

**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Минздравсоцразвития России**

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный специалист
по профилактической медицине
Минздравсоцразвития России
С.А. Бойцов
_____ 2012 г.

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И
ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ**

Методические рекомендации

МОСКВА 2012

Список сокращений

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ЗН	Злокачественные новообразования
КДК	Кабинет доврачебного контроля
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
МВТ	Миллиметрово-волновая терапия
НЗТ	Никотин заместительная терапия
ОФВ1	Объем форсированного выдоха за 1-ю секунду
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ССЗ	Сердечнососудистые заболевания
ФЖЕЛ	Форсированная жизненная емкость легких
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЭМИ	Электромагнитное излучение
НЬСО	Карбоксигемоглобин
ppm	Частицы на миллион

Аннотация

Методические рекомендации направлены на совершенствование профилактической помощи в системе здравоохранения. Представленное комплексное клинико-организационное профилактическое вмешательство реализуется как на индивидуальном, так и групповом уровне, его цель – в снижении риска заболеваний, связанных с курением. Оно основано на ранней диагностике, коррекции и мониторинге. Методические рекомендации содержат:

алгоритмы организации помощи курящим в лечебно-профилактических учреждениях,
алгоритмы действия врачей на различных этапах оказания помощи,
оценку эффективности технологий по преодолению потребления табака.

Рекомендации адресованы врачам первичного звена здравоохранения – врачам медицинской профилактики (центры медицинской профилактики, кабинеты/отделения медицинской профилактики лечебно-профилактических учреждений), врачам общей практики, терапевтам, руководителям учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Авторы: Кривонос О.В., Бойцов С.А., Гамбарян М.Г., Калинина А.М.

Введение

Курение табака – серьезная медико-социальная проблема и одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. В России распространенность регулярного курения по данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака достигла 39,4%: 60,7% среди мужчин и 21,7% среди женщин, и Россия занимает одно из первых мест по потреблению табака в мире [1].

По данным ГНИЦ профилактической медицины доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30% для мужчин и 4% для женщин, - сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) - 2,1% для мужчин и 3% для женщин, злокачественных новообразований (ЗН) - 52,1% для мужчин и 5,2% для женщин. Риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) среди курящих мужчин в возрасте 40–59 лет и женщин в возрасте 30–69 лет в три раза превышает аналогичный показатель среди некурящего населения [2].

Курение способствует высокому уровню смертности населения России, который 2,5 раза выше, чем в странах Европы и низкой продолжительности жизни, которая в России самая низкая среди 53 стран Европейского региона ВОЗ [3].

Курение убивает половину курильщиков [4]. В России ежегодно гибнут более 300 000 человек от болезней связанных с потреблением табака, при этом трое из четырех умирают в возрасте 35-69 лет [5].

3 июня 2008 г Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака и приступила к реализации основных положений Конвенции и осуществлению государственной политики против потребления табака на 2010–2015 годы, утвержденной в 2010 году. Это применение ценовых и неценовых мер по сокращению спроса на табак, защита от воздействия табачного дыма, регулирование состава и раскрытия состава табачных изделий, их упаковка и маркировка, запрет рекламы.

В этой глобальной работе по борьбе с табаком *задача медработников* первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – информирование населения о вреде табака и помощь в предупреждении и прекращении курения, тем более, что табачная зависимость официально признана нозологической формой в МКБ-10, как психическое и поведенческое расстройства, вызванные употреблением табака.

Курение единственный модифицируемый фактор риска ряда социально-значимых болезней, как ССЗ, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), ЗН и другие хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), которые *можно предотвратить*. Многие из этих болезней – закладываясь в детстве или в юности в силу наследственно-конституциональных причин, впоследствии реализовываются под воздействием внешних факторов, из которых – курение самое распространенное, агрессивное, но в то же время - предотвратимое.

Прекращение курения приводит к снижению риска смерти от сердечно - сосудистых заболеваний на 50%, в то время как пожизненный прием дорогостоящих гипотензивных препаратов или статинов только на 25-35% и 25-42%, соответственно [6]. Поэтому наиболее актуальным представляется комплексный подход к профилактике заболеваний, связанных с курением с учетом раннего выявления факторов риска и/или признаков этих болезней и применением мер по предупреждению или прекращению потребления табака.

Для разработки и реализации эффективной профилактики болезней, связанных с курением среди населения, необходимо комбинирование политических мер и индивидуальных и популяционных стратегий, а также формирование приоритетов, направленных на управляемые факторы риска. Несомненно, важнейшее значение для профилактики возникновения и прогрессирования этих болезней имеет прекращение потребления табака, предупреждение закуривания и снижение риска пассивного курения. Своевременное выявление и предупреждение факторов риска, способствующих формированию болезни, в частности курения, требует широкого спектра мер с вовлечением различных секторов общества. Профилактические меры должны быть дифференцированными в разных группах риска.

Отсутствие четкой антитабачной политики и научно-обоснованного комплексного алгоритма управления риском, связанным с потреблением табака в системе здравоохранения затрудняет успешное решение проблем среди населения по снижению риска заболеваний, связанных с потреблением табака. Целевыми группами в таких программах должны стать не только сами курящие, но и их окружение, а также группы лиц, наиболее чувствительные (с низкой толерантностью) к неблагоприятному воздействию табака. Разработка и оптимизация комплексных подходов к решению проблемы особенно важны в условиях реформирования службы здравоохранения в нашей стране.

Для повышения эффективности профилактического процесса по предупреждению болезней, связанных с курением, наряду с индивидуальной профилактикой: лечением табакокурения, необходимы внедрение жесткой антитабачной политики в системе здравоохранения, а также разработка популяционной стратегии комплексных вмешательств по профилактике болезней, связанных с курением.

Цель, задачи методических рекомендаций и основные стратегии оказания медицинской помощи по профилактике и отказу от курения в учреждениях ПМСП

Цель методических рекомендаций – формирование комплексного подхода к оказанию медицинской помощи в учреждениях ПМСП по профилактике и лечению табакокурения и снижению риска развития заболеваний, связанных с потреблением табака.

Методические рекомендации направлены на внедрение оказания медицинской помощи по преодолению табакокурения и расширение оказания медицинской профилактической помощи медработниками учреждений ПМСП разного уровня в отношении целенаправленной профилактики болезней, связанных с курением, в особенности в группах повышенного риска этих болезней. Рекомендации содержат алгоритм выявления факторов риска развития хронических неинфекционных болезней, связанных с курением, для их комплексной целенаправленной профилактики.

2.1. Стратегии оказания медицинской помощи по профилактике и отказу от курения в учреждениях ПМСП

Для эффективной организации медицинской помощи по профилактике и отказу от курения в учреждениях ПМСП необходим комплексный подход к проблеме, включающий

- внедрение антитабачной политики в лечебно-профилактических учреждениях: создание среды, свободной от табачного дыма, запрет на курение в ЛПУ, стимулирование курящего персонала отказаться от курения и оказание им помощи, создание системы отчетности и контроля над курящими пациентами

- вовлечение и обучение руководства и персонала ЛПУ к внедрению антитабачной политики и оказания квалифицированной медицинской помощи в лечении табачной зависимости на всех уровнях (участковый врач, врач общей практики, врачи-специалисты, фельдшерские здравпункты, специализированные приемы по оказанию помощи по отказу от курения – кабинеты/отделения медицинской профилактики, центры здоровья)

- просвещение населения - стимулирование населения к отказу от курения, поощрение персонала, пациентов и их семьи сделать свои дома свободными от табачного дыма, формирование однонаправленного взаимодействия на территориальном уровне между лечебно-профилактическими учреждениями и центрами медицинской профилактики.

- Оказание помощи в лечении табакокурения: применение системы регистрации курящих пациентов, профилактическое консультирование, лечение табачной зависимости и динамическое наблюдение.

Оказание медицинской помощи по прекращению потребления табака и профилактике болезней, связанных с курением в учреждениях ПМСП

3.1. Алгоритм организации медицинской помощи по профилактике и прекращению потребления табака в учреждениях ПМСП

Комплексный метод профилактики и лечения табакокурения и профилактики заболеваний, связанных с курением подразумевает:

1. выявление лиц - активно курящих и подвергающихся действию окружающего табачного дыма,
2. ранее выявление факторов риска развития болезней связанных с курением и формирование целевых групп для лечения табакокурения
3. оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения по стратегии краткого вмешательства
4. диагностику статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения
5. предоставление дифференцированной помощи по отказу от курения – с учетом интенсивности курения, степени табачной зависимости и готовности отказаться от курения.

В условиях первичного звена здравоохранения этот комплекс мероприятий реализуется на всех уровнях поликлинической помощи, связанных между собой системой распределения (направления) пациентов, начиная с регистратуры и/или кабинета доврачебного контроля, где выявляется факт курения (активного или пассивного) и делается соответствующая запись в амбулаторной карте пациента.

Основной объем помощи по профилактике и преодолению курения осуществляется на этапе участкового врача / врача общей практики/ терапевта или специалистов и на этапе кабинета медицинской профилактики / специализированной помощи, в зависимости от того, куда в первую очередь направляется пациент (рис.1).

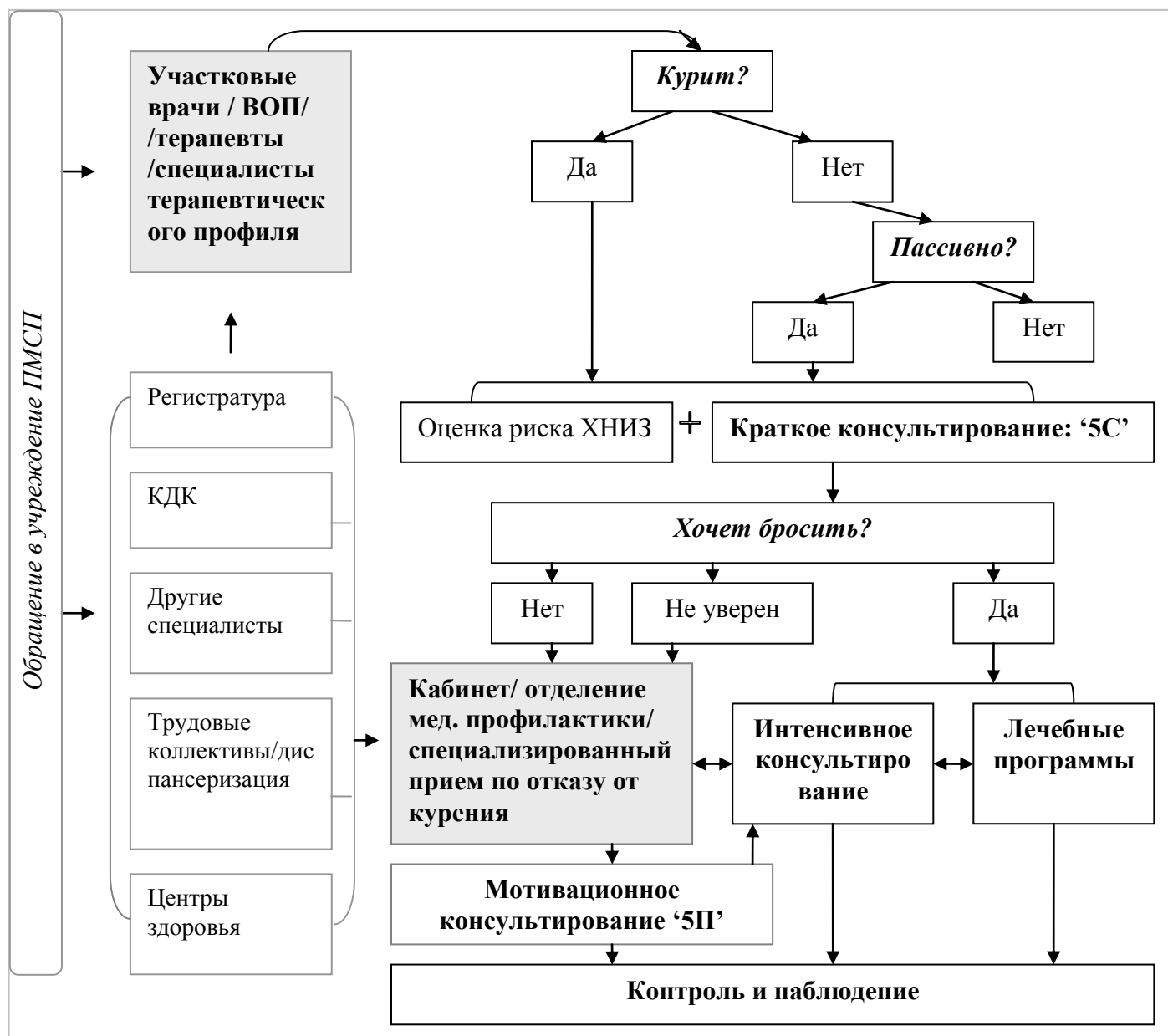
Однако каждое из вышеуказанных подразделений вносит свой вклад в выявление, информирование курящих пациентов и мотивирование их к отказу от курения.

Курящий пациент, обратившийся по любому вопросу в учреждение ПМСП не должен его покинуть, не будучи поставленным на учет по факту курения и не получив консультации в преодолении табакокурения.

Задачи регистратуры - информировать курящих пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу (кроме обращений в ситуациях, угрожающих жизни) об имеющейся (при наличии таковой) в учреждении возможности оказания медицинской помощи по отказу от курения.

Задачи кабинета доврачебного контроля - уточнять во всех случаях обращения пациента и при каждом визите факт курения, кратко проинформировать о вредном влиянии активного и пассивного курения на здоровье, и целесообразности отказаться от курения, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения в учреждении.

Рис.1 Алгоритм организации оказания медицинской помощи курящим пациентам



Задачи врачей участковых, общей практики, цеховых и других терапевтических специальностей подробно описаны в п.3.2 настоящих рекомендаций. Врачам принадлежит основная роль в выявлении, регистрации курящих пациентов, их мотивировании к отказу от курения и в предоставлении медицинской помощи в отказе от курения всем пациентам, изъявившим желание и готовность отказаться от потребления табака, а также профилактике болезней связанных с курением. Кроме того, именно к участковым врачам и терапевтам в первую очередь направляется большая часть пациентов, обратившихся в учреждение ПМСП из регистратуры, КДК, центров здоровья (по основной причине обращения), а значит, именно врачи-терапевты являются первым рубежом оказания медицинской профессиональной помощи по профилактике и отказу от курения пациентам.

Задачи врачей не терапевтических специальностей - уточнять и фиксировать во всех случаях обращения пациента факт курения, провести краткое консультирование и настоятельно порекомендовать пациенту отказаться от потребления табака, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения, направлять в кабинет медицинской профилактики для получения специализированной помощи по отказу от курения.

Задачи кабинета/отделения медицинской профилактики. В кабинетах/отделениях медицинской профилактики, оказывается медицинская помощь в отказе от курения и в коррекции факторов риска ХНИЗ по комплексной лечебно-профилактической программе, включающей диагностику, дифференцированную лечебно-профилактическую помощь и динамическое наблюдение – «3Д» (п.3.3 настоящих рекомендаций). При правильно реализуемой антитабачной политике учреждения ПМСП, в кабинеты/отделения медицинской профилактики курящие пациенты направляются из регистратуры, КДК, от участковых врачей и специалистов терапевтических специальностей (в случае, если те сами не проводят лечение табакокурения), от специалистов не терапевтических специальностей, а также из прикрепленных к учреждению ПМСП организованных коллективов.

3.2. Объем медицинской помощи по преодолению потребления табака на уровне участкового врача (общей практики) и врачей терапевтического профиля

На уровне участкового врача, врача общей практики осуществляется

- активное выявление курящих, в том числе и лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков) и
- регистрация результатов в амбулаторной карте пациента (на специальный вкладыш с прикреплением метки о факте курения на карту). Также в карте регистрируются дальнейшие действия врача в отношении

пациента - оказана помощь в преодолении потребления табака или пациент направлен в кабинет медицинской профилактики.

Факт курения должен быть зафиксирован в амбулаторной карте.

- выявление факторов риска развития хронических неспецифических заболеваний (включая генетические, конституциональные, детского анамнеза), а также ранних признаков ХНИЗ и риска развития хронических неспецифических заболеваний, формирование целевых групп для лечения табакокурения

- оценка риска сердечно-сосудистой и бронхо-легочной заболеваемости и смертности (включая применение системы оценки суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний SCORE и спирометрии) – обязательные процедуры на этом этапе.

- оказание целенаправленной мотивационной поддержки по предупреждению или прекращению курения, с использованием результатов обследования пациента.

- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде краткого консультирования (стратегия краткого вмешательства)

- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде интенсивного консультирования и/или медикаментозной терапии при желании и готовности пациента приступить к лечению табачной зависимости.

- направление пациента на специализированный прием по отказу от курения (кабинета медицинской профилактики) для формирования мотивации и готовности к отказу от курения и лечения табакокурения – если пациент не готов к лечению табакокурения.

- регистрация действий по оказанию помощи в отказе от потребления табака в амбулаторной карте

- осуществление контроля и наблюдения за пациентами, потребляющими табак и регистрация результатов.

На уровне специалиста: пациенты с высоким риском развития отдельных ХНИЗ или с признаками этих болезней, помимо дальнейшей коррекции потребления табака, также направляются под наблюдение терапевта или соответствующих специалистов по основному заболеванию.

Если пациент находится под наблюдением врача-специалиста, то комплекс мероприятий по оказанию помощи в отказе от потребления табака, описанный выше, проводится соответствующим специалистом.

Метод активного выявления и регистрации факта курения, а также активное выявление факторов риска или ранних признаков болезней, связанных с курением, определения риска смертности от ХНИЗ позволяет:

1) обратить внимание самого курящего на собственную вредную привычку, на угрозу его личному здоровью и подготовить его к отказу от курения,

2) врачу выявить наиболее подверженных к развитию заболеваний, связанных с курением пациентов, и применить в их отношении более интенсивные мероприятия по преодолению потребления табака,

3) выявить ранние симптомы ХНИЗ и предпринимать меры для их дальнейшей профилактики и/или лечения,

4) дисциплинировать и пациента, и врача в объединении усилий в борьбе против табакокурения.

С другой стороны, табачная зависимость – это хроническое заболевание поведенческого характера. Это значит, что

- лечению табачной зависимости должно быть уделено такое же пристальное внимание, время и средства, как другим видам хронической патологии,

- как любое хроническое расстройство табачная зависимость требует длительного и систематического врачебного вмешательства и контроля,

- рецидивы в лечении табачной зависимости – явление, отражающее хроническую природу зависимости, и не означает провала врача или пациента.

Вот почему активное выявление табакокурения и оказание помощи по преодолению табачной зависимости – неотъемлемая часть работы сотрудников первичного звена здравоохранения и должно осуществляться как на этапе участкового врача и специалистов, так и в условиях специализированных приемов/ кабинетов медицинской профилактики.

3.3. Объем медицинской помощи и мероприятия по преодолению потребления табака на уровне специализированного приема – «3Д»

Отделения и кабинеты медицинской профилактики в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также кабинеты медицинской профилактики организованные в рамках центров здоровья осуществляют основную работу в оказании *специализированной медицинской помощи курящим* в преодолении табачной зависимости и превращении потребления табака – диагностика, дифференцированная лечебно-профилактическая помощь, динамическое наблюдение и контроль – **3 «Д»**.

Диагностика статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения, формирование мотивации к отказу от курения. Определяется:

- Интенсивность курения,
- Анамнез курения: начало курения, стаж, и предыдущий опыт отказа от курения,

- Уровень окиси углерода (СО) в выдыхаемом воздухе,
- Степень никотиновой зависимости (Тест Фагестрема)
- Степень готовности к отказу от курения
- Статус курительного поведения.

Эти диагностические меры кроме основного предназначения также помогают начинать разговор об отказе от курения, стимулировать к переосмыслению поведенческих стереотипов, способствуют формированию или повышению мотивации пациента в отношении отказа от курения.

Дифференцированная лечебно-профилактическая помощь. Оказание дифференцированной помощи по отказу от курения заключается в составлении лечебных программ на основании результатов обследования пациента и диагностики состояния курения. Пациенты не желающие отказаться от курения получают мотивационное консультирование – в целях повышения их мотивации и готовности к отказу от курения.

Лечебные программы могут сочетать разные методы лечения табакокурения: поведенческие – индивидуальная или групповая психотерапия, школы для пациентов по преодолению курения, а также методы лечения табачной зависимости - медикаментозные и не медикаментозные в зависимости от степени никотиновой зависимости, а также от укомплектованности кабинета (центра) персоналом и техникой. Однако в кабинете медицинской профилактики как минимум должны предлагать интенсивное поведенческое консультирование в сочетании одним из форм никотин заместительной или иной терапии.

Динамическое наблюдение и контроль. Все действия, предпринятые в отношении пациентов получивших помощь в преодолении потребления табака в кабинете медицинской профилактики/ специализированном приеме, регистрируются в карте пациента, и пациент берется под наблюдение – либо медработниками кабинета медицинской профилактики, либо передается участковому врачу или специалисту у кого он наблюдается по основному заболеванию. Форма, периодичность и продолжительность динамического наблюдения определяется методом выбранной терапии и результатами лечения и осуществляется путем активных вызовов пациента, телефонных консультаций или консультаций при последующих посещениях пациентов в ЛПУ.

1.3.1 Диагностика табакокурения и степени никотиновой зависимости в профилактике болезней, связанных с курением

Спирометрия - «золотой стандарт» для диагностики функциональных нарушений внешнего дыхания, отслеживания ее прогрессирования и необходима для определения риска развития кардиореспираторных заболеваний.

Это информативный, простой, стандартизированный, объективный, хорошо воспроизводимый метод оценки ограничения скорости воздушного потока, применимый в ходе профилактических обследований. Спирометрия дает возможность определять максимальный объем, выдыхаемый при форсированном выдохе от точки максимального вдоха (форсированная жизненная емкость легких, ФЖЕЛ), и объем воздуха, выдыхаемый в течение 1-й секунды при форсированном выдохе (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, - ОФВ1), а также соотношение этих двух показателей (ОФВ1/ФЖЕЛ).

Оценка спирометрических показателей проводится по отношению к должным величинам в зависимости от возраста, роста, пола.

Значение $ОФВ1 < 80\%$ от должного в комбинации с $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$ после бронходилататоров, подтверждает наличие ограничения скорости воздушного потока, не полностью обратимого.

Соотношение $ОФВ1/ФЖЕЛ$ само по себе является более чувствительным показателем ограничения скорости воздушного потока, а $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$ рассматривается как ранний признак этого нарушения у тех пациентов, у которых ОФВ1 остается нормальным ($\geq 80\%$).

Снижение как ОФВ1 так и ФЖЕЛ коррелирует с общей смертностью вне зависимости от курения табака, а нарушенная функция легких идентифицирует подгруппу курильщиков с повышенным риском развития рака легких. На этом основано мнение, что

Спирометрия должна рассматриваться как инструмент оценки общего здоровья, а наличие ХОБЛ – независимым фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний.

Поэтому курящего пациента, помимо проведения спирометрии, необходимо также расспрашивать о наличии симптомов ХОБЛ

Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе.

Уровень угарного газа возрастает при курении, вдыхании воздуха с высоким содержанием СО (пожары, промышленные производства, выхлопные газы и пр.). Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе проводится с помощью СО-анализатора и применяется

- 1) для выявления степени «загрязнения» воздуха в легких угарным газом (выявления факта курения), так и
- 2) с целью повышения мотивации пациента бросить курить и содействия отказу от потребления табака (контроль динамики состояния, демонстрация опасности курения пациенту).

Пациенту предлагается выдохнуть в трубку (трубки одноразовые, сменные) СО анализатора, результаты немедленно отображаются на дисплее в ppm (микрочастицы на миллион) и в %HbCO (карбоксигемоглобина) и визуально обозначаются соответствующими цветовыми указателями.

Действует система цветов светофора:

0-5 ppm – зеленая зона	низкая концентрация CO
5-10 ppm – желтая зона	умеренная концентрация CO
выше 10 ppm- красная зона	высокая концентрация CO

При активном и регулярном курении результаты, как правило, превышают 10-20 ppm, результаты обычно колеблется в пределах 5-10 ppm когда пациент курил 10-12 часов назад, и легкие не успели очиститься от остатков угарного газа. Когда концентрация CO – пределах 5ppm (± 1), это означает, что пациент, скорее всего, подвергался воздействию больших концентраций окружающего табачного дыма.

Определение степени никотиновой зависимости:

Степень никотиновой зависимости определяется при помощи балльного теста Фагестрема. Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту, для правильного выбора тактики и метода отказа от курения.

Табл.1 Тест Фагестрема для оценки степени никотиновой зависимости

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1сигарету?	- В течение первых 5м	3
	- В течение 6-30мин	2
	- 30 мин- 60 мин	1
	- Более чем 60 мин	0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	- Да	1
	- Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	- Первая утром	1
	- Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	- 10 или меньше	0
	- 11-12	1
	- 21-30	2
	- 31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	- Да	1
	- Нет	0

6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	- Да	1
	- Нет	0

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

0-2 – очень слабая зависимость

3-4 – слабая зависимость

5 - средняя зависимость

6-7 – высокая зависимость

8-10 – очень высокая зависимость

Оценка степени мотивации отказа от курения:

Оценка степени мотивации отказа от курения может быть проведена с помощью двух простых вопросов (ответы в баллах):

Бросили бы вы курить, если бы это было легко?	Как сильно вы хотите бросить курить?
- Определенно нет – 0	- Не хочу вообще – 0
- Вероятнее всего, нет – 1	- Слабое желание – 1
- Возможно, да – 2	- В средней степени – 2
- Вероятнее всего, да – 3	- Сильное желание – 3
- Определенно, да – 4	- Однозначно хочу бросить курить – 4

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов – 8, минимальное – 0.

Степень мотивации можно определить следующим образом:

1. Сумма баллов больше 6 – пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения.
2. Сумма баллов от 4 – 6 – слабая мотивация. Пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.
3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

1.3.2 Дифференцированные лечебно-профилактические программы по преодолению потребления табака

А) Поведенческие методы лечения табакокурения

Краткое консультирование (Стратегия краткого вмешательства)

На этапе участкового врача/ врача общего профиля в первую очередь применяется *профилактическое консультирование и информирование т.н. «Краткий совет»* или «Стратегия краткого вмешательства – 5 «С»¹ 5'С' – метод краткого консультирования, который применяется как ориентир для участкового врача или врача общей практики в консультировании пациента по поводу отказа от курения и повышения мотивации пациента для прекращения потребления табака. Беседа занимает не более 5 минут [7].

Табл.3 Стратегия краткого вмешательства – 5 «С»

1	Спрашивать	Систематически выявляйте всех курильщиков табака во время каждого их визита. Опросите о статусе курения табака, и регистрируется результат.
2	Сориентировать	Настойчиво убеждайте всех курильщиков табака бросить курить. Четко, настойчиво и с учетом индивидуальности собеседника убеждайте каждого курильщика табака отказаться от курения.
3	Сверить	Определите склонность к попытке бросить курить. Спросите каждого курильщика табака, хочет ли он /она сделать попытку бросить курить в ближайшее время (например, в ближайшие 30 дней).
4	Содействовать	Помогите пациенту бросить курить. Помогите пациенту сделать следующий шаг: направьте на индивидуальную консультацию для помощи по отказу от курения; снабдите пациента информационными материалами.
5	Составить расписание	Составьте расписание посещений или телефонных контактов для отслеживания состояния после курса лечения.

Что затрудняет оказание первичной помощи - краткого консультирования по отказу от потребления табака?

1) Наиболее часто врачи ссылаются на нехватку времени, хотя опыт показывает: чтобы посоветовать и поддержать пациента отказаться от курения нужно не более 3-5 минут в рамках рутинной консультации.

2) Другое препятствие врачи видят в недостатке специальных знаний и навыков в оказании помощи по отказу от курения. Однако в данном случае речь идет о простом совете, основанном на

¹ Minimal Intervention Strategy – 5'A' – Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange

консультировании пациента по вопросу обращения и не требующем специального обучения.

3) Иногда недостаток непосредственных аргументов, важных для данного пациента, может затруднять разговор врача с пациентом об отказе от курения. Однако, при огромном многообразии вредного воздействия потребления табака на организм, врач всегда может обосновать свой совет для конкретного пациента с точки зрения риска развития той или иной проблемы, связанной с курением.

Дальнейший выбор тактики при лечении табакокурения зависит как от типа курительного поведения пациента, также от его психологической готовности и уровня мотивации отказаться от курения. Лечение табакокурения во всех случаях необходимо начинать с учетом особых психотерапевтических подходов.

Индивидуальное поведенческое консультирование²

Так называются более интенсивные, чем краткий совет вмешательства, с продолжительностью более чем 10 минут.

Табл.4 Стратегия индивидуального поведенческого консультирования

1.	Спросить	<ul style="list-style-type: none"> - курит пациент или нет. - Спрашивать и систематически выявлять всех курильщиков табака во время каждого их визита
2.	Оценить	<ul style="list-style-type: none"> - интенсивность, продолжительность, и начало курения: сколько курит сигарет в день, как давно, с какого возраста (пачка-лет) - степень никотиновой зависимости по тесту Фагестрема - степень готовности отказаться от курения - уровень социальной поддержки и барьеров к изменению привычек поведения
3.	Регистрировать	<ul style="list-style-type: none"> - Регистрировать документально результаты опроса и назначения
4.	Посоветовать и помочь отказаться от курения	<p>Учитываются степень интенсивности курения, степень никотиновой зависимости и готовности к отказу от курения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Подробно проинформировать о целесообразности прекращения курения - Подробно рассказать о способах отказа от

² Individual Behavioural Counselling

		<p>курения и методах самопомощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Помочь составить план действий – назначить цель, разобрать методы и тактику достижения отказа от курения, или назначить дополнительный визит для окончательного принятия плана действий и назначения терапии. - Выбрать метод лечения - Установить график дальнейшего наблюдения
5.	Контролировать и отслеживать	<ul style="list-style-type: none"> - Контролировать выполнение плана действий, корректировать при необходимости, - оценивать процесс и результаты лечения, корректировать при необходимости

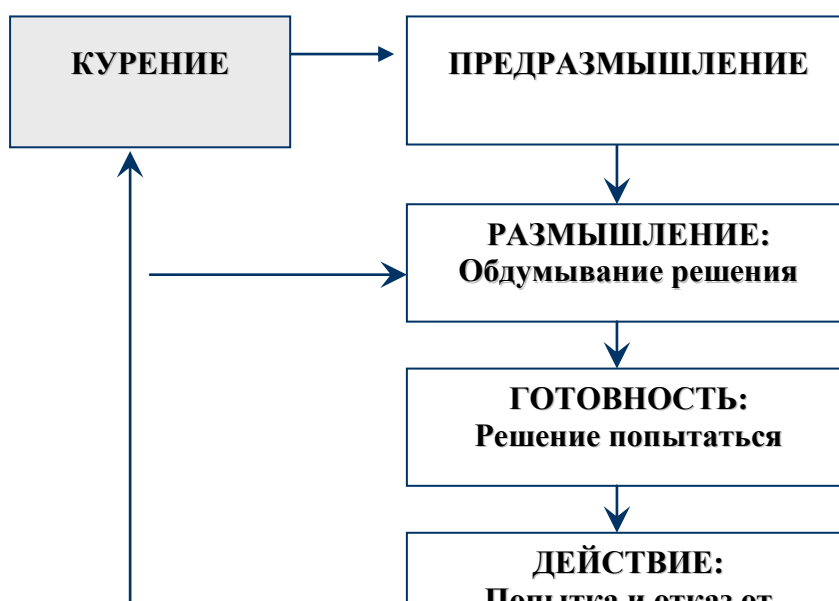
Что нужно знать для эффективного консультирования и поведенческой поддержки?

Большинство пациентов проходят несколько этапов перед тем, как они прекращают курить. Модель готовности к изменению поведения, предложенная Prochaska & DiClemente или Модель Стадий Изменения помогает понять стадии, через которые проходит каждый курильщик на пути к преодолению курения (рис.2) .

Согласно этой модели, в каждый конкретный момент времени курильщики могут переживать одно из четырех состояний относительно решения отказа от курения. Они могут находиться в стадии действия, в стадии готовности, размышления или предразмышления.

В каждой стадии готовности к изменению курильщики имеют разные потребности, что необходимо учитывать специалисту, оказывающему им помощь при определении нужной стратегии. Для тех, кто не готов сделать эту попытку, врач должен предпринять усилия, направленные на появление мотивации к отказу от курения.

Рис 2 Схема изменения поведения



Опыт показывает, что курильщики могут «перемещаться» от одной стадии готовности в другую под влиянием самых разных причин. При этом следует помнить, что они могут «перемещаться» как в сторону большей готовности к прекращению курения, так и, наоборот, в сторону большей уверенности в необходимости его продолжения. И на оба эти процесса можно существенно повлиять.

Табл.5. Поведенческое консультирование, основанное на модели изменения поведения

Стадии	Описание	Объем помощи
Стадия предразмышления	<p>Курильщики не думают, о прекращении курения и могут сопротивляться любым попыткам даже обсуждать эту тему. Они обычно видят больше позитивных аспектов курения, и им не нравится признавать недостатки.</p> <p>Работа с «не готовыми» курильщиками состоит в том, чтобы поощрить их обдумать «за» и «против» их курения, и обратиться снова, когда они будут готовы обсуждать вопрос о курении.</p>	<p>Мягко подталкивайте пациента к размышлениям о собственном поведении, об опасности и о проблемах связанных с курением. Если пациент как-то настроен, воспринимать информацию, тогда</p> <p>Расскажите ему о ваших опасениях как врача</p> <p>Не принуждайте его к действиям</p> <p>Не проявляйте безразличия и не махните на него рукой</p> <p>Обсудите с пациентом причины его курения</p> <p>Предложите пациенту подумать, что могло бы вызвать у него желание отказаться о курения</p> <p>соберите «анамнез курения»</p>
Стадия	Человек в этой стадии	Пригласите пациента

<p>размышления</p>	<p>размышляет над выгодами прекращения курения, но также боится его нежелательных последствий. Курильщики в этой стадии открыты к обсуждению вопросов о курении и о его прекращении.</p> <p>«Не уверенному» курильщику может потребоваться какое-то время для взвешивания "за" и "против" курения, прежде чем аргументы "против" перевесят страхи перед отказом. Некоторые курильщики могут «застрять» на этой стадии и стать «хроническими сомневающимися», если не будет оказана адекватная помощь.</p>	<p>обсудить их привычку, помочь взвесить "за" и "против" курения и решить, является ли продолжение курения стоящим для них в данный момент.</p> <p>Предоставьте пациентам образовательные материалы – наглядные истории, брошюры, итд.</p> <p>Наглядные примеры, вызывающие эмоциональный ответ также могут помочь подтолкнуть пациента к изменениям.</p> <p>Примеры рекомендаций: сложите все окурки в банку и наблюдайте, как это кипит поговорите с пациентом выдохнуть табачный дым на белый носовой платок, и посмотреть как выглядят смолы (примерно такой же эффект достигается при измерении СО в выдыхаемом воздухе) покажите фотографии больных с раком рта или гортани...</p>
<p>Стадия готовности к прекращению курения</p>	<p>Курильщики уже приняли решение предпринять серьезную попытку прекратить курение. Эта группа требует более активного вмешательства со стороны медработника, поскольку именно эти люди при благоприятном результате ваших с ним сотрудничества могут «переместиться» в стадию</p>	<p>Помогите пациенту установить день отказа, желательно в течение 2-х недель и составьте план дальнейшего его наблюдения</p> <p>Помогите пациенту выбрать наиболее подходящий способ действия</p> <p>Обсудите предыдущие попытки отказа и используйте их в определении стратегии</p>

	<p>действия. Им необходима информация о том, что следует делать, и чего делать не следует, чтобы достичь результата.</p> <p>«Готовые» курильщики нуждаются и в эмоциональной поддержке, со стороны консультанта, и со стороны близких им людей.</p> <p>«Готовый» к изменениям курильщик может нуждаться в нескольких попытках освобождения от курения, прежде чем он достигнет успеха.</p>	<p>Обсудите симптомы отмены и пути их преодоления</p> <p>Обсудите возможные барьеры на пути к изменениям</p> <p>Снабдите пациента образовательными материалами</p>
Стадия «переход к действию»	<p>Именно в этой стадии курильщик предпринимает действия к прекращению курения. Время пребывания курильщика в этой стадии обычно весьма непродолжительно, хотя иногда курильщику требуются заметные усилия для сохранения состояния свободного от табака в течение ряда месяцев.</p>	<p>Хвалите и подбадривайте пациента за попытку отказаться от курения</p> <p>Не оставляйте его - позвоните в назначенный день отказа или через неделю</p> <p>Проследите за ситуацией – через две недели и через месяц – чтоб увеличить вероятность «закрепления» результатов.</p> <p>Пересмотрите с пациентом все барьеры и обсудите пути их преодоления</p> <p>Разбирайте с ним симптомы отмены и подскажите меры для их облегчения</p> <p>Снабдите пациента необходимыми образовательными материалами.</p>
Стадия устойчивого отказа	<p>Это стадия, которую курильщик должен достичь в долгосрочной перспективе.</p>	<p>Поздравьте пациента с отказом от курения, подбодрите и подчеркните, как важно оставаться</p>

	<p>Поддерживается воздержание от курения, соблазн покурить постепенно снижается и исчезает. Мысли о курении у этих бывших курильщиков могут быть частыми или редкими, хотя могут быть ситуации, когда им хочется закурить. Только пройдя через стадию бывшего курильщика, человек может вновь стать некурящим, каким он был изначально.</p>	<p>некурящим</p> <p>Помогите пациенту составить стратегию избегания срыва</p> <p>Обсудите благоразумие решения и пользу от изменения поведения</p> <p>Обсудите текущие и грядущие трудности для сохранения устойчивого результата. Это относится также к воздействию окружающего табачного дыма и других провоцирующих факторов.</p> <p>Снабдите пациента необходимыми образовательными материалами.</p>
<p>Стадия срыва</p>	<p>Срыв - это возврат к курению. После срыва курильщик может оказаться фактически на любой из перечисленных выше стадий. Задача профессионала, оказывающего помощь, состоит в том, чтобы помочь пациенту продвинуться как можно ближе к возможности отказа от курения, чтобы повторный путь был проделан клиентом в меньшие сроки.</p>	<p>Выясняйте причину срыва.</p> <p>Определите текущую стадию, где находится пациент, и помогите двигаться к готовности измениться.</p> <p>Если пациент готов измениться, обсудите с ним основания отказаться от курения.</p>

Итак, индивидуальное поведенческое консультирование затрагивает вопросы важные, для пациента – разрешение проблем, тренировка навыков и обеспечение поддержки в период лечения.

Несколько советов для проведения индивидуального поведенческого консультирования:

- Поощряйте пациента в попытке бросить курить. Покажите, что эффективные средства для прекращения курения в настоящее время существуют, и на самом деле половина всех куривших ранее людей сейчас

уже не курит. Донесите до пациента вашу уверенность в его способности бросить курить.

- Донесите до пациента вашу заботу и заинтересованность. Выражая свою заботу вместе со способностью и желанием помочь, спросите, как пациент относится к курению и хочет ли он/она бросить курить. Отнеситесь со вниманием к опасениям пациента, связанным с процессом отказа от курения.

- Поощряйте пациента говорить о процессе отказа от курения. Поговорите с пациентом о причинах, по которым он/она хочет бросить курить, о трудностях, встречаемых в процессе прекращения курения, об успехе, которого достиг пациент, заботах и тревогах, связанных с прекращением курения.

- Обеспечьте пациента базовой информацией о курении, о рисках, связанных с продолжением курения, выгодах от прекращения курения, методиках оптимального достижения успеха. Расскажите о природе, симптомах и динамике рецидива и методах борьбы с рецидивом.

К числу методов психологической поддержки также относятся поддержка в самопомощи, часто с предоставлением печатной информации, консультирование по телефону, программы групповой психологической поддержки, например школы здоровья.

Групповое консультирование: школа здоровья для преодоления курения

Школа здоровья для преодоления курения – это групповые занятия

- для предоставления информации, совета, групповой поведенческой консультативной помощи, а также

- разработки базовых навыков для преодоления табакокурения.

В школах здоровья предполагаются более двух групповых занятий.

Проведение Школ здоровья более целесообразно в условиях стационаров, дневных стационаров, (например как мероприятие в рамках осуществления программ «Больницы свободные от табака»), а также во время проведения профилактических вмешательств в организованных коллективах, где более реально обеспечить целевую аудиторию, и она более однородна.

Консультирование пациентов, не желающих отказаться от потребления табака: Мотивационное консультирование – «5П»³

Многие пациенты, посещающие участкового врача или специалистов, не будут выражать готовность отказаться от потребления табака. Причина такого поведения - низкая информированность о вредном воздействии табачного дыма на организм, страх (осознанный или не осознанный) перед последствиями отказа от курения – как стресс, набор «лишнего веса», другие проявления синдрома отмены, безуспешные попытки в прошлом отказаться от курения. Такие пациенты также должны

³ Motivational interviewing - 5'R' – Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition

быть направлены в кабинет медицинской профилактики (или центр здоровья). Мотивационное консультирование представляет комплекс вопросов, которые врач обсуждает с курящим пациентом для повышения информированности относительно последствий его пагубной привычки и формирования у него готовности в отказе от курения.

Табл.6 Мотивационное консультирование – «5П»

1.	Причина отказа от курения	<ul style="list-style-type: none"> - Постарайтесь подобрать причины для отказа от курения для каждого пациента, привязывая к состоянию его здоровья, наличием факторов риска, или другими факторами, важными лично для него – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить.
2.	Последствия курения	<ul style="list-style-type: none"> - Обсудите с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечнососудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни рак легких, рак груди и других локализаций, риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента. - Обратите внимание пациента на то, что потребление «легких сигарет» и других форм табака также вредно для здоровья, как обычных сигарет, а курение «легких сигарет» намного, чем обычных, вреднее еще для окружающих людей. - Поясните пагубные последствия «пассивного курения» - для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечнососудистых, заболеваний, рака легкого и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма. Подчеркните особый вред «пассивного курения» для детей – повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, повышенный риск рождения детей с малым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечнососудистых болезней в

		будущем, повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов, респираторных заболеваний у детей курящих.
3.	Преимущества отказа от курения	<p>Попросите пациента продумать и обсудите с ним наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака. В привязке с состоянием здоровья пациента и с его личными мотивами расскажите ему о пользе отказа от курения, например</p> <ul style="list-style-type: none"> - Улучшение самочувствия и состояния здоровья, - Восстановление/ улучшение функций сердечнососудистой и дыхательной системы - Улучшение вкусовых и обонятельных ощущений, - Повышение выносливости и работоспособности, - Улучшение цвета лица и состояния кожи, - Снижение риска преждевременного старения - Снижение риска развития хронических заболеваний, - Снижение риска развития эректильной дисфункции у мужчин - Увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей
4.	Препятствия для отказа от курения	<p>- Спросите у пациента, что мешает ему отказаться от курения. Обсудите с ним все препятствия и попробуйте аргументировано опровергнуть его доводы, объясните, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. В основном указываются следующие причины продолжения курения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Боязнь синдрома отмены, - Боязнь стресса - Боязнь набора веса, - Ощущение подавленности и депрессии, - Сознание утратить удовольствие от курения, - Боязнь неудачи <p>А еще приводятся доводы: - мне ничего не будет, дед курил всю жизнь и дожил до 90 лет, все так вокруг загрязнено, что мое курение – капля в море, я могу бросить курить в любую минуту, и.т.д.</p>
5.	Повторение попыток	- Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом, учитываются

		<p>все предыдущие попытки пациента бросить курить (если таковые были), тщательно вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании «анализа ошибок».</p> <p>- Объясните пациенту, что многие курильщики испытывают несколько эпизодов срыва прежде, чем добиваются результата.</p>
--	--	---

Б) Фармакотерапия никотиновой зависимости и коррекции абстинентного синдрома

Для большинства курящих табачная зависимость - истинная наркотическая зависимость, сравнимая с зависимостью, вызываемой опиатами, амфетаминами или кокаином, преодоление которой часто не возможно только методами психологического – поведенческого воздействия. Это надо учесть при составлении программ лечения табакокурения и выборе методов лечения табачной зависимости. Существуют медикаментозные и не медикаментозные методы лечения табачной зависимости.

Никотиновая зависимость формируется следующим образом:

- Никотин поступает в головной мозг спустя несколько секунд после раскуривания сигареты
- В мозге никотин активирует никотиновые рецепторы и стимулирует высвобождение гормона удовольствия – дофамина
- Повторные дозы никотина вызывают увеличение числа никотиновых рецепторов до 300%
- Для поддержания силы ощущений нужно повышение дозы и частоты приема никотина
- После окончания курения уровень никотина в головном мозге снижается, и рецепторы требуют продолжения подачи никотина, появляются симптомы «никотинного голода»
- Без приема все возрастающих доз никотина появляются неприятные симптомы отмены

В лечении табачной зависимости, как при любой хронической патологии, наиболее эффективен комплексный подход, неотъемлемым компонентом которого является *фармакотерапия*. Современная фармакотерапия табакокурения сводится в основном к применению трех групп препаратов лекарственных препаратов, действие которых направлено на облегчение абстинентного синдрома у курильщиков. Это:

1. препараты, содержащие никотин – никотин заместительная терапия (НЗТ)
2. антагонисты и частичные агонисты никотиновых рецепторов;
3. психотропные препараты/ антидепрессанты. Однако этот препарат в нашей стране не зарегистрирован Фармкомитетом и не

допущен к применению, поэтому в настоящих рекомендациях мы не будем его рассматривать.

Никотин заместительная терапия (НЗТ):

Согласно современным международным рекомендациям по лечению табачной зависимости, к препаратам первого ряда относятся никотин содержащие жевательная резинка, ингалятор и пластыри – трансдермальная никотин содержащая система. Препараты никотин заместительной терапии в нашей стране зарегистрированы Фармкомитетом и допущены к свободной продаже в формах жевательной резинки, ингалятора и пластырей (таб.7).

Таблица 7. НЗТ: принцип действия, показания, противопоказания, дозы

Принцип действия	Показания	Противопоказания	Применение и дозы
<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение поступления никотина, достаточного для уменьшения симптомов абстиненции, проявляющихся вскоре после прекращения курения; - последовательное снижение поступления никотина в организм, облегчая полный постепенный отказ от него; - уменьшение способности никотина вызывать зависимость за счет 	<ul style="list-style-type: none"> - борьба с табачной зависимостью - профилактика и устранение симптомов отмены при прекращении поступления никотина в организм: - полный отказ от курения, постепенный отказ от курения путем последовательного сокращения числа выкуриваемых ежедневно сигарет, - профилактика абстинентного синдрома при длительном пребывании в 	<ul style="list-style-type: none"> - гиперчувствительность к никотину и ментолу, - острый период инфаркта миокарда, - нестабильная стенокардия, - неконтролируемая артериальная гипертония, - выраженные нарушения сердечного ритма. - (для жевательной резинки) обострение язвенной болезни, стоматиты, эзофагиты, патологии височно-нижнечелюстного сустава, 	<p><u>Никотин содержащая жевательная резинка</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2мг: при курении <20сиг/день - 4мг: при курении >21 сиг/день <p>По 1 жевательной резинке каждые 2 часа, не более 24 шт. в день.</p> <p>Продолжительность – до 12 недель.</p> <p><u>Никотиновый ингалятор</u></p> <p>6-12 картриджей в сутки – по 10мг никотина в каждом</p> <p>До 6 месяцев</p> <p><u>Никотиновый пластырь/16ч</u></p> <p>дозы:</p> <ul style="list-style-type: none"> 15 мг/16 ч - 3 месяца, 10 мг/16 ч – 3 недели, 5 мг/16 ч – 2 недели <p>Не более 6 мес.</p> <p><u>Никотиновая трансдермальная терапевтическая система /24ч</u></p>

замедления его абсорбции.	местах, где курение запрещено.	зубные протезы Ограничения - Беременность и период лактации - побочные действия препарата	21 мг/24 ч – 6 недель, 14 мг/24 ч – 2 недели, 5 мг/16 ч – 2 недели Курс – 12 недель
---------------------------	--------------------------------	---	--

Препараты НЗТ не содержат токсических компонентов табачных продуктов. Доказана безопасность НЗТ как у здоровых лиц, так и у пациентов с различными (в том числе сердечнососудистыми) заболеваниями вне обострения. При использовании никотин замещающих препаратов достигается более низкий уровень содержания никотина в крови по сравнению с таковыми при курении. Прекращение применения никотин замещающих препаратов происходит постепенно, (обычно в течение 6 недель) после того, как симптомы отмены значительно уменьшаются. В среднем, курс лечения длится 10-12 недель.

У беременных и кормящих грудью курильщиц НЗТ применяется в минимальных дозах и только при неэффективности не медикаментозных методов (психологической, социальной поддержки), когда польза отказа от вредной привычки перевешивает риск сочетания приема никотин содержащих препаратов с курением.

Применение метода также ограничивают побочные действия препаратов: контактные дерматиты (при использовании пластырей), хронический насморк и раздражение слизистых (при использовании назального спрея), а также необходимость длительного (от 8-12 недель до года) употребления. Кроме того, при использовании жевательных резинок определенные неудобства возникают в связи с необходимостью длительного, постоянного (9-12 в день) и правильного жевания.

Нейротропные и психотропные средства в терапии табачной зависимости:

Прекратить курить нужно на 2-ой неделе приема препарата, с самого начала приема выбрав дату отказа. Если пациент не бросил курить в рекомендованные в инструкции сроки, это может произойти на фоне дальнейшего продолжения курса лечения.

Частые побочные действия, описанные в клинических испытаниях включают тошноту, головные боли, бессонницу. Реже могут возникнуть катаракта, мигрень, диарея. Некоторые побочные действия такие, как затруднение дыхания, повышение артериального давления, тяжелая тошнота и рвота, как бы редко они не возникали, требуют незамедлительной медицинской помощи. При лечении также могут наблюдаться запоры, вздутие живота, повышенный аппетит, расстройства желудка, странные сновидения, перемены настроения.

- Последние исследования выявили, что применение вышеуказанных лекарственных препаратов связано с достоверным нарастанием риска возникновения серьезных сердечно-сосудистых событий. Было показано нарастание риска сердечнососудистых событий на 72% за год приема препарата [8].
- Прием связан с нарушениями функции ЦНС - с внезапными потерями сознания, за что препарат запрещено принимать пилотам и дальнобойщикам и армейскому персоналу в США [9].
- Есть указания на связь приема препаратов с возникновением приступов агрессии, враждебности и насилия, а также самоубийств и самоистязания. Прекращение курения на фоне фармакотерапии может сопровождаться изменением эмоционального состояния, в том числе, обострением психических заболеваний и состояний (например, депрессии). Необходимо соблюдать осторожность у больных с психическими расстройствами в анамнезе. Пациентов следует предупреждать о возможности обострения таких заболеваний при прекращении курения.

Таблица 8. Частичные агонисты и антагонисты никотиновых рецепторов – принцип действия, показания, противопоказания, дозы

Принцип действия	Показания	Противопоказания и ограничения	Применение и дозы
<ul style="list-style-type: none"> - Стимулирование выделения допамина путем воздействия на никотиновые рецепторы (в меньшей степени, чем никотин) - снижение тяги к курению - Блокада связывания никотиновых рецепторов с никотином-снижение удовольствия от курения 	<ul style="list-style-type: none"> Лечение табакокурения: Снижения табачной зависимости Смягчение синдрома отмены 	<ul style="list-style-type: none"> - Почечная недостаточность, - Возраст до 18 лет - Беременность и период лактации - Повышенная чувствительность к компонентам препарата, - Сердечнососудистые заболевания - Риск развития сердечнососудистых заболеваний - Психические расстройства 	<ul style="list-style-type: none"> - Дни 1 – 3 - 0,5 мг один раз в день - Дни 4 – 7 - 0,5 мг два раза в день - С 8 дня–1 мг два раза день - Курс лечения - 12 недель

В) Немедикаментозные методы преодоления табачной зависимости и коррекции абстинентного синдрома: Рефлексотерапия табакокурения

Иглорефлексотерапия

При лечении табакокурения рефлексотерапия является одним из методов выбора. Показания к нему достаточно широкие и при наличии специалиста этот метод может быть применен у большинства курильщиков (таб.9). Согласно рекомендациям института рефлексотерапии от 24.11.80 г. №10-74/11-14 и от 02.06.81 г. №212-11/63-27 табакокурение является абсолютным показанием для лечения методом иглорефлексотерапии. Предложены рецептуры точек воздействия, расположенные на ушной раковине (аурикулоакупунктура) и корпоральные точки. Лечение проводится в течение 5-ти сеансов по 20-30 минут. Набор рекомендуемых точек определяется врачом индивидуально. На период лечения необходимо, чтобы пациент полностью отказался от курения, употребления алкоголя и не принимал снотворных, седативных, психостимулирующих препаратов. Перед началом курса лечения рекомендуется не курить 10-12 часов.

В лечении табакокурения широкое распространение методы рефлексотерапии получили благодаря их эффективности в отношении долгосрочного отказа от курения, и отсутствию противопоказаний, характерных для традиционных методов медикаментозной терапии табачной зависимости. В официальной статистике эффективность иглорефлексотерапии не доказана. Возможно, это связано с недостаточностью и несовместимостью научных исследований [10].

Миллиметрово-волновая терапия (МВТ): Применение электромагнитных волн в лечении никотиновой зависимости:

В последние годы рефлексотерапия различных соматических заболеваний получает в нашей стране все более широкое развитие создание неинвазивного и бесконтактного метода, в качестве стимулирующего (действующего) начала которого выступают электромагнитные волны миллиметрового диапазона низкой интенсивности. Эти методы при наличии соответствующих медицинских разрешений и лицензий могут применяться в лечении табакокурения. Миллиметрово-волновая терапия это новый метод лечения, основанный на различных биологических эффектах низкоинтенсивного электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового (мм) диапазона: (от 30 до 300 ГГц или от 1 до 10 мм длины волн) [11].

При табакокурении метод МВТ позволяет нормализовать эмоционально-мотивационную сферу, купировать влечение, снизить или полностью устранить абстиненцию. С позиций квантовой теории, воздействие МВТ нормализует сложную систему гомеостаза, реализуется

путем нормализации процессов метаболизма нейрорефлекторных процессов. Одновременно наблюдается активация центральных механизмов адаптации и нормализация взаимоотношений нейромедиаторных систем, что в свою очередь способствует нормализации процессов торможения и возбуждения в центральной нервной системе [12]; [13].

Курс лечения МВТ составляет 5-7 ежедневных процедур по 30 минут каждая, с последующими поддерживающими процедурами через 1 неделю, 1 и 6 месяцев.

Таблица 9. Рефлексотерапия табакокурения

Метод	Принцип воздействия	Преимущества	Недостатки
Иглорефлексо-терапия	Осуществляется воздействие на БАТ, способствуют выделению в организме необходимом сочетании и оптимальных концентрациях комплекс эндогенных биологически активных веществ, которые необходимы для процесса восстановления нарушений метаболизма и любого дисбаланса в организме	- не обладают побочными действиями медикаментов в - оказывают благотворное воздействие на организм в целом - не инвазивны	- не обладают той доказательной базой, что лекарственные препараты, возможно из-за отсутствия достаточного количества сопоставимых научных исследований - требуют соответствующее помещение, оборудование, подготовленный персонал.
Миллиметрово-волновая терапия (МВТ)			

1.3.3 Динамическое наблюдение и контроль, профилактика возврата к курению

Как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения табачной зависимости особенно эффективны при применении их в лечебных программах - в сочетании с поведенческими методами и при осуществлении надлежащего контроля и наблюдения. Контроль и наблюдение также необходимы для профилактики возврата к курению, опасность которого особенно велика в течение первых 6 месяцев. При отсутствии должной поддержки огромная доля усилий, затраченных на

достижение отказа от курения утрачивается, т.к. до 75-80% лиц возвращаются к курению.

В основном, правильно построенная тактика и подобранная терапия позволяет пациенту безболезненно отказаться от курения, преодолеть поведенческие стереотипы и максимально снизить симптомы отмены. Симптомы отмены должны фиксироваться пациентом ежедневно в течение от 2-х недель до месяца отказа от курения, в зависимости от метода лечения.

Возможны следующие реакции симптомов отмены:

- сильное желание закурить	- головокружение
- возбудимость	- бессонница
- беспокойство	- тремор
- нарушение концентрации внимания	- потливость
- раздражительность	- улучшение аппетита
- ухудшение настроения	- увеличение веса
- чувство гнева	- усиления кашля
- депрессия	- затруднение отхождения мокроты
- сонливость	- чувство заложенности в груди
- головная боль	- боли в мышцах

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать возможность формирования у пациента причинно-следственной связи и убрать повод к возврату этой вредной привычки

Увеличение веса проявляется у разных пациентов по-разному: у одних отмечается незначительная прибавка в весе, у других – более существенная. В среднем, за 2-3 месяца отказа от курения прибавление в весе – 3-4кг. Многие пациенты этот вес в течение года теряют. Врач должен заранее предупредить пациента о такой возможности, и в случае, если это может играть важную роль в принятии решения бросить курить, заранее разработать рекомендации для потери лишнего веса, и начать их выполнение за некоторое время отказа от курения.

Питание Отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождаются улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела.

Этого можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания, соблюдать основы рационального питания, пища должна содержать большое количество витаминов, минеральных солей, микроэлементов.

Рекомендуется: увеличение потребления источников витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В₁ (хлеб грубого помола, крупы), витамина В₁₂ (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительные масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы).

В качестве источника углеводов, предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара. Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, “закислением” внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье (минеральные воды, соки, овощные отвары).

В целях предупреждения рецидива курения врачу следует активно продолжать психотерапевтическое влияние на пациента, вовлекать в сферу влияния его микросоциальную среду. Хороший эффект оказывает аутогенная тренировка, расширение физической активности.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать возможность формирования у пациента причинно-следственной связи и убрать повод к возврату этой вредной привычки. Это, в первую очередь, развитие невротических расстройств, явлений абстиненции, нежелательной прибавки в весе.

У ряда курильщиков, особенно у злостных потребителей табака, в первое время прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты. Следует объяснить пациенту, что это – естественный процесс, чтобы он был к этому готов. В этих случаях рекомендуется назначение отхаркивающих средств, щелочное питье. Из средств народной медицины хорошо себя зарекомендовало средство из овса: 1 ст. Овса (необработанного) промыть, залить 3 литрами холодной воды, добавить 2 очищенные луковички средних размеров. Кастрюлю закрыть плотно и кипятить на медленном огне 6 часов, процедить и хранить в холодильнике, принимая по $\frac{3}{4}$ стакана в теплом виде 3-4 раза в день. На курс лечения – 4 такие порции.

Следует рекомендовать пациенту избегать провоцирующих курение ситуаций, пребывание в помещении, где курят. Психологическая, социальная поддержка окружающих, одобрительное отношение к не курению, способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

Клиническая эффективность медицинской помощи в преодолении потребления табака и лечения табачной зависимости

Настоящие методические рекомендации основаны на анализе оценки клинической эффективности технологий помощи в преодолении потребления табака, где критерием эффективности – полный отказ от курения. Использован собственный и мировой опыт.

Исследования показывают, что для достижения наибольшей эффективности в помощи пациенту в преодолении курения необходим комплексный подход. Последний включает антитабачную политику в лечебном учреждении – запрет на курение, в том числе среди врачей, обучение врачей ведению пациентов страдающих табакокурением и технологиям помощи по преодолению курения, регистрация и отслеживание курящих пациентов, активное выявление и профилактика факторов риска ХНИЗ в сочетании с мероприятиями по плановому лечению табакокурения.

Эффективность сочетания диагностических мер с лечением табакокурения. Доказано, что с помощью результатов измерения функции легких и/или выявления факта генетической предрасположенности к ХНИЗ можно добиться в 25% отказа от курения при годичном наблюдении [14].

Роль врача. Исследования показывают, что курение самого врача влияет на его отношение к курящим пациентам в плане оказания им помощи в преодолении курения. Курящие врачи-специалисты, реже, чем их не курящие коллеги спрашивают о привычке курения своих пациентов (90% против 98.2%, $p=0.039$). Также они менее охотно предлагают консультативную помощь для преодоления курения, (23% против 7%, $p = 0.011$), и реже направляют пациентов на специализированный прием по отказу от потребления табака (37% против 64%, $p = 0.028$) [15].

Эффективность обучения врачей технологиям помощи в преодолении курения. Исследования показывают, что у курящих пациентов, которых консультировали врачи, прошедшие обучение технологиям помощи в преодолении курения, вероятность отказа от курения 1,35 раз выше, чем у тех, кто посещал врачей, не прошедших такого обучения – различия достоверны. Вероятность отказа от курения среди этих пациентов возрастала до 2,37 раз, если в дополнение к основной учебной программе врачам предоставлялись подсказки в отношении реализации помощи в отказе от курения [16].

Эффективность технологии краткого консультирования. Применение только краткого консультирования способен увеличить уровень отказа от курения до 3%.

- **Вероятность отказа от курения** у лиц, получивших краткое консультирование в **1.7 раз выше**, по сравнению с теми, кто не получал совета по отказу от курения [17].
- **Выявление риска развития болезней** или самих болезней, связанных с курением у пациента способствует успеху: вероятность отказа у таких пациентов **возрастает еще 1.7 раз**, по сравнению с теми курильщиками, у кого патологии, связанной с курением пока не выявлено [17].
- **Раздача печатных информационных материалов или дальнейшее систематическое наблюдение**, при применении краткого

консультирования, могут достоверно увеличить вероятность отказа от курения **еще в 1.4 раза** [17].

Эффективность краткого консультирования в отношении снижения смертности от болезней связанных с курением. Эффективность краткого консультирования, как единственного вида вмешательства, **на уровень смертности**, изучалось в 20-летнем рандомизированно-контролируемом исследовании среди курильщиков–мужчин с повышенным риском кардиореспираторных болезней [18]. Исследование показало, что по сравнению с контрольной группой **в группе лиц получивших краткий совет** по отказу от курения

- уровень общей смертности было на 7% ниже,
- уровень смертности от инфаркта миокарда – ниже на 13% и
- уровень смертности от рака легких – было ниже на 11% [18].

Эффективность технологии индивидуального поведенческого консультирования. При применении индивидуального поведенческого консультирования по сравнению с кратким консультированием, вероятность отказа от курения возрастает еще в **1.4 раза** [19].

Нет достаточно доказательств того, что применение более интенсивных методов поведенческого консультирования способно увеличить эффективность вмешательства [19].

Эффективность технологии «Школа здоровья». Применение групповых занятий для преодоления табакокурения способно увеличить вероятность отказа от курения в 1.9 раз по сравнению с программами самопомощи [20]. По сравнению с индивидуальным консультированием, превосходство групповых занятий по преодолению табакокурения не доказана [21]. Также недостаточно доказательства тому, что групповые занятия в сочетании с другими формами терапии как индивидуальное консультирование или никотин -заместительная терапия увеличивают их эффективность [21].

Эффективность медикаментозной терапии табачной зависимости

- *Все методы медикаментозной терапии* доказали свою эффективность в отношении отказа от курения в течение 6 и 12 месяцев наблюдения по сравнению с плацебо [22].
- *Никотин заместительная терапия* удваивает шансы курящих в успешном преодолении курения, по сравнению с теми, кто не получал лекарственной терапии [22; 23; 24].
- Никотин заместительная терапия особо эффективна для помощи в преодолении курения у *лиц с сердечнососудистыми болезнями и хронической обструктивной болезнью легких* [22].
- Уровень отказа от курения значительно возрастает при применении никотин заместительной терапии (НЗТ) *в сочетании с индивидуальным профилактическим консультированием*, в

особенности у пациентов с сердечно - сосудистой патологией [22; 23].

Результаты многочисленных исследований показывают, что наибольший результат в помощи пациентам по преодолению курения можно достичь при комбинации различных подходов и методов лечения, как медикаментозных, так и не медикаментозных. Например, в одном из многоцентровых клинических исследований комбинация методов: *консультаций врача, групповой поддержки с тренировками навыков и применения никотинзаместительной терапии* позволила достичь отказа от курения в 35% случаев по истечению года, а через 5 лет этот показатель составлял 22%.

Поведенческое консультирование и другие методы психологической поддержки повышают эффективность методов – направленных на преодоление никотиновой зависимости.

Эффективность комбинированных технологий помощи в преодолении потребления табака – опыт ГНИЦ профилактической медицины МЗСР РФ

Опыт работы консультативно - лечебного кабинета по оказанию помощи лицам, желающим отказаться от курения показал, что

- при применении комбинации поведенческих и медикаментозных методов (НЗТ) уровень отказа от курения составил 43,9% при наблюдении 12 месяцев [25],

- у лиц, получавших иглорефлексотерапию, уровень отказа от курения к концу 1 года 1,7 раз был выше по сравнению с лечившимися НЗТ [26].

- наибольшая эффективность была достигнута при сочетании немедикаментозных методов (рефлексотерапия) с интенсивным индивидуальным консультированием в период наблюдения (64%); [25; 26].

- При применении сочетания индивидуального консультирования с не медикаментозным методом лечения табачной зависимости (МВТ) в условиях специализированного приема ГНИЦ ПМ - % отказа от курения составил 56% при 12 мес. наблюдении [27].

Применение сочетания индивидуального консультирования с НЗТ в практике врача-специалиста поликлиники позволило добиться отказа от курения в 46,7% по окончании курса лечения (12 недель).

Школы здоровья в организованном коллективе - % отказа от курения составил 17% при наблюдении 12 мес.

Заключение

Проблема профилактики курения и болезней, связанных с курением: активное плановое выявление и лечение табакокурения, и предупреждение болезней, связанных с курением - важнейшая задача первичного звена.

Раннее выявление, профилактика и лечение табакокурения должна быть частью программы профилактики НИЗ, включающей раннюю диагностику, коррекцию и мониторинг ФР и ранних признаков НИЗ и направленной на совершенствование профилактической помощи в системе здравоохранения.

Необходим комплексный подход, включающий

- реализацию антитабачной политики в лечебных учреждениях,
- обучение и стимулирование медицинского персонала для профилактической работы, в частности в отношении потребления табака,
- включение лечения табачной зависимости в перечень услуг врача общей практики и специалиста первичного звена здравоохранения,
- создание служб помощи по предупреждению и прекращению потребления табака в учреждениях ПМСП и других ЛПУ
- Создание системы регистрации, учета и отчетности.

Список литературы

1. Региональное бюро ВОЗ, РФ, 2009 г.
2. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005, 4, 1: 4-9.
3. European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe. Updated: January 2010.
4. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. The Tobacco Atlas. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society и 2006.
5. Alan Lopez, Smoking and death in Russia, Tobacco Control 1998;7:3-4.
6. J.A. Iestra et al. A systematic review., Circulation, 2005, 924-934, 112:
7. Litt J. How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient. Aust Fam Physician 2002; 31(12): 1087-94].
8. Singh S, Loke YK, Spangler JG, et al. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. CMAJ 2011.
9. Hughes Sue, Increased CV risk with smoking cessation drug varenicline: New meta-analysis; July 4, 2011 .
10. White A.R., Resch K-L, Ernst E. A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation // Tobacco Control; 1999; 8 (4), 393-7.
11. Жуковский ВД, Трушкин ВИ, Миллиметровая терапия. Научно-практические рекомендации; 1996, Москва, Медико-технический центр «Коверт»; 32-39.
12. Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационная радиоволновая диагностика и терапия. Рефлексотерапия 2002, 2:23-25.
13. Бецкий О.В., Девятков Н. Д. Разработка основ миллиметровой терапии. “Биомедицинская радиоэлектроника” 2000; 8:53-63.
14. Young R P, Hopkins RJ, Smith M, Hogarth DK Smoking cessation: the potential role of risk assessment tools as motivational triggers Postgrad Med J 2010; 86: 26-33 doi:10.1136/pgmj.2009.084947.
15. Aboyansa V, Pineta P, Lacroixa Ph, Laskara M; Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: A nationwide survey; Archives of Cardiovascular Disease (2009) 102, 193—199.
16. Silagy C, Lancaster T, Gray S. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic

- review of randomised controlled trials; *Quality in Health Care* 1994;3:193-198.
17. Stead LF, Bergson G, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.
 18. Rose G, Colwell L, Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992; 46: 75-77.
 19. Lancaster T, Stead LF, Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.
 20. Stead LF, Lancaster T, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2009, Issue 2.
 21. 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.
 22. Khai Tran, Keiko Asakawa et al. Pharmacologic-based Strategies for Smoking Cessation: Clinical and Cost-Effectiveness Analyses, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2010.
 23. Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., & Fowler, G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000146., патенты US2009005423 A1, CA 2368093 A1).
 24. Cahill K., Stead L., Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *The Cochrane Library*, 2008, Issue 3.
 25. Чазова Л.В., Александров А.А., Калинина А.М "Курение и здоровье" Сборник трудов, ГНИЦ ПМ МЗ РФ, 1996.
 26. Сарсенова С.И. Сравнительное изучение эффективности немедикаментозных и медикаментозных методов прекращения курения в амбулаторных условиях.//Автореф. канд. дисс. - Москва, 1993.
 27. Гамбарян М.Г. Калинина А.М. Деев А.Д. Опыт лечения табачной зависимости и профилактика факторов риска кардиореспираторных заболеваний методом миллиметровой волновой терапии. //Профилактическая медицина, 6, 2010, стр. 40-45