-300.
- ¹¹ Ashley MJ, Cohen J, Ferrence R, Bull S, Bondy S, Poland B, Pederson L. Smoking in the home: changing attitudes and current practices. *Am J Public Health.* 1998 May; 88(5): 797-800.
- ¹² Tobacco in Ukraine: national survey of knowledge, attitudes and behavior, available online at http://www.adic.org.ua/adic/reports/Tobaccojn_Ukraine_ENG.pdf
- ¹³ Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Goodman KE, Feyerabend C, Cater JL. What determines levels of passive smoking in children with asthma? *Thorax.* 1997 Sep;52(9):766-9.
- ¹⁴ Jurado D, Munoz C, Luna Jde D, Fernandez-Crehuet M. Environmental tobacco smoke exposure in children: parental perception of smokiness at home and other factors associated with urinary cotinine in preschool children. *J Expo Anal Environ Epidemiol.* 2004 Jul;14(4): 330-6.
- ¹⁵ Татьяна Андреева. Помощь курильщикам в прекращении курения. Практическое руководство для работников здравоохранения. - Киев, 2002, 146 стр.
- ¹⁶ Hovell M, Daniel J. Defining residential tobacco home policies: a behavioural and cultural perspective. *Arch. Dis. Child.*, Jul 2005; 90: 661 - 662.
- ¹⁷ Seifert JA, Ross CA, Norris JM. Validation of a five-question survey to assess a child's exposure to environmental tobacco smoke. *Ann Epidemiol* 2002 May;12(4):273-7.
- ¹⁸ Hopper JA, Craig KA. Environmental tobacco smoke exposure among urban children. *Pediatrics* 2000 Oct;106(4):E47
- ¹⁹ Matt GE, Quintana PJ, Hovell MF, Bernert JT, Song S, Novianti N, Juarez T, Floro J, Gehrmann C, Garcia M, Larson S. Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. *Tob Control.* 2004 Mar;13(1):29-37.
- ²⁰ Brook I, Guber AE. Recovery of potential pathogens and interfering bacteria in the nasopharynx of smokers and nonsmokers. *Chest.* 2005 Jun;127(6):2072-5.
- ²¹ Leung GM, Ho LM, Lam TH. Secondhand Smoke Exposure, Smoking Hygiene, and Hospitalization in the First 18 Months of Life. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:687-693. Vol. 158 No. 7, July 2004.
- ²² Wakefield M, Banham D, Martin J, Ruffin R, McCaul K, Badcock N. Restrictions on smoking at home and urinary cotinine levels among children with asthma. *Am J Prev Med* 2000 Oct; 19(3): 188-92.
- ²³ Arborelius E, Hallberg AC, Hakansson A. How to prevent exposure to tobacco smoke among small children: a literature review. *Acta Paediatr Suppl.* 2000 Sep; 89(434):65-70. Review.
- ²⁴ Tobacco in Ukraine: national survey of knowledge, attitudes and behavior, available online at http://www.adic.org.ua/adic/reports/Tobaccojn_Ukraine_ENG.pdf



здоровье населения

Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD001746. Review.

²⁶ Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Feyereabend C, Goodman KE, Cater JL. Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomised controlled trial. *BMJ.* 1999 May 29; 318(7196): 1456-1459.

²⁷ Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD001746. Review.

²⁸ Kallio K, Jokinen E, Hamalainen M, Kaitosaari T, Volanen I, Viikari J, Ronnema T, Simell O. Impact of repeated lifestyle counselling in an atherosclerosis prevention trial on parental smoking and children's exposure to tobacco smoke. *Acta Paediatr.* 2006 Mar;95(3):283-90.

²⁹ Chan S, Lam TH. Protecting sick children from exposure to passive smoking through mothers' actions: a randomized controlled trial of a nursing intervention. *J Adv Nurs.* 2006 May;54(4):440-9.

³⁰ Vineis P, Ronco G, Ciccone G, Vernero E, Troia B, D'Incalci T, Gogliani F. Prevention of exposure of young children to parental tobacco smoke: effectiveness of an educational program. *Tumori.* 1993 Jun 30;79(3): 183-6.

³¹ Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics.* 2001 Jul; 108(1): 18-24.

³² Hovell MF, Zakarian JM, Matt GE, Hofstetter CR, Bernert JT, Pirkle J. Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial. *BMJ.* 2000 Aug 5;321(7257):337-42.

³³ Gehrman CA, Hovell MF. Protecting children from environmental tobacco smoke (ETS) exposure: a critical review. *Nicotine Tob Res.* 2003 Jun;5(3):289-301. Review.

³⁴ Arborelius E, Peterson B. Smoking discussions at the child health clinic. A passive, an advisory or a judgemental approach? *Scand J Caring Sci.* 1996; 10(3): 169-74.

³⁵ Arborelius E, Hallberg AC, Hakansson A. How to prevent exposure to tobacco smoke among small children: a literature review. *Acta Paediatr Suppl.* 2000 Sep;89(434):65-70. Review.

³⁶ Arborelius E, Bremberg S. Child health-centre-based promotion of a tobacco-free environment-a Swedish case study. *Health Promot Int.* 2001 Sep;16(3):245-54.

³⁷ Fossum B, Arborelius E, Bremberg S. Evaluation of a counseling method for the prevention of child exposure to tobacco smoke: an example of client-centered communication. *Prev Med.* 2004 Mar;38(3):295-301.

³⁸ Yilmaz G, Karacan C, Yoney A, Yilmaz T. Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev.* 2006 Jan;32(1):73-9.

³⁹ Crone MR, Reijneveld SA, Willemsen MC, Sing RA. Parental education on passive smoking in infancy does work. *Eur J Public Health.* 2003 Sep;13(3):269-74.

⁴⁰ Wakefield M, Banham D, McCaul K, Martin J, Ruffin R, Badcock N, Roberts L. Effect of feedback regarding urinary cotinine and brief tailored advice on home smoking restrictions among low-income parents of children with asthma: a controlled trial. *Prev Med.* 2002 Jan;34(1):58-65.

⁴¹ Wilson SR, Yamada EG, Sudhakar R, Roberto L, Mannino D, Mejia C, Huss N. A controlled trial of an environmental tobacco smoke reduction intervention in low-income children with asthma. *Chest* 2001 Nov;120(5): 1709-22

⁴² Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Feyereabend C, Goodman KE, Cater JL. Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomised controlled trial. *BMJ.* 1999 May 29; 318(7196): 1456-1459.

⁴³ Frankowski BL, Weaver SO, Seeker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics.* 1993 Feb;91(2):296-300.

⁴⁴ Cluss PA, Moss D. Parent attitudes about pediatricians addressing parental smoking. *Ambul Pediatr* 2002 Nov-Dec;2(6):485-8.

⁴⁵ Groner J, Ahijevych K, Grossman L, Rich L. Smoking behaviors of women whose children attend an urban pediatric primary care clinic. *Women Health* 1998;28(2): 19-32

⁴⁶ Hopper JA, Craig KA. Environmental tobacco smoke exposure among urban children. *Pediatrics* 2000 Oct;106(4):E47.

⁴⁷ Takeda Y, Yamagata Z, Ikeda M, Fujimoto S, Nakamura Y, Kitajima T, Oda S, Higurashi M. [A study of the relation between providing healthcare information and behavior changes of people in Japan. Parental behavior changes after receiving information about the sudden infant death syndrome] *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2001 Dec; 48(12):949-62.

⁴⁸ Juchet A, Micheau P, Bremont F, Dutau G. [The consequences of parental smoking in children: pediatricians must act] *Arch Pediatr* 2001 May;8(5):539-44

⁴⁹ Brown ML. The effects of environmental tobacco smoke on children: Information and implications for PNPs. *J Pediatr Health Care* 2001 Nov-Dec;15(6):280-6

⁵⁰ Frankowski BL, Weaver SO, Seeker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics.* 1993 Feb;91(2):296-300.

⁵¹ Frankowski BL, Weaver SO, Seeker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics.* 1993 Feb;91(2):296-300.

⁵² Lancaster T, Stead L, Shepperd S. Helping parents to stop smoking: which interventions are effective? *Paediatr Respir Rev* 2001 Sep;2(3):222-6.

⁵³ Татьяна Андреева. Помощь курильщикам в прекращении курения. Практическое руководство для работников здравоохранения. - Киев, 2002, 146 стр.

⁵⁴ Андреева ТИ. Если родители курят... - Киев, 2003, ИЦПАН, 64 с. (адрес в Интернет http://contact.tobinfo.org/books/unicef/par_smo/)

⁵⁵ Helgason AR, Lund KE. Environmental tobacco smoke exposure of young children-attitudes and health-risk awareness in the Nordic countries. *Nicotine Tob Res* 2001 Nov;3(4):341-5.