

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Челябинский областной центр медицинской профилактики»

**Методические рекомендации**

**по организации работы**

**в кабинетах отказа от курения**

Челябинск, 2019 г.

**Содержание**

Введение…………………………………………………………………………….……..3

1. Нормативно-правовая база ……………………………………………………………3
2. Основные принципы медицинской помощи курящему пациенту…………………4
3. Правила организации работы кабинета медицинской помощи при отказе от курения…………………………………………………………………………………….5
4. Темы и краткий обзор занятий Школы отказа от курения…….…………………....8
5. Программы отказа от курения (длительная, короткая, программа снижения интенсивности курения)…………………………………………………………………22
6. Обзор медикаментозной терапии…………………………………….……………...28

**Введение**

Курение – не просто вредная привычка, а зависимость, в основе которой лежит сложный биохимический процесс, запускается он в головном мозге курильщика при каждой затяжке и при многократном повторении формирует крепкую причинно-следственную связь «сигарета-удовольствие» как на физиологическом, так и на психологическом уровне, которую сложно разрушить.

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), никотиновая зависимость относится к «Психическим и поведенческим расстройствам, вызванным употреблением табака».

Табак – единственный узаконенный потребительский товар, который приводит к смерти от 1/3 до половины людей, потребляющих его. По данным ВОЗ, в мире ежегодно умирает 4 млн. человек от болезней, связанных с табакокурением.

Употребление табака является причиной (увеличивает риск развития) сердечно-сосудистых, бронхолегочных заболеваний, злокачественных новообразований, заболеваний желудочно-кишечного тракта, репродуктивной системы, внутриутробной смерти, болезней ротовой полости, сахарного диабета, остеопороза, катаракты и других заболеваний.

Сила никотиновой зависимости очень велика, поэтому многие курящие люди не могут бросить курить самостоятельно, даже в тем случаях, когда они твердо приходят к данному решению.

Прекращение курения является единственным наиболее эффективным, в том числе экономически эффективным, способом для сокращения риска развития ХОБЛ и предотвращения прогрессирования заболевания.

Воздействие пассивного курения

Большинство жителей России поддерживают меры по ограничению курения в общественных местах, в том числе запрет на курение на рабочих местах (81%), школах (99%), медицинских учреждениях (95,2%), высших и средних профессиональных учебных заведениях (87,5%), а также в кафе и столовых (77%).

1. **Нормативно-правовая база**

- Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 мая 2013 года № 338 «О соблюдении норм законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях и в помещениях»;

- Приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 25 июля 2013 года № 1193 «О реализации приказа Министерства здравоохранения РФ от 30.05.2013 г. № 338»;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2016 года № 446н «Об утверждении Порядка создания и функционирования «горячих линий», способствующих прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости»;

- Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2017-2022 годы и дальнейшую перспективу;

- Федеральный закон от 13 марта 2006 года № 38-ФЗ «О рекламе» (ред. от 21 октября 2013);

- Федеральный закон от 24 апреля 2008 года № 51-ФЗ «О присоединении РФ к рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против рака».

**Рекомендации разработаны на основе:**

- методических рекомендаций Научно-исследовательского института пульмонологии Министерства здравоохранения Российской Федерации «Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака» № 2002/154 от 09 декабря 2003 года;

- учебного пособия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике», Москва, 2010 год;

- методических рекомендаций ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Оказание медицинской помощи по профилактике и отказу от курения», Москва, 2012 год;

- методических рекомендаций ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения», Москва, 2013 год;

- методических рекомендаций для врачей «Организация помощи курящему человеку», второе издание, Ярославль, 2015 год;

- методического пособия для врачей «Организация школы для желающих бросить курить», ГБУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики», 2009 год.

1. **Основные принципы медицинской помощи**

**курящему пациенту**

1. Табачная зависимость является хроническим заболеванием, которое часто требует повторного лечения. Многие курящие люди окончательно бросают курить только после нескольких курсов лечения.

2. Задача специалиста оценить степень зависимости и риск развития заболеваний, документировать и предложить лечение нуждающемуся в нем курящему пациенту, принимая во внимание его мотивации.

3. Использовать методики по отказу от курения:

- советы врачей и медицинского персонала;

- при необходимости фармакотерапию (никотинзаместительная терапия, терапия агонистами никотиновых рецепторов);

- вспомогательные альтернативные методики (психотерапия, дыхательная гимнастика, водные процедуры, увеличение физической активности и др.).

4. Каждому курящему пациенту специалист должен предложить один из следующих курсов лечения:

- пациентам, желающим бросить курить, ‒ составить индивидуальную длительную лечебную программу, целью которой является полный отказ от курения,

- пациентам, не имеющим достаточной мотивации для отказа от курения, ‒ составить короткий лечебный курс с целью снижения употребления табака и усиления мотивации.

5. Даже короткий курс лечения табачной зависимости является эффективным, позволяет снизить уровень потребления табака и усилить мотивацию к отказу от курения.

6. Программа лечения должна включать в себя интенсивные беседы с пациентом.

1. **Правила организации кабинета медицинской помощи при отказе от курения**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» кабинет медицинской помощи при отказе от курения предусмотрен в структуре отделения медицинской профилактики поликлиники, кроме того, может быть организован в Центре здоровья.

Кабинеты медицинской помощи при отказе от курения (далее – Кабинет) организуются в медицинских организациях приказом руководителя медицинской организации, в котором утверждаются ответственные лица за выполнение этой медицинской услуги, инструкции, порядок и формы направления пациентов в Кабинет, статистические формы регистрации и учета, план и график работы закрепленного помещения, перечень оборудования.

Руководство кабинетом осуществляет врач (фельдшер) или медицинская сестра, имеющая специальность «управление сестринской деятельностью».

Руководитель медицинской организации обеспечивает подготовку специалистов для выполнения этой работы, рассматривает возможности поощрения за работу, ее объем и качество.

Непосредственно в учреждении, где организуется кабинет медицинской помощи при отказе от курения, организаторами и инициаторами процесса должны быть заместители главных врачей и специалисты отделений (кабинетов) медицинской профилактики.

**Цель работы Кабинета:** оказать помощь желающим бросить курить.

**Задачи работы Кабинета:**

- опрос, осмотр и обследование курящих лиц с целью выявления факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, ассоциированных с курением;

- оказание медицинской помощи курящим лицам при отказе от курения и проведение школ для пациентов по отказу от курения: повысить информированность слушателей о влиянии компонентов табачного дыма на здоровье, об эффективных методиках отказа от курения, определить курительный статус;

- определить индивидуальную мотивацию и способность к ее повышению. Разработать индивидуальный план по отказу от курения. Повысить ответственность слушателей за сохранение своего здоровья;

- повышение уровня знаний медицинских работников медицинской организации, в составе которой организован Кабинет, в вопросах профилактики потребления табака и медицинской помощи при отказе от курения;

- ведение учетно-отчетной документации;

- участие в проведении массовых мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний, ассоциированных с курением;

- осуществление других мероприятий, связанных с профилактикой потребления табака и медицинской помощью при отказе от курения.

**Занятия в кабинете медицинской помощи при отказе от курения имеют право проводить**: медицинские работники, в т.ч. врач, фельдшер, инструктор по гигиеническому воспитанию, медсестра, имеющая специальность «управление сестринской деятельностью», медсестра отделения (кабинета) медицинской профилактики, центра здоровья, имеющие документ о прохождении цикла тематического усовершенствования по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни.

**Обязанности руководителя кабинета медицинской помощи при отказе от курения**: организация системы информирования населения и специалистов медицинской организации о проведении занятий (Школ отказа от курения); анализ эффективности работы; контроль за качеством обучения пациентов.

**Групповые занятия. Подбор группы для проведения курса занятий**

Группы пациентов, по возможности, формируются из пациентов, имеющих один и тот же уровень табачной зависимости, пол, возраст, виды мотивации. Так, нецелесообразно в одну группу собирать курящих мужчин и женщин, так как в таких сборных группах невозможно обсудить сугубо женские проблемы (нарушения женской половой сферы) и мужские (импотенцию и нарушения половой функции).

Также целесообразно собирать отдельные группы молодых девушек и беременных женщин, так как этой целевой аудитории будет интересен факт влияния курения на деторождение, осложнения во время беременности, родах, а также на последующее состояние здоровья ребенка.

В соответствии с законодательством, занятия с несовершеннолетними подростками целесообразно проводить индивидуально, в присутствии родителей или опекунов, с подписанием ими информированного согласия.

Пациентам с осложненным течением заболевания (хроническая обструктивная болезнь, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и др.), по возможности, по окончании курса организуется реабилитация (физиопроцедуры, водные процедуры, направление на стационарное, амбулаторное или санаторно-курортное лечение).

**Количество и принципы проведения занятий**

Количество занятий устанавливается произвольно, в зависимости от количества пациентов, графика работы организации, наличия специалистов и др., но основные принципы консультирования и лечения согласно рекомендуемой методике (тестирование, расчет индекса курящего человека (далее – ИКЧ), оценка статуса курения, обследование лиц с высоким риском соматических заболеваний), должны соблюдаться как при групповых занятиях, так и при индивидуальном консультировании.

**Программа группового обучения пациентов в кабинете медицинской помощи при отказе от курения (Школы отказа от курения)**

Программа обучения состоит из структурированных занятий, продолжительностью от 45 до 90 минут каждое. Всего в цикл входит несколько занятий по заранее разработанной тематике (рекомендованное число – не менее 2-х). Занятия проводятся индивидуально или в группе. Рекомендованная численность пациентов в группе не более 10-12 человек.

Каждое занятие включает информационный материал и активные формы обучения, направленные на повышение мотивации к отказу от курения. Все занятия хронометрированы, имеют четкие инструкции по ведению.

Пациентам, обучающимся в Кабинете, нужно рекомендовать ведение Дневника пациента, который является неотъемлемой частью процесса обучения и необходим для записей в процессе обучения. Дневник должен содержать справочный материал, который будет необходим для пациентов в дальнейшем.

**Рекомендуем соблюдать следующие правила:**

1. Не использовать директивный стиль в преподавании.

2. При построении занятия учитывать особенности концентрации внимания: чередовать информационную часть и активные формы обучения, продолжительность информационной части не должна превышать 15 минут.

3. Не перегружать слушателей информацией. Основной приоритет ‒ «образовательные нужды» пациентов.

4. По возможности не использовать специальные термины. В том случае, если есть необходимость их применения, доходчиво объяснить их значение.

5. Использовать положительное ориентирование при передаче информации.

6. Всегда оставлять время для ответов на вопросы.

**Помещение и рекомендуемое оборудование**

Для проведения групповых занятий должен быть выделен отдельный Кабинет с расположенными в нем учебными местами (столами и стульями, креслами, желательно удобной формы). По возможности во время занятий на столах необходимо обеспечить питьевую воду.

Необходимо на стенах помещения разместить наглядную агитацию (плакаты, стенды, постеры, санитарные бюллетени) о вреде курения. В помещении должна быть возможность для демонстрации материалов (постоянная экспозиция на стенах справочных, информационных материалов, демонстрация презентаций и видеороликов) и для раздачи пациентам. Желательно наличие мультимедийного проектора и/или другой телекоммуникационной аппаратуры, позволяющей показывать видеоролики, слайды и видеофильмы соответствующей тематики.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование оборудования | Количество, шт. |
| 1. | Персональный компьютер | По числу рабочих мест |
| 2 | Принтер | 1 |
| 3. | Тонометр | 1 |
| 4. | Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (смокелайзер) | 1 |
| 5. | Спирометр (портативный с одноразовыми мундштуками) | 1 |
| 6. | Весы | 1 |
| 7. | Ростомер | 1 |
| 8. | Секундомер | 1 |
| 9. | Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни, наглядные пособия для работы школ для пациентов при отказе от курения | 1 |
| 10. | Сантиметровая лента | 1 |
| 11. | Калькулятор | 1 |

**Направление пациентов в Кабинет**



**Оценка объема и полноты профилактической помощи в медицинской помощи при отказе от курения**

Оцениваются показатели объема и полноты профилактической помощи:

- количество пациентов, посетивших кабинет медицинской помощи при отказе от курения;

- процент пациентов, бросивших курить в течение года.

Для оценки работы Кабинета необходимо вести учетную документацию в виде учетной карточки пациента, в которой отражены результаты тестирования, ИКЧ (индекс курящего человека), назначенная программа лечения, назначенные фармацевтические препараты, даты повторных посещений и результаты лечения. В зависимости от длины программы (короткая или длинная) результаты оцениваются через 6 и 12 месяцев с начала лечения.

1. **Темы и краткий обзор занятий Школы отказа от курения**

**Занятие № 1: Влияние курения на здоровье.** Занятие посвящено вопросам влияния компонентов табачного дыма на здоровье, причинам закуривания и особенностям формирования никотиновой зависимости. Занятие рекомендуем разделить на 3 части:

1 часть. В начале занятия (приема) требуется ознакомить группу занимающихся (или индивидуально пациента) с последовательностью и тематикой занятий, рассказать об обследованиях, которые будут проводиться, о влиянии курения на состояние здоровья.

2 часть. Вводная беседа о вреде табакокурения, содержании вредных веществ в табачном дыме, его влиянии на здоровье курящего и его окружающих и т.п. Рекомендуется остановиться на показателях смертности от заболеваний, связанных с курением табака в мире, продемонстрировать видеоматериалы.

3 часть. Оценивается статус курения пациента, проводятся тесты. Слушатели проходят тестирование для определения типа курительного поведения, степени никотиновой зависимости и уровня мотивации к отказу от курения; проводится определение уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе. Результаты тестирования помогают понять индивидуальные особенности курительного поведения, оценить риск для здоровья, связанный с курением, влияют на выбор методики отказа от курения.

Разработано 3 вида программ отказа от курения, в зависимости от мотивации пациента. По результатам предварительного тестирования на наличие мотивации выбирается соответствующая программа:

1. Если пациент имеет высокую мотивацию, то ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.

2. Если пациент имеет слабую мотивацию, то пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

3. Если у пациента отсутствует мотивация бросить курить, то пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

**Занятие № 2: Как отказаться от табачной зависимости.** На втором занятии дается обзор методов лечения табакокурения. Акцентируется внимание на использовании для отказа от курения только тех методов, эффективность которых научно доказана. Рассматриваются общие принципы медикаментозной терапии. Проводится психологическая подготовка к отказу от курения, включающая элементы поведенческой терапии: обсуждение ситуаций, которые могут спровоцировать курение; обучение навыкам преодоления стресса; анализ прошлых неудачных попыток отказа от курения. Каждый слушатель формулирует основную причину, по которой он бросает курить, и преимущества, которые получит, отказавшись от курения. К завершению занятия предлагается назвать дату отказа от курения, которая устанавливается в пределах двух ближайших недель. Таким образом, слушатель принимает самостоятельное решение в период, когда информация и впечатления от занятий в Школе сохраняют свою актуальность.

**Занятие № 1**

**Информация для пациента.** Компоненты табачного дыма обладают различными механизмами токсического и канцерогенного действия на организм. При курении образуются два потока дыма: основной и побочный. Основной поток образуется в горящем конусе сигареты (сигары, папиросы и др.) и в горячих зонах во время глубокого вдоха (затяжки), он проходит через весь стержень и попадает в дыхательные пути курильщика.

Побочный поток образуется между затяжками и выделяется из обугленного конца в окружающий воздух. Между основным и побочным потоками имеется и количественная, и качественная разница. Побочный поток, характеризующий «пассивное» курение, содержит большинство компонентов в значительно меньшем количестве, чем основной поток, однако, в побочном потоке в больших количествах образуются аммиак, амины (включая ароматические) и летучие канцерогенные нитрозамины. Содержание никотина в твердой фазе побочного потока иногда превышает его содержание в основном. В целом загрязненный дымом воздух в помещении по составу нельзя рассматривать как «разбавленный» основной поток.

Табачный дым состоит из двух фракций: газообразной и твердой. Основные биологически активные влияния табачного дыма обусловлены в большей степени взвешенными частицами, распределяемыми между газообразной и твердой фазами.

В виде взвешенных частиц в парообразной фазе табачного дыма содержатся токсические вещества (окись углерода, ацетальдегид, окись азота, цианистый водород, аммиак, акролеин и др.), канцерогенные вещества (формальдегид, 2-нитропропан, гидразин, уретан, бензол, хлористый винил и др.), в том числе с доказанным канцерогенным влиянием на здоровье человека (бензол и хлористый винил).

Основным опухолеобразующим действием на организм обладают вещества, содержащиеся в твердой фазе табачного дыма, «смолы», вызывающие развитие как доброкачественных, так и злокачественных новообразований.

В табачном дыме содержатся, кроме контактных канцерогенов, различные органоспецифические канцерогенные вещества, вызывающие рак пищевода, поджелудочной железы, почечных лоханок, мочевого пузыря. Это в первую очередь многочисленные N-нитрозамины, никель, кадмий, полоний-210.

• Нитрозамины образуются из никотина при реакции с компонентами воздуха. Сигареты, приготовленные из высушенного на открытом воздухе табака, содержат значительно больше нитрозаминов. Уровень нитрозаминов выше в табачных изделиях, приготовленных из табачной смеси, содержащей стебли и жилки листьев.

• Никотин относится к тромбообразующим факторам, вызывая повреждение эндотелиальных клеток крупных и мелких сосудов. Он способствует развитию атеросклероза, усугубляя повышение уровня холестерина в крови. Все это приводит к поражению сосудов сердца, головного мозга, периферических артерий, аорты, и, в конечном итоге, развитию ишемической болезни сердца, гипертонии, нарушениям мозгового кровообращения.

• Смолы содержат большинство известных опухолеобразующих веществ твердой фазы табачного дыма.

• Кадмий – тяжелый металл, обладает выраженным токсическим действием на все клетки органов дыхания.

• Радиоактивный полоний-210 адсорбируется в табачный дым из атмосферы, период его полураспада превышает 138 суток, поэтому он очень долго остается в организме, что обусловливает его длительную продолжительность действия как выраженного канцерогена.

• Окись углерода (СО): в организме курящего человека СО связывается с гемоглобином, образуя комплекс СО-гемоглобин – карбоксигемоглобин. Он гораздо устойчивее оксигемоглобина, циркулирует в крови намного дольше, нарушая, тем самым, насыщение гемоглобина кислородом и его отдачу в тканях. Характерный для курящего человека серый оттенок кожных покровов – проявление нарушения транспорта кислорода в тканях.

В процессе отказа от курения, несмотря на то, что в первое время в организм продолжает поступать никотин из никотинсодержащих препаратов (при использовании последних), наблюдается улучшение всех перечисленных функций.

**Влияние курения на сердце и сосуды**

Известно, что всасываемость большинства веществ со слизистой полости рта может быть по своей скорости попадания в кровь сопоставима с внутривенным введением. Табачный дым содержит компоненты, которые, всасываясь уже со слизистой полости рта, значительно уменьшают насыщение крови кислородом. Так, окись углерода, соединяясь с гемоглобином крови, превращает его значительную часть в карбоксигемоглобин, который блокирует перенос кислорода к тканям и органам. Это приводит к хроническому кислородному голоданию, увеличивает нагрузку на сердце, которому требуется больше прокачивать такой малонасыщенной кислородом крови по сосудам. Это очень опасно тяжелыми осложнениями, особенно при уже имеющихся в организме заболеваниях сердца и сосудов. При консультации пациента необходимо рекомендовать ему измерить уровень карбоксигемоглобина.

Никотин оказывает множественное повреждающее влияние и принимает патогенетическое участие практически во всех звеньях, ответственных за развитие атеросклероза: нарушениях сосудистого тонуса, повреждении сосудистой стенки, нарушениях свертывающей системы крови и транспорта липидов крови. В сочетании с хронической кислородной недостаточностью тканей и на фоне возрастающей в этих условиях нагрузки на сердце, риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний значительно возрастает. Установлено, что у курящих чаще развивается артериальная гипертония, появляется стенокардия напряжения, возникает инфаркт миокарда. Эти заболевания у курящих труднее поддаются лечению и чаще протекают с осложнениями, которые могут стать причиной смерти. При преобладании поражений периферических сосудов (чаще бедренных артерий и их ветвей) развивается сосудистая недостаточность кровоснабжения сосудов ног, что на фоне постоянной потребности в выполнении нагрузок (ходьба, бег) приводит к возникновению перемежающейся хромоты – заболевания, значительно ограничивающего трудоспособность человека и очень часто на своей финальной стадии развития приводящего к гангрене конечностей. Нередко в таких случаях требуется ампутация для спасения жизни больного.

**Влияние курения на мозг и нервную систему**

В первую очередь мозговая ткань и вся нервная система страдают от хронического кислородного голодания – это и головные боли, головокружение, снижение работоспособности, утомляемость, ухудшение усвояемости нового, что особенно свойственно подрастающему организму. Конечно, не все курильщики испытывают эти ощущения или осознают их связь с курением. Со временем сосуды мозга, наравне со всей сосудистой системой, подвергаются кумулирующему токсическому влиянию табакокурения и, как следствие, – осложнения, в виде преходящих или стойких нарушений мозгового кровообращения (мозговой инсульт) и др. Страдает вся нервная система: неустойчивость настроения, раздражительность, головные боли, повышенная утомляемость свойственны почти всем курильщикам. В ряде случаев страдает периферическая нервная система, развиваются местные или распространенные невриты, что очень неблагоприятно для прогноза при сочетании с поражениями сосудов и с заболеванием сахарным диабетом.

**Влияние курения на дыхательную систему**

Поражение верхних дыхательных путей, трахеи, гортани, бронхов и легких связано со всем многообразием негативного влияния табакокурения: прямое и непрямое, токсическое и канцерогенное, контактное канцерогенное и органоспецифическое канцерогенное действие, высокая температура табачного дыма и др. Немаловажное значение имеет иммунодепрессивное влияние табака и компонентов его метаболизма на сопротивляемость другим патогенным факторам (инфекциям, неблагоприятным экологическим воздействиям, производственным вредностям и др.). Воспалительные изменения со стороны всего тракта дыхательной системы, выраженные в различной степени, приобретают практически все курильщики. Раковые заболевания губ, ротовой полости, языка, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких считаются причинносвязанными с курением.

**Влияние курения на органы пищеварения**

Попадание метаболитов табачного дыма (никотин, смолы) со слюной в пищевод, а затем в желудок приводит к развитию хронического, нередко эрозивного воспаления, которое может перейти в язвенную болезнь и злокачественное новообразование. Вовлечение метаболитов табака во многие звенья обмена нарушает экскрецию желез внутренней секреции, отягощает и провоцирует скрытые или начальные изменения, может способствовать провокации манифестации сахарного диабета, дискинезии желчного пузыря. Следствием длительного и интенсивного курения нередко является также рак поджелудочной железы, желчного пузыря.

**Влияние курения на органы мочеполовой системы**

Курение женщин часто приводит к нарушениям детородной функции, которые проявляются в бесплодии, привычных выкидышах, патологии течения беременности и родов. Особенно это грозит женщинам, которые продолжают курить во время беременности. К сожалению, обследования беременных показывают, что только немногие из них, решив стать матерью, бросают курить. Продолжение курения во время беременности очень негативно отражается на здоровье новорожденного, увеличивает риск мертворождения. Дети курящих матерей часто рождаются недоношенными, отстают в развитии, имеют низкую сопротивляемость инфекциям и другим заболеваниям. Курение мужчин, особенно интенсивное и длительное, нередко является у них проблемой сексуальной жизни, увеличивает риск импотенции, встречаются и случаи мужского бесплодия, которые можно связать с курением. С возрастом у курящих и мужчин, и женщин повышается риск злокачественных новообразований мочеполовой системы – рака мочевого пузыря и др.

**Влияние курения на состояние кожи, зубов. Внешний вид курильщика**

Курящего человека можно сразу узнать: сероватый цвет и сниженный тургор кожи, преждевременные морщины, склонность к сухости кожных покровов, желтые зубы, подверженные в большей степени, чем у некурящего, заболеванию кариесом, желтые пальцы рук свидетельствуют о хроническом отравлении организма продуктами табачного дыма. Голос становится нередко хриплым. Особенно это заметно у молодых девушек. В последнее время активно используется термин «лицо курильщика».

**Влияние курения на костную систему**

У курящих часто развивается остеопороз (разрежение плотности костной ткани, ломкость костей), особенно он опасен женщинам в постменопаузальный период. Распространенность этого заболевания увеличилась по ряду причин: вследствие постарения населения и увеличения болезней пожилых, значительной распространенности сидячих профессий и снижения общего уровня физической активности населения, а также в связи с неблагоприятными факторами, исходящими из неправильного питания и поведенческих привычек. Курение является одной из причин остеопороза, который значительно увеличивает риск переломов, особенно переломов шейки бедра. Причина развития остеопороза у курящих также связана с многогранным неблагоприятным влиянием компонентов табачного дыма.

Токсическое действие на остеокласты (клетки регенерации костной ткани), хроническая витаминная недостаточность, в первую очередь недостаточность витамина Д, необходимого для всасывания солей кальция в кишечнике, нормального его обмена и проникновения в костную ткань и др. Нарушения питания, его несбалансированность по основным питательным веществам, нередко имеющиеся у курящих, способствуют прогрессированию патологии со стороны костной системы.

**Влияние курения на прогноз жизни**

Эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение табака относится к основным и независимым факторам риска заболеваемости и смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний. Это означает, что курение может быть как основной причиной хронических заболеваний, так и их роста среди населения.

Доказано, что среди населения России среднего возраста 36% общей смертности у мужчин и около 8% общей смертности у женщин обусловлено курением табака. Среди умерших от ишемической болезни сердца 41% смертей у мужчин и 7% смертей у женщин связано с курением. Среди умерших от мозгового инсульта количество смертей, связанных с курением, составляет 21% у мужчин и 10% у женщин.

По заключению экспертов ВОЗ, из всех поведенческих факторов риска только курение относится к предотвратимым причинам заболеваемости и смертности, так как уменьшение курения среди населения способствует улучшению показателей здоровья и снижению смертности.

**Пассивное курение.**

Последствия табакокурения отрицательно сказываются не только на здоровье самого курящего, но и окружающих, особенно на здоровье женщин и детей. Пассивное курение так же вредно для здоровья, как и курение, разница может быть лишь только в интенсивности воздействия. Имеются данные об увеличении заболеваемости раком легких среди жен заядлых курильщиков. Дети, в присутствии которых курят родители, не только подвергаются в той же степени вреду курения, что и сами курящие, но и, имея перед собой пример курящих взрослых, чаще закуривают, став взрослее. Кроме того, в современной практике используется термин «третичное курение», когда вред наносят вещества, оседающие на одежде курильщика, коже, волосах.

Парадоксально, что большинство курящих считают курение вредным для здоровья, но продолжают придерживаться этой привычки. Во многом это обусловлено тем, что знание курящих о конкретном для них вреде табака носит поверхностный характер и недостаточно для правильного отношения к курению.

**Ключевые моменты беседы**

Рекомендуется предложить слушателям ответить на ряд вопросов:

• Что для Вас означает «курение»?

• Где Вы обычно курите?

• Когда Вы чаще курите?

• Почему Вы курите?

• Как Вы относитесь к своему курению?

• Пытались ли Вы бросить курить?

Вопросы сформулированы таким образом, что при ответе на них не может быть неправильных ответов. Важно позволить слушателям свободно выразить свои мысли. Преподавателю рекомендуется дать возможность высказаться всем желающим поочередно по каждому вопросу. Если кто-то из слушателей не хочет выразить свое мнение, не нужно настаивать. Возможно, он поддержит беседу во время обсуждения следующего вопроса.

Использование метода «вопрос-ответ» позволяет вызвать заинтересованность аудитории, почувствовать себя равноценными участниками процесса обучения, к мнению которых прислушиваются. Полученные ответы могут быть использованы в процессе проведения занятия.

**Оценка статуса курения путем тестирования включает:**

* оценку стажа курения как фактора риска развития заболеваний.
* оценку степени никотиновой зависимости (таблица № 2).
* оценку степени мотивации (таблица № 3).
* оценку мотивации (таблица № 4).
* оценку стереотипа курения табака и суточной интенсивности (график № 1).

**Оценка стажа курения**

Оценка стажа курения как фактора риска развития хронических заболеваний является значимой в определении статуса курения и играет важную роль в мотивации пациента к отказу от курения.

Проводится по индексу курящего человека (ИКЧ).ИКЧ измеряется в пачка/лет и рассчитывается по формуле:

**ИК = (количество сигарет в день х на количество лет курения): 20**

Например, пациент курит по 10 сигарет в день в течение 30 лет.

Расчет: (10 х 30): 20 =15 пачка/лет.

Расчет ИКЧ необходимо проводить каждому курящему пациенту, приходящему на прием к врачу или поступающему в больницу. Результат оценки фиксировать в истории болезни.

Каждый пациент определяет свою степень риска развития хронических заболеваний легких самостоятельно. Высокие цифры являются усилителем мотивации к отказу от курения, а зачастую и показаниями к дополнительным обследованиям легких.

**Рекомендации при выявлении пациента с высоким показателем ИКЧ (более 10 пачка/лет)**

При ИКЧ более 10 пачка/лет необходимо провести клиническое обследование и оценку функции внешнего дыхания с целью выявления бронхиальной обструкции. ИКЧ необходим для прогнозирования риска развития хронических заболеваний, связанных с курением.

Оценка риска развития заболеваний проводится по показателю ИКЧ х 12. Результат выше 140 указывает на высокий риск развития хронической обструктивной болезни легких.

По данным исследований выявлено, что у пациентов, имеющих высокий ИКЧ, в первые 2 дня отказа от курения табака могут наблюдаться снижение показателей легочных потоков и объемов, максимально выраженных на 7-10 день наблюдения, усиление респираторных симптомов, свидетельствующих об обострении хронического бронхита. Эти симптомы: затруднение дыхания и отхождения мокроты, усиление кашля, часто является одной из причин возобновления курения, что позволяет отнести обострение хронического бронхита к симптомам отмены, возникающим при отказе от курения табака. Пациентов необходимо настроить на положительный результат, даже если в первое время они почувствуют ухудшение состояния, усиление кашля и увеличение количества отходящей мокроты.

***NB!******Усиление мотивации.*** *Разъясните пациентам отдаленные последствия: ишемическая болезнь сердца с возможным фатальным инфарктом миокарда, рак легкого, носоглотки, пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря.*

*При этом желательна демонстрация анатомических препаратов («легких курильщика», манекена «Курильщица Сью», здорового и пораженного атеросклерозом крупного сосуда и др.). Измерение уровня карбоксигемоглобина в динамике.*

*При отсутствии препаратов важно использовать наглядную агитацию, так как это усилит мотивацию. Для этих целей могут пригодиться видеоролики, плакаты, самостоятельно нарисованные по теме санитарные бюллетени и крупные рисунки пораженных органов.*

*В мужском коллективе обсуждается влияние курения на половую сферу (снижение либидо, импотенция).*

*В женской аудитории обсуждается влияние курения на внешний вид женщины, раннее увядание, репродуктивное здоровье (нарушение менструального цикла, бесплодие, преждевременные роды и выкидыши, рождение ослабленных детей).*

**Оценка степени никотиновой зависимости**

Проводится по тесту Фагерстрема. Оценка степени никотиновой зависимости необходима для того, чтобы выявить пациентов, которым необходимо будет подключать медикаментозную терапию и для выбора длительной или короткой программы лечения. Чем выше степень зависимости, тем меньше шансов, что человек бросит курить самостоятельно, без специальных препаратов.

**Таблица № 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вопрос | Ответ | Баллы |
| Как скоро, после того как Вы просыпаетесь, Вы выкуриваете первую сигарету? | первые 5 мин.  6-30 мин.  30-60 мин.  через 1 час | 3  2  1  0 |
| Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено? | да  нет | 1  0 |
| От какой сигареты не можете легко отказаться? | первая утром  все остальные | 1  0 |
| Сколько сигарет Вы выкуриваете в день? | 10 и меньше  11-20  21-30  31 и более | 0  1  2  3 |
| Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, или в течение остального дня? | да  нет | 1  0 |
| Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день? | да  нет | 1  0 |

Коэффициент:

0-2 балла – очень слабая зависимость

3-4 балла – слабая зависимость

5 баллов – средняя

6-7 баллов – высокая

8-10 баллов – очень высокая

Каждый пациент высчитывает свою степень никотиновой зависимости, после чего определяются пациенты, которым будет труднее бросить курить из-за абстинентного синдрома и которым необходимо будет подключать медикаментозную терапию.

**Таблица №3**

**Оценка степени мотивации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Вопрос | Ответ |
| 1. | Бросили бы Вы курить, если бы это было легко? | определенно нет – 0  вероятнее всего нет – 1  возможно, да – 2  вероятнее всего да – 3  определенно да - 4 |
| 2. | Как сильно Вы хотите бросить курить? | не хочу вообще – 0  слабое желание – 1  в средней степени – 2  сильное желание – 3  однозначно хочу бросить курить – 4 |

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов – 8, минимальное – 0. Чем выше сумма баллов, тем больше пациент хочет бросить курить.

1. Сумма баллов больше 6 означает, что пациент имеет высокую мотивацию, и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.

2. Сумма баллов от 4 до 6 означает слабую мотивацию, пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации, и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

Необходимо учитывать, что даже среди пациентов с высокой мотивацией к отказу от табакокурения успешный отказ от курения в течение года не будет равен 100%. Это объясняется тем, что у многих пациентов развивается никотиновая зависимость высокой степени, преодоление которой может потребовать нескольких курсов лечения.

**Оценка мотивации Д. Хорна (причины, по которым человек курит)**

Оценка мотивации проводится с помощью анализа ответов на следующие вопросы:

**Таблица № 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопрос | Всегда | Часто | Время от времени | Редко | Никогда |
| 1. Я курю, чтобы оставаться бодрым. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Держание сигареты в руке – одна из составных частей удовольствия, получаемого от курения. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Курение сигарет является приятным и расслабляющим. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Я закуриваю сигарету, когда злюсь на кого-нибудь. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Когда у меня заканчиваются сигареты, это почти невыносимо до тех пор, пока я не смогу иметь их. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Я курю автоматически, даже не осознавая этого. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Я курю для стимуляции, чтобы взбодриться. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Часть удовольствия от курения сигарет составляют действия, выполняемые при закуривании. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Я нахожу курение сигарет приятным. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а), я закуриваю. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Когда я не курю сигарету, я очень четко осознаю этот факт. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Я закуриваю сигарету неосознанно, когда одна еще лежит в пепельнице. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Я закуриваю сигарету, чтобы почувствовать воодушевление, подъем. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Когда я курю сигарету, часть удовольствия я получаю от вида выдыхаемого дыма. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. Больше всего мне хочется курить, когда я чувствую себя комфортно и расслабленно. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог, я закуриваю сигарету. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Я испытываю настоящий терзающий голод по сигарете, когда некоторое время не курю. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарета и не помню, как я закурил(а). | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Преобладающие факторы мотивации к курению оцениваются по сумме баллов:

1. Желание получить стимулирующий эффект от курения: 1+7+13.

2. Потребность манипулировать сигаретой: 2+8+14.

3. Желание получить расслабляющий эффект: 3+9+15.

4. Использование курения как поддержку при нервном перенапряжении: 4+10+16.

5. Существует сильное желание курить: психологическая зависимость: 5+11+17.

6. Привычка: 6+12+18.

Сумма может варьироваться от 3 до 15 баллов:

слабая зависимость – до 7 баллов;

средняя –7-11 баллов;

сильная – выше 11 баллов.

Анализ позволяет выделить факторы, стимулирующие пациентов к курению, разобраться в причинах и спланировать изменение стиля поведения, подключить к консультации врачей-специалистов (психолога, пульмонолога и др.). Основным для периода отказа от курения должна иметь мысль: «Учись жить по-новому».

**Оценка суточной интенсивности и стереотипа курения**

Проводится индивидуально, желательно с графическим отображением. Графическое отображение наглядно показывает количественное распределение выкуренных сигарет по часам в течение суток. Это необходимо для понимания пациентом того времени суток, на которое ему надо обратить внимание при уменьшении количества выкуриваемых сигарет на начальном этапе, и определения того времени суток, когда целесообразно прибегнуть к фармакологическим препаратам.

По оси абсцисс откладывается время суток, по оси ординат – количество выкуриваемых сигарет по часам. Полученный график показывает распределение количества выкуриваемых сигарет по часам и является основой для приема никотинзаместительной терапии. Дозирование должно максимально соответствовать стереотипу курения, что существенно скажется на успехе проводимой программы лечения.

**График № 1**

**График интенсивности курения в течение суток**

Анализ интенсивности курения в течение суток показал преимущественное увеличение количества выкуриваемых сигарет в утренние часы, когда пациент восполнял ночное снижение уровня никотина, и после приема пищи.

В зависимости от стадии курения, стереотипа курения, возраста, соматического состояния специалист выбирает методику отказа от курения:

**Стереотип курения**

Выделяют 6 стереотипов курения: «стимуляция», «игра с сигаретой», «расслабление», «поддержка», «жажда», «рефлекс». Преобладание того или иного типа свидетельствует об особенностях поведенческой зависимости от табака, выявляет ситуации привычного курения и, отчасти, причины курения.

**«Стимуляция».** Курящий с таким типом курения верит в то, что сигарета обладает тонизирующим действием, взбадривает, снимает усталость. Такие люди, как правило, курят в ситуациях, когда работе мешают физическое или психическое переутомление. У курящих данного типа часто обнаруживается астения или симптомы вегетососудистой дистонии.

Рекомендации: пациентам, использующим курение в качестве стимулятора, необходимы рекомендации по здоровому образу жизни. В период отказа провести курс витаминотерапии.

Рекомендуется мобилизующий тип дыхания. Выполняется на основе брюшного типа дыхания: дышать нужно носом. Во время дыхания мышцы живота несколько выпячиваются на вдохе и втягиваются при выдохе. Проводится в последовательности: вдох – задержка дыхания – выдох. Характеризуется постепенным удлинением вдоха до продолжительности удвоенного выдоха.

**«Игра с сигаретой».** Человек играет в курение. Ему нравится распечатывать пачку, разминать сигарету, по запаху определять сорт табака, пускать дым на свой манер (например, кольцами). Для курящего такого типа важны «курительные аксессуары»: зажигалки, пепельницы, портсигары, сорт сигарет. В основном курит в ситуациях общения, за компанию, от нечего делать. Курит мало, обычно не более 2-3-х сигарет в день.

Рекомендации: таким пациентам требуется замена манипулирования курительными принадлежностями на манипулирование чем-нибудь другим: четки, различные головоломки, ручной эспандер, мячик или какой-либо другой вид манипуляции, знакомый пациенту.

**«Расслабление».** Курящий данного типа курит только в комфортных условиях. Никогда не совмещает курение с другими занятиями. Человек получает дополнительное удовольствие к своему отдыху. Так как курение доставляет удовольствие, такие курильщики бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

Рекомендации: необходимо рекомендовать методы релаксации: аутотерапию, успокаивающее дыхание вместо выкуриваемой сигареты. Условия выполнения те же, что и при мобилизующем дыхании, но характеризуются постепенным удлинением выдоха до продолжительности удвоенного вдоха. Продолжительность паузы после выдоха во всех случаях равна половине вдоха.

**«Поддержка».** Данный тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Такие люди курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Курящие данного типа относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение. Под этим типом курения часто скрывается невротическая привязанность к табаку.

Рекомендации: нуждаются в проведении курса седативной терапии наряду с использованием методов релаксации и психотерапии, направленной на коррекцию личностных особенностей.

**«Жажда».** Данный тип курения обусловлен физиологической привязанностью к табаку. Человек курит через определенные промежутки времени, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, иногда вопреки запретам.

Рекомендации: рекомендуются методы иглорефлексотерапии (ИРТ), физиотерапии и фармакотерапии.

**«Рефлекс».** Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Человек может не знать, сколько он выкуривает в день, курит автоматически, очень много – 35 и более сигарет в день. Курит чаще за работой, чем в часы отдыха. Чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

Нуждаются в ИРТ, причем курс лечения желательно повторить через один и три месяца отказа от курения.

**Итоги тестирования**

По итогам тестирования врач должен определить для каждого пациента оценку статуса курения:

* оценку стажа курения как фактора риска развития заболеваний (ИКЧ, фактор риска хронического бронхита). ИКЧ больше 10 является признаком, указывающим на высокий риск наличия хронической обструктивной болезни легких. При ИКЧ более 10 пачка/лет необходимо провести клиническое обследование и оценку функции внешнего дыхания с целью выявления бронхиальной обструкции. При исследовании фактора риска развития хронических заболеваний результат выше 140 указывает на высокий риск хронической обструктивной болезни легких;
* оценку степени никотиновой зависимости (слабая, средняя, сильная);
* оценку степени мотивации (высокая, средняя, отсутствие мотивации). ВОЗ не рекомендует проводить курсы лечения у лиц с отсутствием или слабой мотивацией. В таких случаях рекомендуется ограничиться короткой беседой и рекомендацией снизить интенсивность курения.
* оценку мотивации (выявление причины курения и степени зависимости – слабая, средняя и сильная зависимость);
* оценку стереотипа курения табака и суточной интенсивности.

**По итогам тестирования на каждого пациента составляется индивидуальная карта:**

Пример:

**Пациент:**

Мужчина, 39 лет. Курит с 19 лет.

ИКЧ - 30 пачка/лет.

Риск развития хронических заболеваний -180.

Никотиновая зависимость – очень высокая (9 баллов).

Мотивация к отказу от курения – высокая (7 баллов).

Мотивация (стереотип) курения – стимуляция, потребность, поддержка.

**Целесообразно объединять пациентов в группы:**

1. пациенты с высокой табачной зависимостью, высоким риском развития хронических заболеваний и высокой мотивацией к отказу от курения для дальнейшего обследования и лечения с добавлением фармацевтических препаратов;
2. пациенты со средней степенью зависимости и средней мотивацией к отказу от курения для дальнейшего обследования и предложения короткого курса лечения;
3. пациенты с низкой табачной зависимостью и высокой мотивацией к отказу от курения для обследования и предложения по самостоятельному отказу от курения без фармацевтических препаратов;
4. пациенты с отсутствием или низкой мотивацией к отказу от курения для проведения беседы и снижения интенсивности курения.

**Обследование**

Для усиления мотивации к отказу от курения необходимо провести обследование пациента в условиях медицинской организации на измерение функции внешнего дыхания, содержания котинина, карбоксигемоглобина и т.д.

Обследование в Центре здоровья наиболее предпочтительно, так как все исследования проводятся за 1 посещение, результаты выдаются на руки сразу же, исследование на кардиовизоре в цветовом изображении сердца дает возможность пациенту наглядно увидеть патологию и служит усилению мотивации для отказа от курения.

**NB! Для усиления мотивации целесообразно сделать акценты на:**

***- быстроразвивающихся последствиях табакокурения****, таких как: хронический бронхит курильщика, бронхиальная астма у пациента или членов семьи, импотенция, бесплодие, увеличение содержания угарного газа в крови, снижение тургора кожи, появление морщин, налета на зубах.*

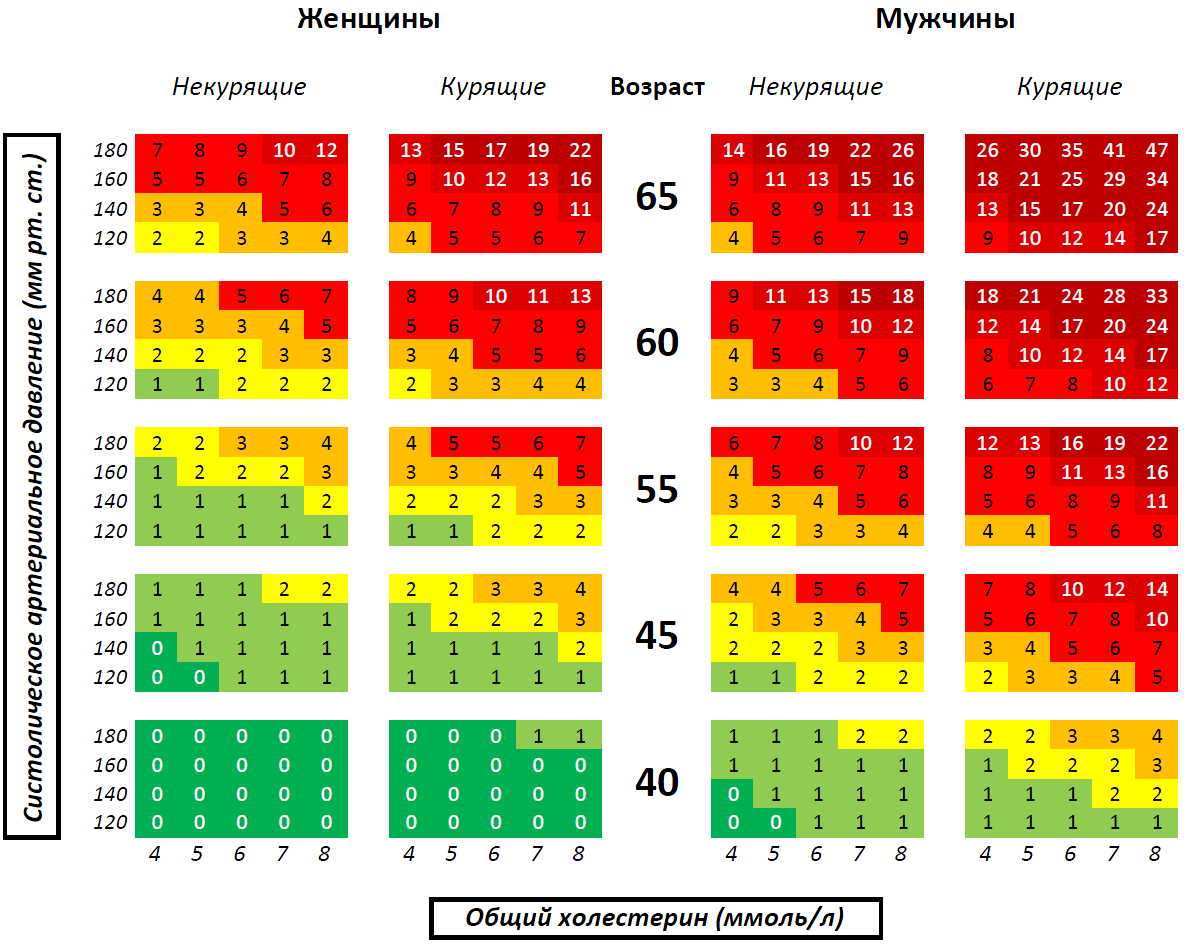
*-* ***отдаленных последствиях****: ишемической болезни сердца, раке легкого и опухолей других органов (носоглотки, пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря), хронической обструктивной болезни легких;*

***- последствиях для окружающих****: увеличении риска развития рака легкого у супруга/супруги, увеличении риска снижения веса у новорожденных, развития у детей бронхиальной астмы, болезни среднего уха, респираторных инфекций, отставания в развитии детей, увеличении риска курения у детей.*

При необходимости можно назначить дополнительное обследование (УЗИ сосудов шеи, суточное мониторирование ЭКГ, исследование на холестерин и т.п.).

Демонстрируются изображения сердца, полученные на кардиовизоре, объясняется причина сужения сосудов, связь курения с повышенным содержанием холестерина в крови и разъясняется понятие «суммарного сердечно-сосудистого риска».

**NB**! **Усиление мотивации.** *Настоятельно рекомендуем рассчитать с пациентом индивидуальный показатель SCORE, с последующей демонстрацией снижения фатального сердечно-сосудистого риска при отказе от курения.*

****

**Выявление суммарного сердечно-сосудистого риска и его оценка по шкале SCORE**

Выявление факторов риска и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска в ближайшие 10 лет по шкале SCORE производится медицинскими работниками пациентам Кабинета.

Однако следует учитывать, что система SCORE имеет свои существенные ограничения в плане недооценки истинной величины риска, особенно у пациентов среднего возраста и лиц с ожирением.

Медицинские работники имеют очень большой потенциал в плане своевременного выявления факторов риска ХНИЗ и их коррекции у лиц трудоспособного возраста, в первую очередь у курящих мужчин в возрасте 40-60 лет.

**Инструкция по выявлению суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале**   **SCORE:** Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клетку, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного САД и общего холестерина. Цифра в найденной клетке показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск у данного пациента.

Оценка уровня суммарного риска по шкале **SCORE:**

< 1% - низкий;

1-4% - средний или умеренно повышенный;

5-9% - высокий;

≥ 10% - очень высокий.

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска, является полезным наглядная демонстрация снижения риска и сравнение рисков.

Например: мужчина, 55 лет, курит в настоящее время, имеет САД 145 мм рт. ст. и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его сердечно-сосудистый риск составит 9%. Только при отказе от курения сердечно-сосудистый риск пациента снижается до 5%.

Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем АД 180 мм рт. ст. и содержанием общего холестерина в крови 8 ммоль/л, что его суммарный риск соответствует сердечно-сосудистому риску 65-летнего мужчины, не имеющему этих факторов риска.

Для лиц молодого возраста (моложе 40 лет) определяется не абсолютный, а относительный суммарный риск с использованием шкалы, представленной в таблице.

Например: человек в возрасте до 40 лет без факторов риска (некурящий, с нормальным уровнем АД и содержанием общего холестерина в крови – нижний левый угол таблицы) имеет в 12 раз меньший риск по сравнению с человеком, имеющим этот фактор риска (правый верхний угол таблицы). Данная информация может быть полезна как мотивирующий фактор к отказу от курения и ЗОЖ.



**NB! *Что дает отказ от курения:***

*• улучшение собственного здоровья, а также здоровья членов семьи;*

*• лучшее ощущение вкуса пищи и запахов;*

*• экономию времени и денег;*

*• избавление от запаха табачного дыма;*

*• это хороший пример для членов семьи;*

*• улучшение цвета лица и уменьшение морщин;*

*• сохранение работоспособности;*

*• избавление от ситуаций, когда курить нельзя, но очень хочется.*

1. **Программы отказа от курения**

**(длительная, короткая, программа снижения интенсивности курения)**

В настоящее время существует широкий спектр методов лечения табакокурения. К ним относятся:

• поведенческие методы (метод самопомощи, врачебные рекомендации, групповые методы психологической поддержки, лечение гипнозом, аверсионная терапия);

• методы физиологического воздействия (медикаментозные и немедикаментозные).

К методам лечения табачной зависимости с доказанной эффективностью относятся индивидуальное консультирование и применение медикаментозной терапии.

**А. Длительная лечебная программа для пациентов, желающих бросить курить**

Предназначена для пациентов с твердым желанием бросить курить (степень мотивации более 6 балов). Длится от полугода до года и состоит из:

- периодических бесед специалиста (более частых в первые 2 месяца);

- стратегии поведения пациента (с первых дней лечения пациент должен изменить свое поведение так, чтобы отказаться от курения);

- приема никотинзаместительной терапии (НЗТ) (длительность приема является индивидуальной и зависит от степени никотиновой зависимости);

- лечения хронического бронхита курильщика, профилактики его возможного обострения в первые 2 недели отказа от курения.

**Выявление стратегии поведения пациента**

Для каждого пациента должна быть разработана стратегия его поведения. Основой для составления плана поведения является оценка мотивации к курению.

Основной принцип – построить свое поведение так, чтобы не сталкиваться с факторами, вызывающими желание курить, а также найти курению сигарет адекватную замену.

Беседы специалиста, объясняющие необходимость для пациента бросить курить, подбадривающие и стимулирующие его к дальнейшим действиям, должны происходить при каждом визите. Продолжительность – от 6 месяцев до 1 года.

**Задачи специалиста на этом этапе:**

1. помочь пациенту в составлении плана отказа от курения;
2. стимулировать пациента самому установить дату отказа от курения;
3. подсказать пациенту, что необходимо предупредить свою семью, друзей, обычных партнеров по курению о том, что он бросает курить, и просить у них поддержки и помощи. Пациент должен попросить членов семьи и своих коллег не оставлять сигареты на видных местах, а также не курить в его присутствии. Это очень важно, особенно в первые 3 недели отказа от курения;
4. подготовить пациента к возможности наступления симптомов отмены, особенно в первые дни отказа от курения, хотя правильное назначение НЗТ препаратов должно максимально облегчить проявление симптомов или вообще их исключить. Один симптом – желание курить, будет длиться достаточно долго, периодически появляясь, к чему пациент должен приготовиться заранее;
5. рекомендовать пациенту убрать сигареты и другие курительные принадлежности из обычных их мест нахождения;
6. при «срыве» поддержать пациента и объяснить необходимость подготовки к новой попытке отказа от курения, проанализировать причины «срыва», учесть этот опыт;
7. рекомендовать пациенту значительно сократить или отказаться от алкоголя, особенно в первые недели отказа от курения, поскольку очень часто прием алкоголя является причиной неудачной попытки.

**Лечение. Медикаментозная терапия**

Включает в себя:

1. Рекомендации врачей и медицинского персонала;
2. Фармакотерапию;
3. Вспомогательные альтернативные методики.

Одновременно и обязательно следует проводить:

-лечение хронического бронхита и его обострений;

-профилактику сопутствующих заболеваний.

**Медикаментозное лечение**

Никотинзаместительная терапия (НЗТ) – назначение никотинсодержащих препаратов в форме:

- жевательной резинки;

- ингалятора;

- пластыря;

- назального спрея;

- таблеток.

**Цель терапии** – исключение или максимальное снижение симптомов отмены. НЗТ обязательно назначается пациентам, у которых степень никотиновой зависимости – 4 балла и более (таблица № 2).

**НЗТ состоит из 2-х компонентов:**

1. **Базовая терапия**, которая назначается для постоянного приема. Ее цель – поддерживать концентрацию никотина в крови у пациента на привычном для него уровне первые 1-2 недели, чтобы исключить симптомы отмены. Затем уровень базовой терапии постепенно снижается до полной ее отмены.
2. **Базовая терапия**

Цель никотинзаместительной терапии – исключение или максимальное снижение проявлений симптомов отмены. В настоящее время в России зарегистрированы и доступны практически все формы никотинсодержащих препаратов: пластырь, жевательная резинка, ингалятор. Важна правильная техника приема никотинсодержащих препаратов, особенно, это касается жевательной резинки и ингалятора.

Прием жевательной резинки заключается в ее медленном периодическом жевании в течение 30 минут. Никотинсодержащая жевательная резинка выпускается в двух дозировках – 2 мг и 4 мг со вкусом мяты и свежих фруктов.

Никотин из ингалятора извлекается в ротовую полость с помощью сосательных движений. Для поступления однократной дозы никотина, как правило, достаточно 2-3-х сосательных движений. Ингалятор имеет картриджи в дозе 10 мг. Картридж используется несколько раз и заправляется в ингалятор максимально на сутки.

Пластырь выпускается в дозе 25 мг, 15 мг и 10 мг и используется в течение 16 часов. Пластырь наклеивается сразу же после пробуждения и отклеивается перед сном, т.к. обычно ночью пациенты не курят и поступление никотина в ночное время может нарушать сон пациента. Пластырь рекомендуется накладывать на неповрежденный, чистый и сухой участок кожи.

Обычно необходимость в поддержании базового уровня никотина в крови требуется в первые 1-2 недели полного отказа от курения (максимальный срок – до 3х месяцев).

НЗТ в течение максимально 3 месяцев предполагает доставку в организм никотина с постоянно снижаемой дозировкой, но, в отличие от потребления табачных изделий, доза никотина в артериальной крови почти в 2 раза ниже. Кроме того, пациент перестает получать токсические, канцерогенные и ядовитые вещества табачного дыма.

Прием никотинсодержащих препаратов начинается со дня отказа от курения. С этого дня пациент не должен делать ни одной затяжки. Если произойдет рецидив курения, то начатый курс лечения заканчивается, анализируются допущенные ошибки и планируется новый курс.

1. **Дополнительный прием НЗТ** при наступлении или усилении симптомов отмены, а также при наступлении ситуаций, привычно вызывающих у пациента желание курить.

**Симптомы отмены**

Симптомы отмены могут фиксироваться ежедневно в течение месяца отказа, что позволит правильно подобрать дозу и длительность базовой терапии.

**Таблица № 5**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Симптомы | 1 день | 2 день | 3 день | 4 день | 5 день |
| сильное желание закурить |  |  |  |  |  |
| возбудимость |  |  |  |  |  |
| беспокойство |  |  |  |  |  |
| нарушение концентрации |  |  |  |  |  |
| раздражительность |  |  |  |  |  |
| ухудшение настроения |  |  |  |  |  |
| чувство гнева |  |  |  |  |  |
| депрессия |  |  |  |  |  |
| сонливость |  |  |  |  |  |
| головная боль |  |  |  |  |  |
| бессонница |  |  |  |  |  |
| тремор |  |  |  |  |  |
| потливость |  |  |  |  |  |
| улучшение аппетита |  |  |  |  |  |
| увеличение веса |  |  |  |  |  |
| усиление кашля |  |  |  |  |  |
| затруднение отхождения мокроты |  |  |  |  |  |
| чувство заложенности в груди |  |  |  |  |  |
| боли в мышцах |  |  |  |  |  |
| головокружение |  |  |  |  |  |

**Вспомогательные немедикаментозные методики**

**1. Аутогенная тренировка.** На фоне мышечного расслабления с пациентом проговаривают дополнительные формулы:

- Курение для меня яд. Табачный дым отравляет мой организм.

- Курить противно, отвратительно, мерзко.

- Табачный дым вызывает отвращение. Запах и вкус табака мне противен.

- Я спокоен, я совершенно спокоен. Отказ от курения вызывает радость и удовольствие.

- Сегодня я курил последний раз в жизни.

- У меня сильная воля. Я навсегда избавился от этой вредной привычки.

- Я спокоен, я уверен в своих силах.

- Я бодр и активен. Я полон энергии и счастья.

**2. Очистительное дыхание**. Выполняется натощак в хорошо проветриваемом помещении. В положении стоя (пятки и носки вместе, руки вдоль туловища) производится глубокий плавный вдох через нос с одновременным подъемом рук через стороны вверх. Выдох производится ртом через плотно сжатые губы. На выдохе тело наклоняется вперед, руки опускаются вниз к носкам стоп, имитируются движения выталкивания, сдавливания какого-то предмета, находящегося перед телом. Руки напряжены от ладоней до плеча. Дыхание брюшное, на вдохе живот выпячивается, на выдохе – втягивается.

**3. Водные процедуры**. Рекомендуются все виды водных процедур, если нет противопоказаний (баня, плавание в бассейне, контрастный душ и т.п.).

1. **Диетические рекомендации**. Необходимо:

- исключение продуктов, усиливающих желание курить (алкогольные напитки, крепкий чай и кофе, острые и соленые продукты) на срок не менее 1 месяца с момента отказа от курения;

-увеличение потребления овощей и фруктов с целью восполнения витаминов;

-увеличение приема жидкостей до 2,5-3 литров в сутки с целью снятия интоксикации;

-профилактика нарастания массы тела. Соблюдение диеты будет эффективнее, если её сочетать с увеличением физической активности.

1. **Увеличение физической активности**. Показано всем пациентам в период отказа от курения.

**Все перечисленные методы, в зависимости от показаний, можно комбинировать**.

**Профилактика обострения хронического бронхита курильщика**

Усиление респираторных симптомов свидетельствует об обострении хронического бронхита. Эти симптомы: затруднение дыхания и отхождения мокроты, усиление кашля. Их появление является одной из причин возобновления курения. Это позволяет отнести обострение хронического бронхита к симптомам отмены, возникающим при отказе от курения табака.

Возникновение обострения хронического бронхита может быть объяснено изменением реологических свойств мокроты, которое связано с изменением свойств слизи, продуцируемой бокаловидными клетками, отсутствием «привычной стимуляции» реснитчатого эпителия бронхов, приводящей к снижению мукоцилиарного клиренса, или снижением стимуляции дыхательного центра повышенным содержанием никотина в крови.

Всем пациентам с выявленным хроническим бронхитом курильщика для профилактического и корригирующего лечения обострения, в первые 4 недели отказа от курения целесообразно назначать препараты, воздействующие на реологические свойства мокроты и способствующие ее отхождению.

**Рекомендованная частота встреч со дня отказа от курения при длительной программе отказа от курения:**

**1 месяц:**

1 визит – назначение НЗТ, назначение терапии хронического бронхита курильщика.

2 визит через 3 дня. Оценка симптомов отмены, оценка возможного обострения хронического бронхита курильщика.

3 визит еще через 3 дня. Оценка симптомов отмены, оценка возможного обострения хронического бронхита курильщика.

4 визит через неделю. Оценка симптомов отмены, коррекция НЗТ. Лечение хронического бронхита курильщика.

5 визит еще через неделю. Оценка симптомов отмены, коррекция НЗТ. Лечение хронического бронхита курильщика.

6 визит еще через неделю. Возможное начало снижения НЗТ.

**2 месяц:**

Все визиты через 2 недели. Оценка симптомов отмены. Снижение НЗТ в зависимости от самочувствия пациента. Поддерживающие беседы.

**3 месяц:**

Визиты через 2 недели, если продолжает прием НЗТ. Оценка симптомов отмены. Снижение НЗТ в зависимости от самочувствия пациента. Поддерживающие беседы.

**4, 5, 6 месяцы:**

Визиты через месяц. Поддерживающие беседы. Если длительность НЗТ у пациентов превысила 4-5 месяцев и больше, то лечебная программа продолжается до года.

**Пример:** Пациент, 39 лет, курит с 19 лет, ИКЧ-30 пачка/лет:

никотиновая зависимость - очень высокая (9 баллов);

мотивация к отказу от курения – высокая (7 баллов);

мотивация курения - стимуляция, потребность, поддержка.

**График интенсивности курения в течение суток у пациента**

Анализ интенсивности курения в течение суток показал, что пациент курил преимущественно в утренние часы, а также после приема пищи.

Основываясь на анализе статуса курения, пациенту была назначена НЗТ: базовая – жевательная резинка в дозе 4 мг каждые 1,5 часа, и дополнительная – ингалятор. Всего ежедневно пациент получал НЗТ в дозе 60 мг.

Лечебная программа проводилась в течение 6 месяцев, с контрольными визитами на 3, 7, 14, 30, 60, 90 и 180 дни лечения, во время которых проводились беседы, исследование функции внешнего дыхания и коррекция дозы НЗТ в зависимости от интенсивности симптомов отмены.

Ежедневная доза НЗТ снижалась постепенно, в соответствии с динамикой проявления симптомов отмены. Доза НЗТ к 30 дню лечения была уменьшена до 30 мг в сутки, а к 90 дню прием препаратов был прекращен. Пациент полностью закончил программу по лечению табачной зависимости, воздержавшись от курения в течение 6 месяцев. Наряду с проведением НЗТ пациенту проводилось профилактическое лечение хронического бронхита курильщика.

**Б. Короткая лечебная программа для пациентов, не желающих бросить курить**

Короткая лечебная программа (Программа снижения интенсивности курения) предназначена для пациентов со слабой мотивацией или не желающих бросить курить, но не отвергающих эту возможность в будущем (степень мотивации 4-6 баллов).

**Беседы.** Эту программу можно предложить пациентам, желающим снизить интенсивность курения и степень никотиновой зависимости. Длительность короткой программы ‒ от 1 до 3 месяцев. Большим положительным результатом данной программы является то, что пациент постепенно привыкает жить без сигарет, снижается психологическая зависимость, мотивация к отказу от курения усиливается.

Лечение в течение 1 месяца позволяет снизить интенсивность курения в среднем в 1,5 раза. Лечение в течение 3 месяцев – в 2-3 раза, а некоторые пациенты снижают интенсивность курения до нескольких сигарет в неделю.

Короткая программа строится по тем же принципам, что и длительная: из периодических бесед врача, из стратегии поведения пациента, НЗТ, профилактики обострения и лечения хронического бронхита курильщика.

Частота визитов при короткой программе совпадает с частотой визитов при длительной программе. Короткая программа длится не менее месяца и далее по желанию пациента.

**Стратегия поведения пациента** разрабатывается врачом и пациентом на базе оценки мотивации к курению и результатов бесед. Основная цель - избегать столкновения с факторами, вызывающими желание курить, а также найти курению адекватную замену.

Цель НЗТ короткой лечебной программы – исключение или максимальное снижение проявлений симптомов отмены. Как и длительная программа, она состоит из базовой и дополнительной терапии, а также профилактики обострения хронического бронхита. Лечение длится не менее месяца и часто заканчивается с окончанием базовойтерапии.

**Основные принципы программы:**

1. Пациент пробует жевательную резинку и ингалятор и выбирает препарат, которым он будет пользоваться в дальнейшем. Возможна комбинация препаратов.

2. Для начала программы лучше рекомендовать использовать определенный временной интервал для отказа от использования сигарет. Например, пациент предпочитает не курить на работе или дома. Возможно чередование курения сигарет и использование НЗТ.

3. Также как при длительной лечебной программе, рекомендуется использовать жевательную резинку в дозировке 2 или 4 мг в зависимости от степени никотиновой зависимости.

4. Несмотря на прием НЗТ, в течение дня пациент может выкуривать столько сигарет, сколько ему необходимо для ощущения полного комфорта.

5. Врач должен обязательно предупредить пациента об опасности передозировки никотинав случае одновременного или почти одновременного использования НЗТ и сигарет. Это может произойти в связи с тем, что поступление никотина из ротовой полости в кровь при приеме НЗТ происходит значительно медленнее, чем в легких из сигаретного дыма.

6. Пациент самостоятельно должен регулировать прием НЗТ и курение сигарет, снизить количество ежедневно выкуриваемых сигарет.

При каждом визите врач должен поддерживать пациента в его решении сократить интенсивность курения, а также убеждать его в необходимости более интенсивных курсов лечения табачной зависимости, используя все возможные аргументы.

**Дополнительные методы усиления мотивации к отказу от курения**

**Домашнее задание № 1**

**Пример 1.** Утром, не поднимаясь с кровати, измерить частоту пульса и артериального давления (АД). После первой утренней сигареты повторно измерить частоту пульса и АД.

По итогам исследований должно у всех получиться увеличение частоты пульса и повышение АД на 5-15 единиц.

**Пример 2.** У пациента, не курившего с утра, считают пульс, затем просят его сделать 10-15 приседаний, после чего сразу же производят повторный подсчет числа сердечных сокращений. Измеряют пульс через каждые 60 секунд до тех пор, пока он не достигнет своего исходного уровня. Время, которое потребовалось на восстановление частоты сердечных сокращений, записывается на доске.

Затем пациент выкуривает сигарету, и спустя 5 минут повторяют исследование. Присутствующие наблюдают, как медленно восстанавливается пульс после физической нагрузки на фоне отравления никотином.

**Домашнее задание № 2**

В течение суток отмечать на графике количество выкуренных по часам сигарет.

**Проверка домашнего задания.**

Рисуются графики интенсивности курения и обсуждаются в аудитории. Каждый пациент приходит к пониманию, в какие часы суток он курит большее количество сигарет, и с этого момента начинает снижать количество выкуриваемых сигарет и применять НЗТ именно в эти часы.

**Домашнее задание № 3. Расчет материального убытка**

Помимо вреда для здоровья курение приносит материальный убыток. Рассчитайте, сколько денег пациент мог бы сэкономить, если бы отказался от сигарет.

Количество пачек, выкуренных за день, х на стоимость одной пачки сигарет х на 365 дней. Пример: 1 пачка сигарет стоит 50 рублей. Пациент выкуривает в сутки 1 пачку.

Расчет:

50 рублей х 365 дней = 18250 рублей в год. Если эту сумму умножить на количество лет курения, то пациент наглядно увидит, сколько денег за свою жизнь он потратил на принесение вреда своему здоровью.

**Домашнее задание (последующие дни):**

- отказаться от первой утренней сигареты. Закурить только по приходу на работу;

- продолжать составлять график интенсивности курения;

- в соответствии с графиком уменьшить количество выкуриваемых сигарет в те часы, когда наблюдается наиболее интенсивное курение;

- стараться выкуривать по половине сигареты.

1. **Обзор медикаментозной терапии**

Из медикаментов разрешены на территории Российской Федерации и успешно применяются никотинзаместительная терапия и, препарат, не содержащий никотин, специально разработанный для лечения никотиновой зависимости - варениклин.

Возможности фармакотерапии в успешном отказе от курения рассматриваются, как правило, на втором занятии, особое внимание необходимо отвести их роли в борьбе с синдромом «отмены».

Все препараты, которые на сегодняшний день предлагает фармацевтическая промышленность, можно разделить на две группы:

**Никотиноподобные – в их составе имеется никотин:** Никоретте, Табекс, Гамибазин, Цитизин – все эти средства относятся к данной группе. Принцип действия основан на заместительной терапии. При приеме препарата в организме начинают происходить процессы, которые схожи с биохимическими процессами, возникающими при курении. У человека появляются схожие ощущения, и потребность выкурить сигарету отпадает. Важен тот факт, что при приеме препарата также возникают побочные эффекты – организм вырабатывает четкую установку, что это ощущение вредит здоровью. Со временем и сам человек понимает, что курить не стоит, вредная привычка забывается.

Также стоит упомянуть еще об одном факторе, который делает вышеперечисленные средства эффективными. Н-холинрецепторы очень чувствительны к чрезмерному раздражению. Почти каждый курильщик знает: если выкурить лишнюю сигарету, сразу же появляется головокружение, сухость во рту, учащается дыхание. Сочетание приема препарата и курения вызывает значительное раздражение н-холинорецепторов, что проявляется нарушением сна, сухостью во рту, мигренью, головокружением. Противопоказания к приему таких препаратов: сердечная недостаточность, панкреатит, атеросклероз, повышенное АД, язвенная болезнь и заболевания ЖКТ.

**Безникотиновые – в их составе никотин отсутствует:**

- антидепрессанты: бупропион (Цибан);

- агонисты н-холинорецепторов (Варениклин). В основе препарата – особое вещество под названием «варениклин». Он влияет на определенные зоны головного мозга, за счет чего снижается влечение к табакокурению. При курении человек может чувствовать ухудшение самочувствия, и на подсознательном уровне понимает, что пора бросить пагубную привычку, поскольку удовольствия она больше не приносит. Ослабляет симптомы отмены, но имеет побочные эффекты, среди которых: вялость, сонливость; тошнота и боли в желудке; головокружения; инсомния.

При приеме данных препаратов пропадает удовольствие от курения, стабилизируется эмоциональный фон – при стрессовой ситуации у человека отпадает желание выкурить сигарету, снижается выраженность никотиновых ломок, то есть при отказе от курения человек не чувствует раздражительности, усталости.

**КОНТАКТНАЯ**

**ИНФОРМАЦИЯ**

****

**Сайт: http://chocmp.ru**

**Почта:** [**chocmp@yandex.ru**](mailto:chocmp@yandex.ru)

**Телефон: 8 (351) 232-79-74**

**Группа в ВК:**

**Территория здоровья |Южный Урал**

**Всероссийская телефонная линия помощи**

**в отказе от курения:**

**8-800-200-0-200**

**Сайт: какброситькурить.рф**