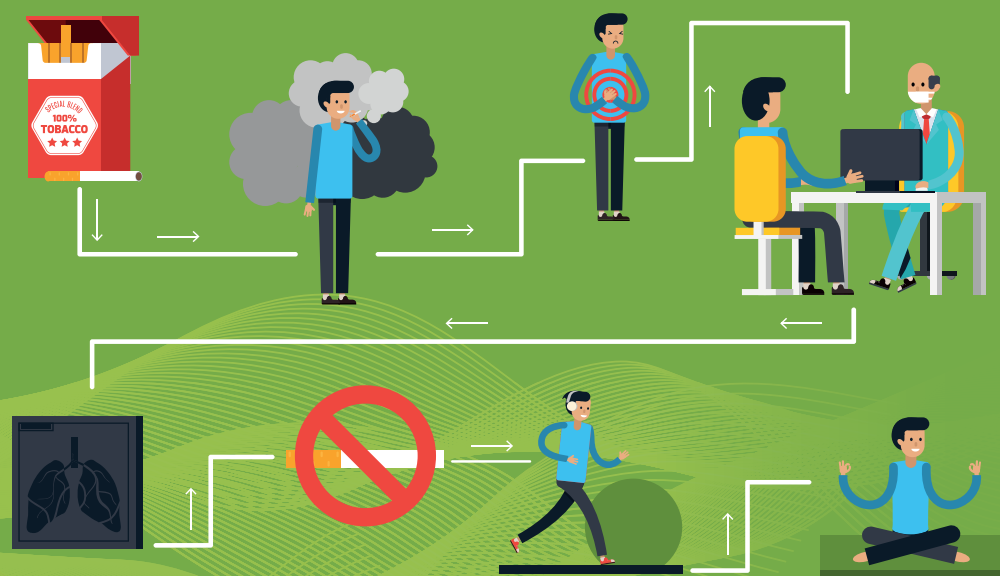




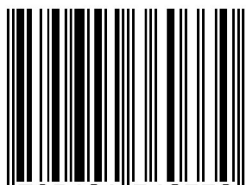
Серия
«Библиотека ФГБУ «НМИЦ ПМ»
Минздрава России»

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПОСЛЕДСТВИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Методические рекомендации



ISBN 978-5-6043603-3-0



9 785604 360330

МОСКВА 2019

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
профилактической медицины»**

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный внештатный специалист по терапии
и общей врачебной практике Минздрава России,
директор ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России,
член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор
О.М. Драпкина



«22» октября 2019г.

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ, НАПРАВЛЕННОЙ
НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА,
ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И
ПОСЛЕДСТВИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА**

Методические рекомендации

Москва

2019

УДК 613.99-613.846

ББК 51.1

Авторы:

О.М. Драпкина, М.Г. Гамбарян, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель

Организация и оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака/ О.М. Драпкина, М.Г. Гамбарян, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель – Воронеж: ООО «Канцтовары», 2019. – 66 с.

ISBN 978-5-6043603-3-0

Настоящие рекомендации направлены на реализацию отдельных положений Федерального закона от 23 февраля 2013 г. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», в частности организацию и «оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака».

Предназначено для организаторов здравоохранения, практикующих врачей, а также для образовательных учреждений, проводящих подготовку медицинских кадров.

Методические рекомендации «Организация и оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака» утверждены на заседании ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России (Протокол № 11 от 22 октября 2019 г.).

Рецензент: Куняева Т.А. - доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ РМ «МРЦКБ».

© Коллектив авторов, 2019

© ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	4
Аннотация.....	5
1. Введение.....	6
2. Цель и предмет настоящих рекомендаций.....	6
3. Актуальность. Распространенность потребления табака в России. Электронные сигареты – новые продукты доставки никотина.....	7
4. Негативные последствия потребления табака, электронных сигарет и пассивного курения на здоровье человека.....	10
5. Никотиновая зависимость.....	12
6. Законодательная база по борьбе с табаком и по оказанию медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости в России.....	13
7. Организация медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости: нормативно-правовое регулирование.....	17
8. Оказание помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и преодоление последствий потребления табака в медицинских учреждениях.....	22
8.1. Алгоритм ведения курящего пациента в учреждениях здравоохранения.....	22
8.2. Краткое индивидуальное консультирование.....	26
8.3. Углубленное консультирование, диагностика табакокурения стратегическое и мотивационное консультирование.....	32
8.4. Эффективность краткого и углубленного консультирования..	44
8.5. Групповое консультирование: школа здоровья для преодоления курения.....	45
8.6. Фармакотерапия табачной зависимости.....	46
8.7. Синдром отмены. Как предупредить срыв.....	53
9. Заключение.....	57
Приложение 1 Рейтинговая схема для оценки силы и доказательности рекомендаций.....	58
Список литературы.....	60

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
GATS	Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака
ВЦИОМ	Всероссийский центр исследования общественного мнения
ЭСДН	Электронные системы доставки никотина
РКБТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ССЗ	Сердечно-сосудистые болезни
МКБ 10	Международная классификация болезней 10ого пересмотра.
КМП	Кабинет медицинской профилактики
ОМП	Отделение медицинской профилактики
НЗТ	Никотинзаместительная терапия
ОКС	Острый коронарный синдром
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
НЬСО	Карбоксигемоглобин
ppm	Частицы на миллион

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации направлены на совершенствование профилактики, организации и оказания медицинской помощи, направленной на преодоление потребления табака среди населения в рамках реализации положений Федерального закона от 23 февраля 2013г. N15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Представленный подход комплексного клинико-организационного вмешательства направлен на организацию борьбы с потреблением табака и защиту от воздействия табачного дыма в соответствии с нормативными документами в учреждениях системы здравоохранения всех уровней от доврачебной до специализированной помощи. Такой подход, направленный на снижение риска заболеваний, связанных с курением среди населения, включает раннюю диагностику, коррекцию и мониторинг потребления табака, электронных систем доставки никотина и защиту от воздействия табачного дыма. Даны алгоритмы организации помощи курящим в лечебно-профилактических учреждениях. Рекомендации адресованы врачам первичного звена здравоохранения и стационаров: врачам медицинской профилактики (центры медицинской профилактики, кабинеты/отделения медицинской профилактики лечебно-профилактических учреждений), врачам общей практики, терапевтам, руководителям и врачам женских консультаций, гинекологических и антенатальных клиник, руководителям медицинских учреждений системы здравоохранения.

1. ВВЕДЕНИЕ

Настоящие рекомендации направлены на реализацию отдельных положений Федерального закона от 23 февраля 2013г. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (Закон), в частности организацию и «оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака». Закон направлен на реализацию положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) и Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 годы и дальнейшую перспективу. Помимо других мер, Закон определяет мероприятия по организации и оказанию медицинской помощи курящим, направленные на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий его потребления.

2. ЦЕЛЬ И ПРЕДМЕТ НАСТОЯЩИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Основная цель настоящего документа заключается в сокращении уровня потребления табака и пассивного курения, профилактики и лечения табакокурения и его последствий среди населения путем подготовки основанных на доказательствах рекомендаций для учреждений здравоохранения.

Эти рекомендации направлены на выявление, профилактику и контроль потребления табака, электронных систем доставки никотина и профилактику заболеваний, связанных с потреблением табака и иной никотинсодержащей продукции в организациях системы здравоохранения.

3. АКТУАЛЬНОСТЬ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА В РОССИИ. ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ – НОВЫЕ ПРОДУКТЫ ДОСТАВКИ НИКОТИНА

Потребление табака - серьезная медико-социальная проблема в мире и, в частности, в России, которая является «лидером» по распространенности курения в Европе и в мире. Несмотря на положительные тенденции относительно снижения распространенности курения в нашей стране, наметившиеся за последние годы, она все еще остается высокой: 30,5% взрослого населения: 49,8% мужчин и 14,5% женщин в России являются потребителями табака, а 26,1% населения: 43,9% мужчин и 11,3% женщин – потребляют табак ежедневно по данным Глобального опроса ВОЗ взрослого населения о потреблении табака 2016г. [1].

Курение вносит наибольший вклад в заболеваемость и смертность основных неинфекционных заболеваний, которые являются причинами преждевременной смертности трудоспособного населения и составляют 65% в структуре общей смертности населения России [2]. Курение основной виновник сердечно-сосудистых заболеваний, хронических болезней респираторной системы, онкологических заболеваний, сахарного диабета и других ХНИЗ [3]. В России курение ежегодно становится причиной 400 000 смертей, и каждый третий из четырех жертв болезней, связанных с курением, умирают, не дожив до возраста 69 лет. Предотвращение преждевременной смертности населения России и увеличение продолжительности жизни Россиян есть основная цель государственной программы развития здравоохранения, и закономерно, что в программе особый акцент делается на снижение распространенности потребления табака. Поэтому противостояние потреблению табака, как на популяционном уровне, так и на уровне индивидуальных вмешательств – одна из задач государственной политики, направленной на достижения целей государственной программы по снижению распространенности и смертности от неинфекционных заболеваний и увеличению продолжительности жизни населения России.

На фоне успешной реализации антитабачной политики в России и снижения распространенности потребления табака, в частности среди молодых людей, появились тенденции использования новых форм потребления никотина — **электронных систем доставки никотина (ЭСДН) или электронных сигарет** и испарителей. По данным репрезентативного выборочного опроса взрослого населения ЭПОХА-РФ проведенного в рамках выполнения приказа Минздрава РФ и направленного на мониторинг и оценку реализации мер антитабачной политики в России в 2017-2018гг, 9,3% населения когда-либо потребляли ЭС, включая 3,3% - потребляли ~~когда-либо~~ электронные системы нагревания табака (ЭСНТ); а 2,5% - потребляли ЭСДН постоянно. При этом частота потребления ЭСДН в самой молодой возрастной группе 18-24 лет составила 23,5%, что значительно больше, чем во всех остальных возрастных группах [4].

Распространенность курения среди подростков по данным Глобального обследования ВОЗ употребления табака среди молодежи – школьников 13 и 15 лет в 2015г. (процент школьников, куривших хотя бы одну сигарету за месяц предшествующего опросу), составляет 15,1%: 17% среди мальчиков и 13,3% среди девочек, что примерно на 10% пункта меньше, чем в 2004г. Что же касается школьников, потребляющих табачные изделия ежедневно, то в 2015 году их доля составила 9,3%, что было всего на 2% пункта меньше, чем 2004. Доля ежедневных курильщиков составляла 10,6% среди мальчиков и 8% среди девочек [5]. Таким образом, несмотря на наметившиеся общие тенденции к снижению распространенности курения среди подростков, она все еще остается очень высокой; в частности распространенность ежедневного потребления табака среди школьников очень высока. В отличие от взрослого населения, она практически одинакова среди девочек по сравнению с мальчиками, что представляет определенную угрозу с точки зрения роста распространенности курения среди женского населения в будущем, и угрозу для хрупкого неокрепшего женского организма, с точки зрения развития хронических заболеваний, связанных с курением.

На фоне сокращения потребления табака наметился рост потребления электронных сигарет среди детей и подростков. В 2015 году доля потребителей электронных сигарет среди школьников составила в среднем по стране 8,5%: 10,3% среди мальчиков и 6,5% среди девочек. В Москве доля потребителей электронных сигарет среди школьников составила 14,5%: 15,5% среди мальчиков и 13,4% среди девочек [5]. При этом доказано, что потребление электронных сигарет среди подростков ассоциировано с повышенным риском инициации курения ими обычных сигарет [6].

4. НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Потребление табака опасно для здоровья как самих курильщиков, так и лиц, подвергающихся воздействию табачного дыма, будучи причиной и или главным фактором риска сердечно-сосудистых, респираторных заболеваний и основных злокачественных новообразований. Курение опасно в любой форме и количестве, включая новые формы потребления никотина и табака, коими являются электронные сигареты. Также нет «безопасных» доз потребления табака. Курение даже одной сигареты в день повышает риск развития ишемической болезни сердца у мужчин на 48%, у женщин – на целых 57%, и повышает риск развития мозгового инсульта на 25% у мужчин и на 31% у женщин. Исследование показывает, что курение одной сигареты в день «обеспечивает» примерно 40-50% риска развития ИБС и инсульта, ассоциированного с курением 20 сигарет в день [7].

Исследования показывают, что курение остается ведущей предотвратимой причиной смерти от основных ХНИЗ. Курильщики теряют, по крайней мере, 10 лет жизни. Однако прекращение курения в возрасте до 30 лет, помогает предотвратить 97% избыточной смертности, вызванной курением, а путем прекращения курения задолго до достижения 40 лет, можно предотвратить более 90% избыточной смертности. С другой стороны, продолжение курения после 40 лет приводит к десятикратному повышению рисков, связанных с потреблением табака [8], [9].

Рак легких – неуклонно растущая проблема среди курящих. В то время как тенденции по большинству форм рака во многих странах Европы показывают стабилизацию или даже снижение, это не относится к раку легких среди женщин. Прогнозируется, что рак легких через несколько лет станет в Европе ведущей причиной онкологической смертности среди женщин, обогнав рак молочной железы [10]. Повышение частоты рака легких среди женщин

связывают с ростом распространенности курения среди них, начавшейся более 20 лет назад [9].

Понятно, что профилактика и своевременный отказ от курения, в сочетании с правильным питанием и регулярными медицинскими осмотрами – лучший способ предупреждения этих заболеваний.

Электронные сигареты и испарители, а также курительные системы, работающие на основе нагревания табака представляют не меньшую опасность для здоровья людей, чем обычные сигареты, хоть и позиционируются как менее вредные. В силу содержания никотина и других отравляющих веществ, ЭСДН способствуют возникновению и усугублению сердечно-сосудистых заболеваний, ХОБЛ, диабета, и других ХНИЗ. Хотя сам по себе никотин не является канцерогеном, он может действовать как "стимулятор опухоли" и участвует в биологии злокачественных опухолей, а также нейродегенеративных заболеваний. Большинство ароматизаторов и вкусовых добавок, входящих в состав жидкостей или начинок электронных сигарет, нагреваемые и вдыхаемые, опасны для здоровья: они вызывают воспаление дыхательных путей, как например, диацерил, некоторые ароматизированные аэрозоли цитотоксичны, они повышают подверженность клеток дыхательных путей к вирусной инфекции [11].

Доказано, что потребление электронных сигарет, распространенное среди взрослых курильщиков с риском или диагнозом ХОБЛ, приводит к нарастанию симптомов болезни, более частым обострениям и более стремительному снижению функции легких, и не способствует отказу от обычных сигарет [12].

Показано, что электронные сигареты поражают ДНК и ее способность к восстановлению в клетках легких, сердца и мочевого пузыря в мышинных и человеческих тканях. Было установлено, что аэрозоли ЭСДН поражают ДНК в тканях легких, сердца и мочевого пузыря у мышей и снижают восстановительную функцию ДНК и уровень белков в легочной ткани вследствие воздействия никотина и продукта его нитрозации: 4-(метилнитрозамин)-1-(3-пиридил)-1-бутанона. Эти же вещества и стимулируют

мутации и трансформацию опухолевых клеток в культуре человеческих тканей легких, сердца и мочевого пузыря. Эти результаты демонстрируют, что аэрозоли ЭСДН из-за поражения ДНК и его восстановительной функции могут способствовать развитию рака легких и мочевого пузыря, а также развитию болезни сердца у людей [13].

5. НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Никотин – это психоактивное вещество, которое способно вызывать зависимость почти в той же мере, как героин или кокаин. Вдыхаемый вместе с дымом обычной сигареты или паром электронной сигареты, он попадает в головной мозг через кровоток в течение нескольких секунд, а его выведение из организма занимает несколько часов. Никотин, как любое психоактивное вещество, вызывает физическую и психологическую зависимость. У курильщика возникает потребность в повторных приёмах никотина и в постепенно увеличивающихся дозах этого вещества, развитие психических и физических расстройств, при их отсутствии, функциональные и органические поражения внутренних органов и нервной системы. Зависимость к никотину развивается приблизительно у половины всех лиц, потребляющих табак [14].

Излишне говорить, что все виды ЭСДН ни коим образом не способствуют отказу от курения, поскольку они только поддерживают и усугубляют никотиновую зависимость в силу содержания больших доз синтетического никотина – чрезвычайно токсичного, вызывающего зависимость за короткий период времени.

6. ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА ПО БОРЬБЕ С ТАБАКОМ И ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В РОССИИ

С 1 июня 2013 года в России действует Федеральный закон от 23 февраля 2013г. №15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [15], направленный на реализацию положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) [16], [17] и Концепции государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы [18]. В рамках всего комплекса мер, установленных Законом, нацеленных на сокращение предложения табачных изделий и сокращение спроса на табак, Федеральный закон №15-ФЗ предусматривает меры по организации и оказанию медицинской помощи курящим, направленные на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, что соответствует реализации 14 ой статьи РКБТ ВОЗ. Согласно Закону, лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, должна оказываться медицинская помощь, всеми медицинскими организациями, независимо от причины обращения пациента, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на основе стандартов и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при потреблении табака [15].

Предполагается, что каждый лечащий врач должен быть вовлечен в процесс оказания помощи лицам, потребляющим табак, «предоставляя рекомендации о прекращении потребления табака и необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана» [15].

Реализация этих требований подразумевает определенную готовность системы здравоохранения: наличие соответствующих нормативно-правовых документов, укомплектованность структур медицинской помощи для организации и оказания медицинской помощи в преодолении потребления

табака квалифицированными кадрами, обученными навыкам оказания этой помощи, наличие порядка и четкого алгоритма оказания медицинской помощи при потреблении табака и лечения табачной зависимости.

Порядок организации и оказания помощи курящим, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и преодоление последствий потребления табака в медицинских учреждениях, в соответствии с частью 4 статьи 30 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулируется следующими нормативными документами:

- Приказом Минздрава России от 30.09.2015 N683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» [19].
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» с изменениями и дополнениями от: 23 июня, 30 сентября 2015 г. [20].
- Приказом Минздрава России от 13.03.2019 N 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» [21].
- Приказом Минздравсоцразвития России №261 от 01.04.2011 «Об организации Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака» [22].

Еще один документ, определяющий порядок оказания медицинской помощи лицам с табачной зависимостью – Клинические рекомендации по лечению Синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака у взрослых, Российского респираторного общества и Ассоциации наркологов - опубликован в 2018 году [23]

Однако существующая нормативная база не обеспечивает организацию и внедрение плановой медицинской помощи населению, направленной на преодоление потребления табака, несмотря на растущую потребность в этой помощи. Об этом свидетельствуют результаты репрезентативного выборочного опроса взрослого населения ЭПОХА-РФ проведенного в рамках выполнения приказа Минздрава РФ, и направленного на мониторинг и оценку реализации мер антитабачной политики в России в 2017-2018гг в 10 субъектах Российской Федерации. По данным этого опроса 41% курящих россиян делали хотя бы одну попытку бросить курить за последний год, из которых 10,3% обращались в медучреждения за помощью по поводу потребления табака, 18,3% - прибегали к помощи медикаментов; 1,7% - прибегали к помощи по федеральной горячей линии консультативной помощи и 4% - искали помощь в интернете. Из 18% курильщиков, самостоятельно выбравших медикаменты, 54% принимали никотинзаместительную терапию, 7% - варениклин и 37%-цитизин [4].

Безусловно, с принятием Федерального Закона №15-ФЗ и реализации его положений, появилась весьма ощутимая положительная динамика в оказании медицинской помощи курящим. По данным Российского опроса взрослого населения по оценке реализации антитабачной политики, у 75,6% населения, посетивших врача за последние 12 месяцев медработники спрашивали о курении, что почти в 2 два раза чаще, чем в 2009г [24]; в 69,9% случаев курящие пациенты получали совет отказаться от курения, в 39,3% случаев - предложение о помощи в отказе от курения. 29,5% курильщиков были направлены в разные структуры учреждений ПМСП для получения помощи в отказе от курения, и только 12% ее получили, (преимущественно в кабинетах по отказу от курения и КМП/ОМП) в виде консультаций, назначений медикаментов и выдачи печатных материалов [4]. Таким образом, опрос показал, что, несмотря на существующую потребность в отказе от курения и то, что большинству курящим дается совет по отказу от курения, медицинская помощь по лечению табакокурения в структурах ПМСП реализуется в недостаточных объемах. Для улучшения ситуации необходимо

совершенствование организационных подходов на уровне первичного звена здравоохранения, в первую очередь, организация медицинской помощи в отказе от курения на этапе врача-терапевта и координация усилий с кабинетами медицинской помощи при отказе от курения, кабинетами (отделениями) медицинской профилактики.

Крайне необходима интенсификация работы по оказанию медицинской помощи курящим женщинам акушер-гинекологами и детскими врачами (с целью работы с курящими родителями), организация кабинетов медицинской помощи при отказе от курения в женских и детских консультациях.

7. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: НОРМАТИВНО- ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

Согласно нормативным документам, определяющим порядок оказания медицинской помощи курящим пациентам [19] [20] [21], медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и преодоление последствий потребления табака, отчасти в рамках организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний, предоставляется на всех этапах оказания помощи учреждений ПМСП:

- на этапе доврачебной помощи (ФАПы, фельдшерские здравпункты медицинской организации, врачебные амбулатории),
- врачебной помощи (кабинет ВОП/семейного врача, центр/отделение общей врачебной практики/семейной медицины, поликлиники, медсанчасти, женские консультации) и
- специализированной помощи (специалисты в поликлиниках, медицинские центры, диспансеры), а также
- в учреждениях стационарной помощи и в санаторно-курортных учреждениях.

Подобная трехуровневая организация помощи курящим, безусловно, важно для обеспечения доступности и досягаемости этой помощи для всех лиц, потребляющих табак, и пользующихся услугами учреждений ПМСП.

Отдельная роль в организации и оказании медицинской помощи курящим отводится кабинетам и отделениям медицинской профилактики [19], [20]. Кабинеты по оказанию медицинской помощи при отказе от курения, предусмотренные Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (Приказ МЗСР 543н) [20], после принятия «Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях», оказались вне

структуры отделений медицинской профилактики, но продолжают существовать как структурные единицы в учреждениях ПМСП, оказывающих врачебную помощь с прикрепленным населением более 30 тысяч человек.

Эти документы составляют нормативную и организационно-методическую основу оказания помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и преодоление последствий потребления табака. Однако для их эффективного внедрения и качественного выполнения необходимы конкретные методические схемы последовательно проводимых мероприятий, направленных на выявление, консультирование и лечение курящих пациентов, включая:

- маршрутизацию на всех этапах оказания этой помощи,
- алгоритмы консультирования, выявления риска неинфекционных заболеваний, лечения табачной зависимости при необходимости и
- дальнейшего наблюдения курящих пациентов.

Они должны быть понятны, доступны и выполнимы для всех медработников, учитывая временные ограничения, установленные для консультирования одного пациента. Другими словами, медработников необходимо обучить, что делать и как это сделать.

В изданном в начале 2019 года очередном «Порядке проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [21] и Клинических рекомендациях: «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых» [23] предпринята попытка подвести методическую основу под организацию и оказание помощи курящим. В первом документе для определения и ведения пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском прописаны некоторые алгоритмы консультирования лиц, посетивших диспансеризацию с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском по фактору курения. В разделе консультирования курящих пациентов в отделениях или кабинетах медицинской профилактики прописана методология углубленного мотивационного консультирования. Однако установленный порядок определяет необходимость профилактического

консультирования «для лиц, потребляющих более 20 сигарет в день или имеющих высокий относительный или высокий/очень высокий абсолютный риск по шкале SCORE» на первом этапе диспансеризации. Цифра 20 сигарет в день «красной нитью» прописана по всему документу, наряду с факторами, определяющими высокий или очень высокий сердечнососудистый риск.

При этом, как отмечено выше, курение даже одной сигареты в день уже «обеспечивает» примерно 40-50% риска развития ИБС и инсультов, ассоциированных с курением 20 сигарет в день [7] .

Кроме того, согласно последним рекомендациям Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ (GOLD) 2017г., одно только наличие фактора «Курение табака, включая курение любых табачных изделий и нетабачных продуктов» определяют подозрения ХОБЛ и показания для спирометрии у лиц старше 40 лет [25].

Очевидно, что все эти факты должны быть учтены при консультировании курящих пациентов и определении у них риска сердечно-сосудистых, респираторных и других неинфекционных заболеваний, связанных с потреблением табака.

Понятно, что диспансеризация отдельных групп взрослого населения не заменяет все услуги учреждений ПМСП. Однако оно стало эффективным инструментом своевременного выявления фатальных болезней, риска этих болезней и их профилактики. Кроме того, это единственный на сегодняшний день финансируемый инструмент профилактики. Поэтому крайне важно, чтоб медработники, консультирующие в рамках диспансеризации и вне нее, ориентировались на оказание полноценной медицинской помощи всем курящим, а не только тяжелым курильщикам.

Что же касается клинических рекомендаций, то они точно также ориентированы на тяжелых курильщиков – на лиц с синдромом зависимости и на лечение синдрома отмены, что соответствует нозологическим формам F17.2 и F17.3 МКБ 10. При этом документ совершенно оставляет за пределами предлагаемой помощи лиц, потребляющих табак (Z 72.0, F17.1 МКБ 10), а

также лиц, бросивших курить в недавнем прошлом, уже не испытывающих симптомов отмены, но еще нуждающихся в поддержке и помощи для окончательного отказа от курения - консультирование и наблюдение по поводу курения (Z 71.6 МКБ 10)

Кроме того, для определения синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака предусматривается подробная диагностика, с использованием вопросников и инструментальных методов, что, безусловно, нужно, но является затратным процессом, с точки зрения времени и персонала. Поэтому такая подробная диагностика синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака может быть выполнена либо в кабинетах (отделениях) медицинской профилактики или в кабинетах медицинской помощи при отказе от курения, либо на уровне специализированного приема.

В рекомендациях указаны все доступные и доказанные методы лечения табакокурения, включая краткое и углубленное консультирование, однако не ясно, кто и на каком этапе их предоставляет. И хотя клинические рекомендации адресованы не только пульмонологам и наркологам, но также врачам – терапевтам и врачам общей практики, в конечном итоге они отсылают курящего пациента за диагностикой и лечением синдрома табачной зависимости и синдрома отмены именно к пульмонологам или наркологам. Результаты Российского опроса взрослого населения по оценке мер антитабачной политики, ясно демонстрируют бесперспективность такого подхода. По данным исследования, из 3212 курящих, получивших совет отказаться от курения (69,6% от курящих, посетивших врача), 1816 (39,3%) курящим предлагали медицинскую помощь в отказе от курения и 1362 человек (29,5%) были направлены в специализированный прием — в разные структуры ПМСП: в первую очередь - в кабинеты медицинской помощи при отказе от курения, а также КМП/ОМП, и изредка - к специалистам, для получения такой помощи. Однако только 552 (12% из числа направленных в специализированный прием) получили помощь в специализированных кабинетах: 19,2% - в кабинетах медицинской помощи при отказе от курения, 4,6% - в КМП/ОМП, 1,2% - у психолога/психотерапевта, 1,2% в центрах

здоровья (в школах по отказу от курения), 1% - в кабинетах рефлексотерапии и только 2 человека из 7 направленных (0,1%) – у нарколога. Только 6,7% курильщикам была назначена медикаментозная терапия от табачной зависимости, и 13,6% получили печатные материалы по отказу от курения [4].

Совершенно очевидно, что необходим механизм выявления курящего пациента, предоставление совета по отказу от курения и четкая их маршрутизация, обеспечивающие направление пациентов в вышеуказанные структуры. Эти меры являются важной частью медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и преодоление последствий потребления табака. Раздел алгоритма ведения пациента в клинических рекомендациях не прописан, поэтому не ясно, кто, когда и в каком формате осуществляет этот важный этап оказания помощи курящим пациентам.

8. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Алгоритм оказания помощи курящим должен быть частью консультирования врача терапевта, врача общей практики и специалистов терапевтических специальностей и «встроен» в прием пациентов с заболеваниями, так или иначе, имеющими отношение к потреблению табака. Поэтому алгоритм должен быть простым, конкретным и удобным, и «безболезненно» вписывался в ограниченный по времени консультативный прием врача.

Выявление курящих пациентов и оказание им помощи по преодолению потребления табака и лечению табачной зависимости осуществляться

- ➔ при самостоятельном обращении пациента в лечебно-профилактическое учреждение по любому поводу и
- ➔ в рамках проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения

В обоих случаях, пациентам предоставляется помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и преодоление последствий потребления табака – т.е. определения риска развития заболеваний, связанных с потреблением табака (или выявление признаков этих заболеваний) и их профилактика.

8.1. Алгоритм ведения курящего пациента в учреждениях здравоохранения

➔ Уточнение статуса курения: Вы курите?

Любого пациента, обратившегося за медицинской помощью в медицинское учреждение медработник должен опросить о статусе курения, вне зависимости от причины обращения и зарегистрировать результат в амбулаторной карте (специальной форме регистрации курения или всех

факторов риска). Если пациент идет к терапевту (к лечащему врачу) после заполнения анкеты по диспансеризации, где указан статус курения, статус курения необходимо уточнить.

Вопрос должен звучать следующим образом: «курите ли Вы в настоящее время – ежедневно или не каждый день, курили ли раньше или никогда не курили?» и зарегистрировать один из возможных ответов.

- Да, курю ежедневно/ почти ежедневно,
- Да, курю, но не каждый день,
- Курил(а), но бросил (а) недавно (менее года назад),
- Курил(а), но бросил (а) давно (более года назад)
- Никогда не курил(а) (это те, кто за всю жизнь не выкурили более 100 сигарет).

Уточнение статуса курения у лиц, курящих не каждый день важно, так как они могут не считать себя курильщиками, и выпасть из поля зрения врача.

Пациентам, которые никогда не курили, или бросили курить более года назад, следует выразить свое одобрение, и предупредить, остерегаться воздействия вторичного табачного дыма, в том числе и пара электронных сигарет или испарителей, и, конечно, воздержаться от их потребления.

➔ **Предоставление краткого консультирования**

Всем остальным пациентам, предоставляется краткое консультирование по преодолению потребления табака, и дальнейшая маршрутизация происходит в зависимости от интенсивности курения, наличия и тяжести никотиновой зависимости и готовности пациента отказаться от курения в течение ближайшего месяца, что также выясняется в рамках краткого консультирования.

➔ **Определение риска ХНИЗ**

Параллельно, у этой группы пациентов определяется риск сердечно-сосудистой смертности по шкале SCORE, риск развития ХОБЛ, сахарного диабета. При выявлении риска либо признаков этих болезней, пациент направляется на дальнейшее обследование, уточнение диагноза. Определение риска ХНИЗ у курящих пациентов – важная составная часть консультирования

и выполняется либо в рамках диспансеризации, либо вне ее, при самостоятельном обращении пациента в медицинское учреждение, независимо от причины обращения. Алгоритм ведения курящего пациента представлен на рисунке 1.

Алгоритм ведения курящего пациента

25

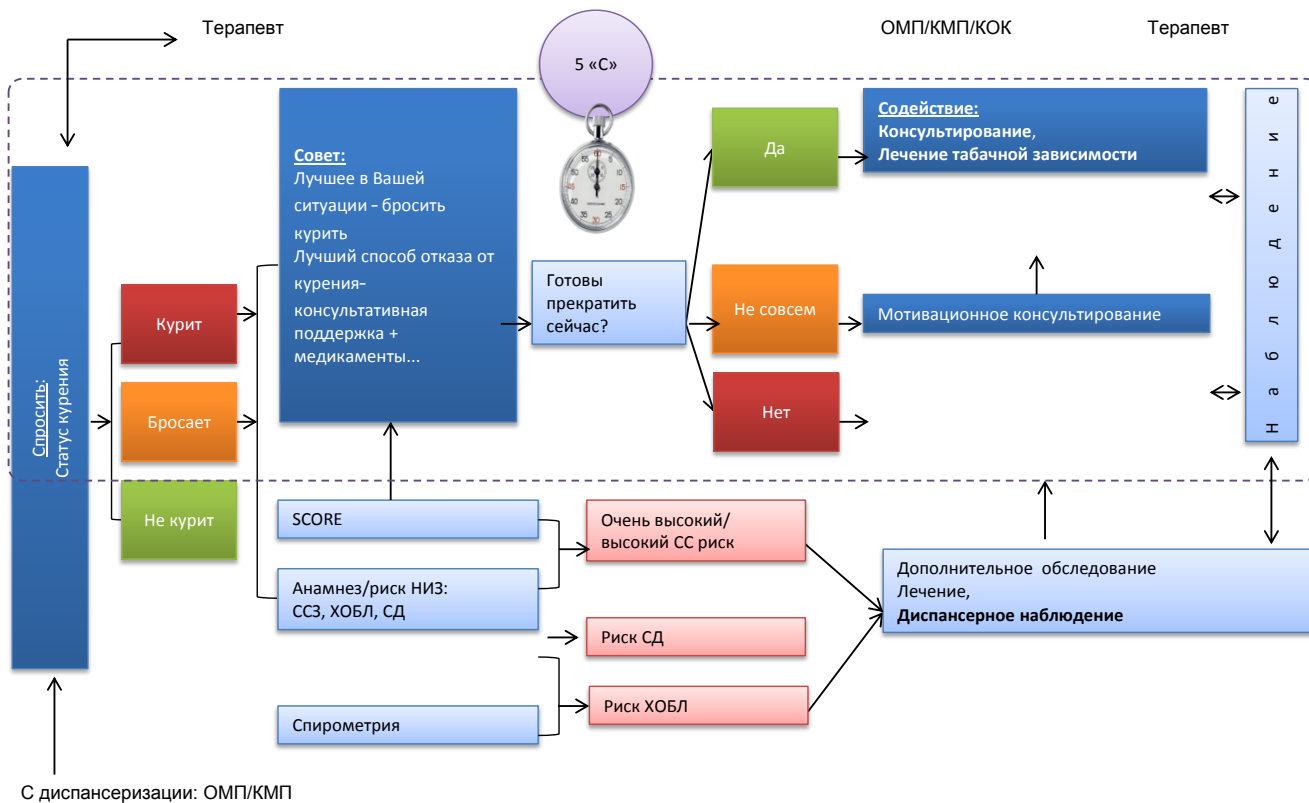


Рисунок 1. Алгоритм консультирования курящего пациента

8.2. Краткое индивидуальное консультирование

Краткое консультирование – вмешательство с доказанной эффективностью (**сила и уровень доказательности 1А**)

Краткое индивидуальное консультирование проводится по общепринятой схеме 5 «С»: спросить, советовать (сориентировать), сверить, содействовать, составить расписание последующих визитов, что занимает не более 5 минут. Эта схема для пациентов, не намеренных бросить курить в ближайшее время, может быть сокращена до схемы «Очень краткого консультирования» - 3 «С» - спросить, советовать, содействовать, которая занимает примерно 1 минуту. Далее описывается, как эти схемы работают.

1С - СПРОСИТЬ - Уточнение статуса курения, описанное выше – есть первый пункт краткого консультирования курящего пациента. Вопрос «Курите ли Вы– ежедневно или не каждый день, или может, курили, но бросили недавно?» необходимо задавать при каждой встрече с пациентом, и каждый раз регистрировать результат, потому что каждый раз ситуация может быть другой.

2С - СОВЕТОВАТЬ – Нет смысла говорить пациенту, что ему нужно бросить курить – он и так это знает. Такой совет может либо вызвать раздражение или даже агрессию у пациента, особенно если у него уже были безуспешные попытки бросить курить, либо «втянуть» его в бесконечную дискуссию вокруг темы курения, которую врач не может себе позволить.

Совет врача - эффективный инструмент для изменения отношения пациента к проблеме, когда он краткий, аргументированный и основан на конкретной информации о состоянии здоровья пациента, о его ценностях, семейного и личного анамнеза.

Например, при консультировании лиц с высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском по шкале SCORE, (вне зависимости от количества выкуриваемых сигарет), необходимо обратить внимание пациента на факт курения, как фактора, определяющего у него высокий риск

сердечно-сосудистых событий и других хронических заболеваний. Необходимо рассказать, что даже курение одной сигареты в день увеличивает риск развития инфаркта миокарда до 57%, а один только отказ от курения может сократить этот риск смерти от ССЗ наполовину.

Пациенту необходимо говорить, **почему** ему нужно бросить курить и главное, **как** это сделать.

Пример: А знаете ли Вы, что лучший способ снизить сердечно-сосудистый риск/приостановить развитие ХОБЛ/повысить эффективность лечения – полный отказ от курения, а лучший способ отказаться от курения – это сочетание психологической поддержки и медикаментозного лечения...

Возможно то, какотреагирует пациент, избавит врача от необходимости задать вопрос 3 «С»:

3С - СВЕРИТЬ – Необходимо оценить готовность пациента бросить курить – хочет и готов ли пациент бросить курить, скажем, в ближайший месяц? Для быстроты можно попросить пациента оценить свою готовность бросить курить по 10 бальной шкале (показательно, указать готовность на линейке от 0 до 10), как это продемонстрировано на рисунке 2.

Здесь можно столкнуться со следующими ситуациями. Уже после того, как врач посоветовал пациенту бросить курить (2 «С»), последний может возразить: «я сейчас не готов...», «спасибо, доктор, в другой раз, сейчас мне нужно идти», «я не хочу пока отказаться от курения». Либо оценят свою готовность от 0-3. Для таких пациентов бесполезно тратить время на дальнейшую диагностику статуса курения и на уговоры. Нужно переходить к 4ому «С» - **Содействовать** – после чего завершить консультирование. Таким образом, консультирование таких пациентов по отказу от курения займет не более 1 минуты.

Для следующих двух групп – тех, кто оценили свою готовность от 4-7 («я думаю о том, чтобы бросить курить...» «я знаю, что отказ от курения хорошо для моего здоровья...» «расскажите, какие есть методы для отказа от

курения...» и от 8-10 («я готов(а) отказаться от потребления табака..., «я хочу получить помощь в отказе от курения...», «помогите мне бросить курить») – необходимо выяснить интенсивность курения и степень зависимости от никотина для определения последующей тактики лечения. В рамках **краткого консультирования** это делается с помощью двух вопросов:

- **«Сколько Вы выкуриваете сигарет в день (или в неделю)»** (для бросивших курить – «Испытываете ли вы тягу к курению/ что Вы тогда делаете/нуждаетесь ли в помощи?»),
- **«Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?»** Если пациент говорит, что первую сигарету выкуривает в течение 30 мин. – у него наверняка признаки высокой никотиновой зависимости.

В результате условно выделяются следующие категории курильщиков

- «Легкие» курильщики - курящие 0 – 9 сигарет в день,
- «Умеренные» курильщики - курящие 10 – 19 сигарет в день,
- «Злостные» курильщики - курящие 20 и более сигарет в день
- курильщики с невысокой степенью никотиновой зависимости
- курильщики с высокой степенью никотиновой зависимости
- бывшие курильщики, испытывающие тягу к курению,
- бывшие курильщики, потребляющие ЭСДН

4С - СОДЕЙСТВОВАТЬ Пациентам, **не готовым бросить курить**, необходимо подсказать, что они всегда могут вернуться, когда будут готовы отказаться от курения, - к лечащему врачу, либо кабинет (отделение) медицинской профилактики или кабинет медицинской помощи при отказе от курения, дать контактную информацию и материалы для самостоятельного отказа от курения.

Для пациентов, со средней степенью готовности бросить курить и тех, кто готов бросить курить, необходимо поддерживать их желание отказаться от курения. Им необходимо вкратце рассказать о существующих эффективных

методах отказа от потребления табака и предложить их пациенту – указать, какие наиболее подходящие для конкретного пациента.

При необходимости следует направить пациента в кабинет (отделение) медицинской профилактики или в кабинет медицинской помощи при отказе от курения для получения медицинской помощи, для выбора метода лечения табачной зависимости. Предоставить пациенту информационные материалы, контактную информацию (таблица 1).

5С - СОСТАВИТЬ РАСПИСАНИЕ последующих визитов.

Для пациентов, готовых отказаться от курения составляется удобный график повторных посещений (или телефонных контактов) для обязательного контроля и для помощи-поддержки в отказе от курения. Пациентов, не совсем готовых отказаться от курения, также можно пригласить через некоторое время на повторное консультирование в ОМП/КМП/Кабинет по отказу от курения для оценки состояния готовности бросить курить/ повышения мотивации в отказе от курения/возможного назначения терапии.

Алгоритм краткого консультирования 5 «С» представлен на рисунке 2

Алгоритм краткого консультирования 5 «С»



Рисунок 2. Алгоритм краткого консультирования 5 «С»

Таблица 1. Объем помощи курящим с разными статусами курения

Статус курения и готовность бросить курить	Объем оказываемой помощи
<i>Не готов бросить курить (0-3 балла)</i>	
Интенсивность курения и степень никотиновой зависимости не имеют значения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поблагодарить за визит, пригласить на прием при готовности отказаться от курения. 2. Дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана/контактную информацию о работе ОМП/КМП/кабинета по отказу от курения 3. Дать информационные материалы (памятку) для самостоятельного отказа от курения.
<i>Средняя готовность бросить курить (3-7 баллов)</i>	
Высокая степень зависимости/ злостный или умеренный курильщик	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рассказать про проблему табачной зависимости, про современные возможности помощи при табакокурении и лечения табачной зависимости. 2. Дать информацию, где и какая специализированная помощь может быть оказана 3. Направить на углубленное мотивационное консультирование для повышения мотивации к отказу от курения в (ОМП/КМП/Кабинет по отказу от курения/др.) с возможным назначением фармакотерапии 4. Дать информационные материалы как отказаться от курения и преодолеть симптомы отмены.
Невысокая степень зависимости/ «легкий» курильщик	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дать информацию о существующих методах лечения табакокурения и где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана, включая ОМП/КМП/Кабинет по отказу от курения/др. 2. При необходимости направить на углубленное мотивационное консультирование для повышения мотивации к отказу от курения в (ОМП/КМП/Кабинет по отказу от курения/др.) 3. Дать информационные печатные материалы (памятку) для самостоятельного отказа от курения.
<i>Готов бросить курить (7-10 баллов)</i>	
Высокая степень зависимости/ злостный или умеренный курильщик Бывший курильщик, потребляющий ЭСДН	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить пациенту назначить дату отказа. 2. Пригласить на дополнительный прием для индивидуального консультирования и назначения лечения табачной зависимости, включая фармакотерапию. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ↴ 3. Дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана (ОМП/КМП/Кабинет по отказу от курения/др.), направить на углубленное консультирование с возможным назначением фармакотерапии/ направить в специализированный прием. 4. Дать информационные материалы как отказаться от курения и преодолеть симптомы отмены.
Невысокая степень зависимости/ умеренный или «легкий» курильщик Бывший курильщик,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить пациенту назначить дату отказа. 2. Уточнить, нуждается ли пациент в медицинской помощи для отказа от курения <input type="checkbox"/> Нет → дать печатные материалы (памятку) <input type="checkbox"/> Да ↴ 3. Пригласить на дополнительный прием для индивидуального консультирования и назначения лечения табачной зависимости, или

**испытывающий
тягу к курению**

дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана (ОМП/КМП/Кабинет по отказу от курения/др.), направить на углубленное консультирование с возможным назначением фармакотерапии.

4. Дать информационные материалы как отказаться от курения и преодолеть симптомы отмены.

8.3. Углубленное консультирование, диагностика табакокурения, стратегическое и мотивационное консультирование

Во время углубленного консультирования проводится более подробная диагностика курения: интенсивности курения, степени табачной зависимости, степени мотивации и готовности отказаться от курения в цикле Прочаска и Ди Клемент. Далее, в зависимости от результатов диагностики, углубленное консультирование осуществляется в виде стратегического или мотивационного консультирования (**сила и уровень доказательности 1А**).




➡ Диагностика курения

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 для выявления степени «загрязнения» воздуха в легких угарным газом (выявления факта курения), так и 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 СО
 5-10 ppm – желтая зона	умеренная концентрация СО
 выше 10 ppm- красная зона	высокая концентрация СО

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 СО в пределах 5ppm (+1), это означает, что пациент, скорее всего, подвергался воздействию больших концентраций окружающего табачного дыма.

Определение степени никотиновой зависимости

Тест Фагестрема оценивается по сумме баллов: 0-4 – невысокая степень зависимости, 4-6 баллов – средняя степень зависимости, 7-10 высокая степень табачной зависимости.

Таблица 2. Тест Фагестрема для оценки степени никотиновой зависимости

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

Тест определения готовности отказаться от курения также оценивается в баллах: 0-3 балла – низкая степень готовности, 4-5 баллов – средняя степень готовности, 6-8 высокая степень готовности бросить курить.

Таблица 3. Тест для оценки готовности бросить курить

1. Бросили бы вы курить, если бы это было легко?		2. 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

На основании диагностических тестов можно сделать заключение, на каком этапе в принятии решения на пути к отказу от курения находится курильщик на модели изменения поведения Прочаска и Ди Клемент (рисунок 3). Согласно этой модели в каждый конкретный момент времени курильщики могут переживать одно из четырех состояний относительно решения отказа от курения: «предразмышления» - когда нет каких-либо намерений бросить курить, «размышления», «подготовки» либо готовности или «действия».

Стадии изменения поведения по Прочаска и ДиКлемент



Рисунок 3. Стадии изменения поведения по Прочаска и ДиКлемент

В зависимости от готовности пациента отказаться от курения определяется цель, тактика и содержание углубленного консультирования. Для курящих с разной степенью готовности отказаться от табака проводится следующие виды консультирования:

- **«Стратегическое»** консультирование - для пациентов, **готовых бросить курить** с целью преодоления привычки курения, лечения табачной зависимости и помощи в преодолении симптомов отмены, и полного отказа от курения.
- **«Мотивационное»** консультирование - для пациентов, **не совсем готовых бросить курить** (средняя степень готовности) с целью повышения их мотивации и готовности отказаться от курения с возможным последующим лечением табакокурения.

➡ **Стратегическое консультирование**

Стратегическое консультирование это профессиональная поддержка, направленная на помощь мотивированным пациентам, найти наилучшее решение для прекращения курения, преодоления привычки, преодоления возникающих на пути отказа от курения преград, подбора наиболее подходящей фармакотерапии для отказа от курения и преодоления симптомов отмены при их возникновении, в процессе лечения. По сути, это есть медицинское сопровождение пациента с применением принципов стратегической психотерапии, описанных Джейм Хейли: обозначение решаемой проблемы, постановка цели – в виде отказа от курения, планирование вмешательства для достижения цели, изучение ответной реакции, изучение результатов лечения. Техника стратегического консультирования в различных модификациях применялась при лечении разного рода зависимостей, в частности алкогольной зависимости [26], [27], [28].

Стратегическое консультирование с последующим назначением фармакотерапии может проводить терапевт или специалист терапевтической специальности в рамках лечения основного заболевания, на дополнительном

приеме, либо специалисты отделений (кабинетов) медицинской профилактики или кабинетов по отказу от курения, с последующим наблюдением терапевта.

➔ **Мотивационное консультирование**

Мотивационное консультирование направлено не на немедленный отказ от курения, а повышение мотивации и степени готовности пациентов к отказу от курения. Оно требует несколько других подходов, отличных от стратегического, и направлено на выявление и преодоление амбивалентного отношения пациента к собственной привычке курения, пересмотр своих ценностей и приоритетов, преодоление неуверенности в свои силы в отказе от курения. Мотивационное консультирование проводится по принципу 5 «П», с выявлением причин, последствий, преимуществ, препятствий для отказа от курения и повторение попыток при последующих визитах, и чаще всего осуществляется специалистами отделений (кабинетов) медицинской профилактики или кабинетов по отказу от курения.

На этапе углубленного консультирования осуществляется более подробная диагностика курения – как определение СО в выдыхаемом воздухе, определение степени никотиновой зависимости по тесту Фагестрема, и проведение теста для определения степени готовности к отказу от курения по тесту Прочаска. Еще раз уточняется тяжесть (интенсивность) курения по количеству выкуриваемых сигарет в день. Диагностические тесты, кроме основной роли имеют также мотивирующую функцию, что важно при их применении в мотивационном консультировании.

В зависимости от тяжести никотиновой зависимости и интенсивности курения и готовности отказаться от потребления табака пациенту назначается та или иная форма фармакотерапии в сочетании со стратегическим консультированием, либо после или в сочетании мотивационным консультированием. Таблица 4 демонстрирует алгоритм углубленного консультирования в разных группах пациентов.

Таблица 4. Углубленное консультирование и лечение табакокурения в зависимости от степени табачной зависимости и готовности отказаться от потребления табака

Степень табачной зависимости и тяжести курения	Степень готовности отказаться от курения		
	Высокая	Средняя	Низкая
Высокая или злостный курильщик	Стратегическое консультирование + лечение табачной зависимости (макс. дозировки/длительность лечения)	Мотивационное консультирование + лечение табачной зависимости (макс. дозировки/длительность лечения)	Мотивационное консультирование
Высокая или средняя и/или умеренный курильщик	Стратегическое консультирование + лечение табачной зависимости (меньшие дозировки/длительность лечения)	Мотивационное консультирование + лечение табачной зависимости (меньшие дозировки/длительность лечения)	Мотивационное консультирование
Низкая и/или «легкий» курильщик	Стратегическое консультирование для полного отказа от курения	Мотивационное консультирование	Мотивационное консультирование

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.

Мотивационное консультирование – «5П»¹

<p>1П. Причины отказа от курения</p>	<p>- Постарайтесь подобрать причины для отказа от курения для каждого пациента, привязывая к состоянию его здоровья, наличию факторов риска, или другими факторами, важными лично для него – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить.</p>
<p>2П. Последствия курения</p>	<p>- Обсудите с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, ССЗ (инфаркт, инсульт), ЗН (рак легких, рак груди и других локализаций), риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной функцией у мужчин, старение кожи. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента.</p> <p>- Обратите внимание пациента на то, что потребление электронных сигарет и других форм табака или никотина также вредно для здоровья, как обычных сигарет, что курение электронных сигарет только усугубляет никотиновую зависимость и также вредно для окружающих людей.</p> <p>- Поясните пагубные последствия «пассивного курения» - для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития ССЗ, рака легкого и хронических респираторных заболеваний при пассивном курении. Подчеркните особый вред «пассивного курения» для детей – повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, риск рождения детей с малым весом, а значит, подверженных развитию ХОБЛ и ССЗ в будущем, повышенный риск бронхиальной астмы, отитов, пневмоний у детей курящих.</p>
<p>3П. Преимущества отказа от курения</p>	<p>Попросите пациента продумать и обсудите с ним наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака. В привязке к состоянию 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.
<p>4П. Препятствия для отказа от курения</p>	<p>Спросите у пациента, что мешает ему отказаться от курения. Обсудите с ним все препятствия и попробуйте аргументированно опровергнуть его доводы, объясните, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую</p>

¹ Motivational interviewing - 5'R' – Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition

	<p>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>
<p>5П. Повторение попыток</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом учитываются все предыдущие попытки пациента бросить курить, вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании «анализа ошибок». - Объясните пациенту, что многие курильщики испытывают несколько эпизодов срыва прежде, чем добиваются результата.

Пять приемов поведенческого консультирования²

При поведенческом консультировании (интенсивное индивидуальное или мотивационное консультирование) применяются следующие 5 приемов работы с пациентом: Открытые вопросы, Одобрение, Осмысление услышанного, Обобщение и Осознание (выявление) потенциала для изменения поведения.

«**Открытые вопросы**» – вопросы, требующие обдуманных ответов и обеспечивающие дальнейшую беседу с пациентом. Примеры открытых вопросов включают:

- *Что Вы находите хорошего (положительного) в потреблении табак, или чем Вам нравится потребление табака?*
- *Что Вы находите плохого (отрицательного) в потреблении табака или есть что-нибудь, что Вам не нравится в потреблении табака?*
- *Что Вы знаете о воздействии табачного дыма?*
- *Почему Вы курите?*
- *Как Вы думаете, почему Ваши родные хотят, чтобы Вы бросили курить?*
- *Я вижу, что Вас беспокоит тот факт, что Вы курите, расскажите, пожалуйста, что Вас конкретно волнует?*
- *Что бы Вы хотели предпринять?*

² Sue Henry-Edwards, Rachel Humeniuk, Robert Ali, Maristela Monteiro and Vladimir Poznyak. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003.

«Одобрение» и поощрение высказываний и действий пациентов помогает создать атмосферу взаимопонимания и согласия с пациентом, помогает подбадривать его, повысить его уверенность в себе и в своих действиях. Примеры включают:

- *Спасибо, что пришли*
- *Очень хорошо, что Вы согласились на беседу, даже если Вы не думаете пока отказаться от курения*
- *Я уверен(а), что Вы сможете преодолеть трудности и отказаться от курения*
- *Не бойтесь выглядеть «слабым», табачную зависимость не всегда можно преодолеть без помощи врача и без лечения*
- *Как Вы хорошо придумали заменить «утреннее курение» пробежками!*
- *Я уверен(а), у Вас все получится!*
- *Хорошо, что у Вас положительный настрой – медицина располагает большим арсеналом методов лечения табачной зависимости, но они эффективны, когда человек сам помогает себе.*

«Осмысление» услышанного – подтверждения того, что сказано пациентом с внесением своего понимания, с учётом собственного опыта, индивидуальных особенностей пациента, данных анамнеза и результатов диспансеризации. Этот прием используется для того, чтобы выявить пациенту его неуверенность, подтолкнуть его к лучшему пониманию проблемы и убедить принять решение. Например:

- *Вы, наверное, удивлены, что у Вас высокий риск развития сердечно-сосудистых/ бронхолегочных/ метаболических расстройств, и что курением Вы только усугубляете этот риск,*
- *Вы, наверное, удивлены, узнав, что отказ от курения – самый действенный и экономичный способ снижения риска сердечнососудистых и других хронических болезней...*
- *Вы думаете, что Вам назначат лекарства, и у Вас все отрегулируется, но Вы, наверное, не знаете, что эффективность лечения будет низкой если Вы будете*
- *Вы должны быть заинтересованы, чтобы Ваш ребенок родился и рос здоровым*
- *Я понимаю, Вам самому, наверное, приходило в голову расстаться с курением, но только решимости не хватало или уверенности в успехе*
- *Вам нравится курить, но курение портит Ваши отношения с Вашей семьей, кроме того, это немалые расходы...*
- *Вам нравится курить, и пока Вы молоды и у Вас нет жалоб, Вы отгоняете от себя мысль, что Вы тоже когда-нибудь можете заболеть впоследствии потребления табака...*

«Обобщение» – помогает врачу собрать воедино и подытожить все доводы, приведенные в ходе разговора, и подготовить пациента к дальнейшим действиям. Оно усиливает воздействие предыдущего приема. Врач избирательно обобщает итоги беседы, выбирая, на что обратить внимание пациента. Обобщение должно быть кратким. Например:

- *Итак: Вы курите, вам нравится курить, и Вам не приятна мысль о том, чтобы бросить курить. Между тем, у вас уже сейчас признаки ... и высокий риск развития ... заболеваний. К тому же, у Вас растет маленький ребенок и Вам не безразлично Ваше здоровье и судьба Вашего ребенка. Вам не приятна мысль об отказе от курения потому, что Вы боитесь, что можете не справиться.*

«Осознание» (выявление) потенциала для изменения поведения – пятый прием, основанный на четырех предыдущих.

Прием направлен на выявление потенциала к изменениям у пациента и сводится к следующим 4 задачам:

- *признание пациентом вредных последствий своего поведения,*
- *признание пациентом преимуществ изменения поведения,*
- *проявление пациентом оптимистичного настроя в отношении изменения поведения,*
- *проявление пациентом готовности к изменению поведения.*

Одним из методов «раскрытия» потенциала пациента к изменению поведения – предложить ему взвесить все «за» и «против» отказа от потребления табака.

Например, на одну чашу весов пациент ставит *все «преимущества» (причины) курения табака* и все то, что ему будет стоить отказ от курения, а на другую чашу – *настоящие и потенциальные последствия потребления табака и все преимущества (причины) отказа от курения*. Врач и пациент могут рассчитывать на изменения поведения только в тогда, когда причины отказаться от курения для пациента перевесят причины продолжать курить (рисунок 4)



Рисунок 4. «Взвешивание рисков» при выявлении потенциала для изменения поведения

Некоторые советы, которые помогут курящему пациенту изменить поведение в отношении курения:

- стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, которые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависимости от обстоятельств;
- рассказать о своем стремлении бросить курить и начать жить без табака окружающим, желательно близким, попросить их поддержки, и помощи, в том числе, чтобы предостеречь от отсрочки принятого решения;
- оценить ситуации, при которых наиболее часто пациент курит, возможно «автоматически» (утром, после кофе, выход на улицу и пр.) и быть наиболее внимательным в этих ситуациях, убрать с видимых мест предметы,
- напоминающие о курении (прежнее удобное кресло переставить на другое место, убрать пепельницу и пр.);
- избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих к закуриванию;
- заменить перекуры низкокалорийными фруктами, овощами или жевательной резинкой, не содержащей сахара;

- «зарегистрировать» для себя каждое положительное изменение в самочувствии после отказа от курения: например, более легкое дыхание, улучшенные вкусовые ощущения, повышение выносливости в спортзале...
- поощрять себя при устойчивости к соблазнам закурить (выбор поощрения за самим пациентом);
- обратиться за помощью при сильной тяге к курению (кабинет/отделение медицинской профилактики).

8.4. Эффективность краткого и углубленного консультирования

Проведенные ранее исследования показывают, что применение только краткого консультирования способно увеличить уровень 6 - 12-месячного воздержания от курения на 3% пункта [29]. Метаанализы показывают что вероятность отказа от курения у лиц, получивших краткое консультирование в 1,7 раза выше по сравнению с теми, кто не получал совета по отказу от курения. Выявление риска развития болезней или самих болезней, связанных с курением, у пациента способствует успеху: вероятность отказа у таких пациентов возрастает еще в 1,7 раза по сравнению с теми курильщиками, у кого патологии, связанной с курением, пока не выявлено. Раздача печатных информационных материалов или дальнейшее систематическое наблюдение при применении краткого консультирования могут достоверно увеличить вероятность отказа от курения еще в 1,4 раза [30].

В годы чрезвычайно высокой распространенности курения среди населения Великобритании и отсутствия арсенала средств фармакотерапии, была продемонстрирована эффективность краткого консультирования как единственного вида вмешательства на уровень смертности в 20-летнем рандомизированно-контролируемом исследовании среди курильщиков-мужчин с повышенным риском кардиореспираторных болезней. Исследование показало, что в группе лиц, получивших краткий совет по отказу от курения, уровень общей смертности был на 7% ниже, по сравнению с контрольной группой, не получавшей помощи, уровень смертности от инфаркта миокарда был ниже на 13%, уровень смертности от рака легких — ниже на 11% [31].

Применение углубленного индивидуального консультирования у курильщиков, назначивших день отказа от курения и обратившихся за такой помощью способно увеличить уровень 6-12 месячного воздержания от курения на 4% пункта по сравнению с кратким консультированием. При применении индивидуального мотивационного консультирования по сравнению с кратким консультированием вероятность отказа от курения выше в 1,4 раза [32].

Результаты более поздних метаанализов и систематических обзоров не изменили картину относительно эффективности поведенческих методов поддержки. Простой совет врача по отказу от курения оказывает скромное, но весьма важное воздействие на поведение пациента. Если предположить, что уровень самостоятельного отказа от курения составляет от 2 до 3%, то совет врача может помочь увеличить уровень отказа еще на 1-3%. Более интенсивная поддержка увеличивает вероятность отказа от курения дополнительно к краткому совету [33].

Другой важный компонент консультативной поддержки – направление на получение медицинской помощи по отказу от курения и лечение табачной зависимости в соответствующие структуры, оказывающие эту помощь, также способствует повышению вероятности отказа от курения и использования потенциала соответствующих специализированных приемов [34]. Более эффективно для увеличения вероятности отказа от курения, как показывают исследования, сочетание консультативной поддержки с фармакотерапией, по сравнению с минимальным советом или обычным приемом [35].

Оказание консультативной поддержки лично или по телефону лицам, принимающим фармакотерапию от табачной зависимости, имеет весьма важное значение: увеличение количества и (или) интенсивности консультирования может повысить вероятность отказа от курения у этих пациентов от 10 до 15%, как показывают обобщенные результаты 45 исследований [36].

8.5. 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. (Сила и уровень доказательности 1A)

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. Особенно целесообразны такие занятия в женских консультациях и антенатальных клиниках в рамках школ для беременных женщин и будущих родителей.

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 [37]. По сравнению с индивидуальным консультированием, превосходство групповых занятий по преодолению табакокурения не доказана [38]. Также недостаточно доказательств тому, что групповые занятия в сочетании с другими формами терапии как индивидуальное консультирование или никотинзаместительная терапия увеличивают их эффективность [38].

8.6. Фармакотерапия табачной зависимости

Для лечения табачной зависимости рекомендуется применение лекарственных препаратов, сертифицированных и разрешенных к применению в Российской Федерации, как средства для лечения табачной зависимости.

Лекарственными препаратами первой линии, разрешенные к применению в России, являются варениклин - частичный агонист и антагонист никотиновых рецепторов, и препараты, содержащие никотин - полный агонист никотиновых рецепторов, в качестве никотинзаместительной терапии. Бупропион также является препаратом первой линии для лечения табачной зависимости, однако препарат не разрешен к применению в России в этом качестве. К лекарствам второй линии, рекомендуемым для прекращения курения, относят частичный антагонист рецепторов никотина - цитизин. В таблице 5 приведены сравнительные характеристики 3х групп препаратов.

Таблица 5. Фармакотерапия табачной зависимости

Лекарственный препарат и принцип действия	Лекарственная форма	Дозировки	Примечания
<p>Варениклин</p> <ul style="list-style-type: none"> - Стимулирует выделение допамина путем воздействия на никотиновые рецепторы (в меньшей степени, чем никотин) - снижает тягу к курению - Блокирует связывание никотиновых рецепторов с никотином- снижая удовольствие от курения 	<p>Таблетки</p>	<p>Дни 1 – 3 - 0,5 мг 1 раз в день Дни 4 – 7 - 0,5 мг 2 раза в день С 8 дня - 1 мг 2 раза в день Начать принимать за неделю до предполагаемой даты отказа от курения. Курс лечения - 12 недель.</p>	<p>Успешный отказ от курения до конца 12-й недели. При высокой степени зависимости – продолжительность курса может быть продлен до 24 недель. Уровень доказательности</p>
<p>Никотинсодержащие препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечивают поступление никотина для уменьшения симптомов абстиненции; - последовательное снижение поступления никотина в организм, облегчает полный постепенный отказ от него; - уменьшается способность никотина вызывать зависимость за счет замедления его абсорбции. 	<p>Трансдермальный пластырь</p>	<p>10, 15, 25 мг – 16 часов или 7, 14, 21 мг - 24 часа. При курении ≥ 20 сиг/день: 25 (21) мг - в течение 8 недель, 15 (14) мг - в течение 2 недель, 10 (7) мг - течение 2 недель. При курении < 20 сиг/день: 15 (14) мг - в течение 8 недель, 10 (7) мг - течение 4 недель.</p>	<p>Препараты медленного и длительного действия. Можно комбинировать с формами быстрого и короткого действия</p>
	<p>Жевательная резинка</p>	<p>2 мг (при курении < 20 сиг/день), 4 мг (при курении ≥ 20 сиг/день). Максимальная дневная доза: 25 шт. (2 мг) или 15 шт. (4 мг). Максимальная длительность применения 12 мес.</p>	<p>Форма короткого и быстрого действия. Необходимо соблюдать режим жевания. Проблематичны для лиц с зубными протезами. Могут вызвать раздражение слизистой полости рта и изжогу.</p>

	Подъязычные таблетки	2мг. Максимальная дневная доза 30 шт. При курении ≥ 20 сиг/день: по 2 шт. 8-12 шт. – 12 недель, далее - по 1 шт. с постепенным снижением дневной дозы 40 нед. максимум, При курении < 20 сиг/день: по 1 шт. 8-12 шт. – 12 недель далее - по 1 шт. с постепенным снижением дневной дозы 40 нед. максимум.	Форма короткого и быстрого действия.
	Спрей ротовой	1 мг/доза - по 13,2 мл (150 доз) спрея. 1 или 2 впрыскивания за один прием. Не более 2 доз одномоментно. Не более 4 впрыскиваний в час. Не более 64 доз в течение суток.	Быстро и короткого действия. Применяется при сильной тяге к курению.
Цитизин - Возбуждает никотиновые рецепторы, повышает артериальное давление и вызывает высвобождение адреналина из надпочечников. - Являясь частичным агонистом ацетилхолинэргических рецепторов, цитизин блокирует их от присоединения никотина и снижает зависимость к никотину.	Таблетки	Дни 1 – 3 - 1 таб. 6 раз в день – каждые 2 часа (в перерывах между курением) - постепенно сокращая к-во сигарет Дни 4 – 12 - 1 таб. 5 раз в день каждые 2,5 часа Дни 13 – 16 - 1 таб. 4 раза в день каждые 3 часа Дни 17 – 20- 1 таб. 3 раза в день каждые 5 часов Дни 21 – 25- 1 – 2 таб. в день Необходимо отказаться от курения не позднее 5 дня от начала терапии.	Если не удастся добиться снижения количества выкуриваемых сигарет к в первые 3 дня лечения, лечение следует прекратить и можно возобновить только через 2-3 месяца. Из побочных действий – отмечают признаки передозировки никотина: тошноту, рвоту.

➔ **Варениклин**

Варениклин — частичный агонист и антагонист никотиновых рецепторов. (**Сила и уровень доказательности 1А**). У этого препарата двойной механизм действия: во-первых, варениклин связывается с никотиновым рецептором и стимулирует частичную выработку допамина, что составляет примерно 40-60% от уровня, выделяемого при курении, и таким образом, снижает тягу к курению и смягчает синдром отмены. Во-вторых, как антагонист никотиновых рецепторов, варениклин блокирует никотиновые рецепторы и предотвращает их связывание с никотином при курении, таким образом, снижая удовольствие от сигареты в процессе курения [39].

Варениклин назначается перорально. Прием препарата начинают за неделю до предполагаемой даты отказа от курения. Либо пациент начинает прием препарата и прекращает курение в период с 8-го по 35-й день лечения препаратом. В течение первых 3 дней доза препарата составляет 0,5 мг 1 раз в день, в течение последующих 4 дней — 0,5 мг 2 раза в день. На 8-й день дозу увеличивают до 1 мг 2 раза в день. Курс лечения составляет 12 недель [39]. Однако доказано, что увеличение длительности приема варениклина до 24 недель (дополнительно 12 недель к стандартному курсу) приводит к увеличению его эффективности. Варениклин был также эффективен для отказа от курения при повторном применении у пациентов, которые ранее прекращали курить с помощью варениклина или при выборе пациентом собственной даты прекращения курения («гибкий» курс приема) [39].

При этом, как показывают исследования, варениклин можно назначать не только при тяжелой степени никотиновой зависимости, но и «легким» курильщикам с одинаковым эффектом [40], а также при постепенном отказе от курения в течение 24 недель, для тех, кто не в состоянии резко отказаться от курения [41].

Исследования показывают, что варениклин может от двух до трех раз увеличить шансы курильщика успешно отказаться от курения в течение года [42]. Варениклин более эффективен по сравнению с никотинзаместительной

терапией в моноформе и бупропионом, но имеет одинаковую эффективность по сравнению с комбинацией форм никотинзаместительной терапии [43].

В последней редакции инструкции Минздрава РФ по применению препарата варениклина от 17 ноября 2017 года, приводится больше фактов об эффективности и безопасности варениклина, в том числе у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми, респираторными заболеваниями, сахарным диабетом, а также психическими расстройствами. Эти факты основаны на результатах крупных рандомизировано контролируемых исследований и метаанализов [44], [45]. Эти исследования доказывают эффективность и безопасность варениклина при лечении табачной зависимости у пациентов с ССЗ: инфарктом миокарда, коронарной реваскуляризацией, ОКС, ИБС, заболеваниями периферических сосудов, инсультом и преходящими нарушениями мозгового кровообращения. А метаанализы и систематические обзоры, посвященные выявлению серьезных сердечно-сосудистых нежелательных явлений, связанных с приемом препарата, установили, что Варениклин не повышает риск развития серьезных сердечно-сосудистых нежелательных явлений [46] [47].

Варениклин также демонстрирует достоверно высокую эффективность и безопасность по сравнению с плацебо при лечении табачной зависимости у пациентов с сахарным диабетом [48] и у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) [49], [50]. При этом препарат может быть эффективен при лечении курильщиков с ХОБЛ не очень мотивированных к отказу от курения [51], и особенно эффективен при сочетании с психологической поддержкой [52] [50].

Никотинзаместительная терапия

Препараты никотинзаместительной терапии (НЗТ) предназначены для замещения никотина в организме без потребления табака и других токсических веществ. (**Сила и уровень доказательности 1А**). В России сертифицированы следующие формы никотинсодержащих препаратов: 16- или 24-часовые трансдермальные пластыри – с содержанием по 25, 15 и 10мг и по 21, 14 и 7мг никотина соответственно, 2- или 4-мг жевательная резинка, 2-мг подъязычные

таблетки и ротовой спрей. Препараты НЗТ в нашей стране допущены к свободной безрецептурной продаже.

Основные принципы никотинзаместительной терапии заключается в том, что поступление никотина направлено на уменьшение симптомов абстиненции, проявляющихся вскоре после прекращения курения, а последовательное снижение поступления никотина в организм, облегчает полный постепенный отказ от него. За счет замедления абсорбции никотина уменьшается его способность вызывать зависимость.

При использовании никотинзамещающих препаратов достигается более низкий уровень содержания никотина в крови по сравнению с таковыми при курении. Прекращение применения никотинзамещающих препаратов происходит постепенно (обычно в течение 2–6 нед) после того, как симптомы отмены значительно уменьшатся. В среднем курс лечения длится 10–12 нед., но может продлиться и дольше.

Никотинзаместительная терапия удваивает шансы курящих в успешном преодолении курения. Комбинирование разных лекарственных форм НЗТ: например, препаратов медленного и длительного действия с препаратами быстрого и короткого действия может увеличить вероятность отказаться от курения от 2 до 3 раз по сравнению с теми, кто не получал лекарственной терапии. Комбинация разных форм никотинзаместительной терапии — более эффективна, чем никотинзаместительная терапия в моноформе [53].

Шансы курильщиков отказаться от курения возрастают при применении никотинзаместительной терапии в сочетании с индивидуальным профилактическим консультированием, в особенности у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Несмотря на то, что доказана безопасность никотинзаместительной терапии, пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с нарушениями функции почек, гипертонией, сахарным диабетом и феохромоцитомой препараты НЗТ рекомендуется назначать с осторожностью [54]. Пациентам с язвенной болезнью желудка и с нарушениями функции печени жевательные и сосательные формы НЗТ назначаются с осторожностью. При беременности и кормлении грудью НЗТ

назначается только в том случае, если вред потребляемого табака для матери и плода превосходит потенциальный вред никотинзаместительных препаратов [55].

➔ **Цитизин**

Цитизин - частичный агонист с высокой связывающей способностью к никотиновым ацетилхолиновым рецепторам [56]. **(Сила и уровень доказательности 1B).**

Это первый фармакологический препарат, когда-либо зарегистрированный как средство для лечения табачной зависимости. Препарат был популярен в странах восточной Европы и в России более чем 40 лет. В России препарат имеет безрецептурный статус с 2014 года.

У курильщиков 15 и более сигарет в день, цитизин увеличивает уровень 6 – 12 месячного продолжительного воздержания от табака на 6% пункта (95% ДИ = 4–9) по сравнению с плацебо [56].

По эффективности препарат уступает НЗТ и варениклину, по данным исследований около 90% курильщиков, принимавших цитизин, продолжали курить через 8 недель терапии [57]. Однако бесспорным преимуществом цитизина является то, что он самый доступный из всех существующих средств фармакотерапии табачной зависимости.

Цитизин противопоказан при остром инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии, аритмии, перенесенном инсульте, атеросклерозе, артериальной гипертензии, а также при беременности и грудном вскармливании, лицам моложе 18 лет и старше 65 лет, и при недостаточности лактазы [58]. При других формах ИБС, хронической сердечной недостаточности, хронической почечной и печеночной недостаточности, заболеваниях периферических артерий, гипертиреозе, язвенной болезни желудка, сахарном диабете, гастроэзофагиальной рефлюксной болезни и шизофрении препарат следует принимать с осторожностью, а при длительном стаже курения и лицам от 40-45 лет следует принимать только после консультации врача [58].

8.7. Синдром отмены. Как предупредить срыв

Все методы лечения табачной зависимости направлены на предупреждение или смягчение симптомов отмены табака. Симптомы отмены (или синдром отмены) табака начинают проявляться через 24-48 часов после воздержания от курения. Синдром отмены табака проявляется преимущественно нервным состоянием: симптомы включают раздражительность, беспокойство, агрессивность, тревогу, невозможность сосредоточиться, рассеянность внимания, и сильное желание покурить. Наблюдается также ряд соматических реакций, как головная боль, появление или усиление кашля, дискомфорт в эпигастрии, общее недомогание, слабость, потливость, повышенный аппетит, бессонница, запоры. Продолжительность синдрома отмены составляет от 7 дней до нескольких недель, иногда месяцев. Порой эти симптомы отмены и становятся причиной срыва и возврата курильщика к потреблению табака.

Многое в преодолении синдрома отмены и предупреждении срыва и возврата к курению зависит от правильно подобранного лечения табачной зависимости, а также грамотной подготовки пациента и наблюдения/сопровождения лечения. В этой связи очень важно понимание пациентом как распознать симптомы отмены, понимать причины их возникновения и что предпринять для их преодоления. Правильная подготовка пациента, как часть стратегического консультирования, поможет создать положительный настрой в отношении преодоления симптомов отмены, и развивать навыки для их преодоления.

Таблица 6 демонстрирует возможные причины возникновения симптомов отмены и советы по их преодолению.

Подробный инструктаж о том, что можно ожидать во время отказа от курения и лечения табачной зависимости, и какие действия предпринять – есть важная часть стратегического консультирования.

Таблица 6. Причины симптомов отмены и советы по их преодолению

Причина	Что предпринять
Усиливающийся кашель	
<ul style="list-style-type: none"> - В легких начался процесс очищения. - Кашель длится обычно от нескольких дней до недели. Если после этого кашель не проходит, необходимо обратиться к врачу. 	<ul style="list-style-type: none"> - Пить больше жидкости (воды или соков) для прекращения кашля. - Таблетки от кашля принимать только по необходимости.
Сухость во рту	
<p>Наряду с тем, что табак раздражает горло, он вызывает его онемение, которое прекращается с прекращением курения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Пить больше жидкости (воду, соки). - Пользоваться таблетками или аэрозолями - только по необходимости.
Трудности концентрации внимания	
<p>Экс-курильщик испытывает стресс, от того, что организм недополучает привычное количество никотина.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Заниматься больше физической деятельностью - прогулки, бег - Дыхательная гимнастика успокоит нервы и поможет снабжать мозг кислородом - Воздержаться от алкоголя.
Головная боль и повышенная нервозность	
<p>Мучительный процесс отвыкания от никотина, которого требует организм.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Пить больше жидкости, чтобы "вымывать" из организма никотин и другие токсины. - Больше отдыхать - Дыхательная гимнастика поможет расслабиться.
Утомляемость	
<p>Организм избавляется от никотина. Никотин обладает возбуждающим, стимулирующим действием, поэтому большинство</p>	<p>Постараться немного увеличить продолжительность сна</p> <p>Больше двигаться. Прогулки на свежем воздухе, лыжи, бег.</p>

<p>бросающих курить в первое время чувствуют утомление.</p>	
Запоры	
<p>Присутствие никотина в организме ускоряет прохождение пищевых масс через пищеварительную систему. Это движение может замедлиться, пока организм не привыкнет функционировать без никотина.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Немедленно увеличить количество грубой клетчатки в своем рационе. - Есть больше овощей, и свежих фруктов, чернослив и отрубей каждый день, до исчезновения симптомов. - Восстановить нормальную деятельность пищеварительной системы.
Повышение массы тела - лишний вес?	
<ul style="list-style-type: none"> - Курильщик, бросая курить, действительно может прибавить в весе. - Отказавшись от табака, человек возвращает себе прежнее здоровье, аппетит. - В частности, восстанавливается вкусовая чувствительность, и первое время многие бывшие курильщики получают большое удовольствие от еды. - Но не каждый человек, прекращающий курить, набирает вес. У людей, которые все-таки полнеют, в среднем увеличение веса небольшое (2-4кг). - К тому же, этот вес не «лишний». Так человек бы весил если бы не курил. 	<ul style="list-style-type: none"> - Зарядка и спорт — эффективный метод, позволяющий справиться с синдромом отмены и избежать увеличения веса. - Употреблять малокалорийную пищу, побольше овощей и фруктов.

Очевидно, что помимо лечения табачной зависимости, большое значение для преодоления симптомов отмены имеют

- потребление большого количества жидкостей
- соблюдение режима физической активности и отдыха
- соблюдение принципов правильного питания

➡ **Обильное питье** – необходимо для «вымывания токсинов из организма», облегчения выделения слизи из легких и их очищения

➡ **Повышенная физическая активность:** бег, ходьба, ходьба на лыжах, плавание или любое другое спортивное занятие по душе помогут быстрее справиться с симптомами отмены, занять время вместо курения, повысят самооценку и веру в себя.

➡ **Питание** при отказе от курения выполняет следующие функции:

- **Отвлекающую:** бывшему курильщику необходимо постоянно чем-то занять руки и рот. Леденцы – не лучший выбор. С этой целью отлично подойдут палочки моркови, сельдерея, а также брокколи, цветная капуста, семечки
- **Очищающую** — богатая клетчаткой пища помогает очистить организм от токсинов и шлаков. Подойдут свежие фрукты и овощи, хлеб из муки грубого помола, овсянка, сухофрукты, орехи, бобовые: фасоль, чечевица, горох
- **Оздоровительную** - сбалансированное, богатое витаминами питание способствует восстановлению функций организма и помогает контролировать вес.

9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оказание медицинской помощи, направленной на преодоление потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, регулируется законом и является обязанностью каждого медработника, принимающего курящего пациента. Алгоритмы консультирования, ведения курящего пациента и лечения табачной зависимости позволят максимально упростить этот процесс, интегрировать консультирование курящего пациента в рутинный прием, сократить трудозатраты, сэкономить время, повысить эффективность консультирования. Представленные алгоритмы будут рекомендованы для использования как основа клинических рекомендаций по предоставлению консультирования для лечения потребления табака: (Z 71.6, МКБ 10), лечению потребления табака (Z 72.0, F17.1 МКБ 10), синдрома табачной зависимости и синдрома отмены табака (F17.2 и F17.3 МКБ 10).

Рейтинговая схема для оценки силы и доказательности рекомендаций

Сила и уровень доказательности*		Описание
1A	Сильная рекомендация. Высококачественное доказательство	Согласующиеся данные хорошо выполненных рандомизированных контролируемых исследований или непроверяемые доказательства в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в оценке пользы и риска.
1B	Сильная рекомендация. Доказательство о умеренное	Данные рандомизированных контролируемых испытаний с важными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, косвенные или неточные), или очень убедительные доказательства в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования (если они проводятся), вероятно, окажут влияние на уверенность в оценке пользы и риска и могут изменить оценку.
1C	Сильная рекомендация. Низкий уровень доказательства	Данные из наблюдательных исследований, бессистемного клинического опыта или из рандомизированных контролируемых испытаний с серьезными недостатками. Любая оценка эффекта является неопределенной.
2A	Слабая рекомендация. Доказательство о высокого качества	Согласующиеся данные хорошо выполненных рандомизированных контролируемых исследований или непроверяемые доказательства в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в оценке пользы и риска.
2B	Слабая рекомендация. Умеренное качество доказательства	Данные рандомизированных контролируемых испытаний с важными ограничениями (противоречивые результаты, методологические недостатки, косвенные или неточные), или очень убедительные доказательства в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования (если они проводятся), вероятно, окажут влияние на уверенность в оценке пользы и риска и могут изменить оценку.
2C	Слабая рекомендация. Доказательство о низкого качества	Данные из наблюдательных исследований, бессистемного клинического опыта, или из рандомизированных контролируемых испытаний с серьезными недостатками. Любая оценка эффекта является неопределенной

*В таблице цифровое значение соответствует силе рекомендаций, буквенное - соответствует уровню доказательности

Оценка силы рекомендаций по преодолению потребления табака и лечению табачной зависимости

Вмешательства	Сила и уровень доказательности
Тест Фагерстрема	1A
Тест на степень мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска)	1A
Измерение СО выдыхаемого воздуха	1A
Краткое консультирование	1A
Углубленное стратегическое или мотивационное консультирование	1A
Групповое консультирование/школы по отказу от курения	1A
Фармакологическая терапия никотиновой зависимости: никотинсодержащие препараты: НЗТ	1A
Фармакологическая терапия никотиновой зависимости: частичные агонисты и антагонисты никотиновых рецепторов (Варениклин)	1A
Фармакологическая терапия никотиновой зависимости: частичные агонисты никотиновых рецепторов (Цитизин)	1B

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Краткий обзор, 2016 г.http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_2016-rus-executive-summary-Ru.pdf.
2. Смертность населения в трудоспособном возрасте за январь-июнь 2017-2018 гг., Росстат http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm.
3. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014 [accessed 2017 June 2018].
4. Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Попович М.В., Старовойтов М.Л., Драпкина О.М., Бойцов С.А. Потребность в медицинской помощи по отказу от курения и ее реализация: результаты российского опроса взрослого населения по оценке государственной политики. противодействия потреблению табака ЭПОХА-РФ. Профилактическая медицина 2019, Т. 22, № 4с. 26-36 <https://doi.org/10.17116/profmed201911908126>.
5. Centers for disease control and prevention, Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData), Datasets for European (EUR) Region, Russian Federation. <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=2>.
6. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017;171(8):788–797. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1488.
7. Hackshaw Allan, Morris Joan K, Boniface Sadie, Tang Jin-Ling, Milenković Dušan. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports *BMJ* 2018; ;j5855, 360.
8. Pirie K et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet.* 2013; 381(9861):133-41 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61720-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61720-6/fulltext)).
9. Расширение прав и возможностей женщин перед лицом табачной угрозы в Европе Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/313000/EmpowerWomenFacingChallengeTobaccoUse1-ru.pdf?ua=1.

10. Malvezzi M et al. European cancer mortality predictions for the year 2013. *Annals of Oncology*. 2013; 24:92-800 (<http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/11/annonc.mdt010.full.pdf+html>).
11. Конференция Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, Седьмая сессия, Дели, Индия, 7-12 ноября 2016 г. Пункт 5.5.2 предварительной повестки дня FCTC/COP/7/11 август 2016 г. http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_RU.pdf.
12. Bowler, R.P., Hansel, N.N., Jacobson, S. et al. Electronic Cigarette Use in US Adults at Risk for or with COPD: Analysis from Two Observational Cohorts *J GEN INTERN MED* (2017) 32: 1315. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4150-7>.
13. Lee HW, Park SH, Weng MW, Wang HT, Huang WC, Lepor H, Wu XR, Chen LC, Tang MS. E-cigarette smoke damages DNA and reduces repair activity in mouse lung, heart, and bladder as well as in human lung and bladder cells. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2018;115:E1560–E1569.
14. Hughes JR, Helzer JE, Lindberg SA. Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006;85:91-102.
15. Федеральный закон от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». б.м. : Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru.
16. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Всемирная организация здравоохранения, Женева, Обновленная перепечатка 2003 г., 2004 г., 2005 г. http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf?ua=1.
17. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (<http://www.who.int/fctc/ru/>, по состоянию на 17 марта 2017 г.).
18. Распоряжение Правительства РФ от 23.09.2010 N 1563-р «О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы»(вместе с "Концепцией осуществления государственной политики противодействия потреблению табака. на 2010 - 2015 годы", "Планом мероприятий по реализации концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы"). s.l. : Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru.
19. Приказ Минздрава России от 30.09.2015 № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». (Зарегистрировано в Минюсте России

24.11.2015 № 39822) Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru .

20. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» с изменениями и дополнениями от: 23 июня, 30 сентября 2015 г. Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru .
21. Приказ Минздрава РФ №124н от 13.03.2019г. «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
22. Приказ Минздравсоцразвития России №261 от 01.04.2011 «Об организации Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака».
23. Клиническая рекомендация: "Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых" ID:КР601 Дата утверждения: 2018. РУБРИКАТОР клинических рекомендаций <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/907>.
24. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака Российская федерация, 2009 Страновой отчет, http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf.
25. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, GOLD 2017 <https://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>.
26. Berg, I.K., and Reuss, N. Solution-focused brief therapy: Treating substance abuse. *Current Thinking and Research in Brief Therapy*. 1998 and 2:57-83.
27. Juhnke, G.A., and Coker, J.K. Solution-focused intervention with recovering, alcohol-dependent, single parent mothers and their children. *Journal of Addictions and Offender Counseling*. 1997 and 17(2):77–87.
28. Miller, S.D., and Berg, I. Working with the problem drinker: A solution-focused approach. *Arizona Counseling Journal*. 1991 and 16(1):3–12.
29. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, Stapleton J, McRobbie H, Pokhrel S, Lester-George A, Borland R *Addiction*. 2015 Sep; 110(9):1388-403. doi: 10.1111/add.12998.
30. Stead LF, Bergson G, Lancaster T, *Physician advice for smoking cessation (Review) The Cochrane Library* 2008, Issue 2.

31. Rose G, Colwell L, Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992; . Feb;46(1):75-77.
32. Lancaster T, Stead LF, Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.
33. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;(5):CD000165. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.
34. Wang MP, Suen YN, Li WH, Lam CO, Wu SY, Kwong AC, Lai VW, Chan SS, Lam TH. Intervention With Brief Cessation Advice Plus Active Referral for Proactively Recruited Community Smokers:. A Pragmatic Cluster Randomized Clinical Trial *JAMA Intern Med.* 2017 Dec 1;177(12):1790-1797. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.5793.
35. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17; 10.1002/14651858.CD008286.pub2., 10:CD008286. doi:10.1002/14651858.CD008286.pub2.
36. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Database Syst Rev.* 2015 Oct 12; 10.1002/14651858.CD009670.pub3., (10):CD009670. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009670.pub3>.
37. Stead LF, Lancaster T, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2009, Issue 2.
38. Ramos et al. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. *BMC Public Health.* 2013 Apr 18;13:364. doi: 10.1186/1471-2458-13-364.
39. Министерство здравоохранения РФ, Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения Чампикс® с изменениями от 15.11 2017 ЛСР-006439/08-151117.
40. Ebbert JO, Croghan IT, Hurt RT, Schroeder DR, Hays JT. Varenicline for Smoking Cessation in Light Smokers. *Nicotine Tob Res.* 2016 Oct; 26., 18(10):2031-5. doi: 10.1093/ntr/ntw123. .
41. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial.*JAMA.* 2015 Feb 17. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2015.04.415>.

42. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 9; (5):CD006103. Epub 2016 May 9.
43. Cahill K. et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013, Issue 5: 2.
44. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, Grondin FR, Bata I, Iskander A, Lauzon C, Srivastava N, Clarke A, Cassavar D, Dion D, Haught H, Mehta SR, Baril JF, Lambert C, Madan M, Abramson BL, Dehghani P; Investigators., EVITA. Varenicline for Smoking Cessation in Hospitalized Patients With Acute Coronary Syndrome. *Circulation*. 2016 Jan 5;133(1):21-30. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019634.
45. Nancy A. Rigotti, Andrew L. Pipe, Neal L. Benowitz, Carmen Arteaga, Dahlia Garza, Serena Tonstad Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Cardiovascular Disease: A Randomized Trial *Circulation*. Author manuscript; available in PMC 2014 Jul 15. Published in final edited form as: *Circulation*. 2010 Jan 19; 121(2): 221–229. Published online 2010 Jan 4. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.869008.
46. Prochaska JJ, Hilton JF Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012 May 4; 10.1136/bmj.e2856., 344:e2856. doi:10.1136/bmj.e2856.
47. H.Svanström et al. Use varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. *BMJ*; 2012), 345 :e7176 doi: 10.1136/bmj.e7176 (Published 8 November, 2012).
48. Tonstad S1, Lawrence D2 Varenicline in smokers with diabetes: A pooled analysis of 15 randomized, placebo-controlled studies of varenicline. *J Diabetes Investig*. 2017 Jan; 14., 8(1):93-100. doi: 10.1111/jdi.12543. .
49. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest*. 2011;139(3):591-599. <https://doi.org/10.1378/chest.10-0865>.
50. Hughes J. R., Stead L. F., Hartmann-Boyce J., Cahill K., Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 1CD000031.
51. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Arellano-Rocha R, Noé-Díaz V, García-Gómez L, Pérez Bautista O, Velázquez Uncal M. Use of varenicline for more than 12 months for smoking cessation in heavy chronic obstructive pulmonary disease smokers unmotivated to quit. a pilot study. *Ther Adv Respir Dis*. 2016 Oct;10(5):383-90. doi: 10.1177/1753465816654823.

52. Politis A, Ioannidis V, Gourgoulianis KI, Daniil Z, Hatzoglou C Effects of varenicline therapy in combination with advanced behavioral support on smoking cessation and quality of life in inpatients with acute exacerbation of COPD, bronchial asthma, or community-acquired pneumonia: A prospective, open-label, preference-based, 52-week, follow-up trial. . *Chron Respir Dis*. 2018 May;15(2):146-156. Epub 2017 Nov 8. <https://doi.org/10.1177/1479972317740128> йил.
53. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 31;5:CD000146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub5>.
54. Государственный реестр лекарственных средств. http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=e2f2a78b-3d38-4957-b088-4ae73bf4b9c3&t=.
55. Hickson C, Lewis S, Campbell KA, et al. Comparison of nicotine exposure during pregnancy when smoking and abstinent with nicotine replacement therapy: systematic review and metaanalysis. *Addiction*. 2018 Oct 13. [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.11>.
56. Cahill K., Stead L., Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of System- atic Reviews* 2012; CD006103.pub6, CD006103. doi: 10.1002/14651858.
57. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double- blind, randomised, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. *Journal of Smoking Cessation* 2008; 3(1):57–62.
58. Государственный реестр лекарственных средств, http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=906af015-1acf-44ba-ac8f-c65664a21433&t=.

О.М. Драпкина, М.Г. Гамбарян, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель

**Организация и оказание медицинской помощи,
направленной на прекращение потребления табака,
лечение табачной зависимости и последствий потребления табака**

Методические рекомендации

Подписано в печать 09.12.2019 г.

Формат 60x90/16. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура Times

Усл. печ. л.: 2,0625

Тираж 600 экз.

Отпечатано с оригинал-макета в ООО «Канцтовары»,

Г. Воронеж, ул. Краснодонская, 16И

Тел.: +7 (473) 200-888-0