



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

31.10.2018 № 28-2/3052

На № _____ от _____

Руководителям органов
государственной власти субъектов
Российской Федерации в сфере
охраны здоровья
(по списку)

Во исполнение п. 4 Плана мероприятий по реализации в 2018 году I этапа Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017 – 2022 годы, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 420-р, «Повышение мотивации к ведению здорового образа жизни, в том числе разработка и реализация информационно-просветительских программ, направленных на информирование женщин о вреде табакокурения, употребления алкоголя, наркотических веществ и психотропных веществ, а также программ лечения больных алкоголизмом и наркоманией» с целью улучшения состояния здоровья женщин, снижения числа женщин, имеющих вредные привычки, разработаны и направляются для руководства в работе методические рекомендации «Защита здоровья женщин от воздействия табачного дыма, профилактика и лечение потребления табака и табачной зависимости у женщин» и методические рекомендации «Повышение мотивации к отказу от употребления алкоголя в ходе профилактического консультирования при оказании первичной медико-санитарной помощи женщинам репродуктивного возраста».

Методические рекомендации размещены на интернет-портале Минздрава России о здоровом образе жизни takzdorovo.ru по ссылке: <http://www.takzdorovo.ru/download/metodicheskierekomendacii/>.

Приложение: на 68 л. в 1 экз.

Директор Департамента
общественного здоровья
и коммуникаций

В.Н. Бuzин

СПИСОК ДЛЯ РАССЫЛКИ
письма Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 31.10.2018 № 28-2/3052

Алтайский край
Амурская область
Архангельская область
Астраханская область
Белгородская область
Брянская область
Владимирская область
Волгоградская область
Вологодская область
Воронежская область
Еврейская автономная область
Забайкальский край
Ивановская область
Иркутская область
Кабардино-Балкарская Республика
Калининградская область
Калужская область
Камчатский край
Карачаево-Черкесская Республика
Кемеровская область
Кировская область
Костромская область
Краснодарский край
Красноярский край
Курганская область
Курская область
Ленинградская область
Липецкая область
Магаданская область
Москва
Московская область
Мурманская область
Ненецкий автономный округ
Нижегородская область
Новгородская область
Новосибирская область
Омская область
Оренбургская область
Орловская область
Пензенская область
Пермский край
Приморский край
Псковская область
Республика Адыгея
Республика Алтай
Республика Башкортостан

Республика Бурятия	
Республика Дагестан	
Республика Ингушетия	
Республика Калмыкия	
Республика Карелия	
Республика Коми	
Республика Крым	
Республика Марий Эл	
Республика Мордовия	
Республика Саха (Якутия)	
Республика Северная Осетия-Алания	
Республика Татарстан	
Республика Тыва	
Республика Хакасия	
Ростовская область	
Рязанская область	
Самарская область	
Санкт-Петербург	
Саратовская область	
Сахалинская область	
Свердловская область	
Севастополь	
Смоленская область	
Ставропольский край	
Тамбовская область	
Тверская область	
Томская область	
Тульская область	
Тюменская область	
Удмуртская Республика	
Ульяновская область	
Хабаровский край	
Ханты-Мансийский АО-Югра	
Челябинская область	
Чеченская Республика	
Чувашская Республика	
Чукотский автономный округ	
Ямало-Ненецкий АО	
Ярославская область	

Директор Департамента
общественного здоровья
и коммуникаций



В.Н. Бузин



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

“УТВЕРЖДАЮ”

Главный внештатный специалист
Минздрава России по терапии,
директор ФГБУ «НМИЦ ПМ»
Минздрава России, д.м.н, профессор,
член-корреспондент РАН



О.М. Драпкина
«22» октября 2018г.

ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИИ К ОТКАЗУ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ
АЛКОГОЛЯ В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
ЖЕНЩИНАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

(Методические рекомендации)

Москва - 2018

Авторы:

Горный Б.Э. – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России

Под редакцией д.м.н., профессора Калининой А.М., руководителя отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава России.

Руководство предназначено для врачей кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья, центров медицинской профилактики, участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), акушеров-гинекологов, фельдшеров ФАПов, а также для специалистов, образовательных учреждений, проводящих подготовку медицинских работников в рамках последипломного тематического усовершенствования по актуальным вопросам профилактики хронических неинфекционных заболеваний и коррекции поведенческих факторов риска.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Основные понятия.....	5
Почему женщины более чувствительны к воздействию алкоголя?.....	9
Основные принципы скрининга и профилактического консультирования	10
Скрининг и профилактическое консультирование в кабинете медицинской профилактики	12
Заключение	19
Рекомендованная литература	20

Введение

Вред для здоровья, связанный с употреблением алкоголя, относится к числу наиболее важных проблем общества, рассматриваемых в ряду проблем национальной безопасности. Особые задачи в этой связи стоят перед системой здравоохранения России.

Несмотря на то, что по данным Росстата, последние 5-8 лет в стране снижается потребление алкогольных напитков и регистрируется снижение уровней заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, а также смертности от заболеваний, обусловленных алкоголем, чрезмерное употребление спиртных напитков, по-прежнему, остается ведущим фактором риска нарушений здоровья. Одной из важнейших социальных проблем во многих обществах, в том числе и российском, является тенденция к росту потребления алкоголя женщинами, особенно молодыми.

Так, по данным опроса Росстата о поведенческих факторах риска в 2013 году 40,7% женщин употребляли алкоголь в течение последних 30 дней, а 20,5% указывали на случаи чрезмерного употребления алкоголя (5 и более стандартных порций алкоголя подряд). Такая модель употребления алкоголя сопровождается выраженным опьянением и повышением риска отравления, травм, а также опасного сексуального поведения, следствием чего могут быть инфекции, передаваемые половым путем, нежелательная беременность, что особенно важно для женщин.

Женский организм более уязвим и подвержен неблагоприятному действию алкоголя, приводя к различным заболеваниям, в том числе и раку, а также к более быстрому по сравнению с мужчинами формированию алкогольной зависимости.

Употребление алкоголя во время беременности повышает риск развития у ребенка фетального алкогольного синдрома-ФАС (Fetal Alcohol Syndrome-FAS). Результаты исследований свидетельствуют о наличии связи между количеством потребляемого женщиной во время беременности алкоголя и ФАС. В мире распространенность FAS составляет 0,2-2,0 на 1000 живорожденных детей. В странах с низким социально-экономическим уровнем распространенность синдрома составляет 3,0-5,0 на 1000 живорожденных детей. Показана связь между количеством алкоголя и его тератогенным воздействием на плод и ребенка. Частое употребление алкоголя в больших дозах приводит к тяжелым нарушениям здоровья ребенка, Однако, даже употребление алкоголя в малых дозах ведет к поведенческим и когнитивным проблемам у детей.

В этой связи, актуальной проблемой здравоохранения становится раннее выявление потребления алкоголя женщинами и профилактика возможных вредных последствий алкоголя для здоровья женщин и предупреждения развития ФАС.

В последние годы в практику здравоохранения внедряется в рамках диспансеризации профилактическое консультирование с мотивационным компонентом (углубленное профилактическое консультирование), включающее выявление, в том числе и среди женщин фертильного возраста, риска потребления алкоголя с вредными последствиями и оказания им соответствующей помощи. Эти задачи стоят перед структурами медицинской профилактики медицинских организаций (отделений, кабинетов медицинской профилактики, центров здоровья) первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Важным аспектом повышения эффективности этого фрагмента профилактической работы всего первичного звена здравоохранения следует считать вовлечение специалистов гинекологической помощи (акушеров-гинекологов, фельдшеров-акушеров) в своевременное выявление риска пагубного потребления алкоголя женщинами, особенно при планировании беременности и в период наступления беременности. Такая интеграция превентивной работы между структурами ПМСП в отношении предупреждения ФАС призвана повысить эффективность всего комплекса профилактики хронических неинфекционных заболеваний среди женского населения. . Поскольку акушеры-гинекологи поликлинического звена являются медицинскими специалистами первого контакта, особенно для молодых женщин фертильного возраста, консультирование этих специалистов, включая выявления алкоголь-зависимых проблем является важным звеном своевременной профилактики риска для здоровья женщины и профилактики ФАС. Внедрение этой профилактической технологии может сыграть важную роль в оказании адресной помощи и профилактики формирования у женщин алкогольной зависимостью и направления их на своевременное специализированное лечение. Известно, что пациенты доверяют информации, полученной от специалиста, рекомендации относительно употребления алкоголя, которые даются в рамках профилактической консультации или лечения будут восприняты ими с необходимым вниманием. Более того, модернизируемая в настоящее время система диспансерного наблюдения именно в условиях первичного звена здравоохранения наиболее идеально подходит для такого наблюдения за пациентами.

Основные понятия

При обсуждении проблем, связанных с употреблением алкоголя, в том числе и среди женщин, рекомендуется оперировать следующими терминами:

Опасное (также известное как «рискованное» или «увеличивающее риск») употребление алкоголя – это уровень потребления алкоголя или модель употребления алкоголя, которые увеличивают риск причинения вреда.

В некоторых обстоятельствах любое потребление может быть опасным. Появляются все новые доказательства этому, но очевидно, что любое потребление алкоголя увеличивает риск развития рака, и что риски, связанные с употреблением алкоголя, вероятно, перевешивают любые преимущества (если они существуют) при употреблении более одной стандартной порции алкоголя день.

Вредное употребление алкоголя (также известное как употребление алкоголя «с повышенным риском») представляет собой модель употребления алкоголя, которая приводит к причинению вреда здоровью (физического или психического; иногда сюда относят и социальные последствия). В отличие от опасного или рискованного употребления алкоголя, смысл вредного употребления алкоголя заключается в том, что пьющему человеку уже причинен какой-либо вред (осознает он его или нет). Нет определенного уровня потребления, при котором здоровью обязательно будет нанесен ущерб.

Binge drinking («биндж дринкинг» в русском языке нет аналогичного термина) может быть определен как эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, что приводит к алкогольному опьянению или потере контроля. Это употребление мужчинами пяти, женщинами четырех стандартных порций алкоголя в течение 2-3 часов.

<p>Низкий риск: Здоровые женщины:</p> <ul style="list-style-type: none">• не больше 2 стандартных порций в день И НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ• 10 стандартных порций в неделю <p>Опасное употребление: Увеличивается риск вредных последствий.</p> <p>Вредное употребление: Вредные последствия уже произошли.</p>

Синдром алкогольной зависимости (F10.2) включает сочетание поведенческих, когнитивных и физиологических признаков, развивающихся после многократного применения алкоголя. Диагноз зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более

следующих признаков на протяжении 1 месяца в течение последнего года. К ним относится сильная непреодолимая потребность («тяга») или необходимость принять спиртное. Во-вторых, нарушение способности контролировать прием алкоголя (начало и окончание выпивки или количество) («нет тормозов»). О нарушении контроля также свидетельствуют прием большого количества спиртного в течение длительного времени (запой) и наличие желания или неудачных попыток сокращения или контроля выпивок («пробовал бросить пить и срывался»).

Третьим признаком является развитие состояния отмены (абстинентный синдром) при прекращении или уменьшении приема алкоголя. При синдроме отмены алкоголя могут наблюдаться: желание употреблять алкоголь; тремор рук, век или языка; потливость; тошнота или рвота; тахикардия или гипертензия; возбуждение; головная боль;

бессонница; недомогание или слабость; галлюцинации; судороги; сниженное настроение и раздражительность. При этом человек осознает, что прием алкоголя («опохмелка») облегчает или предотвращает эти нарушения. Именно тяжесть состояний отмены заставляет многих людей обращаться к врачам-интернистам с просьбами «почистить кровь или подлечить сердце, давление, нервы и т.д.».

Толерантность к алкоголю проявляется в постепенном увеличении количества алкоголя, необходимого для опьянения («от бутылки водки уже не пьянею»). Кроме того, человека, зависимого от алкоголя, характеризует нарастающее забвение других интересов, и увеличение времени, связанного с употреблением спиртного. Наконец, еще один признак – это продолжение выпивок, несмотря на их очевидный вред для здоровья. Последнее часто связано с *анозогнозией* – нарушением осознания пьющим человеком последствий употребления алкоголя из-за присутствия у него психологической защиты: «я не алкоголик», «у меня нет проблем с выпивкой», «хочу – пью, хочу – не пью», «люди пьют даже больше меня».

Поскольку употребление алкоголем может наносить вред здоровью, не приводя к зависимости, в номенклатуру МКБ-10 внесено понятие «употребление с вредными последствиями» (F10.1). К данной категории относятся медицинские или связанные с ними типы вредных последствий. Употребление с вредными последствиями определяется как состояние, когда употребление алкоголя уже причиняет вред здоровью. Данный вред может относиться к физическому здоровью (например, заболевания печени, связанные с хроническим потреблением алкоголя) или психическому здоровью (например, эпизоды депрессии, вызванные употреблением алкоголя).

Стандартная порция алкоголя. В большинстве стран Европы 1 стандартная единица (порция) алкоголя равна 10 г абсолютного этанола. Одна порция алкоголя содержится в 250-330 мл пива 5% крепости; в 100-125 мл сухого вина (11-12,5%); в 70 мл крепленого вина (18%) и в 30 мл крепких напитков (40%). Для расчета количества этанола в граммах в алкогольном напитке необходимо умножить объем напитка на его крепость и на переводной коэффициент 0,79 (в каждом миллилитре содержится 0,79 г чистого этанола). Кроме этого, существуют специальные таблицы (Рис. 1), которые позволяют легко рассчитать количество стандартных порций, содержащихся в том или ином алкогольном напитке.

Крепость алкоголя	50	100	150	200	330	500	750	1000	2000
4%	0	0	0	1	1	2	2	3	6
5%	0	0	1	1	1	2	3	4	8
6%	0	0	1	1	2	2	4	5	9
7%	0	1	1	1	2	3	4	6	11
8%	0	1	1	1	2	3	5	6	13
9%	0	1	1	1	2	4	5	7	14
10%	0	1	1	2	3	4	6	8	16
11%	0	1	1	2	3	4	7	9	17
12%	0	1	1	2	3	5	7	9	19
13%	1	1	2	2	3	5	8	10	21
14%	1	1	2	2	4	6	8	11	22
15%	1	1	2	2	4	6	9	12	24
16%	1	1	2	3	4	6	9	13	25
17%	1	1	2	3	4	7	10	13	27
18%	1	1	2	3	5	7	11	14	28
19%	1	2	2	3	5	8	11	15	30
20%	1	2	2	3	5	8	12	16	32
21%	1	2	2	3	5	8	12	17	33
22%	1	2	3	3	6	9	13	17	35
30%	1	2	4	5	8	12	18	24	47
35%	1	3	4	6	9	14	21	28	55
38%	2	3	5	6	10	15	23	30	60
40%	2	3	5	6	10	16	24	32	63
50%	2	4	6	8	13	20	30	40	79
80%	3	6	9	13	21	32	47	63	126

Рисунок 1. Таблица для определения стандартных порций алкогольных напитков

Фетальный алкогольный синдром (ФАС) является крайней степенью проявления фетальных расстройств алкогольного спектра – **FASD** (fetal alcohol spectrum disorder). FASD – многокомпонентный термин, описывающий диапазон последствий (физические, умственные и поведенческие ограничения), возникающих при употреблении алкоголя в течение беременности. Дети, рожденные от матерей, употребляющих алкоголь, чаще рождаются с признаками задержки внутриутробного развития. В постнатальном периоде определяется отставание в физическом развитии, неврологические расстройства, нарушения когнитивной функции. Широкий спектр лицевых дисморфий при ФАС включает: узкий лоб, короткие глазные щели, эпикант, птоз, гипоплазию средней трети лица, короткий нос, длинный и сглаженный фильтр, тонкую верхнюю губу, гипоплазию верхней челюсти.

Среди врожденных пороков развития, сопровождающих ФАС, наиболее характерными являются поражения ЦНС, сердца, почек. В зависимости от дозы алкоголя, срока беременности, индивидуальной чувствительности эмбриона, возникают различные комбинации перечисленных выше пороков развития. Ежегодно количество детей с ФАС увеличивается, но степень их адаптации остается на низком уровне, что влияет на качество жизни, способствует инвалидизации и смертности.

Не рекомендуется при профилактическом консультировании пользоваться понятием «норм» потребления – применительно к потреблению алкоголя, особенно при консультировании пациентов в медицинских учреждениях более приемлемо использовать понятие «безопасная доза».

Почему женщины более чувствительны к воздействию алкоголя?

Несколько биологических факторов делают женщин более уязвимыми к воздействию алкоголя, чем мужчин.

Жировая ткань. Женщины обычно весят меньше, чем мужчины, в женском теле содержится меньше воды и больше жировой ткани, чем в мужском. Именно в жировой ткани алкоголь остается в более высоких концентрациях, влияя на мозг и другие органы в течение более длительного периода времени.

Ферменты. Женщины имеют более низкие уровни ферментов, отвечающих на метаболизм алкоголя – алкогольдегидрогеназы и альдегиддегидрогеназы. В результате чего содержание алкоголя в крови не уменьшается в течение длительного времени.

Гормоны. Изменение уровня гормонов во время менструального цикла могут также влиять на метаболизм алкоголя.

Алкоголь влияет на женщин иначе, чем на мужчин, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Кроме того, существует ряд рисков, с которыми сталкиваются женщины из-за употребления алкоголя:

- женщины, злоупотребляющие алкоголем, чаще становятся жертвами сексуального или физического насилия;
- женщины, употребляющие алкоголь, подвергаются более высокому риску развития рака молочной железы. Риск возрастает у тех женщин, у которых есть данное заболевание в семейном анамнезе или тех, которые находятся в постменопаузе;
- злоупотребление алкоголем также может увеличить риск развития рака ротоглотки и органов пищеварения;
- женщины чаще страдают от поражения печени, чем мужчины, включая цирроз. Женщины также чаще умирают от цирроза, чем мужчины;
- женщины, злоупотребляющие алкоголем, подвергаются более высокому риску развития сердечных заболеваний, чем мужчины.

Факторы, повышающие риск злоупотребления алкоголем у женщин:

- наличие семейного анамнеза алкогольных проблем;
- физическое или сексуальное насилие в детском возрасте и во взрослой жизни;
- злоупотребление алкоголем в семье;

- наличие партнера, злоупотребляющего алкоголем;
- одиночество;
- психологические трудности в отношениях;
- давление со стороны сверстников, особенно в подростковом возрасте;
- проблемы со здоровьем (тревожность или депрессия).

Основные принципы скрининга и профилактического консультирования

Для раннего выявления среди женщин потребления алкоголя с вредными последствиями и предоставление им соответствующей помощи в начале 90-х годов была разработана технология **SBIRT (Screening Brief Intervention and Referral Treatment)** – технология общественного здравоохранения, используемая для идентификации, уменьшения и предотвращения проблемного употребления алкоголя и других психоактивных веществ. В нашей стране эта технология получила название **скрининг и профилактическое консультирование (СПК)**.

Итак, скрининг является первым шагом в процессе СПК, обеспечивая простой и приемлемый в рамках амбулаторного приема способ выявления тех пациентов, у которых употребление алкоголя представляет риск для здоровья, а также лиц, уже имеющих проблемы, вызванные употреблением алкоголя, включая зависимость. Более того, скрининг имеет и другие преимущества. При его помощи медицинские работники могут получить информацию для разработки плана консультации, а пациенты получают обратную связь, которая может использоваться для их усиления мотивации по изменению отношения к употреблению алкоголя. Различают универсальный (сплошной) и целевой (оппортунистический) скрининг.

Универсальный скрининг можно проводить ежегодно при первом посещении медицинской организации с любой целью. Всех женщин, которые пришли на прием к врачу необходимо спросить об употреблении ими алкоголя. Эти вопросы можно задавать во время посещения женщинами медицинской организации по поводу профилактического осмотра (диспансеризации); острых заболеваний, в том числе инфекций, передающихся половым путем; хронических заболеваний, таких как гипертония, ишемическая болезнь сердца; различных жалоб, таких как головные боли, депрессия, тревога, расстройства сна.

Опрос можно проводить с помощью анкеты, заполняемой самим пациентом, либо с помощью интервью. Если эти вопросы задаются в виде интервью, необходимо использовать прямой, не осуждающий стиль. Большинство пациентов будут отвечать правдиво, если они доверяют своему врачу. Менее вероятно, что правдиво будут отвечать люди, которые активно употребляют большие количества алкоголя и

наркотиков, а также зависимые от алкоголя, страдающие психическими заболеваниями и те, кто боится последствий сообщения об употреблении ими алкоголя.

Уровни скрининга
<p>Универсальный: Предназначен для всех взрослых пациентов. Исключает пациентов с низким риском или отсутствием риска. Может (должен) быть сделан на первичном лечебном или профилактическом приеме. За положительным результатом универсального скрининга должен следовать полный скрининг.</p> <p>Целевой: Предназначен для специфических пациентов (наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе, в крови, подозрение на соматические проблемы алкогольного генеза) Предназначен для пациентов с положительным результатом универсального скрининга.</p>

В качестве инструмента универсального скрининга используется вопросник AUDIT-C, который включен в анкету диспансеризации.

Интерпретация (оценка) теста AUDIT-C: (возможное количество набранных баллов от 0 до 12).

- количество баллов 0 – отражает отсутствие употребления алкоголя;
- тест считается положительным, если: у мужчины ≥ 4 баллов, а у женщины ≥ 3 баллов;

AUDIT-C – вопросник для универсального скрининга

Вопросы	Никогда	Раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в неделю
1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки*?	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки? (30 мл водки, 100 мл вина, 300 мл пива)	1-2 Дозы 0 баллов	3-4 Дозы 1 балл	5-6 Доз 2 балла	7-9 Доз 3 балла	≥ 10 Доз 4 балла
3. Как часто Вы за один раз потребляли 6 или более стандартных доз (180 мл водки или 600 мл вина, 1,8 л пива)?	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла

*при ответе «никогда» на первый вопрос опрос прекращается

- как правило, чем больше баллов, тем больше вероятность того, что модель потребления алкоголя оказывает негативное влияние;

- если тест выявил положительный результат – необходим целевой скрининг, развернутое тестирование по 10-балльному вопроснику AUDIT, который пациент может заполнить самостоятельно или с помощью медработника.

После проведения универсального скрининга, рекомендуется направить пациентку в кабинет медицинской профилактики (центр здоровья) для проведения профилактической консультации.

Рекомендуемые фразы для направления в кабинет медицинской профилактики:

Обратитесь к пациентке по имени: *«В анкете, которую вы заполняли, были вопросы, касающиеся употребления алкоголя. Вы набрали (указываете конкретное число баллов, если оно ≥ 3), что возможно указывает на наличие риска для Вашего здоровья, так по результатам научных исследований нижняя границей риска для женщин – 2 балла. Что вы думаете по этому поводу?»*

Пациентка, скорее всего, выразит удивление (сомнение). При любом ответе вы продолжаете:

«Я рекомендую Вам обратиться в кабинет медицинской профилактики / центр здоровья, где Вы можете подробно поговорить об этом с нашим специалистом».

«Итак, Вы завершили первый этап диспансеризации. Я бы хотел(а) вам дать несколько рекомендаций, относительно имеющих у Вас факторов риска (если у пациента отмечены другие факторы риска, говорите о них). Кроме того, пару слов об алкоголе. Те ответы, которые Вы дали, свидетельствуют о возможном риске такого употребления для Вашего здоровья, Вы набрали (указываете конкретное число баллов, если оно ≥ 3). По данным экспертов ВОЗ нижняя граница риска для женщин – 2 балла. Что вы думаете по этому поводу?»

Пациентка, скорее всего, выразит удивление (сомнение). При любом ответе вы продолжаете:

«У нас есть специалист по факторам риска, который может вас проконсультировать. Я рекомендую обратиться в наш кабинет медицинской профилактики (центр здоровья), где Вы можете получить более подробную информацию».

Скрининг и профилактическое консультирование в кабинете медицинской профилактики

1. Начало разговора

Независимо от того, как заполняется вопросник – самостоятельно или в ходе интервью, важно начать процедуру скрининга словами, которые бы позволили получить искренние ответы, стать основой для дальнейшего сотрудничества между специалистом и пациентом. Начало такого разговора может быть таким: **«Я задам вам несколько вопросов о потреблении вами алкогольных напитков в течение прошедшего года. Поскольку потребление алкоголя может повлиять на многие аспекты вашего**

здоровья (и изменять эффект определенных лекарств), нам необходимо знать, сколько алкоголя вы обычно употребляете и испытывали ли вы раньше проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Постарайтесь ответить на все вопросы настолько возможно честно и точно».

2. Вопросник AUDIT

В тесте AUDIT 10 вопросов. При помощи первых трех пунктов оценивается количество и частота регулярного или периодического употребления алкоголя. В следующих трех вопросах выявляются возможные симптомы зависимости, а последние четыре вопроса касаются недавних проблем и проблем в прошлом, связанных с употреблением алкоголя.

AUDIT – вопросник для целевого скрининга

<p>1. Как часто вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?</p> <p>(0) Никогда [перейдите к вопросам 9-10]</p> <p>(1) Раз в месяц или реже</p> <p>(2) 2-4 раза в месяц</p> <p>(3) 2-3 раза в неделю</p> <p>(4) 4 раза в неделю и чаще</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. Как часто в течение последнего года вам приходилось принять первую порцию алкоголя утром для нормализации самочувствия после употребления большого количества алкогольных напитков накануне?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Когда вы употребляете алкогольные напитки, сколько стандартных порций алкоголя вы потребляете обычно за день?</p> <p>(0) 1 или 2</p> <p>(1) 3 или 4</p> <p>(2) 5 или 6</p> <p>(3) 7, 8 или 9</p> <p>(4) 10 или более</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Как часто в течение прошедшего года вы испытывали чувство вины или угрызения совести после употребления алкогольных напитков?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Как часто вы за один раз потребляли шесть или более стандартных порций алкоголя?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p><i>Перейдите к вопросам 9 и 10, если набрали 0 баллов, отвечая на вопросы 2 и 3.</i></p>	<p>8. Как часто за последний год вы не могли вспомнить события предшествующего вечера, когда вы употребляли алкогольные напитки?</p> <p>(0) Никогда</p> <p>(1) Реже, чем раз в месяц</p> <p>(2) Раз в месяц</p> <p>(3) Раз в неделю</p> <p>(4) Каждый день или почти каждый день</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Как часто в течение прошедшего года вы чувствовали, что не в состоянии остановиться после того, как начали употреблять алкогольные напитки?</p>	<p>9. Получали ли вы или кто-либо другой травмы в результате употребления вами алкогольных напитков?</p>

(0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц (2) Раз в месяц <input type="checkbox"/> (3) Раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день	(0)Нет (2)Да, но не в прошедшем году (4)Да, в прошедшем году <input type="checkbox"/>
5. Как часто в течение прошедшего года вы не выполнили то, что от вас ожидалось, по причине употребления вами алкогольных напитков? (0) Никогда (1) Реже, чем раз в месяц <input type="checkbox"/> (2) Раз в месяц (3) Раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день	10. Говорил ли вам родственник, друг, врач или другой медицинский работник о своей обеспокоенности вашим отношением к алкоголю, и рекомендовалось ли вам уменьшить количество потребляемого алкоголя? (0)Нет (2)Да, но не в прошедшем году <input type="checkbox"/> (4)Да, в прошедшем году
В данной графе запишите общее количество баллов <input type="checkbox"/>	

После проведения скрининга следующим этапом является предоставление соответствующей помощи в зависимости от потребностей каждого пациента (таблица).

Данный подход основан на предположении, что более высокие балльные оценки теста AUDIT показывают большую степень риска. Однако конкретные точки отсчета не основаны на достаточном объеме научных исследований, чтобы по ним можно было определить нормативные показатели для групп или отдельных пациентов. Рекомендуется использовать анализ клинических данных для определения ситуаций, в которых общая балльная оценка теста AUDIT может не отражать полный уровень риска, например, если относительно низкие уровни употребления пациентом алкоголя маскируют признаки значимых вредных последствий или симптомы зависимости.

Таблица. Интерпретация результатов AUDIT и вид оказываемой помощи

Уровень риска	Вид помощи	Балльная оценка в тесте AUDIT
Зона I	Информирование пациента о вредных последствиях употребления алкоголя	0-7
Зона II	Простая рекомендация	8-15
Зона III	Простая рекомендация плюс краткая консультация и продолжение наблюдения	16-19
Зона IV	Направление к специалисту для постановки диагноза и лечения	20-40

Тем не менее, указанные правила могут послужить отправной точкой при определении соответствующего вида необходимой помощи. Если простые рекомендации

оказались неэффективными для пациента, в дальнейшем следует использовать следующий уровень вмешательства для данного пациента.

Первый уровень, зона риска I, применим к большинству пациентов во многих странах мира. Оценки теста AUDIT менее 8 баллов указывают на употребление алкоголя с низким риском. Хотя в данном случае не требуется проведения консультации, многим необходимо дать разъяснения по поводу употребления алкоголя по нескольким причинам: для повышения уровня общего осознания рисков злоупотребления алкоголем в обществе, в качестве профилактической меры. Данная беседа может оказаться эффективной для тех пациентов, которые минимизировали степень своего употребления алкоголя, отвечая на вопросы теста AUDIT. Также эта мера может напомнить пациентам, имевшим проблемы, вызванные употреблением алкоголя, в прошлом, об опасностях возобновления употребления алкоголя с риском вредных последствий.

Второй уровень, зона риска II, встречается среди значительного процента пациентов во многих странах мира. Принадлежащие к данной группе лица употребляют алкоголь в количествах, превышающих установленные рекомендации. Хотя нормы употребления алкоголя могут отличаться в разных странах, эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что риск возникновения проблем, вызванных употреблением алкоголя, значимо возрастает, если уровень употребления алкоголя превышает 20 г чистого спирта в сутки, что соответствует приблизительно двум стандартным порциям во многих странах. Оценка теста AUDIT в диапазоне от 8 до 15 баллов обычно указывает на употребление алкоголя с риском вредных последствий, но эта зона может также включать пациентов с вредными последствиями и зависимостью.

Третий уровень, зона риска III, касается пациентов, употребляющих алкоголь, который уже вызывает вредные последствия для человека, у которого также могут наблюдаться симптомы зависимости. Пациенты, относящиеся к данной зоне риска, могут получить простую рекомендацию в сочетании с краткой консультацией и продолжением мониторинга.

Оценки теста AUDIT от 16 до 19 баллов часто свидетельствуют об употреблении алкоголя с вредными последствиями или о зависимости, при которой рекомендуется более основательный подход к оказанию помощи.

Четвертый и самый высокий уровень риска, зона риска IV, характеризуется оценками теста AUDIT более 20 баллов. Такие пациенты должны быть направлены к специалисту (если имеется) для диагностики и возможного лечения алкогольной зависимости. Однако медицинские работники должны иметь в виду, что зависимость варьируется по степени выраженности и может быть клинически значима даже при более низких балльных оценках теста AUDIT.

3. Алгоритм профилактического консультирования

Действие	Пример рекомендации (совета)
<p>1. Установите контакт. Представьтесь, узнайте имя пациентки и как она предпочитает, чтобы к ней обращались. Объясните вашу роль и просите разрешение на разговор по поводу алкоголя. Избегайте осуждения, понимайте позицию пациента и обстоятельства.</p>	<p>Здравствуйте. Меня зовут _____ Я специалист кабинета медицинской профилактики и консультирую пациентов с разными факторами риска. Могли бы вы уделить несколько минут, чтобы поговорить об употреблении вами алкоголя? Расскажите о вашем обычном дне, когда вы употребляете алкогольные напитки? Где, при каких обстоятельствах это происходит?</p>
<p>2. Доводы «за» и «против» Спросите пациента о «плюсах» употребления алкоголя. Спросите пациента о «минусах» употребления алкоголя. Подведите итог. Используйте этот разговор для того, чтобы подчеркнуть амбивалентность пациента.</p>	<p>Помогите мне понять, что положительного дает вам употребление алкоголя? Какие отрицательные стороны употребления алкоголя вы можете назвать? С одной стороны вы говорили..., с другой стороны вы говорили...</p>
<p>3. Информирование и обратная связь Спросите разрешение Предоставьте информацию Добейтесь ответной реакции</p>	<p>Есть данные о том, какой уровень алкогольного потребления считается рискованным. Разрешите, я покажу вам эти данные. Известно, что потребление:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 или более стандартных доз в течение 2 часов; ▪ более чем 7 в неделю <p>может увеличить риск заболевания или травмы. Это может стать также причиной некоторых заболеваний [укажите заболевания, которые есть или могут возникнуть у данной пациентки]. Что вы думаете по этому поводу?</p>
<p>4. Оценка готовности к изменениям с использованием «линейки готовности» (Рис. 2) Усиливайте уверенность</p>	<p>На шкале от 1 (абсолютно не готов) до 10 (полностью готов) отметьте, насколько вы готовы к изменениям. Вы отметили X. Это замечательно. Это значит, что вы на X % готовы к переменам. Почему вы выбрали именно это число, а не 1 или 2?</p>
<p>5. Подготовка плана действий Определите сильные стороны и поддержку Запишите план действий Скрепите сделку Поблагодарите пациента</p>	<p>Расскажите мне о ваших прошлых попытках решить те или иные проблемы. Какие виды ресурсов вы тогда использовали? Какие из них доступны вам сейчас? «Давайте установим для Вас цель – изменить Ваши привычки в отношении употребления алкоголя». Чтобы вы выбрали в качестве такой цели: сократить количество выпиваемого алкоголя, сократить частоту, вообще</p>

	<p>отказаться от употребления алкоголя.</p> <p>«Я бы хотел записать эту цель в качестве контракта или договора, и, чтобы каждый из нас его подписал».</p> <p>«Мы рассмотрим Ваш прогресс в отношении этой цели при Вашем следующем визите».</p> <p>«Мы бы хотели уверить Вас, что эта информация будет конфиденциальной».</p> <p>Предложите добавочные ресурсы, которые могут быть полезными пациентке (памятки, буклеты, ссылки на источники в интернете)</p> <p>«Спасибо, что удалили мне время сегодня»</p>
--	--

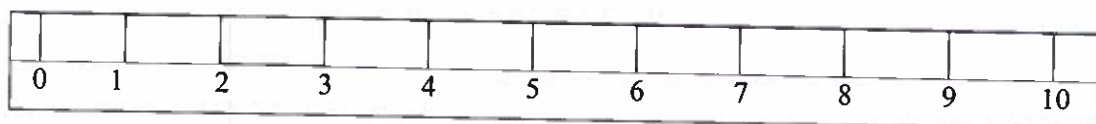


Рисунок 2. Линейка готовности

**Советы женщине в период беременности, планирования беременности
(или использующей ненадежную контрацепцию):**

- «Вам надо совсем прекратить пить, чтобы иметь здорового ребенка».*
- «Вам надо совсем прекратить пить, чтобы снизить риск врожденных дефектов у ребенка»*
- «Вам надо совсем прекратить пить, потому что это будет наилучшим для Вашего собственного здоровья»*
- «Не существует безопасного предела употребления алкоголя во время беременности. Вам надо совсем прекратить пить, потому что, когда Вы пьете, пьет Ваш ребенок».*

4. Тактика при выявлении лиц с алкогольной зависимостью

Консультирование не следует использовать в качестве замены помощи пациентам с умеренным и высоким уровнем алкогольной зависимости. Однако оно может применяться для вовлечения в процесс пациентов, нуждающихся в специализированном лечении.

Целесообразно составить реестр учреждений, предоставляющих услуги лечения алкогольной зависимости для конкретного региона, и услуг, предоставляемых каждым из таких учреждений. Желательно дать пациентам более конкретную информацию (фамилии, контактные данные) о специалистах, а также отметить другую информацию, которая может быть полезна пациентам. Информация может включать учреждения амбулаторной помощи, дневные стационары, центры, предоставляющие помощь по месту жительства, а также программы детоксикации и центры психического здоровья, которые занимаются психиатрическими аспектами проблемы алкогольной зависимости.

Желательно в список включить местные группы взаимопомощи, такие как «Анонимные алкоголики», и отдельные специалисты, консультирующие по проблеме употребления алкоголя в данном регионе. Также следует указать другие услуги, такие как реабилитация и услуги в кризисных ситуациях, так как они также могут оказаться полезными для пациентов

Кому необходимо направление на диагностику и лечение (показания для таких направлений по итогам скрининга)?

Дальнейшая диагностика и специализированное лечение алкогольной зависимости, вероятно, потребуются пациентам, показавшим оценки 20 баллов и более в скрининговом тесте AUDIT. Однако необходимо при этом помнить, что AUDIT не является диагностическим инструментом, и поэтому нельзя по результатам данного тестирования сделать заключение о формальном диагнозе алкогольной зависимости (или сообщать об этом пациенту).

Кроме того, некоторые пациенты, получившие оценки меньше 20 баллов по результатам скринингового тестирования AUDIT, которым не подходит программа предоставления простых рекомендаций или краткая консультация, также должны быть направлены на специализированное лечение. В число этих пациентов входят:

- лица, в отношении которых имеется обоснованное подозрение на наличие синдрома алкогольной зависимости;
- лица с алкогольной или наркотической зависимостью в анамнезе (о чем можно судить по предшествующему лечению) или имеющие заболевания печени;
- лица, имеющие в анамнезе или в настоящее время серьезное психическое заболевание;
- лица, которые не смогли достичь поставленных целей, несмотря на проведение расширенных кратких консультаций

Хотя большинство пациентов знают, какое количество алкоголя они потребляют, многие неохотно идут на активные действия по изменению ситуации. Это может быть связано с несколькими причинами:

- пациент может не знать о том, что употребляет чрезмерное количество алкоголя;
- пациент не осознает наличие связи между употреблением алкоголя и имеющимися у него проблемами;
- пациент не готов отказаться от положительных эффектов употребления алкоголя;
- пациент не готов признать себе и другим, что проблема существует; и

- пациент не хотел бы тратить время и усилия на лечение.

Эффективность процесса направления пациента к специалисту зависит, вероятно, от авторитета работников направляющего лечебного учреждения, а также от того, насколько успешно пациент может преодолеть вышеназванные причины отсутствия стремления к активным действиям. Перед направлением пациента полезна измененная форма простых рекомендаций, включающая обратную связь, рекомендацию, ответственность, информирование, одобрение и поддержку, и последующее наблюдение.

Заключение

В профилактике алкогольных проблем у женщин, в том числе фетального алкогольного синдрома, большая роль и ответственность принадлежит всем специалистам первичного звена, и, особенно, акушерам-гинекологам. Медицинские работники, являются для женщин наиболее значимым источником информации о здоровье и беременности: женщины склонны следовать их советам и в большей степени доверяют им по сравнению с такими источниками информации, как СМИ, специальная литература, реклама, близкие и друзья. Показательно, что 75% женщин, прекративших употреблять алкоголь после того, как узнали о беременности, сообщили, что на их решение повлиял врач акушер-гинеколог. Исследования, проведенные в ряде стран, также выявили, что краткая консультация и даже совет, влияет на уровень употребления алкоголя пациентками и снижает риск проблем для здоровья самой женщины и будущего ребенка. Выяснилось, что даже 5-ти минутная беседа (совет) по поводу употребления алкоголя оказывается не менее эффективным, чем длительная консультация.

Эффективность в работе с алкогольной проблемой зависит от таких факторов как наличие времени, приоритетов в работе, понимания своей ответственности за здоровье пациента, представлений о влиянии алкоголя, а также от навыков и уверенности в возможностях своего влияния на пациента. Проводя консультацию по поводу употребления алкоголя женщиной, специалист может предотвратить острые и хронические последствия влияния алкоголя на здоровья, а главное, необратимые врожденные нарушения и инвалидность ребенка.

Рекомендованная литература

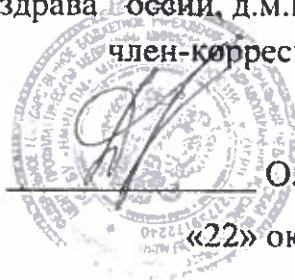
1. Fleming M. F. Identification of at-risk drinking and intervention with women of childbearing age: A guide for primary-care providers. – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and Office of Research on Minority Health, National Institutes of Health, 1999. – №. 99.
2. Centers for Disease Control and Prevention et al. FASD competency-based curriculum development guide for medical and allied health education and practice. 2015.
3. Бурина Е. А., Исурина Г. Л. Обучение врачей в рамках программы профилактики фетального алкогольного синдрома //Медицинская психология в России. – 2018. – №. 1.
4. Скитневская Л. В. Профилактика фетального алкогольного синдрома в России //Вестник Мининского университета. – 2013. – №. 4 (4).
5. Марянян, А. Ю. Алкоголь как один из факторов, влияющий на плод. Фетальный алкогольный синдром и фетальный алкогольный спектр нарушений: учебное пособие / А. Ю. Марянян ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск : ИГМУ, 2013. – 72 с.
6. Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 г. N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201712130007>



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

“УТВЕРЖДАЮ”

Главный внештатный специалист
Минздрава России по терапии,
директор ФГБУ «НМИЦ ПМ»
Минздрава России, д.м.н, профессор,
член-корреспондент РАН



О.М. Драпкина

«22» октября 2018г.

**ЗАЩИТА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТАБАЧНОГО ДЫМА,
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ТАБАЧНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН**

Методические рекомендации

Москва - 2018

Содержание

Список сокращений.....	3
Аннотация.....	4
1. Введение.....	5
2. Цель и предмет настоящих рекомендаций	5
3. Распространенность потребления табака среди женщин и девочек в России. Электронные сигареты – новые продукты доставки никотина.....	6
4. Негативные последствия потребления табака, электронных сигарет и пассивного курения на здоровье женщин	7
5. Никотиновая зависимость у женщин	10
6. Беременная женщина – чем опасно потребление табака, электронных сигарет и воздействие вторичного табачного дыма для здоровья беременной женщины и будущего младенца	12
7. Законодательная база по борьбе с табаком и по оказанию медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости в России	14
8. Оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости. Способы отказа от курения и лечения табачной зависимости.....	17
8.1. Краткое консультирование.....	17
8.2. Углубленное консультирование, диагностика и лечение табачной зависимости ..	21
8.3. Групповое консультирование: школа здоровья для преодоления курения.....	25
8.4. Фармакотерапия табачной зависимости.....	25
8.5. Помощь в отказе от курения и лечение табачной зависимости у беременных женщин и женщин в период лактации.....	30
9. Рекомендации для системы здравоохранения и для реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 годы	32
Список литературы.....	34
Приложение 1 Рейтинговая схема для оценки силы и доказательности рекомендаций.	42
Приложение 2 Диагностические тесты, используемые при углубленном консультировании курящих пациентов.....	43
Приложение 3 Мотивационное консультирование. Техника и приемы.....	45

Список сокращений

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

Аннотация

Методические рекомендации направлены на реализацию задач Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 годы и совершенствование профилактики и помощи по преодолению потребления табака среди женского населения. Представленный подход комплексного клинико-организационного вмешательства направлен на организацию борьбы с потреблением табака и защиту от воздействия табачного дыма в соответствии с нормативными документами в учреждениях системы здравоохранения, включая женские консультации, антенатальные клиники и гинекологические отделения стационаров. Такой подход, направленный на снижение риска заболеваний, связанных с курением среди женщин, включает раннюю диагностику, коррекцию и мониторинг потребления табака, электронных систем доставки никотина и защиту от воздействия табачного дыма. Даны алгоритмы организации помощи курящим женщинам в лечебно-профилактических учреждениях. Рекомендации адресованы врачам первичного звена здравоохранения и стационаров: врачам медицинской профилактики (центры медицинской профилактики, кабинеты/отделения медицинской профилактики лечебно-профилактических учреждений), врачам общей практики, терапевтам, руководителям и врачам женских консультаций, гинекологических и антенатальных клиник, руководителям медицинских учреждений системы здравоохранения.

Составила: Гамбарян М.Г., к.м.н., ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ Профилактической медицины» МЗ России

1. Введение

Настоящие рекомендации направлены на реализацию Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 годы, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 марта 2018 года.

Стратегия будет осуществляться одновременно по нескольким направлениям, одно из которых - "Создание условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов", которая предполагает решение задачи повышения доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам и девочкам. В Стратегии указано, что решение этой задачи предполагает реализацию следующих мер:

- совершенствование программ профилактических осмотров и диспансеризации женщин и девочек;
- совершенствование оказания специализированной медицинской помощи женщинам и девочкам;
- профилактика неинфекционных заболеваний среди женщин и снижение факторов риска их развития;
- расширение гарантий доступности для женщин и девочек генетической диагностики, включая биохимическую диагностику, ДНК-диагностику и преимплантационную диагностику, с целью профилактики наследственных жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний;
- повышение мотивации к ведению здорового образа жизни, в том числе разработка и реализация информационно-образовательных программ, направленных на информирование женщин о вреде табакокурения, потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ;
- развитие системы охраны репродуктивного здоровья с учетом особенностей состояния здоровья женщин, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (включая экстракорпоральное оплодотворение);
- обеспечение медико-социальной поддержки беременных женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, оказание помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора, включая социальное сопровождение, предоставление социально-медицинских, социально-психологических, социально-правовых, социально-бытовых и иных социальных услуг.

По сути, профилактика и лечение потребления табака и табачной зависимости, а также защита от воздействия табачного дыма есть неотъемлемая часть и важная задача каждой из этих мер.

2. Цель и предмет настоящих рекомендаций

Основная цель настоящего документа заключается в сокращении уровня потребления табака и пассивного курения среди девочек и женщин, в том числе женщин при беременности путем подготовки основанных на доказательствах рекомендаций для учреждений здравоохранения.

Эти рекомендации направлены на выявление, профилактику и контроль потребления табака, электронных систем доставки никотина и защиту от пассивного курения женщин, в том числе женщин во время беременности и постнатальном периоде в организациях системы здравоохранения.

3. Распространенность потребления табака среди женщин и девочек в России. Электронные сигареты – новые продукты доставки никотина

По данным глобальных и национальных опросов, распространенность потребления табака в России демонстрирует положительные тенденции на фоне внедрения мер антитабачной политики. По сравнению с 2009 годом по данным глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) к 2016 году распространенность курения сократилась с 60,2% до 49,8% среди мужчин и с 21,7% до 14,5% среди женщин [1].

Однако, несмотря на существенное снижение, распространенность курения остается еще очень высокой в молодых возрастных группах, и в частности среди женщин, составляя - в возрастной группе женщин 15-14 - 18,3%, а в группе 25-44 - 22,1% [2]. Эти данные подтверждаются результатами ряда национальных исследований и опросов. Более того, по данным ВЦИОМ, проводящим ежегодные опросы, в том числе по распространенности курения в России, распространенность курения среди женщин сократилась весьма незначительно: с 21% в 2009 г. до 19% в 2017 [3].

Надо заметить, что такая распространенность среди женщин стабильно регистрировалась в разные годы проведения опросов, лишь в 2013 показав результат – 22% и 17% - в 2016 [3]. Другими словами, распространенность курения среди женщин в России остается относительно стабильной, несмотря на все изменения, происходящие в обществе.

На фоне успешной реализации антитабачной политики в России и относительного снижения распространенности потребления табака, в частности среди молодых людей, появились тенденции потребления новых форм потребления никотина — **электронные системы доставки никотина (ЭСДН) или электронные сигареты и испарители**. По потреблению этих продуктов женщины и вовсе не уступают мужчинам. По данным Российского опроса взрослого населения по оценке антитабачной политики доля лиц, попробовавших электронные сигареты, составляла 11,9% - 10% среди женщин и 13,3% среди мужчин. 25,8% из них – были регулярными потребителями электронных сигарет, и

самая высокая распространенность потребления электронных сигарет – 28% - была среди лиц возраста 18-24. [4]

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

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

4. Негативные последствия потребления табака, электронных сигарет и пассивного курения на здоровье женщин

Потребление табака опасно для здоровья как самих курильщиков, так и лиц, подвергающихся воздействию табачного дыма, будучи причиной и или главным фактором риска сердечно-сосудистых, респираторных заболеваний и основных злокачественных новообразований. Курение опасно в любой форме и количестве, включая новые формы потребления никотина и табака, коими являются электронные сигареты. Также нет «безопасных» доз потребления табака. Курение даже одной сигареты в день повышает

риск развития ишемической болезни сердца у мужчин на 48%, у женщин – на целых 57%, и повышает риск развития мозгового инсульта на 25% у мужчин и на 31% у женщин. Исследование показывает, что курение одной сигареты в день «обеспечивает» примерно 40-50% риска развития ИБС и инсульта, ассоциированного с курением 20 сигарет в день [7].

Это и другие исследования показывают, что женский организм более восприимчив к вредному воздействию табачного дыма, чем мужской. Например, женщины в два раза больше подвержены развитию инфаркта миокарда; у женщин чаще, чем у мужчин возникают болезни органов дыхания в результате воздействия табачного дыма. Курение табака представляет большую угрозу для здоровья женщин, по сравнению с мужчинами [8].

Исследования показывают, что курение остается ведущей предотвратимой причиной смерти среди женщин. Курильщицы теряют, по крайней мере, 10 лет жизни. Однако прекращение курения в возрасте до 30 лет, помогает предотвратить 97% избыточной смертности, вызванной курением, а путем прекращения курения задолго до достижения 40 лет, можно предотвратить более 90% избыточной смертности. С другой стороны, продолжение курения после 40 лет приводит к десятикратному повышению рисков, связанных с потреблением табака. Даже в тех ситуациях, когда женщины курят меньше 10 сигарет в день, уровень смертности на протяжении 12 лет повышается в два раза [9], [10].

Курение способствует развитию ряда заболеваний, характерных преимущественно для женщин, как например, рак груди и женских половых органов, остеопороз, усиленная потеря волос. Курение оказывает вредное воздействие на глаза, зубы и костную структуру, снижает фертильность, а также может негативно повлиять на течение и исход беременности.

Рак легких – неуклонно растущая проблема для здоровья женщин в Европе. В то время как тенденции по большинству форм рака во многих странах Европы показывают стабилизацию или даже снижение, это не относится к раку легких среди женщин. Прогнозируется, что рак легких через несколько лет станет в Европе ведущей причиной онкологической смертности среди женщин, обогнав рак молочной железы [11]. Повышение частоты рака легких среди женщин связывают с ростом распространенности курения среди них, начавшейся более 20 лет назад [10].

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

Электронные сигареты и испарители, а также курительные системы, работающие на основе нагревания табака представляют не меньшую опасность для здоровья женщин, чем обычные сигареты, хоть и позиционируются как менее вредные. В силу содержания никотина и других отравляющих веществ, ЭСДН способствуют возникновению и усугублению сердечно-сосудистых заболеваний, ХОБЛ, диабету, и других ХНИЗ. Хотя сам по себе никотин не является канцерогеном, он может действовать как "стимулятор опухоли" и участвует в биологии злокачественных опухолей, а также нейродегенеративных заболеваний. Большинство ароматизаторов и вкусовых добавок, входящих в состав жидкостей для электронных сигарет, нагреваемые и вдыхаемые, опасны для здоровья: они вызывают воспаление дыхательных путей, как например, диацерил, некоторые ароматизированные аэрозоли цитотоксичны, они повышают подверженность клеток дыхательных путей к вирусной инфекции [12].

Доказано, что потребление электронных сигарет, распространенное среди взрослых курильщиков с риском или диагнозом ХОБЛ, приводит к нарастанию симптомов болезни, более частым обострениям и более стремительному снижению функции легких, и не способствует отказу от обычных сигарет [13].

Показано, что электронные сигареты поражают ДНК и ее способность к восстановлению в клетках легких, сердца и мочевого пузыря в мышинных и человеческих тканях. Было установлено, что аэрозоли ЭСДН поражают ДНК в тканях легких, сердца и мочевого пузыря у мышей и снижают восстановительную функцию ДНК и уровень белков в легочной ткани вследствие воздействия никотина и продукта его нитрозации: 4-(метилнитрозамин)-1-(3-пиридил)-1-бутанона. Эти же вещества и стимулируют мутации и трансформацию опухолевых клеток в культуре человеческих тканей легких, сердца и мочевого пузыря. Эти результаты демонстрируют, что аэрозоли ЭСДН из-за поражения ДНК и его восстановительной функции могут способствовать развитию рака легких и мочевого пузыря, а также развитию болезней сердца у людей [14].

Воздействие пассивного курения также может пагубно отразиться на здоровье женщин.

Воздействие вторичного табачного дыма – это повсеместная серьезная проблема для женщин, особенно актуальная в России, где многие мужчины курят. Вдыхание вторичного дыма может иметь тяжелые последствия для здоровья и вызывать такие заболевания, как раздражение глаз и дыхательные расстройства в результате отека слизистой оболочки, что повышает риск повторных респираторных инфекций [15]. Вдыхание вторичного дыма также повышает риск развития острого атеросклероза,

ишемической болезни сердца и инсультов на 25–30% [8], [16]. Накоплена серьезная доказательная база, указывающая на причастность пассивного курения к развитию рака молочной железы, рака шейки матки у женщин [17], [18], [19], [20], а также рака мочевого пузыря [21], [22], [23], [24], [25].

Воздействие вторичного дыма на детей – серьезная проблема и угроза для здоровья детей и подростков. В России 38,8% девочек и 34,6% мальчиков ежедневно подвергаются воздействию вторичного дыма у себя дома [5]. Есть убедительные данные о причастности воздействия табачного дыма к развитию диабета, респираторной патологии у детей как результат курения родителей. Пассивное курение у детей способствует развитию или обострениям бронхиальной астмы, детских респираторных инфекций, задержке развития легких и сниженную респираторную функцию, воспалений среднего уха, и является причиной частых госпитализации по всем этим заболеваниям [26]. Накоплены убедительные данные о том, что пассивное курение коррелирует с когнитивными нарушениями среди детей, и способствует развитию хронических респираторных заболеваний, атеросклероза, ишемической болезни сердца во взрослой жизни [27].

ЭСДН также представляют риск для здоровья окружающих. Воздействие пара электронной сигареты на окружающих способно вызвать неблагоприятные последствия для здоровья последних. Вторичные аэрозоли содержат мелкие и мельчайшие частицы, а также 1,2-пропандиол, летучие органические вещества, тяжелые металлы и никотин. Уровни содержания некоторых металлов, таких как никель и хром, во вторичных аэрозолях от ЭСДН выше, чем в дыме от сигарет при пассивном курении. Содержание никотина во вторичных аэрозолях в 10–115 раз выше, чем в окружающем воздухе, ацетальдегида – в 2–8 раз и формальдегида – выше примерно на 20% и, разумеется, выше, чем в окружающем воздухе. Вторичные аэрозоли вредны для лиц, предрасположенных к респираторным заболеваниям, для беременных женщин, у которых при воздействии ВА обнаруживался метаболит никотина котинин в моче.

5. Никотиновая зависимость у женщин

Никотин – это психоактивное вещество, которое способно вызывать зависимость почти в той же мере, как героин или кокаин. Вдыхаемый вместе с дымом обычной сигареты или паром электронной сигареты, он попадает в головной мозг через кровоток в течение нескольких секунд, а его выведение из организма занимает несколько часов. В современной медицине табакокурение рассматривается как вариант токсикомании, в международной классификации болезней МКБ-10 табачная зависимость

классифицируется как самостоятельная нозологическая единица: «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака». Никотин, как любое психоактивное вещество, вызывает физическую и психологическую зависимость. У курильщика возникает потребность в повторных приёмах никотина и в постепенно увеличивающихся дозах этого вещества, развитие психических и физических расстройств, при их отсутствии, функциональные и органические поражения внутренних органов и нервной системы. Зависимость к никотину развивается приблизительно у половины всех лиц, потребляющих табак [28].

Исследования показывают, что женщины, больше, чем мужчины подвержены риску развития никотиновой зависимости; по данным исследований, стремление закурить при остром негативном изменении настроения более свойственно женщинам, чем мужчинам [29]. Также выявлено, что обнаруженные уровни никотина в кровотоке курящих женщин менее постоянные, чем у мужчин [30], [31], что свидетельствует о более быстром развитии симптомов зависимости [32]. Различные психосоциальные барьеры (симптомы депрессии и плохого настроения, тревога относительно необходимости бросить курить, обеспокоенность в связи с избыточной массой тела), а также специфичные для женщин биологические барьеры (изменение статуса кортикостероидных гормонов, например в периоде постменопаузы и в послеродовом периоде) могут сделать отказ от курения более трудным для женщин [33], [34], [35], [36]. Женщины, возможно, также более, чем мужчины, чувствительны к стрессу, особенно в предменструальный период, и могут демонстрировать более высокие уровни негативных ожиданий в период отказа от курения [37], [38].

Имеются данные, свидетельствующие о том, что курение матерей во время беременности может являться независимым фактором риска развития никотиновой зависимости у их дочерей во взрослом возрасте [39]

Женщины-курильщицы в большей степени, чем мужчины, опасаются прибавить в весе, если они бросят курить [40], и эти опасения негативно влияют на попытки отказаться от курения [41]. Фактически женщины действительно набирают больше веса, чем мужчины, часто в результате повышенного потребления калорий или снижения физической активности [42], [43], [44]. Однако эта прибавка в весе меньше, чем того ожидает большинство женщин и в среднем не превышает 5 кг [45], [46]. Показано также, что проявления абстиненции во время отказа от курения могут протекать у женщин более тяжело, чем у мужчин [40], [47], и что никотинзаместительная терапия, направленная на снижение синдрома отмены, у женщин менее эффективна, чем у мужчин [30], [40]. Таким

образом, женщинам особенно показана и психологическая поддержка от табачной зависимости, с особым вниманием к расстройствам настроения и опасениям в отношении избыточного веса [40].

Это вовсе не означает, что женщины в меньшей степени, чем мужчины бросают курить. Показано, что в молодых возрастных группах женщины чаще бросают курить, чем мужчины. Среди групп более пожилого возраста (старше 50 лет) эта зависимость носит обратный характер. Внушение женщинам неверной информации о том, что им труднее бросить курить, может удержать их от попыток отказаться от курения [48].

Излишне говорить, что все виды ЭСДН ни коим образом не способствуют отказу от курения, поскольку они только поддерживают и усугубляют никотиновую зависимость в силу содержания больших доз никотина.

6. Беременная женщина: чем опасно потребление табака, электронных сигарет и воздействие вторичного табачного дыма для здоровья беременной женщины и будущего младенца

Воздействие табачного дыма влечет за собой серьезные последствия для всех без исключения этапов репродукции человека. Табакокурение негативно отражается на мужской и женской фертильности. Курящие матери подвергаются повышенному риску возникновения эктопической беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, отслойки плаценты, предлежания плаценты, самопроизвольных абортов, мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, низкой массы тела и врожденных аномалий плода (например, расщепление губы). После рождения дети куривших во время или после беременности женщин, чаще подвергаются риску развития синдрома внезапной детской смерти. При беременности опасно потребление не только курительного табака. Факты свидетельствуют о том, что женщины, употреблявшие во время беременности бездымный табак, чаще подвержены риску таких неблагоприятных исходов беременности, как мертворождение, преждевременные роды и низкая масса тела новорожденного. Помимо этого, у детей подвергавшихся во время беременности воздействию табачного дыма женщин, также чаще наблюдается снижение массы тела при рождении, а риск низкой массы тела при рождении (<2500 г) повышается на 22% [49].

Необходимо отметить, что низкий вес при рождении является самостоятельным и независимым фактором развития сердечнососудистых и бронхолегочных заболеваний для

этих детей во взрослой жизни. Курение женщины во время беременности приводит также к ряду дефектов развития, которые также способствуют развитию этих заболеваний в дальнейшем. Например, курение приводит к нарушениям развития легочной ткани во внутриутробном периоде, перинатальном и детском возрасте и, таким образом, снижению ее устойчивости к развитию патологических изменений и болезней. Поэтому важно помнить, что корни хронической обструктивной болезни легких могут лежать в раннем детстве и даже во внутриутробном периоде развития индивидуума [50] [51] [52] [53].

Показано, что курение матери такой же фактор риск развития ХОБЛ у будущего ребенка, как курение его самого в течение взрослой жизни [52].

При этом доказано, что вредное воздействие потребления табака на развитие легочной ткани ребенка могут осуществляться даже через поколения. Известны исследования, которые показывают, что курение бабушки увеличивает вероятность развития бронхиальной астмы у детей дочери, даже если сама дочь не курит [54]. Наиболее важным и наиболее изученным фактором, влияющим на развитие плода, остается курение матери, которое при наличии атопии либо гипертонии у матери может привести к сниженной функции легких у младенца вскоре после рождения. [55]

Для нормального развития легких не менее важна защита от вторичного табачного дыма в раннем возрасте. О вредном воздействии родительского курения на организм малыша хорошо известно. Известно также, что пассивное курение, также, как и активное, приводит к повреждению легочной ткани, вызывает воспаление и окислительный стресс [56]. Выявлена связь между воздействием вторичного табачного дыма со сниженной функцией легких при рождении, [55] [57] и во взрослой жизни, а также с развитием респираторной симптоматики [58] [59] и повышенным риском развития ХОБЛ [60] [61]. Таким образом, вторичный табачный дым, в частности, вследствие родительского курения, может повлиять на развитие легочной ткани во внутриутробном периоде и после него, и способствовать утрате легочной функции во взрослой жизни.

Как табачный дым, так и воздействие пара электронных сигарет опасно для здоровья беременной женщины, ее будущего младенца, детей и подростков. Воздействие никотина на плод, а также на детей и подростков имеет долгосрочные потенциальные последствия для развития мозга, которые могут вести к нарушению способности к обучению и к тревожным неврозам [12].

Итак, профилактика хронических неинфекционных заболеваний, и в частности, ХОБЛ и ССЗ должна быть направлена на защиту развивающегося организма от воздействия табачного с самых ранних стадий его зарождения. Это подразумевает

профилактику и прекращение потребления табака у женщин до и во время беременности и среди родителей родившегося малыша, в том числе путем оказания им медицинской помощи в преодолении потребления табака.

7. Законодательная база по борьбе с табаком и по оказанию медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости в России

С 1 июня 2013 года в России действует Федеральный закон от 23 февраля 2013г. №15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [62], направленный на реализацию положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) [63], [64] и Концепции государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы [65]. В рамках всего комплекса мер, установленных Законом, нацеленных на сокращение предложения табачных изделий и сокращение спроса на табак, Федеральный закон №15-ФЗ предусматривает меры по организации и оказанию медицинской помощи курящим, направленные на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, что соответствует реализации 14 ой статьи РКБТ ВОЗ. Согласно Закону, лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, должна оказываться медицинская помощь, всеми медицинскими организациями, независимо от причины обращения пациента, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, на основе стандартов и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при потреблении табака [62].

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

- Приказом Минздрава России от 30.09.2015 N683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» [66].
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-

санитарной помощи взрослому населению» с изменениями и дополнениями от: 23 июня, 30 сентября 2015 г. [67].

- Приказом Минздрава России от 26.10.2017 N869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [68].
- Приказом Минздравсоцразвития России №261 от 01.04.2011 «Об организации Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака» [69].

Еще один документ, определяющий порядок оказания медицинской помощи лицам с табачной зависимостью – Клинические рекомендации по лечению Синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака у взрослых, Российского респираторного общества и Ассоциация наркологов, утвержден Минздравом опубликован в 2018 году [70].

Однако, существующая нормативная база не обеспечивает организацию и внедрение плановой медицинской помощи населению, направленной на преодоление потребления табака, несмотря на растущую потребность в этой помощи. Об этом свидетельствуют результаты Российского опроса взрослого населения по оценке мер антитабачной политики, проведенного в 2017г в 5 субъектах Российской Федерации на случайной территориальной репрезентативной выборке. По данным этого исследования из 47,5% курильщиков пытавшихся бросить курить за прошедшие 12 месяцев, только 11% прибегало к помощи медицинских работников, и 16,7% прибегало к приему медикаментов для отказа от курения. Курящие женщины обращались к медицинским работникам реже, чем мужчины (9,5 и 11,8% соответственно). Для большинства обратившихся за медицинской помощью (62,8%) это были консультации по преодолению потребления табака в КМП/ОМП и кабинетах по отказу от курения. Женщины почти в два раза реже, чем мужчины прибегали к этому виду помощи. Также женщины почти в 3 раза реже, чем мужчины прибегали к лечению варениклином (4 и 11,2 % соответственно), но немного чаще, чем мужчины предпочитали никотинзаместительную терапию (60,6 и 56,7% соответственно) и цитизин (47,5 и 39,3% соответственно).

Безусловно, с принятием Федерального Закона №15-ФЗ и реализации его положений, появилась весьма ощутимая положительная динамика в оказании медицинской помощи курящим. По данным Российского опроса взрослого населения по оценке реализации антитабачной политики, проведенного в 2017г., у 79,7% населения, посетивших врача за последние 12 месяцев медработники спрашивали о курении, что почти в 2 два раза чаще, чем в 2009г (GATS). Курящим женщинам медицинские работники задавали вопрос о потреблении табака реже, чем мужчинам (72,4% и 85,9%). В 77% случаев курящие пациенты получали совет отказаться от курения, в 48,1% случаев -

предложение о помощи в отказе от курения. Женщинам реже, чем мужчинам давали совет отказаться от курения: 72,2% против 80%, и соответственно, реже предлагалась помощь в отказе от курения: 41,4% против 50,9%.

Но из вышеуказанных 48,1% только 48,4% курильщиков были направлены в разные структуры учреждений ПМСП для получения помощи в отказе от курения, и только 14,7% ее получили, что составило всего 259 человек (или 14,7% из числа курящих, у кого медработники спрашивали о привычке курения). Помощь оказывалась в основном в кабинетах по отказу от курения и КМП/ОМП, в виде консультаций, назначений медикаментов (179 курильщиков) и раздачи печатных материалов [4].

Таким образом, опрос показал, что, несмотря на существующую потребность в отказе от курения и то, что большинству курящим дается совет по отказу от курения, медицинская помощь по лечению табакокурения в структурах ПМСП реализуется в недостаточных объемах. Женщины, меньше, чем мужчины, обращаются за помощью по отказу от потребления табака, и женщин реже, чем мужчин врачи консультируют по вопросам курения и отказа от курения во время рутинных приемов.

ОМП/КМП и кабинеты медицинской помощи при отказе от курения, где в основном реализуется помощь по отказу от курения, в большинстве случаев организованы на базе поликлиник (75%), и только в редких случаях – в других медицинских учреждениях. На долю женских консультаций приходится только 2% таких кабинетов, как показал опрос представителей региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан (РОИВЗ) субъектов РФ о ходе проведения мониторинга мероприятий Федерального закона № 15-ФЗ в субъектах Российской Федерации [71].

Для улучшения ситуации необходимо совершенствование организационных подходов на уровне первичного звена здравоохранения, начиная с фельдшерских акушерских пунктов, как того обязывают нормативные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи курящим пациентам [66] [67] [68].

В первую очередь, необходима организация медицинской помощи в отказе от курения на этапе врача-терапевта, как во время диспансерного приема, так и вне него, и координация усилий с кабинетами медицинской помощи при отказе от курения, кабинетами (отделениями) медицинской профилактики. Крайне необходима интенсификация работы по оказанию медицинской помощи курящим женщинам акушер-гинекологами и детскими врачами (с целью работы с курящими родителями), организация кабинетов медицинской помощи при отказе от курения в женских и детских консультациях.

8. Оказание медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости. Способы отказа от курения и лечения табачной зависимости

Для того чтобы женщинам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, оказывалась медицинская помощь во всех медицинских организациях, независимо от причины обращения пациента, как обязывает закон, необходимо чтобы консультирование курящих пациенток было «встроено» в прием врача терапевта, врача общей практики, специалиста, в том числе врача гинеколога и врача женской консультации. Рекомендуется назначение комбинации поведенческой и фармакологической терапии для лечения никотиновой зависимости, что в настоящее время считается самой эффективной мерой вмешательства для отказа от курения. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендации приведена в приложении 1.

8.1. Краткое консультирование

Краткое консультирование – вмешательство с доказанной эффективностью (сила и уровень доказательности 1А). Оно проводится по известной схеме 5С - спросить, советовать (сориентировать), сверить, содействовать, составить расписание последующих визитов и занимает не более 5 минут.

Спросить - В первую очередь необходимо установить факт курения и зарегистрировать результат в карте пациента. Особое внимание следует уделять женщинам, потому, как показывают исследования, женщин реже спрашивают курят они или нет, чем мужчин, очевидно, в силу установившихся стереотипов. Вопрос должен звучать таким образом: курите ли Вы в настоящее время – ежедневно или не каждый день, курили ли раньше или никогда не курили? и зарегистрировать один из возможных ответов. Уточнение статуса курения у лиц, курящих не каждый день важно, так как они могут не считать себя курильщиками, и выпасть из поля зрения врача.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Да, курю ежедневно/ почти ежедневно | <input type="checkbox"/> Курила, но бросила давно (более года назад) |
| <input type="checkbox"/> Да, курю, но не каждый день | <input type="checkbox"/> Никогда не курила (это те, кто за всю жизнь не выкурили более 100 сигарет). |
| <input type="checkbox"/> Курила, но бросила недавно (менее года назад) | |


Дальнейшее консультирование предоставляется лицам, потребляющим табак – ежедневно или не каждый день, и тем, кто недавно отказался от табака.

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

Например, у лиц с высоким риском развития ССЗ нужно обратить внимание пациентки на ее привычку курения, как на фактора, определяющего у нее высокий риск развития хронических заболеваний или состояний, рассказать, что отказ от курения может снизить этот риск. Необходимо подчеркнуть, что курение даже одной сигареты в день определяет высокий риск сердечно-сосудистых событий, что у женщин этот риск выше по сравнению с мужчинами, и что отказ от курения может снизить этот риск наполовину.

Важно! Пациентке не нужно говорить, что она должна бросить курить, она наверняка, это знает! Гораздо полезнее говорить, **почему** ей нужно бросить курить и главное, **как** это сделать.

Сверить – Необходимо оценить готовность пациента бросить курить – хочет и готов ли пациент бросить курить, скажем, в ближайший месяц? Проще всего - попросить пациентку оценить свою готовность бросить курить по 10 бальной шкале (указать готовность на линейке от 0 до 10). Далее сверить интенсивность курения и степень никотиновой зависимости.



Готовность 0-3	Готовность 3-7	Готовность 7-10
«я сейчас не готова...», «спасибо, доктор, в другой раз, сейчас мне нужно идти», «я не хочу пока отказаться от курения»	«я думаю о том, чтобы бросить курить...» «я знаю, что отказ от курения - хорошо для моего здоровья...» «расскажите, какие есть методы для отказа от курения...»	«я готова отказаться от курения...» «я хочу получить помощь в отказе от курения...» «помогите мне бросить курить»
К « <i>Содействовать</i> »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ «Сколько сигарет Вы выкуриваете в день (или в неделю)» (для бросивших курить – «Испытываете ли вы тягу к курению/ что Вы тогда делаете/нуждаетесь ли в помощи?») ▪ «Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?» 	

Рис.1 Определение готовности бросить курить при кратком консультировании

Дальнейшая тактика определяется в зависимости от степени готовности пациентки бросить курить: рис.1.

Для пациентов, оценивших свою готовность 0-3 можно сразу перейти к 3-ему «С» - **Содействовать** – после чего завершить консультирование. Таким образом, консультирование таких пациентов по отказу от курения займет не более 1 минуты.

Для следующих двух групп (готовность 3-7 и 7-10) – необходимо выяснить интенсивность курения и степень зависимости от никотина для определения последующей тактики лечения. В рамках краткого консультирования это делается с помощью двух вопросов:

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

Содействовать Пациентам, не готовым бросить курить, необходимо подсказать, что они всегда могут вернуться к лечащему врачу, либо кабинет (отделение) медицинской профилактики или кабинет по отказу от курения, когда будут готовы отказаться от курения, дать контактную информацию и материалы для самостоятельного отказа от курения.

Для пациентов, со средней степенью готовности бросить курить и тех, кто готов бросить курить, необходимо поддерживать их желание отказаться от курения. Им необходимо вкратце рассказать о существующих эффективных методах отказа от потребления табака и предложить их пациенту – указать на наиболее подходящие для конкретного пациента. При необходимости следует направить пациента в кабинет (отделение) медицинской профилактики или в кабинет по отказу от курения для получения медицинской помощи, для выбора метода лечения табачной зависимости. Предоставить пациенту информационные материалы, контактную информацию (таблица 1).

Таблица 1. Объем помощи курящим женщинам с разными статусами курения

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

**Невысокая степень
никотиновой
зависимости/
умеренный или
«легкий» курильщик
Бывший курильщик,
испытывающий тягу
к курению**

1. Предложить пациенту назначить дату отказа.
2. Уточнить, нуждается ли пациент в медицинской помощи для отказа от курения
 Нет → дать печатные материалы (памятку)
 Да
↓
3. Пригласить на дополнительный прием для индивидуального консультирования и назначения лечения табачной зависимости, или дать информацию, где специализированная помощь по отказу от табака может быть оказана (ОМП/КМП/Кабинет по отказу от курения/др.), направить на углубленное консультирование с возможным назначением фармакотерапии.
4. Дать информационные материалы как отказаться от курения и преодолеть симптомы отмены.

Составить расписание последующих визитов.

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

8.2. Углубленное консультирование, диагностика и лечение табачной зависимости

Углубленное консультирование осуществляется в виде стратегического или мотивационного консультирования (**сила и уровень доказательности 1А**).

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

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

Стратегическое консультирование – это профессиональная поддержка, направленная на помощь мотивированным пациентам, найти наилучшее решение для прекращения курения, преодоления привычки, преодоления возникающих на пути отказа от курения преград, подбора наиболее подходящей фармакотерапии для отказа от курения и преодоления симптомов отмены при их возникновении в процессе лечения. По сути, это есть медицинское сопровождение пациента с применением принципов стратегической психотерапии, описанных Джейм Хейли: обозначение решаемой проблемы, постановка цели – в виде отказа от курения, планирование вмешательства для достижения цели, изучение ответной реакции, изучение результатов лечения. Техника стратегического консультирования в различных модификациях применялась при лечении разного рода зависимостей, в частности алкогольной зависимости [72], [73], [74].

Стратегическое консультирование с последующим назначением фармакотерапии может проводить терапевт или специалист терапевтической специальности в рамках лечения основного заболевания, на дополнительном приеме, либо специалисты отделений (кабинетов) медицинской профилактики или кабинетов по отказу от курения, с последующим наблюдением терапевта.

Мотивационное консультирование направлено не на немедленный отказ от курения, а повышение мотивации и степени готовности пациентов к отказу от курения.

Важно! При консультировании беременных женщин вариант постепенного отказа от курения неприемлем, поэтому даже мотивационное консультирование должно быть направлено на немедленный и безоговорочный отказ от потребления табака. (Сила и уровень доказательности 1А)

Мотивационное консультирование требует несколько других подходов, отличных от стратегического и направлено на выявление и преодоление амбивалентного отношения пациента к собственной привычке курения, пересмотр своих ценностей и приоритетов, преодоление неуверенности в своих силах в отказе от курения. Мотивационное консультирование проводится по принципу 5 «П», с выявлением причин, последствий, преимуществ, препятствий для отказа от курения и повторение попыток при последующих визитах, и чаще всего осуществляется специалистами отделений (кабинетов) медицинской профилактики или кабинетов по отказу от курения. Подробное описание мотивационного консультирования приведено в методических рекомендациях «Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [68] и в приложении 2 рекомендаций.

На этапе углубленного консультирования осуществляется более подробная диагностика курения – как определение СО в выдыхаемом воздухе, определение степени никотиновой зависимости по тесту Фагестрема, и проведение теста для определения степени готовности к отказу от курения по тесту Прочаска. Еще раз уточняется тяжесть (интенсивность) курения по количеству выкуриваемых сигарет в день. Диагностические тесты, кроме основной роли имеют также мотивирующую функцию, что важно при их применении в мотивационном консультировании. Описание диагностических тестов и таблиц приведено в приложении 3.

В зависимости от тяжести никотиновой зависимости и интенсивности курения и готовности отказаться от потребления табака пациенту назначается та или иная форма фармакотерапии в сочетании со стратегическим консультированием, либо после или в сочетании с мотивационным консультированием. Таблица 2 демонстрирует алгоритм углубленного консультирования в разных группах пациентов.

Таблица 2. Углубленное консультирование и лечение табакокурения в зависимости от степени табачной зависимости и готовности отказаться от потребления табака.

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

Эффективность краткого и углубленного консультирования

Проведенные ранее исследования показывают, что применение только краткого консультирования способно увеличить уровень 6 - 12-месячного воздержания от курения на 3% пункта [75].

Метаанализы показывают что вероятность отказа от курения у лиц, получивших краткое консультирование в 1,7 раза выше по сравнению с теми, кто не получал совета по отказу от курения. Выявление риска развития болезней или самих болезней, связанных с курением, у пациента способствует успеху: вероятность отказа у таких пациентов возрастает еще в 1,7 раза по сравнению с теми курильщиками, у кого пока не выявлено патологии, связанной с курением. Раздача печатных информационных материалов или дальнейшее систематическое наблюдение при применении краткого консультирования могут достоверно увеличить вероятность отказа от курения еще в 1,4 раза [76].

В годы чрезвычайно высокой распространенности курения среди населения Великобритании и отсутствия арсенала средств фармакотерапии, была продемонстрирована эффективность краткого консультирования как единственного вида вмешательства на уровень смертности в 20-летнем рандомизированно-контролируемом исследовании среди курильщиков - мужчин с повышенным риском кардиореспираторных болезней. Исследование показало, что в группе лиц, получивших краткий совет по отказу от курения, уровень общей смертности был на 7% ниже, по сравнению с контрольной группой, не получавшей помощи, уровень смертности от инфаркта миокарда был ниже на 13%, уровень смертности от рака легких — ниже на 11% [77].

Применение углубленного индивидуального консультирования у курильщиков, назначивших день отказа от курения и обратившихся за такой помощью способно увеличить уровень 6-12 месячного воздержания от курения на 4% пункта по сравнению с кратким консультированием. При применении индивидуального мотивационного консультирования по сравнению с кратким консультированием вероятность отказа от курения выше в 1,4 раза [78].

Результаты более поздних метаанализов и систематических обзоров не изменили картину относительно эффективности поведенческих методов поддержки. Простой совет врача по отказу от курения оказывает скромное, но весьма важное воздействие на поведение пациента. Если предположить, что уровень самостоятельного отказа от курения составляет от 2 до 3%, то совет врача может помочь увеличить уровень отказа еще на 1-3%. Более интенсивная поддержка увеличивает вероятность отказа от курения дополнительно к краткому совету [79].

Другой важный компонент консультативной поддержки — направление в соответствующие структуры для получения медицинской помощи по отказу от курения и лечение табачной зависимости, оказывающие эту помощь, также способствует

повышению вероятности отказа от курения и использованию потенциала соответствующих специализированных приемов [80].

Более эффективно для увеличения вероятности отказа от курения, как показывают исследования, сочетание консультативной поддержки с фармакотерапией, по сравнению с минимальным советом или обычным приемом [81].

Оказание консультативной поддержки лично или по телефону лицам, принимающим фармакотерапию от табачной зависимости, имеет весьма важное значение: увеличение количества и (или) интенсивности консультирования может повысить вероятность отказа от курения у этих пациентов от 10 до 15%, как показывают обобщенные результаты 45 исследований [82].

8.3. Групповое консультирование: школа здоровья для преодоления курения

Школа здоровья для преодоления курения – это групповые занятия для предоставления информации, совета, групповой поведенческой консультативной помощи, а также разработки базовых навыков для преодоления табакокурения. (Сила и уровень доказательности 1А)

В школах здоровья предполагаются более двух групповых занятий.

Проведение Школ здоровья более целесообразно в условиях стационаров, дневных стационаров, (например, как мероприятие в рамках осуществления программ «Больницы свободные от табака»), а также во время проведения профилактических вмешательств в организованных коллективах, где более реально обеспечить целевую аудиторию, и она более однородна. Особенно целесообразны такие занятия в женских консультациях и антенатальных клиниках в рамках школ для беременных женщин и будущих родителей.

Эффективность технологии «Школа здоровья». Применение групповых занятий для преодоления табакокурения способно увеличить вероятность отказа от курения в 1.9 раз по сравнению с программами самопомощи [83]. По сравнению с индивидуальным консультированием, превосходство групповых занятий по преодолению табакокурения не доказана [84]. Также недостаточно доказательств тому, что групповые занятия в сочетании с другими формами терапии как индивидуальное консультирование или никотинзаместительная терапия увеличивают их эффективность [84].

8.4. Фармакотерапия табачной зависимости

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

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

Таблица 3. Фармакотерапия табачной зависимости

Лекарственный препарат и принцип действия	Лекарственная форма	Дозировки	Примечания
Варениклин - Стимулирует выделение допамина путем воздействия на никотиновые рецепторы (в меньшей степени, чем никотин) - снижает тягу к курению - Блокирует связывание никотиновых рецепторов с никотином- снижая удовольствие от курения	Таблетки	Дни 1 – 3 - 0,5 мг 1 раз в день Дни 4 – 7 - 0,5 мг 2 раза в день С 8 дня - 1 мг 2 раза в день Начать принимать за неделю до предполагаемой даты отказа от курения. Курс лечения - 12 недель.	Успешный отказ от курения до конца 12-й недели. При высокой степени зависимости – продолжительность курса может быть продлен до 24 недель. Уровень доказательности
Никотинсодержащие препараты: - Обеспечивают поступление никотина для уменьшения симптомов абстиненции; - последовательное снижение поступления никотина в организм, облегчает полный постепенный отказ от него; - уменьшается способность никотина вызывать зависимость за счет замедления его абсорбции.	Трансдермальный пластырь	10, 15, 25 мг – 16 часов или 7, 14, 21 мг - 24 часа. При курении ≥ 20 сиг/день: 25 (21) мг - в течение 8 недель, 15 (14) мг - в течение 2 недель, 10 (7) мг - течение 2 недель. При курении < 20 сиг/день: 15 (14) мг - в течение 8 недель, 10 (7) мг - течение 4 недель.	Препараты медленного и длительного действия. Можно комбинировать с формами быстрого и короткого действия
	Жевательная резинка	2 мг (при курении < 20 сиг/день), 4 мг (при курении ≥ 20 сиг/день). Максимальная дневная доза: 25 шт. (2 мг) или 15 шт. (4 мг). Максимальная длительность применения 12 мес.	Форма короткого и быстрого действия. Необходимо соблюдать режим жевания. Проблематичны для лиц с зубными протезами. Могут вызвать раздражение слизистой полости рта и изжогу.
	Подъязычные таблетки	2мг. Максимальная дневная доза 30 шт. При курении ≥ 20 сиг/день: по 2 шт. 8-12 шт. – 12 недель, далее - по 1 шт. с постепенным снижением дневной дозы 40 нед. максимум, При курении < 20 сиг/день: по 1 шт. 8-12 шт. – 12 недель далее	Форма короткого и быстрого действия.

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

Варениклин

Варениклин — частичный агонист и антагонист никотиновых рецепторов. (Сила и уровень доказательности 1А). У этого препарата двойной механизм действия: во-первых, варениклин связывается с никотиновым рецептором и стимулирует частичную выработку допамина, что составляет примерно 40-60% от уровня, выделяемого при курении, и таким образом, снижает тягу к курению и смягчает синдром отмены. Во-вторых, как антагонист никотиновых рецепторов, варениклин блокирует никотиновые рецепторы и предотвращает их связывание с никотином при курении, таким образом, снижая удовольствие от сигареты в процессе курения [85].

Варениклин назначается перорально. Прием препарата начинают за неделю до предполагаемой даты отказа от курения. Либо пациент начинает прием препарата и прекращает курение в период с 8-го по 35-й день лечения препаратом. В течение первых 3 дней доза препарата составляет 0,5 мг 1 раз в день, в течение последующих 4 дней — 0,5 мг 2 раза в день. На 8-й день дозу увеличивают до 1 мг 2 раза в день. Курс лечения составляет 12 недель [85]. Однако доказано, что увеличение длительности приема варениклина до 24 недель (дополнительно 12 недель к стандартному курсу) приводит к увеличению его эффективности. Варениклин был также эффективен для отказа от курения при повторном применении у пациентов, которые ранее прекращали курить с помощью

варениклина или при выборе пациентом собственной даты прекращения курения («гибкий» курс приема) [85].

При этом, как показывают исследования, варениклин можно назначать не только при тяжелой степени никотиновой зависимости, но и «легким» курильщикам с одинаковым эффектом [86], а также при постепенном отказе от курения в течение 24 недель, для тех, кто не в состоянии резко отказаться от курения [87].

Исследования показывают, что варениклин может от двух до трех раз увеличить шансы курильщика успешно отказаться от курения в течение года [88]. Варениклин более эффективен по сравнению с никотинзаместительной терапией в моноформе и бупропионом, но имеет одинаковую эффективность по сравнению с комбинацией форм никотинзаместительной терапии [89].

В последней редакции инструкции Минздрава РФ по применению препарата варениклина от 17 ноября 2017 года, приводятся больше фактов об эффективности и безопасности варениклина, в том числе у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми, респираторными заболеваниями, сахарным диабетом, а также психическими расстройствами. Эти факты основаны на результатах крупных рандомизировано контролируемых исследований и метаанализов [90], [91]. Эти исследования доказывают эффективность и безопасность варениклина при лечении табачной зависимости у пациентов с ССЗ: инфарктом миокарда, коронарной реваскуляризацией, ОКС, ИБС, заболеваниями периферических сосудов, инсультом и преходящими нарушениями мозгового кровообращения. А метаанализы и систематические обзоры, посвященные выявлению серьезных сердечно-сосудистых нежелательных явлений, связанных с приемом препарата, установили, что Варениклин не повышает риск развития серьезных сердечно-сосудистых нежелательных явлений [92] [93].

Варениклин также демонстрирует достоверно высокую эффективность и безопасность по сравнению с плацебо при лечении табачной зависимости у пациентов с сахарным диабетом [94] и у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) [95], [96]. При этом препарат может быть эффективен при лечении курильщиков с ХОБЛ не очень мотивированных к отказу от курения [97], и особенно эффективен при сочетании с психологической поддержкой [98] [96].

Никотинзаместительная терапия

Препараты никотинзаместительной терапии (НЗТ) предназначены для замещения никотина в организме без потребления табака и других токсических веществ. (**Сила и уровень доказательности 1А**). В России сертифицированы следующие формы никотинсодержащих препаратов: 16- или 24-часовые трансдермальные пластыри – с

содержанием по 25, 15 и 10 мг и по 21, 14 и 7 мг никотина соответственно, 2- или 4-мг жевательная резинка, 2-мг подъязычные таблетки и ротовой спрей. Препараты НЗТ в нашей стране допущены к свободной безрецептурной продаже.

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

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

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

Шансы курильщиков отказаться от курения возрастают при применении никотинзаместительной терапии в сочетании с индивидуальным профилактическим консультированием, в особенности у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Несмотря на то, что доказана безопасность никотинзаместительной терапии, пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с нарушениями функции почек, гипертиреозом, сахарным диабетом и феохромоцитомой препараты НЗТ рекомендуется назначать с осторожностью. Пациентам с язвенной болезнью желудка и с нарушениями функции печени жевательные и сосательные формы НЗТ назначаются с осторожностью. При беременности и кормлении грудью НЗТ назначается только в том случае, если вред потребляемого табака для матери и плода превосходит потенциальный вред никотинзаместительных препаратов.

Цитизин

Цитизин - частичный агонист с высокой связывающей способностью к никотиновым ацетилхолиновым рецепторам [99]. (Сила и уровень доказательности 1В).

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

У курильщиков 15 и более сигарет в день, цитизин увеличивает уровень 6 – 12 месячного продолжительного воздержания от табака на 6% пункта (95% ДИ = 4–9) по сравнению с плацебо [99].

По эффективности препарат уступает НЗТ и варениклину, по данным исследований около 90% курильщиков, принимавших цитизин, продолжали курить через 8 недель терапии [100]. Однако бесспорным преимуществом цитизина является то, что он самый доступный из всех существующих средств фармакотерапии табачной зависимости.

Цитизин противопоказан при остром инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии, аритмии, перенесенном инсульте, атеросклерозе, артериальной гипертензии, а также при беременности и грудном вскармливании, лицам моложе 18 лет и старше 65 лет, и при недостаточности лактазы [101]. При других формах ИБС, хронической сердечной недостаточности, хронической почечной и печеночной недостаточности, заболеваниях периферических артерий, гипертиреозе, язвенной болезни желудка, сахарном диабете, гастроэзофагиальной рефлюксной болезни и шизофрении препарат следует принимать с осторожностью, а при длительном стаже курения и лицам от 40-45 лет следует принимать только после консультации врача [101].

8.5. Помощь в отказе от курения и лечение табачной зависимости у беременных женщин и женщин в период лактации

Медицинские работники должны в обязательном порядке предлагать всем беременным женщинам, потребляющим табак или недавно отказавшимся от этой привычки, помощь в форме краткого (Сила и уровень доказательности 1А) и углубленного (Сила и уровень доказательности 1А) консультирования, в полном объеме направленного на отказ от табака.

Помощь в форме консультативной поддержки должна предлагаться беременным женщинам, потребляющим или ранее потреблявшим табак, на самых ранних сроках беременности или при ее планировании. Женщинам с наиболее высокой степенью табачной зависимости могут понадобиться более регулярные вмешательства.

Учитывая скудность арсенала фармакологических средств для лечения табачной зависимости, разрешенных к применению во время беременности, профилактическое консультирование и психосоциальная поддержка для отказа от курения особенно важны для этой группы пациенток. С другой стороны – беременность это тот мощный мотивационный стимул, который должен быть использован при консультировании этих пациенток.

Женщинам, потреблявшим табак и отказавшимся от курения до наступления беременности, необходима поддержка для предупреждения возможных срывов.

При осуществлении вмешательств следует учитывать обеспокоенность беременных курильщиц в связи с возможным увеличением веса вследствие отказа от курения.

Необходимо также предостеречь беременную женщину от воздействия вторичного дыма, создания дома, в автомобиле и везде вокруг себя среды полностью свободной от табака. (**Сила и уровень доказательности 1А**). При проведении вмешательств необходимо также учитывать такой фактор, как курение партнера беременной женщины и его отношение к потреблению табака и отказу от него, и принимать соответствующие меры.

Почти все существующие доказательства, подтверждающие эффективность вмешательства при курении, касаются потребителей сигарет фабричного производства, однако все больше фактов свидетельствуют о том, что схожие стратегии психосоциального воздействия могут быть использованы в отношении потребителей других форм табака (бездымный табак, кальян и т. д.), а также электронных сигарет. Существующие доказательства указывают на то, что отказ от потребления бездымного табака и других видов табачной продукции положительно отражается на исходе беременности. (**Сила и уровень доказательности 1А**).

Фармакотерапия табачной зависимости при беременности и лактации в основном не показана. Она ограничена применением только никотизаместительной терапии, и то с большой осторожностью, и под наблюдением врача и только в том случае когда доказанный вред от потребляемых сигарет во время беременности превосходит потенциальный вред от потребления НЗТ (**Нет убедительных доказательств**).

9. Рекомендации для системы здравоохранения и реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 годы

Для успешной реализации Стратегии и в частности ее направления "Создание условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов", и в рамках повышения доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам и девочкам, должны быть внедрены меры, направленные на защиту здоровья женщин от воздействия табачного дыма, профилактику и лечение потребления табака. Эти меры должны быть реализованы в рамках решения установленных в Стратегии задач.

- 1) Совершенствование программ профилактических осмотров и диспансеризации женщин и девочек, в том числе беременных женщин, и женщин, посетительниц антенатальных клиник, должны включать эффективное выявление курящих женщин и девочек, определение их статуса курения, риска развития болезней связанных с курением и оказания им помощи в отказе от курения;
- 2) Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи женщинам и девочкам должно включать оказание специализированной помощи в отказе от курения и лечения табачной зависимости;
- 3) Профилактика неинфекционных заболеваний у женщин и снижение факторов риска их развития неразрывно связана с профилактикой и лечением от курения табака и лечением табачной зависимости, защитой женщин от воздействия табачного дыма и потребления или воздействия ЭСДН;
- 4) В рамках расширения гарантий доступности для женщин и девочек генетической диагностики, включая биохимическую диагностику, ДНК-диагностику и преимплантационную диагностику, с целью профилактики наследственных жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний можно рассмотреть выявление особенно уязвимых групп женского населения, генетически предрасположенных к заболеваниям, связанным или усугубляемым воздействием табачного дыма и пара ЭСДН;
- 5) Повышение мотивации к ведению здорового образа жизни, в том числе разработка и реализация информационно-образовательных программ, направленных на информирование женщин о вреде табакокурения, наряду с потреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ является первостепенной задачей и должно осуществляться на всех этапах оказания медицинской помощи системы

- ПМСП, включая женские и детские консультации и антенатальные клиники, а также в стационарах и санаторно-курортных учреждениях;
- 6) Развитие системы охраны репродуктивного здоровья с учетом особенностей состояния здоровья женщин, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (включая экстракорпоральное оплодотворение) предполагает организацию во всех соответствующих медицинских учреждениях служб, осуществляющих услуги, направленные на защиту здоровья женщин от воздействия табачного дыма, профилактику и лечение потребления табака и табачной зависимости у женщин;
 - 7) Обеспечение медико-социальной поддержки беременных женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, оказание помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора, включая социальное сопровождение, предоставление социально-медицинских, социально-психологических, социально-правовых, социально-бытовых и иных социальных услуг должно включать услуги направленные на защиту здоровья женщин от воздействия табачного дыма, профилактику и лечение потребления табака и табачной зависимости у женщин.

Для выполнения поставленных задач необходимо совершенствовать организационные подходы на уровне первичного звена здравоохранения, начиная с фельдшерских акушерских пунктов, как того обязывают нормативные документы, определяющие порядок оказания медицинской помощи курящим пациентам. В первую очередь, необходима организация медицинской помощи в отказе от курения на этапе врача - терапевта как во время диспансерного приема, так и вне него и координация усилий с кабинетами медицинской помощи при отказе от курения, кабинетами (отделениями) медицинской профилактики.

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

Список литературы

1. Comparison fact sheet - Global Adult Tobacco Survey (GATS) - Russian Federation 2009 and 2016
http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/rus_comparison_factsheet_2016.pdf.
2. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Краткий обзор, 2016 г.
http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_2016-rus-executive-summary-Ru.pdf.
3. Гамбарян М.Г., Драпкина О.М. Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных опросов. Профилактическая медицина, 5, 2018, с. 45-62
<https://doi.org/10.17116/profmed20182105145>.
4. Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Попович М.В., Старовойтов М.Л. Потребление электронных сигарет в России: результаты Российского опроса взрослого населения по оценке антитабачной политики. Профилактическая медицина, 2, 2018, выпуск 2, с. 82.
5. Centers for disease control and prevention, Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData), Datasets for European (EUR) Region, Russian Federation.
<https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=2>.
6. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017;171(8):788-797. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1488.
7. Hackshaw Allan, Morris Joan K, Boniface Sadie, Tang Jin-Ling, Milenković Dušan. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports *BMJ* 2018 and ;j5855, 360.
8. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014. <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>.
9. Pirie K et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet.* 2013; 381(9861):133-41 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61720-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61720-6/fulltext)).
10. Расширение прав и возможностей женщин перед лицом табачной угрозы в Европе Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/313000/EmpowerWomenFacingChallengeTobaccoUse1-ru.pdf?ua=1.
11. Malvezzi M et al. European cancer mortality predictions for the year 2013. *Annals of Oncology.* 2013; 24:92-800 (<http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/11/annonc.mdt010.full.pdf+html>).
12. Конференция Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, Седьмая сессия, Дели, Индия, 7-12 ноября 2016 г. Пункт 5.5.2 предварительной повестки дня FCTC/COP/7/11 август 2016 г.
http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_RU.pdf.

13. Bowler, R.P., Hansel, N.N., Jacobson, S. et al. Electronic Cigarette Use in US Adults at Risk for or with COPD: Analysis from Two Observational Cohorts. *J GEN INTERN MED* (2017) 32: 1315. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4150-7>.
14. Lee HW, Park SH, Weng MW, Wang HT, Huang WC, Lepor H, Wu XR, Chen LC, Tang MS. E-cigarette smoke damages DNA and reduces repair activity in mouse lung, heart, and bladder as well as in human lung and bladder cells. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2018;115:E1560–E1569.
15. Schick SF et al. Thirty minute-exposure to aged cigarette smoke increases nasal congestion in nonsmokers. *Journal of Toxicology and Environmental Health*. 2013;76:601-613.
16. Raupach T et al. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European Heart Journal*. 2006;27:386-392 (<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/27/4/386.long>).
17. Silke Kropp, Jenny Chang-Claude Active and Passive Smoking and Risk of Breast Cancer by Age 50 Years among German Women. *Am J Epidemiol* (2002) 156 (7): 616-626 <http://aje.oxfordjournals.org/content/156/7/616.full.pdf+html> .
18. Jenny Chang-Claude, Silke Kropp, Birgit Jäger, Helmut Bartsch, Angela Risch. Differential Effect of NAT2 on the Association between Active and Passive Smoke Exposure and Breast Cancer Risk. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* (2002) 11 (8): 698-704 <http://cebp.aacrjournals.org/content/11/8/698.full>.
19. Miller MD et al. The association between exposure to environmental tobacco smoke and breast cancer: a review by the California Environmental Protection Agency. *Preventive Medicine*. 2007;44(2):93-106.
20. Wu MT, Lee LH, Ho CK, Liu CL, Wu TN, Wu SC, Lin LY, Cheng BH, Yang CY. Lifetime exposure to environmental tobacco smoke and cervical intraepithelial neoplasms among nonsmoking Taiwanese women. *Arch Environ Health*. 2003 Jun;58(6):353-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14992310>.
21. Tao L, Xiang Y, Wang R, Nelson H, Gao Y, Chan K, et al. Environmental Tobacco smoke in relation to bladder cancer risk—the Shanghai bladder cancer study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010 and <http://cebp.aacrjournals.org/content/19/12/3087.full>, 19:3087–95.
22. Xuejuan Jiang, Jian-Min Yuan, Paul L. Skipper, Steven R. Tannenbaum, Mimi C. Yu Environmental Tobacco Smoke and Bladder Cancer Risk in Never Smokers of Los Angeles County. *Cancer Res.* (2007) 67 (15): 7540-7545 <http://cancerres.aacrjournals.org/content/67/15/7540.full> .
23. Anthony J. Alberg, Anthony Kouzis, Jeanine M. Genkinger, Lisa Gallicchio, Alyce E. Burke, Sandra C. Hoffman, Marie Diener-West, Kathy J. Helzlsouer, George W. Comstock. A Prospective Cohort Study of Bladder Cancer Risk in Relation to Active Cigarette Smoking and Household Exposure to Secondhand Cigarette Smoke .
24. Samanic C, Kogevinas M, Dosemeci M. Smoking and bladder cancer in Spain: Effects of tobacco type, timing, environmental tobacco smoke, and gender. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:1348–54 http://cebp.aacrjournals.org/content/15/7/1348.abstract?ijkey=9081224f116c6f7fb190ee9e2a956e24ebd1f867&keytype2=tf_ipsecsha.

25. Mieke J.J. Van Hemelrijck, Dominique S. Michaud, Gregory N. Connolly, Zubair Kabir
Secondhand Smoking, 4-Aminobiphenyl, and Bladder Cancer: Two Meta-analyses. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* April 1, 2009 18:1312-1320
<http://cebp.aacrjournals.org/content/18/4/1312.full>.
26. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General., U.S. Department of Health and Human Services. *Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.*
www.cdc.gov/tobacco.
27. Yolton K et al. Exposure to environmental tobacco smoke and cognitive abilities among U.S. children and adolescents. *Environmental Health Perspectives.* 2005;113:98-103
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>).
28. Hughes JR, Helzer JE, Lindberg SA. Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence.* 2006;85:91-102.
29. Perkins KA et al. Negative mood effects on craving to smoke in women versus men. *Addictive Behaviors.* 2013;38:1527-31.
30. Benowitz NL & Hatsukami D (1998) Gender differences in the pharmacology of nicotine addiction. *Addiction Biology.* 3:383-404.
31. Pauly JR. Gender differences in tobacco smoking dynamics and the neuropharmacological actions of nicotine. *Frontiers in Bioscience.* 2008;13:505-16
(<http://www.bioscience.org/2008/v13/af/2696/fulltext.htm>, accessed 18 August 2014).
32. DiFranza JR et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control.* 2002;11(3):228-35
(<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/3/228.long>, accessed 18 August 2014).
33. Graham H. *When life's a drag - women, smoking and disadvantage.* London: Department of Health; 1993.
34. Bostock Y. *Searching for the solution –women, smoking and inequalities in Europe.* International Network of Women against Tobacco – Europe. London: Health Development Agency; 2003.
(<http://personales.unican.es/ayestaf/esh/Women,%20smoking%20and%20inequalities%20in%20Europe.pdf>).
35. DiFranza JR et al. Susceptibility to nicotine dependence: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth 2 study. *Pediatrics.* 2007;120(4):e974-83.
36. Kandel DB et al. On the development of nicotine dependence in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence.* 2007;91(1):26-39
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2042038/>).
37. Fox HC, Sinha R. Sex differences in drugrelated stress-system changes: implications for treatment in substance-abusing women. *Harvard Review of Psychiatry.* 2009;17(2):103-19
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746371/>).
38. Wetter DW et al. Gender differences in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1999;67:555-62.

39. Stroud LR et al. Prenatal glucocorticoids and maternal smoking during pregnancy independently program adult nicotine dependence in daughters: a 40-year prospective study. *Biological Psychiatry*. 2013;75(1):47-55.
40. Schnoll RA, Patterson F, Lerman C. Treating tobacco dependence in women. *Journal of Womens Health Larchmt*. 2007;16(8):1211-18.
41. Clark MM et al. The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial. *Addictive Behaviors*. 2006;31(7):1144-52.
42. Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obesity Reviews*. 2004;5:95-103.
43. Pisinger C, Jorgensen T. Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population: the Inter99 study. *Preventive Medicine*. 2007;44(4):290-295.
44. Shiffman S, Paton SM. Individual differences in smoking: gender and nicotine addiction. 1999;1(Suppl):S153-7; discussion S165-6.
45. Flegal KM et al. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 1995;333:1165-70 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199511023331801>).
46. Williamson DF et al. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *The New England Journal of Medicine*. 1991;324:739-45 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199103143241106>, accessed 21 August 2014).
47. Hoch E et al. How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? *Addiction*. 99: 2004;1586-98.
48. Jarvis MJ et al. Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. *Tobacco Control*. 2013;22:356-60.
49. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. *WHO, 2013*.
50. Postma DS, Bush A, van den Berge M. Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2015 и 899–909, 385:.
51. Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, et al, and the Committee on Nonsmoking COPD, Environmental and Occupational Health Assembly. An official American Thoracic Society public policy statement: novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2010;182: 693–718.
52. Svanes C, Sunyer J, Plana E, et al. Early life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2010; 65: 14–20.
53. Beyer D, Mitfessel H, Gillissen A. Maternal smoking promotes chronic obstructive lung disease in the off spring as adults. *Eur J Med Res* 2009; 14 (suppl 4): 27–31.
54. Li YF, Langholz B, Salam MT, Gilliland FD. Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. *Chest* 2005; 127: 1232–41.
55. Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSouef PN. Eff ects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet* 1996; 348: 1060–64.

56. Doruk S, Ozyurt H, Inonu H, Erkorkmaz U, Saylan O, Seyfi kli Z. Oxidative status in the lungs associated with tobacco smoke exposure. Clin Chem Lab Med 2011; 49: 2007–12.
57. Lodrup Carlsen KC, Jaakkola JJ, Nafstad P, Carlsen KH. In utero exposure to cigarette smoking influences lung function at birth. Eur Respir J 1997; 10: 1774–79.
58. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P, and the European Community Respiratory Health Survey. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community. Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. Lancet 2001;358: 2103–09. : б.н.
59. Simoni M, Baldacci S, Puntoni R, et al. Respiratory symptoms/diseases and environmental tobacco smoke (ETS) in never smoker Italian women. Respir Med 2007; 101: 531–38.
60. Eisner, M.D.; Balmes, J.; Katz, B.P.; Trupin, L.; Yelin, E.; Blanc, P. Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. Environ. Health Perspect. 2005, 4, 7-15.
61. Yin P, Jiang CQ, Cheng KK, et al. Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. Lancet 2007; 370: 751–57. .
62. Федеральный закон от 23.02.2013 №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». б.м. : Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru.
63. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Всемирная организация здравоохранения, Женева, Обновленная перепечатка 2003 г., 2004 г., 2005 г. http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf?ua=1.
64. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (<http://www.who.int/fctc/ru/>, по состоянию на 17 марта 2017 г.).
65. Распоряжение Правительства РФ от 23.09.2010 N 1563-р <О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы>(вместе с "Концепцией осуществления государственной политики противодействия потреблению табака. на 2010 - 2015 годы", "Планом мероприятий по реализации концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы"). s.l. : Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru.
66. Приказ Минздрава России от 30.09.2015 № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». (Зарегистрировано в Минюсте России 24.11.2015 № 39822) Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru .
67. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» с изменениями и дополнениями от: 23 июня, 30 сентября 2015 г. Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс - www.consultant.ru .
68. Приказ Минздрава РФ от 26.10.2017 N869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» .

69. Приказ Минздравсоцразвития России №261 от 01.04.2011 «Об организации Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака».
70. Клиническая рекомендация: "Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых" ID:КР601 Дата утверждения: 2018. РУБРИКАТОР клинических рекомендаций <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/907>.
71. Гамбарян М.Г., Бойцов С.А. О ходе мониторинга реализации Федерального закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» в субъектах Российской Федерации. *Профилактическая медицина*, 5, 2015; с 15-29 doi: 10.17116/profmed2015185?-.?
72. Berg, I.K., and Reuss, N. Solution-focused brief therapy: Treating substance abuse. *Current Thinking and Research in Brief Therapy*. 1998 and 2:57-83.
73. Juhnke, G.A., and Coker, J.K. Solution-focused intervention with recovering, alcohol-dependent, single parent mothers and their children. *Journal of Addictions and Offender Counseling*. 1997 and 17(2):77-87.
74. Miller, S.D., and Berg, I. Working with the problem drinker: A solution-focused approach. *Arizona Counseling Journal*. 1991 and 16(1):3-12.
75. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, Stapleton J, McRobbie H, Pokhrel S, Lester-George A, Borland R *Addiction*. 2015 Sep and 10.1111/add.12998., 110(9):1388-403. doi: 10.1111/add.12998.
76. Stead LF, Bergson G, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2008, Issue 2.
77. Rose G, Colwell L, Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992 and 75-77, 46:.
78. Lancaster T, Stead LF, Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2008, Issue 4.
79. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31 and 10.1002/14651858.CD000165.pub4., (5):CD000165. doi:.
80. Wang MP, Suen YN, Li WH, Lam CO, Wu SY, Kwong AC, Lai VW, Chan SS, Lam TH. Intervention With Brief Cessation Advice Plus Active Referral for Proactively Recruited Community Smokers: A Pragmatic Cluster Randomized Clinical Trial *JAMA Intern Med*. 2017 Dec 1;177(12):1790-1797. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.5793.
81. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17 and 10.1002/14651858.CD008286.pub2., 10:CD008286. doi:.
82. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Database Syst Rev*. 2015 Oct 12 and 10.1002/14651858.CD009670.pub3., (10):CD009670. doi:.
83. Stead LF, Lancaster T, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Review) *The Cochrane Library* 2009, Issue 2.
84. Ramos et al. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial *BMC Public Health*, 2010.

85. Министерство здравоохранения РФ, Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата для медицинского применения Чампикс® с изменениями от 15.11 2017. ЛСР-006439/08-151117.
86. Ebbert JO, Croghan IT, Hurt RT, Schroeder DR, Hays JT. Varenicline for Smoking Cessation in Light Smokers. *Nicotine Tob Res.* 2016 Oct and 26., 18(10):2031-5. doi: 10.1093/ntr/ntw123. Epub 2016 Apr.
87. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2015 Feb 17 and 10.1001/jama.2015.28, 313(7):687-94. doi:.
88. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May 9; (5):CD006103. Epub 2016 May 9.
89. Cahill K. et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013, Issue 5: 2.
90. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, Grondin FR, Bata I, Iskander A, Lauzon C, Srivastava N, Clarke A, Cassavar D, Dion D, Haught H, Mehta SR, Baril JF, Lambert C, Madan M, Abramson BL, Dehghani P and Investigators., EVITA. Varenicline for Smoking Cessation in Hospitalized Patients With Acute Coronary Syndrome. *Circulation.* 2016 Jan 5;133(1):21-30. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019634. Epub 2015 Nov 9.
91. Nancy A. Rigotti, Andrew L. Pipe, Neal L. Benowitz, Carmen Arteaga, Dahlia Garza, Serena Tonstad Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Cardiovascular Disease: A Randomized Trial *Circulation.* Author manuscript; available in PMC 2014 Jul 15. Published in final edited form as: *Circulation.* 2010 Jan 19; 121(2): 221–229. Published online 2010 Jan 4. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.869008.
92. Prochaska JJ, Hilton JF Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012 May 4 and 10.1136/bmj.e2856., 344:e2856. doi:.
93. 2012, H.Svanström et al. Use varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. *BMJ* and 2012), 345 :e7176 doi: 10.1136/bmj.e7176 (Published 8 November.
94. Tonstad S1, Lawrence D2 Varenicline in smokers with diabetes: A pooled analysis of 15 randomized, placebo-controlled studies of varenicline. *J Diabetes Investig.* 2017 Jan and 14., 8(1):93-100. doi: 10.1111/jdi.12543. Epub 2016 Jul.
95. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. *Chest* 2011 and 591–599, 139:.
96. Hughes J. R., Stead L. F., Hartmann-Boyce J., Cahill K., Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 and 1CD000031.
97. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Arellano-Rocha R, Noé-Díaz V, García-Gómez L, Pérez Bautista O, Velázquez Uncal M. Use of varenicline for more than 12 months for smoking cessation in heavy chronic obstructive pulmonary disease smokers unmotivated to quit. a pilot

- study. *Ther Adv Respir Dis*. 2016 Oct;10(5):383-90. doi: 10.1177/1753465816654823. Epub 2016 Jun 27.
98. Politis A, Ioannidis V, Gourgoulianis KI, Daniil Z, Hatzoglou C Effects of varenicline therapy in combination with advanced behavioral support on smoking cessation and quality of life in inpatients with acute exacerbation of COPD, bronchial asthma, or community-acquired pneumonia: A prospective, open-label, preference-based, 52-week, follow-up trial. *Chron Respir Dis*. 2018 May;15(2):146-156. doi: 10.1177/1479972317740128. Epub 2017 Nov 8.
99. Cahill K., Stead L., Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 and CD006103.pub6, CD006103. doi: 10.1002/14651858.
100. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomised, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. *Journal of Smoking Cessation* 2008 and 3(1):57-62.
101. http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=906af015-1acf-44ba-ac8f-c65664a21433&t=, Государственный реестр лекарственных средств.
102. Breton CV, Byun HM, Wenten M, Pan F, Yang A, Gilliland FD. Prenatal tobacco smoke exposure affects global and gene-specific DNA methylation. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 180: 462-67.
103. Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. *Scand J Work Environ Health*. 2002 и 2:52-70., 28 Suppl.
104. Whincup P. Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement *BMJ* 329 (7459) 2004, pp, 200-205.
105. You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA. Ischemic stroke risk and passive exposure to spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. *Am J Public Health*. 1999 Apr и 89(4):572-5.
106. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999 и 920-6., 340:.
107. Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control*. 1999 Summer и 8(2):156-60.

Приложение 1

Рейтинговая схема для оценки силы и доказательности рекомендаций

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

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

Оценка силы рекомендаций по преодолению потребления табака и лечению табачной зависимости

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

Приложение 2

Диагностические тесты, используемые при углубленном консультировании курящих пациентов.

Определение степени никотиновой зависимости

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

Тест Фагестрема для оценки степени никотиновой зависимости

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

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

Таб. 3 Тест для оценки готовности бросить курить




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

Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе

Уровень угарного газа возрастает при курении, вдыхании воздуха с высоким содержанием СО (пожары, промышленные производства, выхлопные газы и пр.). Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе проводится с помощью СО-анализатора и применяется для выявления степени «загрязнения» воздуха в легких угарным газом (выявления факта курения), так и с целью повышения мотивации пациента бросить курить и содействия отказу от потребления табака (контроль динамики состояния, демонстрация опасности курения пациенту).

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

Действует система цветов светофора:

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

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

Приложение 3

Мотивационное консультирование. Техника и приемы

Мотивационное консультирование представляет комплекс вопросов, которые врач обсуждает с курящим пациентом, для повышения информированности относительно последствий его пагубной привычки, и формирования у него готовности в отказе от курения.

Мотивационное консультирование – «5П»¹

1. Причина отказа от курения	- Постарайтесь подобрать причины для отказа от курения для каждого пациента, привязывая к состоянию его здоровья, наличием факторов риска, или другими факторами, важными лично для него – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить.
2. Последствия курения	- Обсудите с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечнососудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни рак легких, рак груди и других локализаций, риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента. - Обратите внимание пациента на то, что потребление «легких сигарет» и других форм табака также вредно для здоровья, как обычных сигарет, а курение «легких сигарет» намного, чем обычных, вреднее еще для окружающих людей. - Поясните пагубные последствия «пассивного курения» - для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечнососудистых, заболеваний, рака легкого и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма. Подчеркните особый вред «пассивного курения» для детей – повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, повышенный риск рождения детей с малым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечнососудистых болезней в будущем, повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов, респираторных заболеваний у детей курящих.
3. Преимущества отказа от курения	Попросите пациента продумать и обсудите с ним наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака. В привязке с состоянием здоровья пациента и с его личными мотивами расскажите ему о пользе отказа от курения, например: <ul style="list-style-type: none">- улучшение самочувствия и состояния здоровья,- восстановление/улучшение функций сердечнососудистой и дыхательной системы,- улучшение вкусовых и обонятельных ощущений,- повышение выносливости и работоспособности,- улучшение цвета лица и состояния кожи,- снижение риска преждевременного старения,- снижение риска развития хронических заболеваний,- снижение риска развития эректильной дисфункции у мужчин,- увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей.
4. Препятствия для отказа от курения	- Спросите у пациента, что мешает ему отказаться от курения. Обсудите с ним все препятствия и попробуйте аргументированно опровергнуть его доводы,

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

	<p>объясните, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. В основном указываются следующие причины продолжения курения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - боязнь синдрома отмены, - боязнь стресса, - боязнь набора веса, - ощущение подавленности и депрессии, - сознание утратить удовольствие от курения, - боязнь неудачи. <p>А еще приводятся доводы: - мне ничего не будет, дед курил всю жизнь и дожил до 90 лет; все так вокруг загрязнено, что мое курение – капля в море; я могу бросить курить в любую минуту, и.т.д.</p>
<p>5. Повторение попыток</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом учитываются все предыдущие попытки пациента бросить курить (если таковые были), тщательно вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании «анализа ошибок». - Объясните пациенту, что многие курильщики испытывают несколько эпизодов срыва прежде, чем добиваются результата.

Пять приемов поведенческого консультирования²

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

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

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

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

- *Спасибо, что пришли*
- *Очень хорошо, что Вы согласились на беседу, даже если Вы не думаете пока отказаться от курения*
- *Я уверен(а), что Вы сможете преодолеть трудности и отказаться от курения*
- *Не бойтесь выглядеть «слабым», табачную зависимость не всегда можно преодолеть без помощи врача и без лечения*

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

- *Как Вы хорошо придумали заменить «утреннее курение» пробежками!*
- *Я уверен(а), у Вас все получится!*
- *Хорошо, что у Вас положительный настрой – медицина располагает большим арсеналом методов лечения табачной зависимости, но они эффективны, когда человек сам помогает себе.*

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

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

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

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

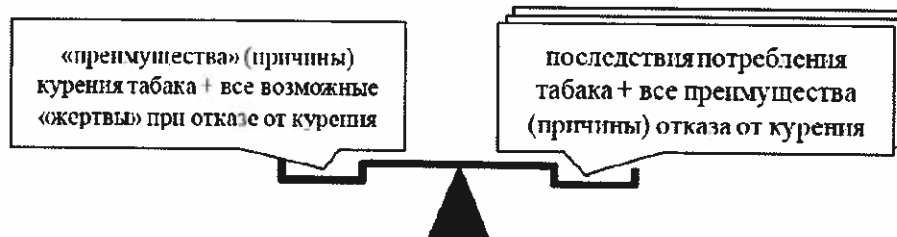
Осознание (выявление) потенциала для изменения поведения – пятый прием, основанный на четырех предыдущих.

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

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

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

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



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

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