

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР ПО КОНТРОЛЮ ЗА ТАБАКОМ

Табак или здоровье

Методическая, психологическая
и медикаментозная помощь лицам,
отказывающимся от курения

Самара, 2007

Составители:

Малыпин Ю.А. главный врач Самарского областного центра медицинской профилактики,

Пшевский В.В. Руководитель Ресурсного центра по контролю над табаком Самарского областного центра медицинской профилактики

Подготовлено на основании материалов:

Научно исследовательского института пульмонологии,

Всемирного форума «Здоровье или табак»

Руководство предназначено:

для правильной организации работы врачей общей практики и участковых терапевтов по оказанию помощи лицам, решившим отказаться от курения; организации дружественной поддержки, доверия, обсуждения проблем и лучшего понимания материала;

проведения дополнительных дискуссий по проблемам, возникающим в ходе программ по отказу от курения

Методическая, психологическая и медикаментозная помощь

лицам, отказывающимся от курения

Введение

Курение - одна из наиболее значимых проблем современного здравоохранения.

Курение табака является основной причиной заболеваний и преждевременной смерти людей в мире.

По данным конференции ООН по торговле и развитию, курильщики во всем мире расходуют ежегодно на покупку четырех триллионов сигарет от 85 до 100 миллиардов долларов. В среднем на каждого жителя земли приходится по 1000 сигарет в год. Если учесть, что в процессе курения принимают невольное участие пассивные курильщики, курение можно назвать общепланетарным явлением

Каждый день от последствия курения умирают 10000 человек, каждый год - около 4 млн. Учитывая динамику прироста курильщиков, эксперты прогнозируют, что жертвами табака к 2020 году ежегодно станут 10 млн. чел. Частота курения в России одна из самых высоких среди индустриально развитых стран, особенно среди Мужчин трудоспособного возраста - 70,5% являются регулярными курильщиками.

Тревожна тенденция к росту числа курящих среди детей и подростков. В возрасте 16-17 лет курят 45% юношей и 16% девушек.

52,1% всех раковых заболеваний у мужчин связано с курением табака. В связи с увеличением потребления табака заболеваемость раком легких в стране выросла в 10 раз, 20-30% случаев смерти от ишемической болезни сердца и 10-15% заболеваний сосудов головного мозга также непосредственно связано с курением. В России ежегодно от причин, связанных с табакокурением, умирает 300000 чел. При этом в возрастном интервале 35-69 лет 42% всех случаев смертей связано с курением.

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

Табачная зависимость - это болезненный процесс, требующий длительного лечения, наблюдения за ним, предупреждения рецидивов. Курильщик должен знать о вредном влиянии табака на здоровье окружающих, верить лечащему врачу, и ему должны помогать окружающие на работе и дома.

Для своего собственного выживания табачной индустрии необходимо ежегодно

рекрутировать новых курильщиков, чтобы заменить тех, кто умирает от вызванных табаком болезней. Само выживание индустрии зависит от новых потребителей подросткового возраста.

Немногие начинают курить, будучи взрослыми. Дети являются наиболее важной целью табачной индустрии.

Дети по всему миру окружены табачными рекламными объявлениями, изображающими потребление табака веселым, утонченным, современным и западным.

Реклама также шлет сообщение о том, что курение является «взрослым» поведением и представляет сигареты в качестве признака независимости и зрелости. Без решительных мер табачная эпидемия только усилится.

Самарским областным центром медицинской профилактики в рамках профилактической работы о вреде курения, в детских оздоровительных лагерях в 2006 году проводилось анкетирование детей в возрасте от 9 до 15 лет.

Получены следующие результаты: **Постоянно курят** 65,6%, иногда 8,4%.
Впервые закурили:

- в возрасте до 8 лет - 28%;
- в возрасте до 15 лет - 50%;
- не помнят, с какого возраста - 22%.

Средний возраст, когда дети начали курить - 9,5 лет и это крайне тревожно.

Начали курить:

- из любопытства - 46,5%;
- предложили в компании - 36,5%;
- по предложению родственников - 9%;
- нет ответа - 8%

Для большинства детей (48,5%) курение - это привычка, от которой трудно избавиться;

- 9% - способ поддержать компанию,
- по 2% от нечего делать и для успокоения,
- 37,% не находят ответа почему они курят и лишь 1% нравится.

Отмечается высокий процент (от 10 до 23 в разных возрастных группах) употребляющих большое количество сигарет (1 пачка и более в день).

Существует несколько сложных и взаимосвязанных причин того, почему дети начинают курить. На них оказывает влияние то, что они видят взрослых, начиная от членов семьи и кончая кинозвездами и героями спорта, которые курят. Неоправданно высокая часть учителей и медицинских работников курит.

Мы можем говорить детям, что не хотим, чтобы они курили, но наши действия свидетельствуют о противоположном. Очень важно в раннем возрасте с детьми проводить профилактическую работу о вреде курения людьми, чье мнение и модели поведения являются определяющими при принятии решения. Взрослые должны подавать пример, а те, кто отвечает за формирование политических мер, несут особую ответственность за создание условий для свободной от табака обстановки.

Главная идея в борьбе с курением заключается в информировании детей, подростков о вреде курения до того, как они закурят первую сигарету. Это должно быть сделано интересно, доходчиво, не вызывая сомнений. В целом успех борьбы с курением будет зависеть от того, какое значение придает ему сам врач, персонал медицинского учреждения. Серьезное отношение к этому фактору, всесторонняя поддержка значительно увеличивают вероятность успеха. Всесторонние меры и программы политики контроля над табаком работают в некоторых странах. К этим мерам относятся:

1. Широкие антитабачные просветительские программы;
2. Более высокие налоги на табачные изделия;
3. Полный запрет табачной рекламы и спонсорства;
4. Постановления о свободных от табака школах и общественных местах;

5. Профилактическая деятельность медицинских работников.

К возрасту 35 лет главная причина курения людей - это безрезультатность предыдущих попыток бросить курить.

Прекратить курить не легко. 70 % курильщиков говорят, что они хотели бы прекратить курить. Более 97% попыток прекращения курения длятся менее 6 месяцев. Приблизительно 70% возобновляют курение, прекращенное после серьезных проблем со здоровьем, вызванных курением.

Лица с табачной зависимостью нуждаются в специализированной медицинской помощи, т.к. уровень самостоятельного прекращения курения на 1 год без посторонней помощи составляет 2-3%. Чтобы бросить курить, надо осознать, что без этого можно жить и жить лучше. Бросить курить - это полдела, а вот не закурить в течение первых 5-ти лет, не поддаться рефлексу, бездумному желанию, особенно в кризисной ситуации - это вторая половина дела.

Никотин быстро включается в процесс обмена веществ у человека и становится необходимым, а человек никотинозависимым.

Ядовитые вещества, содержащиеся в табачном дыме, кровь разносит по нашему организму за 21-23 сек, а никотин и продукты его распада выделяются с мочой на протяжении 10-15 часов после курения.

В табаке смолистые вещества содержатся в значительных количествах. При курении они легко попадают в организм. Подсчитано в год, при выкуривании пачки сигарет в день, человек поглощает до 700 грамм дегтя, в котором насчитывается до ста канцерогенных продуктов, самым опасным из них является бензопирен.

До недавнего времени никотин считался табачным ядом номер один. Сейчас на первое место по своей токсичности выходят радиоактивные изотопы табака.

Радиоактивные вещества табачного дыма избирательно накапливаются в легочной ткани, костном мозге, лимфатических узлах, эндокринных железах, задерживаясь там на многие месяцы и годы. Табачные радиоизотопы, особенно полоний -210 и свинец -210 - главная причина развития злокачественных опухолей. Они являются основной причиной генетических нарушений у курящих. Человек, выкуривающий за день 20 сигарет, получает такую же дозу радиации, как если бы ему сделали 200 рентгеновских снимков в год.

Другой важный компонент табака - диоксид азота - также канцерогенно активен.

Токсичность табачного дыма превышает таковую выхлопных газов автомобиля в 4, 5 раза.

Пассивное курение так же, как и активное, и даже еще в большей степени:

- представляет серьезную угрозу, особенно для женщин и детей;
- приводит к нарушениям репродуктивной функции женщин (фригидность даже среди выкуривающих не более десяти сигарет ежедневно, становится все более массовым явлением);
- приводит к распаду витаминов, депрессивному эффекту для иммунной системы (в первую очередь у детей), что делает организм менее приспособленным к поражающим факторам внешней среды.

Опасным химическим соединением табачного дыма является -угарный газ. В основном, по его вине у курящих развивается ишемическая болезнь сердца. Угарный газ приводит к постепенному возникновению кислородной недостаточности в организме курящих.

Среди пассивных курильщиков так же заметно возрастает число сердечно -сосудистых заболеваний, в том числе ишемическая болезнь сердца с более высокой предрасположенностью к инфаркту миокарда.

Поводы для курения, о которых сообщают сами курильщики: снятие стресса, облегчение скуки, помощь при концентрации, помощь в социализации, удовольствие, контроль массы тела. Они могут способствовать срыву в любое время.

Исследования не смогли продемонстрировать, что курение помогает при стрессе, но стресс действительно повышает уровни курения.

Курение сигарет у большинства людей соответствует критериям зависимости.

Сигареты поставляют никотин, который действует как положительное подкрепление.

Адаптация к хроническому потреблению никотина ведет к дискомфорту во время воздержания, который облегчается никотином.

Обусловливание ведет к тому, что связанные с сигаретой стимулы нравятся.

Ситуации, связанные с курением, запускают желание закурить.

Восприятие связанных с курением изменений настроения создает иллюзию эффекта снятия стресса, что может провоцировать повторение.

Задача первичной медицинской помощи состоит в том, чтобы довести до сведения населения необходимую информацию, рекомендовать курильщикам прекратить курить и предоставить помощь в лечение табачной зависимости.

При осуществлении мероприятий по борьбе с курением необходимо принимать во внимание следующие положения:

1. Информировать курящего о положительном влиянии на здоровье отказа от курения и вообще о влиянии на здоровье человека.

2. Информировать о самой привычке к курению, способах отказа от курения, ведущей роли самого курильщика в поддержании и укреплении своего здоровья. Предлагать пациентам, имеющим в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, заболевания бронхолегочной системы и риск их развития, методики отказа от курения.

3. Оказывать поддержку бросившему курить, особенно в первое время, когда возможно кратковременное ухудшение самочувствия, демонстрацию положительного влияния отказа от курения на здоровье самого пациента.

4. В работе медицинского учреждения должно четко прослеживаться отрицательное отношение к курению, несовместимость курения и здоровья, подчеркиваться, что некурение - это нормальное состояние человека.

Информацию о компонентах табачного дыма и его отрицательном влиянии на здоровье человека представить в уголке (стенде) по профилактике заболеваний (также и другую информацию, предложенную в данном пособии).

При выборе отказа от курения необходимо учитывать:

- стадию курения а, следовательно, предполагаемую тяжесть табачной абстиненции;

- пол, возраст, соматическое состояние курящего;

-тип курения.

Стадия курения определяется степенью толерантности к табаку. Могут быть выведены следующие стадии:

Стадии случайного (1), привычного (2), пристрастного (3) курения.

На 1 стадии - стаж курения 5-10 лет, в среднем употребляется 5 сигарет в день. Курение случайное, зависит от ситуации.

Курящие испытывают лишь психологическую зависимость от табака. Как правило, соматические заболевания на этой стадии отсутствуют, возможны лишь слабо выраженные вегето-сосудистые изменения. При отказе от курения абстиненции нет.

Вегето-сосудистые изменения обратимы.

На 2 стадии - стаж курения 10-20 лет - курят, затягиваясь, от 5 до 20 сигарет в день, зависимость от сигарет уже отчасти физиологическая, толерантность к табаку повышена. На этой стадии у курящих отмечается соматическая патология, многие ее проявления обратимы. Отказ от курения сопровождается выраженными симптомами абстиненции.

На 3 стадии - стаж курения больше 20 лет - выкуривается более 20 сигарет в день, курение бывает натошак, среди ночи. На этой стадии преобладает физиологическая

зависимость от табака, влечение курить непреодолимое, толерантность высокая. Соматоневрологическая патология встречается практически у всех курящих. Отказ от курения сопровождается симптомами тяжелой абстиненции.

Основные принципы подхода к методу отказа от курения

Опрос, совет, оценка стадии, статуса и типов курения, помощь.

1. Табачная зависимость требует повторного лечения.
2. Врач должен оценить степень зависимости и риск развития заболеваний, документировать и предложить каждому курящему один из курсов лечения, а именно:
 - индивидуальную, длительную лечебную программу, целью которой является полный отказ от курения;
 - короткий лечебный курс с целью снижения употребления табака и усиления мотивации.
3. Даже неудачная попытка снижает уровень потребления и усиливает мотивацию.
4. Программа должна включать интенсивные беседы врача и пациента.
5. В программу должна быть включена фармакотерапия с использованием никотин содержащих препаратов (НСП).
6. В программу должна быть включено лечение хронического бронхита.

Оценка статуса курения

По результатам оценки пациент должен быть отнесен к одной из 4-х групп:

1. Постоянно курящие, твердо желающие бросить курить.
 2. Постоянно курящие, не желающие бросить, но не отвергающие такую возможность.
 3. Постоянно курящие, отвергающие такую возможность.
- Курящие не регулярно.

Оценка статуса курения включает'. \. Оценку стажа курения как фактора риска развития заболеваний.

2. Оценку степени никотиновой зависимости.
3. Оценку степени мотивации.
4. Оценку мотивации.
5. Оценку суточной интенсивности и стереотипа курения табака.

Оценка стажа курения

Проводится по индексу курящего (ИК), который рассчитывается по формуле:

$$ИК = (\text{кол-во сигарет в день}) \times \text{количество лет курения} / 20$$
 Оценка риска развития заболеваний проводится по индексу курящего (кол-во сигарет в день) $\times 12$. Результат выше 140 указывает на высокий риск хронических обструктивных болезней легких.

Оценка степени никотиновой зависимости.

Тест Фагерстрема.

Вопрос	Ответ .	Очки
Как скоро после того как вы проснулись выкуриваете первую сигарету	Первые 5 мин.	3
	6-30мин.	2
	30-60мин.	1
	через 1 час	0

Сложно ли для вас воздержаться от курения в местах где курение	Да Нет	1 0
От какой сигареты не можете легко отказаться	Первая утром Все остальные	1 0
Сколько сигарет 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 2
Курите ли вы, если сильно больны и вынуждены находится в кровати целый день	Да Нет	1 0

Коэффициент:

0-2 - очень слабая зависимость

3-4 - Слабая зависимость

5 - средняя

6-7 -Высокая

8-10 - Очень высокая

Оценка степени мотивации

вопрос	ответ	баллы
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
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 больше 6 - высокая мотивация и можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.

Сумма от 4 до 6 означает слабую мотивацию — предложить короткую программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

Сумма ниже 3 - отсутствие мотивации можно предложить программу снижения интенсивности курения.

Оценка мотивации к курению

	всегда	часто	Время от времени	редко	никогда
--	--------	-------	------------------------	-------	---------

А. Я курю, чтобы оставаться бодрым	5	4	3	2	1
В. Держание сигареты в руке - составная часть удовольствия, получаемого от курения	5	4	^	2	1
С. Курение сигарет является приятным и расслабляющим.	5	4	3	2	1
Д. Я закуриваю сигарету, когда злюсь на кого ни будь	5	4	^	2	1
Е. Когда у меня заканчиваются сигареты, это почти не выносимо, пока я не смогу иметь их	5	4	3	2	1
Ф. Я курю автоматически даже не осознавая это	5	4	3	2	1
Г. Я курю для стимуляции, что бы взбодриться	5	4	3	2	1
Н. Часть удовольствия от курения	5	4	3	2	1
І. Я нахожу курение сигарет приятным.	5	4	3	2	І
Ж. Когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а), я закуриваю сигарету.	5	4	3	2	1
К. Когда я не курю сигарету, я очень четко осознаю этот факт.	5	4	3	2	1
Л. Я закуриваю сигарету неосознанно, когда одна еще лежит в пепельнице.	5	4	3	2	1
М. Я закуриваю сигарету, что бы почувствовать воодушевление, подъем.	5	4	о	2	І

Н. Когда я закуриваю сигарету, часть удовольствия я получаю от вида вдыхаемого дыма	5	4	3	2	1
О. Больше всего мне хочется курить, когда я чувствую себя комфортно и расслаблено.	5	4	3	2	1
Р. Когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог, Я курю	5	4	3	2	1
Q. Я испытываю настоящий терзающий голод по сигарете, когда некоторое время не курю.	5	4	3	2	1
Р. Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарету и не помню когда я закурил(а).	5	4	3	2	1

Преобладающие факторы курения оцениваются по сумме баллов:

1. Желание получить стимулирующий эффект от курения: **A+G+M**
2. Потребность манипулировать сигаретой: **B+H+N**
3. Желание получить расслабляющий эффект: **C+I+O**
4. Использование курения как поддержку при нервном напряжении: **D+J+P**
5. Существует сильное желание курить: психологическая зависимость: **E+K+Q**
6. Привычка: **F+L+R**

Сумма может варьироваться от **3** до **15**:

1. Слабая зависимость - до **7** баллов.
2. Средняя - **7-11**.
3. Сильная - выше **11** баллов.

Анализ позволит выделить факторы, стимулирующие пациентов к курению. Разобраться в причинах и спланировать, как нужно изменить поведение, подготовить к тому, что отказ приводит к изменению стиля поведения. Основным для периода отказа от курения должен стать лозунг: **«Учись жить по-новому»**.

Оценка суточной интенсивности и стереотипа курения

Проводится индивидуально желательно с графическим отображением. По оси абсцисс - время суток, по оси ординат - количество выкуриваемых сигарет по часам. График является основой для приема НСП. Дозирование должно максимально соответствовать стереотипу курения, что существенно скажется на успехе проводимой программы лечения. Выделяют 6 типов 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 работа не ладится по причинам физического или психического переутомления. У курящих данного типа часто обнаруживается астения или симптомы вегето-сосудистой дистонии.

«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, сорт сигарет. В основном курит в ситуациях общения, «за компанию», от нечего делать. Курит мало, обычно 2-3 сигареты в день.

«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.

«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.

«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.

«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.

В зависимости от стадии курения, типа курения, возраста, соматического состояния отказ от курения может быть *одномоментным* или *постепенным*.

Методы воздействия: *медикаментозный, иглорефлексотерапия, психотерапевтический, дыхательная гимнастика, водные процедуры, увеличение физической активности, диетотерапия.*

Методы заместительной терапии основаны на принципе замены физиологического и психологического действия табака на курящего. К данным методам можно отнести лечение антиникотиновыми препаратами.

Методы, позволяющие выработать отвращение к табаку или процессу курения.

Среди этих методов можно выделить методы фармакологического, нефармакологического иглорефлексотерапия, психотерапевтического аутотренинг воздействия.

Отвращение к табаку вырабатывается 4-8 разовым полосканием полости рта непосредственно перед курением следующими средствами:

- Свежеприготовленным 5% отваром корневища змеевика (10г на 200мл воды);
- Раствором пищевой соды (1ст.ложка на 1 стакан воды);
- 1% или 2% раствором танина;
- Отваром овса (10 г на 200 мл воды).

Иглорефлексотерапия (ИРТ). Используется аурикулярная методика (воздействие

наточки ушной раковины) (С.Г.Руднев, 1980). Курс состоит из 3-5 сеансов по 30 минут. Перед проведением ИРТ пациент не должен курить в течении 8-Ючасов. Лечение проводится в 10 точках. Первые 7 точек берутся по краю ушной раковины, которые идут снизу вверх, 8-я - «О» точка, расположенная в центре ушной раковины на ножке, 9-я точка находится у основания и позади козелка и его задней части. 10-я - точка агрессивности, расположенная на мочке уха.

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

1. Курение для меня яд. Табачный дым отравляет мой организм.
2. Курить противно, отвратительно. Мерзко.
3. Табачный дым вызывает отвращение. Запах и вкус табака мне противны.
4. Я спокоен, я совершенно спокоен. Отказ от курения вызывает радость и удовольствие.
5. Сегодня (вчера) я курил последний раз в жизни.
6. У меня сильная воля. Я навсегда избавился от этой вредной привычки.
7. Я спокоен, я уверен в своих силах. Я бросил курить навсегда.
8. Я бодр и активен. Я полон энергии и здоровья.

Лечение абстинентного синдрома.

Для снятия абстинентного синдрома используются: *ИР Т, психотропные препараты, дыхательная гимнастика, водные процедуры, диетотерапия.*

В период абстиненции почти у всех бросающих курить отмечаются астено-невротические проявления либо в виде повышенной раздражительности, вялости, рассеянности, «навязчивостей», астении, либо в форме гневливости, злобности, дисфоричности. Для снятия подобных проявлений абстиненции рекомендуется проводить витаминотерапию, самомассаж, различные водные процедуры, аутотренинг.

Медикаментозное лечение.

В первые дни отказа от курения, в зависимости от проявлений абстинентного синдрома, возможно назначение следующих психотропных препаратов или их сочетаний.

Нейролептики. Транквилизаторы. Средства, стимулирующие центральную нервную систему (пирацетам или ноотропил). Пирацетам(ноотропил) нормализует обменные процессы мозга, повышает устойчивость мозга к гипоксии и токсическим воздействиям. Назначают внутрь в таблетках по 0,4 по 2 таблетки в день.

Средства, восстанавливающие тканевой обмен. В период отказа от курения, для восполнения дефицита витаминов в организме, всем бросающим курить необходимо назначать «Декамевит» по 2 таблетки 2 раза в день. Курс лечения - 20 дней. Можно рекомендовать также в течение 10 дней принимать аскорбиновую кислоту по 0,1 г в день, витамин А (ретинола ацетат) по 5000 МЕ в таблетках или капсулах, отвар шиповника.

Немедикаментозные средства.

Дыхательная гимнастика. Всем пациентам при отказе от курения рекомендуется *очистительное дыхание.*

Очистительное дыхание выполняется в хорошо проветриваемом помещении, утром натощак. В положении стоя (пятки и носки стоп 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, имитируется движение вталкивания, сдавливания какого-то предмета, находящегося перед телом. Руки напряжены от ладоней до плеч. Дыхание брюшное, на вдохе живот выпячивается, на выдохе - втягивается. Упражнение выполняется утром, натощак 3 раза в день.

Успокаивающее дыхание (релаксационная гимнастика): дыхание

брюшного типа, выполняемое в определенном темпе. Темп дыхания регулируется счетом самого тренирующегося.

Водные процедуры. Всем желающим отказаться от курения, учитывая их соматическое состояние, в первый день отказа от курения и затем в течение 3 месяцев можно рекомендовать посещать баню, особенно парное отделение, что ускорит снятие интоксикации.

Рекомендуются все типы водных процедур, если нет противопоказаний. Соблюдение определенных **диетических рекомендаций** также облегчает отвыкание от курения. Диетические рекомендации во время отказа от курения сводятся к следующему:

1. 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.

2. Увеличение потребления овощей и фруктов с целью восполнения дефицита витаминов (зелень, морковь, яблоки и другие фрукты более 600 грамм в день).

3. Увеличение приема жидкости до 2,5-3,0 литров в день с целью снятия интоксикации.

4. Профилактика нарастания массы тела, вследствие снятия интоксикации. Соблюдения диеты будет эффективнее, если сочетать с увеличением физической активности.

Увеличение физической активности показано всем пациентам в период отказа от курения. Степень увеличения физической активности определяется с учетом клинического состояния пациента.

Все перечисленные методы в зависимости от показаний необходимо комбинировать.

Считают, что успешность индивидуального лечения никотинизма зависит от успешности выбора терапии и умения врача разобраться в личности курящего, установить причины курения.

Выбор метода воздействия.

Курильщикам 1 стадии, а также лицам с типом курения «игра с сигаретой» можно рекомендовать одномоментный отказ от курения.

Пациентам, находящимся на 2 стадии курения, можно рекомендовать одномоментный отказ от курения с применением игло-рефлексотерапии или специальной жевательной резинки, пластыря и т.д. желателно рекомендовать лицам, выкуривающим более 20-25 сигарет в день. **Желающим отказаться от курения на 3 стадии**, с типом курения «жажда», а также лицам пожилого возраста и лицам, имеющим противопоказания к известным методам лечения курения, можно рекомендовать способы постепенного отказа о курения. Бросающему курить следует объяснить, что это время ему необходимо для изучения своей привычки, анализа ситуаций, провоцирующих курение позволяет постепенно снижать концентрацию никотина в крови, и полный отказ от курения не вызовет явлений абстиненции.

Следует особо подчеркнуть, что срок от момента принятия решения бросить курить до полной его реализации не должен превышать 1-1,5 месяца.

Бросающим курить постепенно, можно посоветовать следующее:

1. Прежде всего, решите, почему вам надо отказаться от курения. Составьте список причин. По крайней мере, утром и вечером просматривайте его, по возможности изменяя и дополняя этот список.

2. Выберите себе дату отказа от курения. Не ищите причин для того, чтобы отложить осуществление намеченной цели на бо лее поздний срок.

3. Решите, будете ли вы бросать курить сразу или постепенно. Если вы решили бросать постепенно, то выработайте себе промежуточные цели на пути к окончательному отказу от курения. Например, каждый день курить на 2 сигареты (папиросы) меньше.

4. Не курите на голодный желудок, во время еды и перед сном.
5. Выкуривайте только половину сигареты.
6. Старайтесь не закуривать сразу же, как только возникло желание. Воздержитесь на 5-10 минут. В это время постарайтесь занять себя чем-нибудь, что помогло бы вам забыть о сигарете.

7. Уберите из комнаты пепельницы, зажигалки и вообще все предметы, которые напоминают о курении.

8. Подходя ко дню полного отказа от курения, попробуйте не курить 24, 48, 76 часов. Определите наиболее трудные для вас ситуации некурения. Научитесь их преодолевать.

Ваши мысли и действия должны быть направлены не на поиск возможности закурить (понервничал, устал, попал под влияние друзей и т.п.), а на выход из любой ситуации некурящим и на дальнейшее закрепление своего поведения как поведения некурящего.

10. Вам будет значительно легче полностью отказаться от опасной привычки, если вы поможете кому-нибудь (родственнику, сослуживцу, знакомому) бросить курить.

11. При желании курить заменяйте сигарету жевательной резинкой, яблоком, морковкой, капустной кочерыжкой, а не конфетами, сухарями и прочим.

12. За 1-2 недели до полного отказа от курения начните принимать витамин С в виде таблеток, по 200-300 мг в день (если нет противопоказаний). Увеличьте свою физическую активность, больше времени проводите на свежем воздухе. На возможно более длительный срок (менее 2-3 недель) исключите алкогольные напитки, крепкий чай и кофе, острые и соленые продукты. Употребляйте больше растительной пищи, соков. Старайтесь не переедать.

13. После того, как вы бросите курить, не прикасайтесь к сигаретам даже с целью эксперимента. Помните, что одна сделанная вами затяжка может перечеркнуть всю проделанную вами работу.

У пациентов с привычным и пристрастным курением (1 и 2 стадии) отказ от курения сопровождается абстиненцией. Для снятия или смягчения абстиненции в первые дни отказа от курения можно рекомендовать самомассаж, водные процедуры. В ряде случаев показано применение сочетаний транквилизаторов с производными фенотиазина, обладающими мягким седативным действием. При расстройствах сна показано применение препаратов с выраженными ми-орел аксирующим эффектом. Подбор оптимальных психотропных средств и их сочетаний должен проводиться индивидуально без резкого наращивания доз и с постепенным их снижением перед отменой.

При подборе методов отказа от курения для женщин необходимо учитывать, что у них пристрастное курение формируется в значительно более короткий срок, чем у мужчин, да и количество выкуриваемых сигарет не всегда является показателем стадии курения, в данном случае степень физиологической зависимости от табака определяют по типу «жажда». При отказе от курения жевательная резинка и ИРТ оказывает действие преимущественно на физиологическую пристрастность к табаку. Для того, чтобы повысить эффективность лечения табакокурения, необходимо сочетание этих методов воздействия на психологическую (поведенческую) привязанность.

Пациентам, использующим курение в качестве стимулятора, необходимы рекомендации по здоровому образу жизни, курс витаминотерапии. В качестве приема, заменяющего курение, можно рекомендовать мобилизирующий тип дыхания.

При типе курения «игра с сигаретой» требуется замена манипулирование чем-то другим. Это могут быть четки, объемные головоломки, ручной экспандер, мяч или какой-либо другой вид манипулирования, знакомый пациентам.

Лицам, чаще всего использующим курение как средство расслабления, необходимо рекомендовать овладение методами релаксации: АТ и успокаивающий тип дыхания вместо выкуриваемой сигареты.

Лицам с типом курения «поддержка», т.е. тем, у кого курение вызывает уменьшение неприятных эмоций, возможно проведение курса седативной терапии наряду с использованием методов релаксации (дыхательная гимнастика, АТ) и психотерапии, направленной на коррекцию личностных особенностей.

Пациентам с физиологической зависимостью от табака («жажда») целесообразно рекомендовать методы ИРТ и фармакотерапии.

Пациенты с рефлекторным типом курения нуждаются в ИРТ. Причем желательно повторить курс ИРТ через месяц после отказа от курения и через 3 месяца.

Пациентам с типом курения «жажда» и «рефлекс», а также пациентам, отказывающимся от курения постепенно, необходимо провести курс групповой психотерапии, направленной на обучение технике общения, коррекцию личностных особенностей и поддержание мотивации отказа от курения с обучением методам релаксации (АТ и дыхательная гимнастика).

Длительная лечебная программа для желающих бросить курить

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

- из периодических бесед врача (более частых в первые 2 месяца),
- стратегия поведения пациента (с первых дней лечения пациент должен изменить свое поведение так, чтобы отказаться от привычного ему курения табака),
- прием НСП (длительность приема является индивидуальной и зависит от степени никотиновой зависимости).

Четвертым обязательным компонентом является лечение хронического бронхита, профилактика его возможного обострения в первые две недели отказа от курения.

Беседы врача, объясняющие необходимость бросить курить, подбадривающие и стимулирующие его к дальнейшим действиям, должны происходить при каждом визите.

Частота встреч при 6-ти месячной программе следующая

Период	Визиты пациента	Действия врача пациента	Действия
Первый месяц	Визит 1	Назначение никотин замещающей терапии (НЗТ), терапии хр. бронхита	Изменение своего поведения в соответствии с разработанной стратегией, прием никотин содержащих препаратов (НСП). Фиксировать симптомы отмены
	Визит 2 ч/з 3 дня Визит 3 ч/з 3 дня	Оценка симптомов отмены, коррекция НЗТ, оценка возможного обострения хр. бронхита	Сообщать врачу свои ощущения и предложения по поводу НЗТ, продолжить лечение. Фиксировать симптомы отмены

	Визиты 4, 5 ч/з неделю	Оценка симптомов отмены, коррекция НЗТ. Лечение хр. бронхита	Продолжение лечения, изменение своего поведения
	Визит 6 ч/з 1 неделю	Оценка симптомов отмены. Возможно снижение дозы НСП	Возможно начало снижения НСП в соответствии с собственными ощущениями симптомов отмены. Закрепление нового поведения без сигарет
Второй месяц	Визиты ч/з 2 недели	Оценка симптомов отмены. Снижение дозы НСП, в зависимости от самочувствия. Поддерживающие беседы	Продолжение лечения, закрепление нового поведения без сигарет
Третий месяц	Визиты ч/з 2 недели, если продолжается НЗИ	Оценка симптомов отмены. Снижение дозы НСП. Поддерживающие беседы	Продолжение лечения Жизнь без сигарет
Четв., пятый, шестой месяцы	Визиты ч/з 1 месяц	Поддерживающие беседы	Жизнь без сигарет

Если длительность НЗТ у пациента превысила 4-5 месяцев, то лечебная программа продлевается до 1 -го года.

Нужно дать почувствовать пациенту, что весь лечебный период он будет с пациентом поддерживать его, оценивать состояние, корректировать терапию.

Беседы проводить в ясной аргументированной форме, предназначенной для этого пациента манерой.

Стратегия поведения пациента

Основой составления плана поведения является оценка мотивации к курению. Основной принцип - построить свое поведение так, чтобы не сталкиваться с факторами, вызывающими желание курить, а так же найти курению адекватную замену:

- врач должен помочь пациенту в составлении плана;
- стимулировать пациента самому установить дату отказа от курения;
- пациенту необходимо предупредить семью, друзей, и др. о том, что он бросает курить и просит поддержки;
- подготовить себя к симптомам отмены, желание курить длится долго, периодически появляясь, к чему пациент должен быть готовым заранее;
- необходимо убрать сигареты из привычных мест, пациент должен попросить членов семьи, друзей, коллег по возможности не курить в его присутствии, это особенно важно в первые три недели отказа от курения;

-бросив курить, пациент не должен выкуривать ни одной сигареты; если это произошло- попытка неудачная, нужно готовиться ко второй;

-необходимо проанализировать и использовать опыт предыдущей неудачной попытки;

так-как часто прием алкоголя является причиной неудачной по пытки отказа от курения, пациенту рекомендовать значительно сократить или отказаться от него, особенно в первые недели.

Никотинзаместительная терапия

Цель НЗТ - исключение или максимальное снижение проявлений симптомов отмены.

НЗТ обязательно назначается лицам со степенью никотиновой зависимости 4 и более:

НЗТ состоит из 2-х компонентов:

1. Б а з о в а я-поддержать в первые 1-2 недели привычный уровень никотина в крови, затем уровень снижают до полной отмены.

2. Дополнительный прием НСП при наступлении или усилении симптомов отмены, а так же при ситуации, привычно вызывающей у пациента желание курить.'

Базовая терапия

Визит пациента	Степень никотиновой зависимости	Дозировка	Частота приема
1-2 визиты	7-8	4 мг	Каждые 2 часа
	4-6	2мг	Каждые 2 часа

Первое назначение базовой терапии должно начинаться с максимальной дозы НСП при данной степени никотиновой зависимости. 50% неудачных попыток связаны с назначением малых доз НСП. После второго визита базовая терапия может снижаться в зависимости от наличия симптомов отмены и самочувствия. Дополнительно назначаются как жевательная резинка, так ингалятор. Сам пациент должен решать, когда он будет принимать дополнительную терапию.

Дополнительный прием обязателен в следующих случаях:

- наступление любого симптома отмены;

- при попадании в компанию курящих людей;

- при наступлении привычной для курения ситуации. Дополнительная терапия может быть дольше базовой и длиться

в соответствии с потребностями пациента.

Симптомы отмены

Должны фиксироваться ежедневно в течение месяца отказа, что позволит правильно подобрать дозу и длительность базовой терапии

Отказ от курения	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день
Симптомы					
Сильное желание закурить					
Возбудимость					
Беспокойство					
Нарушение координации внимания					
Раздражительность					

Ухудшение настроения					
Чувство гнева					
Депрессия					
Сонливость					
Головная боль					
Бессонница					
Тремор					
Потливость					
Улучшение					
Увеличение веса					
Усиление кашля					
Затруднение отхождения					
Чувство заложенности в					
Боли в мышцах					
Головокружение					

Короткая лечебная программа для пациентов, не желающих бросить курить

Предлагать пациентам, желающим снизить интенсивность курения и степень никотиновой зависимости.

Короткая лечебная программа строится по тем же принципам, что и длительная: беседа врача, изменение стратегии поведения пациента, НЗТ, выявление и лечение хронического бронхита.

Беседы врача.

Беседы врача с пациентами, не желающими бросить курить, предназначены для усиления мотивации к отказу от курения и поддержки его/ее решения сократить интенсивность курения.

Возможно, что недостаточная мотивация к отказу от курения у пациентов связана с отсутствием информации о вреде, который причиняет табак его организму, а также окружающим. Страхом перед отказом от курения, связанным либо с неправильными представлениями о том, что отказ от привычного курения может нанести непоправимый вред организму, либо с тяжелыми симптомами отмены, разразившимися в прошлую попытку.

Врач должен разобраться в причинах и при каждом визите аргументировано, но не агрессивно, убеждать пациента.

Необходимо выяснить, знает ли пациент о вреде, который курение табака причиняет его организму (как оно связано с развитием у пациента заболеваний), окружающим людям, в первую очередь, детям, а также ближайшим родственникам, его социальному поведению.

1. Врач должен определить пациенту, какие потенциальные негативные последствия может нанести курение табака его организму и предупредить, что использование сигарет с низким содержанием смол или никотина или других табачных изделий (сигар, трубок и т. д.) не снижает риск их развития:

- быстро развивающиеся последствия: хронический бронхит, обострение бронхиальной астмы, вредные воздействия на плод во время беременности, импотенция, бесплодие, увеличение содержания в крови угарного газа;
- отдаленные последствия: ишемическая болезнь сердца, рак легкого и опухоли других органов (носоглотки, пищевода, поджелудочной железы, мочевого

пузыря), хроническая обструктивная болезнь легких, что приведет к длительному ограничению активности и серьезным курсам лечения;

- последствия для окружающих: увеличение риска развития рака легкого и заболеваний сердца у супруга (супруги), увеличение риска снижения веса у новорожденных, развития у детей бронхиальной астмы, болезни среднего уха, респираторных инфекций, отставания в развитии детей, увеличение риска курения у детей.

2. Врач должен определить вместе с пациентом потенциальные положительные последствия отказа от курения:

- улучшение здоровья;
- лучшее ощущение вкуса пищи и запахов;
- экономия денег;
- улучшение самочувствия и физического состояния;
- избавление от везде присутствующего запаха табачного дыма;
- хороший пример для детей, супруга (супруги);
- улучшение здоровья детей, супруга (супруги);
- избавление от ситуаций, когда курить нельзя и появляется сильное желание закурить;

- улучшение цвета лица и уменьшение морщин.

3. Врачу следует выяснить, какие причины препятствуют пациенту принять решение бросить курить:

- возможные симптомы отмены;
- страх перед неудачей;
- увеличение веса;
- недостаток знаний о возможном лечении;
- страх перед наступлением депрессии;
- получение удовольствия от курения табака.

Мотивационные беседы врач должен проводить при каждом визите пациента. В процессе бесед врач должен поддерживать его решение снизить интенсивность курения и убеждать в том, что отказ от курения очень важен для здоровья пациента. Особую поддержку должны получать пациенты, которые раньше пытались бросить курить, и попытка была неудачной из-за тяжелых симптомов отмены. Врач должен объяснить, что большинству курящих людей требуется несколько попыток для полного отказа от курения, и что НЗТ максимально снижает и даже исключает синдромы отмены.

Частота визитов при короткой лечебной программе совпадает с частотой визитов при длительной учебной программе. Короткая учебная программа длится не менее месяца и далее по желанию пациента. Часто ее окончание совпадает с отменой базовой терапии. Наибольшая эффективность короткой лечебной программы наблюдается при ее применении в лечебных стационарах, санаториях, профилакториях, в составе реабилитационных программ.

Стратегия поведения пациента.

Стратегия поведения вырабатывается врачом совместно с пациентом на базе оценки мотивации к курению и результатов бесед. Основные принципы разработки стратегии поведения пациента такие же, как и для длительной учебной программы. Основная цель изменения поведения пациента - избежать столкновения с факторами, вызывающими желание курить, а также найти курению сигарет адекватную замену.

Никотинзаместительная терапия.

Цель НЗТ короткой лечебной программы - исключение или максимальное снижение проявлений симптомов отмены. Так же, как и при длительной лечебной программе, она состоит из базовой и дополнительной терапии, а также профилактики

обострения хронического бронхита(ХБ). Лечение длится не менее 1 месяца и часто заканчивается с окончанием базовой терапии.

Профилактика обострения хронического бронхита (ХБ)

Всем пациентам с выявленным хроническим бронхитом (ХБ), для профилактического и корригирующего лечения обострения ХБ, в первые 4-е недели отказа от курения целесообразно применение ацетил цисте и на.

Программа снижения интенсивности курения

Программа снижения интенсивности курения предназначена для пациентов, которые не желают бросить курить, но готовы снизить интенсивность курения. Суть программы заключается в том, что пациент продолжает получать никотин на привычном для него уровне, комбинируя курение сигарет с приемом НСП, но при этом снижает количество сигарет, выкуриваемых в день. При данной программе прием НСП должен продолжаться наравне с курением. В течение месяца интенсивность курения удастся снизить в 1,5-2 раза, т.е. пациент сокращает прием вредных веществ, содержащихся в сигаретном дыме, что, несомненно, является положительным результатом лечения. Однако, в отличие от короткой лечебной программы, поступление никотина в кровь снижается лишь незначительно, в связи с тем, что пациент получает никотин из сигаретного дыма и с помощью НСП. Большим положительным результатом данной программы является то, что пациент постепенно привыкает жить без сигарет и мотивация к отказу от курения усиливается.

Основные принципы программы следующие:

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 сигарет и НСП.
3. Также при длительной лечебной программе рекомендуется использовать 2 или 4 мг жевательную резинку в зависимости от степени никотиновой зависимости.
- Несмотря на прием НСП, в течение дня пациент должен выкуривать столько сигарет, сколько ему нужно для ощущения полного комфорта.
5. Врач должен обязательно предупредить пациента об опасности передозировки никотина в случае одновременного или почти одновременного использования НСП и сигарет. Это может произойти в связи с тем, что поступление никотина из ротовой полости в кровь при приеме НСП происходит значительно медленнее, чем в легких из сигаретного дыма.
6. Пациент самостоятельно должен регулировать прием НСП и курение сигарет, стараясь 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.

Профилактика обострения хронического бронхита проводится согласно принципам, описанным выше.

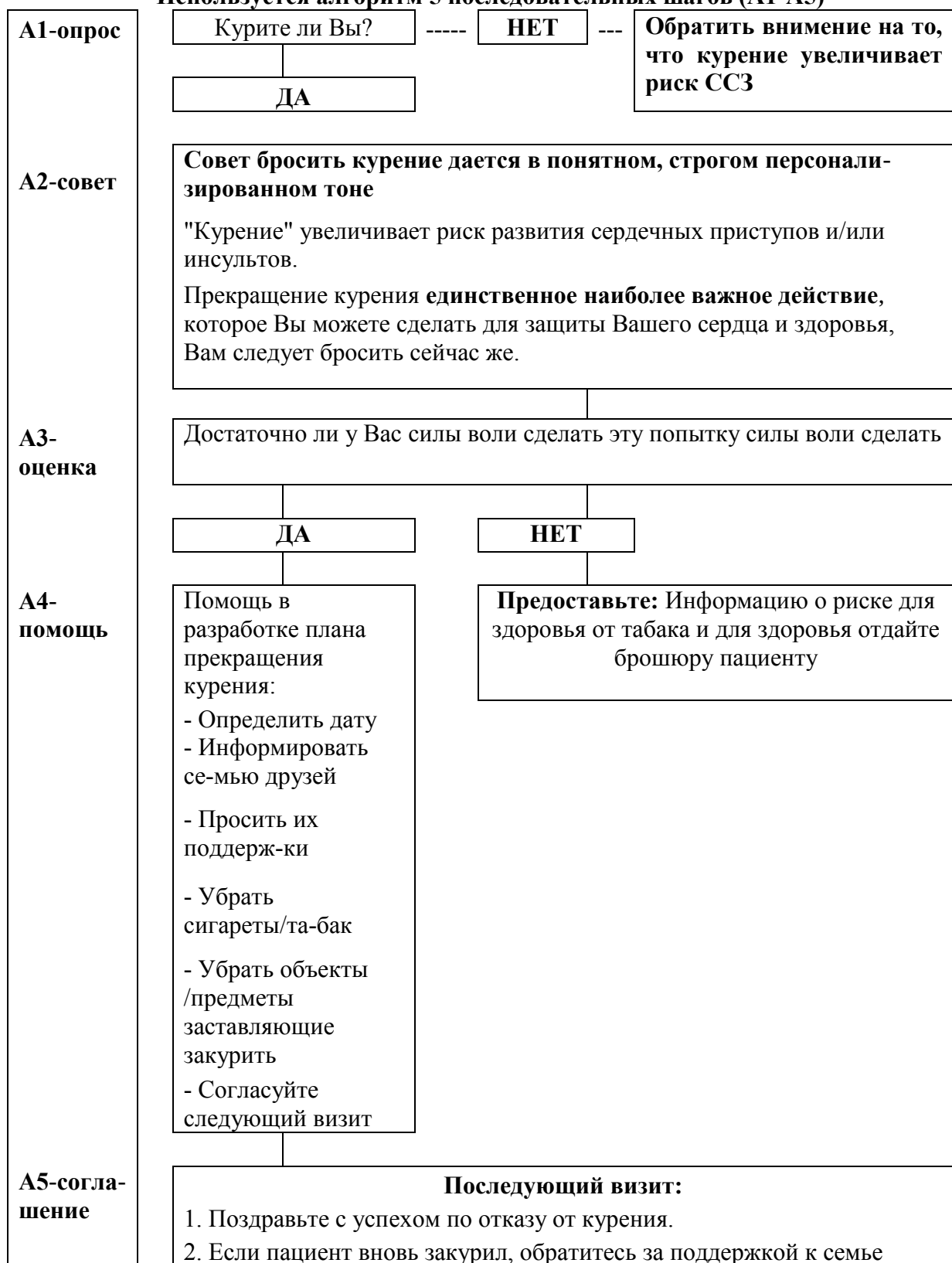
Использование представленного алгоритма лечения табачной зависимости позволяет более 35% пациентам избавиться от курения табака и более чем в два раза уменьшить количество выкуриваемых сигарет лицам, ориентированным на уменьшение интенсивности курения.

Таким образом, в процессе отказа от курения, несмотря на то, что первое время в

организм продолжает поступать никотин и никотин из никотинсодержащих препаратов, наблюдается улучшение всех функций.

Алгоритм консультирования для отказа пациента от курения.

Используется алгоритм 5 последовательных шагов (A1-A5)



Содержание

Методическая, психологическая и медикаментозная помощь лицам, отказывающимся от курения	2
Введение	2
Основные принципы подхода к методу отказа от курения	6
Опрос, совет, оценка стадии, статуса и типов курения, помощь	6
Оценка статуса курения	6
Оценка стажа курения	6
Оценка степени никотиновой зависимости	6
Тест Фагерстрема	6
Оценка степени мотивации	7
Оценка мотивации к курению	7
Оценка суточной интенсивности и стереотипа курения	9
Лечение абстинентного синдрома	11
Медикаментозное лечение	11
Немедикаментозные средства	11
Выбор метода воздействия	12
Длительная лечебная программа для желающих бросить курить	14
Частота встреч при 6-ти месячной программе следующая	14
Стратегия поведения пациента	15
Никотинзаместительная терапия	16
Короткая лечебная программа для пациентов, не желающих бросить курить	17
Беседы врача	17
Стратегия поведения пациента	18
Никотинзаместительная терапия	18
Профилактика обострения хронического бронхита (ХБ)	19
Программа снижения интенсивности курения	19