



**Оценка лиц, курящих табак, с позиций  
«маршрутизации» — этапности и  
преимущества оказания профилактической  
и лечебной помощи**

*Методические материалы для центров здоровья,  
центров медицинской профилактики, общественных  
организаций, занимающихся профилактикой  
табакокурения*



**Оценка лиц, курящих табак, с позиций  
«маршрутизации» — этапности и  
преимущества оказания профилактической  
и лечебной помощи**

*Методические материалы для центров здоровья,  
центров медицинской профилактики, общественных  
организаций, занимающихся профилактикой  
табакокурения*

**Подготовлено: зав. кабинетом диагностики и терапии табачной зависимости ФГБУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского» Минздрава РФ Сперанской О. И.**

Представлены основные направления медицинской помощи лицам, курящим табак с обоснованием рекомендаций оценки состояния курения и клинических форм никотиновой зависимости для успешной дифференцированной терапии.

## Введение

По свидетельству аналитиков Всемирной Организации Здравоохранения, сокращение и прекращение употребления табака и табачных изделий населением планеты является одной из наиболее актуальных и неотложных медицинских и социальных задач последнего десятилетия (WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2011).

Употреблению табачных изделий подвержено несколько миллиардов жителей нашей планеты, при этом количество курящих лиц ежегодно возрастает более чем на 3,5 миллиона человек.

Употребление табака убивает более 6 миллионов человек в год. Он ответственен за 1 из 10 смертей среди взрослого населения.

Потребление табачных изделий относится к пяти наибольшим факторам риска смертности. Одиннадцать процентов смертей от ишемической болезни сердца, (занимающей первое место по смертности в мире) связаны с употреблением табака. Более 70% случаев смерти от рака легких, трахеи и бронхов связаны с употреблением табака. Если нынешние тенденции сохранятся, к 2030 году употребление табака будет приводить к смерти более 8 млн. человек в год. До половины из 1 миллиарда курильщиков в мире преждевременно умрет от связанных с табаком болезней.

Табакокурение в настоящее время, по признанию ВОЗ, является устранимой причиной смертности для современного человека.

В любом цивилизованном обществе проблемы сохранения здорового генофонда населения, а также увеличения продолжительности жизни и активного долголетия людей являются приоритетными государственными программами.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) была разработана в ответ на глобализацию табачной эпидемии. Распространению этой эпидемии способствовало множество сложных факторов, характеризующихся трансграничными последствиями, включая либерализацию торговли и прямые иностранные инвестиции.

Свою лепту в расширение масштабов употребления табака вносят и другие факторы, такие, как глобальная система маркетинга, транснациональная реклама, продвижение продажи и спонсорство табачных изделий на транснациональном уровне, международный оборот контрабандных и контрафактных сигарет.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака является важной вехой для будущего общественного здравоохранения и определяет новые правовые параметры для международного сотрудничества в области здравоохранения.

В нашей стране возможность присоединения к Конвенции и принятия к действию отдельных ее аспектов широко обсуждалась до 2007 года.

3 июня 2008 года Российская Федерация присоединилась к Международной Конвенции по Борьбе с Курением Табака.

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований, организованных и проведенных в нашей стране по инициативе ВОЗ, свидетельствуют, что в 2009 году Россия заняла первое место в мире по распространенности курения табака среди населения и темпам ее развития.

По темпам развития распространенности курения Россия также занимает с 2009 года первое место в мире, что придает проблеме борьбы с табачной зависимостью государственное значение, имея в виду медицинские и социальные последствия курения.

К концу 2009 года на территории Российской Федерации количество курящих лиц составило 71,3% мужского населения страны в возрасте от 15 до 70 лет (WHO,GATS,2009), что вдвое больше, чем во Франции (30% мужского населения), Германии (38% мужского населения), Норвегии (28% мужского населения).

За последние 3-4 года, благодаря принятию ряда антитабачных законов в Российской Федерации, намечается тенденция к уменьшению данного показателя (до 68% мужского населения).

Многофакторные исследования с использованием данных в таблицах GLOBE («здоровье и условия жизни») и LSOA («долгосрочное исследование старения») показали, что отказ от потребления сигарет способствует удлинению продолжительности активной жизни с одновременным увеличением её общей продолжительности, как у женщин, так и у мужчин. (Nusselder M., J., Looman S.W.N., Mangang-van de Mheen H. et al., 2000).

Научно-медицинские и клинические факты свидетельствуют о негативном влиянии никотина и компонентов табачного дыма на здоровье человека. В совокупности последствия этих влияний сводятся к следующему:

**1.** Преждевременная смертность, снижение и потеря трудоспособности населения от болезней, в которых курение табака рассматривается как фактор риска их возникновения: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, злокачественные новообразования, хронические обструктивные заболевания легких и др. (Streppel M.T., 2007);

**2.** Нарушение здоровья последующего поколения из-за возникновения «табачного синдрома» плода, развивающегося под влиянием курения табака родителями;

**3.** Возрастание заболеваемости некурящей части населения вследствие вынужденного вдыхания табачного дыма — «пассивного курения»;

**4.** Переход курения табака в табачную зависимость;

**5.** Изменение эпидемиологической курительной обстановке в стране за счет смещения курения табака в ранние возрастные группы и распространение табакокурения среди лиц женского пола;

**6.** Вовлечение биохимических, нейрогуморальных, иммунных систем организма в изменение гомеостаза, возникающее под влиянием курения табака, и, как следствие этого, нарушения в реагировании целостного организма на внешние и внутренние факторы среды.

## Основные этапы оказания помощи лицам, курящим табак

В соответствии с Рамочной Конвенцией ВОЗ по борьбе с курением табака (РКБТ), организация помощи по борьбе с курением должна включать следующие основные этапы:

- систему первичной медико-санитарной помощи содействия прекращению употребления табака;
- систему первичной врачебной помощи при отказе от употребления табака;
- систему специализированной медицинской помощи в лечении табачной зависимости.

Для врачей первичного звена — терапевтов, кардиологов, пульмонологов, других специалистов — основными методологическими подходами к лечебно-профилактической работе с курящими лицами являются:

- определение интенсивности курения табака (которое косвенным образом свидетельствует о тяжести никотиновой зависимости);
- формирование мотивации к прекращению или уменьшению потребления табачных изделий;
- рекомендации приема наиболее распространенных антеникотинных препаратов.

Мотивационный аспект включает диагностику соматических заболеваний и предболезненных расстройств, связанных с систематическим курением, а также информационно-пропагандистскую деятельность, направленную на формирование негативного отношения к курению табака и навыков здорового образа жизни.

Очевидно, что такой четко регламентированный и формализованный подход не предполагает учета биологических, социальных, эмоционально-личностных свойств конкретного курящего человека, равно как и особенностей клинического течения выявляющейся у него табачной зависимости.

К положительным моментам оказания **первичной медицинской помощи** при отмене курения следует отнести возможность широкого привлечения различных возрастных контингентов курящих лиц к отказу от курения табака. К прогнозируемым недостаткам — низкую эффективность (от 5 до 15-20%) с высоким процентом срывов антеникотинной терапии и обострения патологического влечения к курению.

Это обусловлено отсутствием в рамках возможностей первичной медицинской помощи индивидуального подхода к лечебно-диагностической работе, и, прежде всего, к диагностике и лечению зависимой личности.

Основные принципы осуществления специализированной медицинской помощи курящим лицам включают:

1. Многоплановый, целостный подход к оценке эмоционально-личностных особенностей пациентов с никотиновой зависимостью.

2. Выявление мотивов курения и отказа от курения, диагностика микросимптоматики пограничных психических расстройств и симптомов, составляющих структуру патологического влечения к курению табака, доведение наличия указанных расстройств до осознания пациентами.

3. Принцип одновременности (симультанности) различных воздействий в процессе лечения — создание научно-обоснованного современного терапевтического комплекса с сочетанием психотерапии, психофармакотерапии, немедикаментозных методов лечения.

4. Принцип последовательности, этапности в лечении.

5. Принцип долговременности, перманентности в ведении пациентов с зависимостью от табака.

6. Активная поддержка мотивационных тенденций к выработке некурительного поведения, здорового образа жизни.

Каждый из перечисленных принципов имеет непосредственное практическое значение и обеспечивает возможности достижения длительных и качественных терапевтических ремиссий табачной зависимости.

В соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации от 23 февраля 2013 года № 15 «Об охране здоровья граждан РФ от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» граждане Российской Федерации имеют право на прекращение потребления табака и *лечение табачной зависимости*.

Порядок оказания медицинской помощи при отмене курения табака, прописанный в Законе, предусматривает этапность, последовательность, преемственность профилактических и лечебных мероприятий.

Качество и объем реализуемой на каждом из этапов помощи обуславливают необходимость организации **четко выстроенной системы «маршрутизации» пациентов с табачной зависимостью: решения вопроса о том, какому пациенту, в каком возрасте, на каком этапе течения заболевания наиболее целесообразно применение того или иного вида помощи** — первичной медико-санитарной, первичной врачебной, специализированной.

## **Клинические критерии «маршрутизации» пациентов при выявлении употребления ими табачных изделий**

### ***1. Оценка особенностей употребления табачных изделий в детском и подростковом возрасте***

Проведение профилактической работы по употреблению табачных изделий с детьми и подростками в образовательных, медицинских, социальных учреждениях предполагает наряду с дидактически-информационной программой предполагает определение наличия у них *привычного курения* или уже сформированной *никотиновой зависимости*.

Решение данного вопроса определяет дальнейшую тактику работы с подростками.

Помощь подросткам с *привычным курением* может ограничиваться проведением профилактических мероприятий, включающих определение уровня СО в выдыха-



емом воздухе и крови, проведение исследования дыхательных функций, применение немедикаментозных методов. При наличии табачной зависимости наблюдение и лечение подростков должно проводиться подростковым наркологом, поскольку в этих случаях их состояние будет характеризоваться клиническими признаками никотиновой зависимости и *в 70-80% случаев наличием сопутствующих аффективных и патохарактерологических расстройств.*

Для дифференцированной оценки привычного курения подростков и никотиновой зависимости используется опросник, разработанный американскими исследователями при массовых обследованиях курящих подростков (DiFranza R., 2001-2003).

Он называется «Hooked on nicotine checklist» и описывает состояние, когда впервые человек начинает осознавать, что он «попался» (*hooked* — означает пойманный на крючок). Положительный ответ даже на один из вопросов (всего их 10) свидетельствует о начале формирования никотиновой зависимости:

- Были ли у Вас неудачные попытки бросить курить?
- Курите ли Вы сейчас по той причине. Что Вам действительно трудно бросить?
- Возникло ли у Вас когда-нибудь сильное желание курить?
- Чувствовали ли Вы когда-нибудь, что Вам срочно нужна сигарета?
- Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где Вы не должны этого делать — например, в школе?
- Если Вы пытались бросить курить (или же если не могли употребить табак на протяжении некоторого времени), то:
- Было ли Вам трудно сконцентрироваться из-за того, что Вы не могли курить?
- Чувствовали ли Вы себя более раздражительным из-за того, что не могли курить?

### **Клинические характеристики табачной зависимости и привычного курения**

|                                  | Табачная зависимость   | Привычное курение                                |
|----------------------------------|--|--|
| Распространенность у курящих лиц |  |  |
| Взрослые                         | 90%  | 10%  |
| Подростки                        | 15–20%   | 80%  |
| Клинические характеристики       | Индивидуальное и групповое потребление                             | Только в среде курящих лиц                       |
|                                  | Психосоматическая диссоциация                                      | Психосоматическая диссоциация                    |
|                                  | Синдром патологического влечения                                   | Отсутствие синдрома патологического влечения     |
|                                  | Значительные трудности вплоть до невозможности прекращения курения | Возможность самостоятельного прекращения курения |

- Чувствовали ли Вы сильную необходимость или потребность покурить?
- Ощущали ли Вы нервность, беспокойство или тревогу из-за того, что не могли курить?

## **2. Оценка особенностей употребления табачных изделий у взрослых лиц**

2.1 При обследовании курящих лиц, старше 18 лет, следует начинать с определения «состояния курения пациента» — уровня карбоксигемоглобина в крови и выдыхаемом воздухе.

2.2 Расспросить пациентов о начальном этапе курения, предшествующем формированию зависимости от никотина. Результаты опроса помогут определить индивидуальную для каждого человека конституционально-обусловленную реакцию его организма на вдыхание табачного дыма, что обуславливает дальнейшее течение и прогноз эффективности терапии табачной зависимости. Определяются:

I. **Целостная единая форма** реагирования организма на табачный дым как на токсическое вещество — **табачная интоксикация**. У людей с этой формой реакции, как правило, наблюдается некурение в течение всей жизни.

II. **Расщепленная форма реагирования (симптом психосоматической диссоциации)** — соматическая отрицательная реакция от токсического воздействия табачного дыма сочетается с переживанием психического комфорта.

III. **Целостная ареактивная форма** реагирования организма на токсическое вещество — **психически комфортное состояние** без отрицательных ощущений соматического неблагополучия.

Феномен *психосоматической диссоциации* при продолжающемся курении в 90% случаев трансформируется в синдром патологического влечения к курению табака.

У пациентов с *расщепленной* и *ареактивной* формой реакции на употребление табачного дыма психотропный эффект никотина определяется стимулирующим, анксиолитическим и мягким седативным действием (которое фактически нивелируется из-за выраженности общего токсического эффекта у людей с первой формой реагирования на табачный дым). Он характеризуется ощущением удовольствия и радостного возбуждения, повышением настроения, купированием тревожности. Одновременно отмечается кратковременное обострение внимания, повышение работоспособности, в том числе способности быстрее выполнять повторяющиеся операции.

2.3 Расспросить об интенсивности курения табака, т.е. о количестве выкуриваемых сигарет в сутки на момент обследования; выявить период, когда впервые появилась тенденция к нарастанию количества сигарет; рассмотреть динамику изменения интенсивности курения за весь период употребления табачных изделий (это по поводу сбора анамнеза у курящих лиц). Очень важно оценить *темп нарастания интенсивности курения*, динамику увеличения количества выкуриваемых сигарет, снижения количества выкуриваемых сигарет и т.д.

В каждом индивидуальном случае следует иметь в виду не только абсолютное количество выкуриваемых сигарет, но и переход от сигарет одной наполненности никотином к другой. От менее крепких к более крепким сигаретам, в том числе и к

переходу на трубочный табак, т.к. это всё отражается в *индивидуальной динамике курения*.

2.4 Определить тип патологического влечения к курению табака (ПВК):

**Периодический тип ПВК** характеризуется неравномерным суточным ритмом курения, «мерцающей» толерантностью, возникновением непроизвольных мыслей, идей, представлений, желания повторного курения через неопределённые промежутки времени.

Пациенты отмечают возможность «отвлекаться» от мыслей о курении, «забыть» о нем на несколько часов.

**Постоянный тип ПВК** характеризуется постоянным присутствием в сознании пациентов с табачной зависимостью воспоминаний, представлений о курении, желания курения, равномерным суточным ритмом курения с короткими промежутками между выкуриванием сигарет (в среднем, от 20-30 мин до 1 часа), с максимальной интенсивностью курения в ранние утренние часы.

## **Краткие сведения о клинических формах табачной зависимости**

Установлено, что табачная зависимость проявляется в трёх основных формах — *идеаторной, диссоциированной и психосоматической*, каждой из которых, по-видимому, соответствует свой уровень блокирования холинергических рецепторов различных отделов центральной и периферической нервной системы никотином в процессе курения табака.

Это определяет особенности клинической картины табачной зависимости в каждом отдельном случае и позволяет подобрать оптимальные схемы применения никотинозаместительной, психофармакотерапии, дифференцированных немедикаментозных методов лечения (биологическая обратная связь, нормобарическая гипокситерапия, рефлекс- и лазеропунктура, другие методы).

Современный подход к терапии ТЗ предусматривает комплекс мер, направленных на дезактуализацию ПВК с направленным воздействием на основные его компоненты — идеаторный, соматовегетативный и невротический в контексте разнообразных клинических проявлений, лечение синдрома отмены, предупреждение и профилактику рецидивов курения.

### ***Идеаторная форма табачной зависимости***

Идеаторная форма ТЗ (15-25% курящих лиц в общей популяции населения) сопровождается актуализацией мысленно-образных воспоминаний и представлений о курении через короткие промежутки времени после его прекращения. Пациент отчетливо представляет себя в ситуации курения — как он подносит ко рту сигарету, закуривает, получает удовольствие от запаха дыма, «расслабляется» и т.д. Сущность этого феномена описана как **идеаторный компонент** патологического влечения к курению табака.

Пациенты также предъявляют большое количество жалоб соматического характера, связанных с курением табака: различного рода алгии, головокружение, кашель, жажда или сухость во рту, тремор пальцев рук, ощущение «внутреннего дрожания», «чувства недостаточного вдоха», гипергидроз, неустойчивость артериального давления, желудочно-кишечные дискинезии.

Эти симптомы характеризуют **вегетативно-сосудистый компонент** ПВК и возникают при перерывах в курении или на этапах отмены курения.

**Невротический компонент** ПВК проявляется эпизодами раздражительности, сочетающейся с чувством вины в том, что пациент продолжает курить, ухудшая, таким образом, свое здоровье. Депрессивные переживания присутствуют и в мотивах отказа от курения.

Идеаторная форма ТЗ формируется в относительно раннем возрасте (9–14 лет), как правило, в виде индивидуальных, «поисковых» попыток курения с коротким этапом эпизодического курения и, как следствие этого, ранним возрастом начала систематического курения (12–18 лет). Интенсивность курения табака нарастает медленно. Характерно позднее начало выкуривания первой сигареты после утреннего пробуждения (через 30–60 минут).

При данной форме ТЗ нередко имеет место самостоятельное прекращение курения табака с длительными ремиссиями (до 12 месяцев и более).

Терапия должна строиться на сочетании психофармако-и никотинозаместительной терапии, подобранной с учетом интенсивности курения и клинической структуры патологического влечения, что определяет необходимость ее оказания в условиях специализированного кабинета лечения табачной зависимости.

## ***Диссоциированная форма табачной зависимости***

Диссоциированная форма ТЗ (55-60% курящих лиц) характеризуется преобладанием соматовегетативного компонента патологического влечения к курению, в то время как идеаторный и невротический компонент выражены менее отчетливо.

**Идеаторный компонент** влечения является *вторичным*, как следствие интерорецепторных ощущений — «подсасывания» в эпигастральной области, «стягивания» в горле, носоглотке, легких или в каждой клетке тела и др.

Диссоциированной форме табачной зависимости присуще более раннее, по сравнению с другими формами, начало курения — первые пробы происходят в возрасте 5–10 лет.

Особенностью этой формы является **«мерцающая толерантность»**, когда пациент без видимых причин может выкурить в день 2-3 сигареты, не испытывая потребности в большем количестве сигарет, тогда как в другие дни выкуривает 17-20 штук.

Синдром отмены нередко возникает отложено по времени, через 7–12 дней после полного прекращения курения табака. Типичным для диссоциированной формы ТЗ является **«автоматизм» курения**.

В структуре «мотива» отказа от курения, ремиссий и предрецидивного периода ТЗ часто наблюдаются аффективные расстройства пограничного уровня в виде ипохондрической субдепрессии, тревожно-фобической симптоматики, астеноде-

прессивного, деперсонализационного или сенестоипохондрического синдрома. В 30% случаев имеет место невротоподобная или психопатоподобная симптоматика.

Первые попытки отказа от курения у этой группы пациентов могут быть успешными и в условиях оказания помощи первичного звена: советов по отмене курения, подбора никотинозаместительной терапии, проведения психотерапевтических групповых и индивидуальных занятий, тренингов.

Во 2-3 периодах ТЗ, особенно при появлении аффективных расстройств, усложняющих течение заболевания, структуру синдромов ПВК и отмены курения, при отказе от курения требуется привлечение специализированной помощи.

### ***Психосоматическая форма табачной зависимости***

Для психосоматической формы ТЗ (20-25% курящих лиц) характерно *сочетание выраженных проявлений идеаторного, вегетативно-сосудистого и невротического компонентов в структуре синдрома ПВК.*

**Невротический компонент** проявляется астеническими и аффективными нарушениями с первых же лет формирования ТЗ. Аффективные расстройства носят характер дисфорий, злобно-гневливого настроения, раздражительной слабости.

Данной форме ТЗ свойственны относительно позднее возрастное начало первых проб курения табака (13-14 лет), короткий этап эпизодического курения или его полное отсутствие, позднее возрастное начало систематического курения, курение на тощак, постоянный тип ПВК, неудачные попытки самостоятельной отмены курения.

**Идеаторный компонент ПВК** характеризуется *постоянным присутствием в сознании мыслей о курении табака, типа «пора курить», «надо курить».* Обращают на себя внимание эмоционально-личностные особенности курящих лиц в виде преобладания эпитимных черт и эпилептоидной структуры мышления. Пациентам данной группе желательно оказывать специализированную помощь с индивидуальным подбором психофармакотерапии и никотинозаместительной терапии *уже при первых обращениях за помощью при отказе от курения.*

## **Алгоритм определения объема необходимой помощи лицам, курящим табак, при отмене курения**

1. Наибольшая эффективность проведения профилактических мероприятий, а также курсов отмены курения с применением рекомендованных Всемирной Организацией Здравоохранения препаратов антитабачного действия (никоретте, чампикс), а также табекса в сочетании с мотивационными программами, наблюдается у пациентов, имеющих периодический тип течения никотиновой зависимости, при небольшой ее давности (до 10-15 лет), диссоциированную форму зависимости. Это основная группа пациентов, с которой целесообразно проводить первичную и вторичную профилактику курения табака в условиях медицинских учреждений общего типа и социальных учреждений.

2. Пациентов с постоянным типом патологического влечения к курению табака, идеаторной и психосоматической формой никотиновой зависимости, большой давностью заболевания, наличием коморбидных аффективных расстройств и выраженных психосоматических заболеваний (гипертоническая болезнь с длительным осложненным течением, желудочно-кишечные, бронхолегочные заболевания) рекомендуется сразу направлять в условия оказания специализированной помощи в отмене курения врачами — психиатрами, психиатрами-наркологами, психотерапевтами.

## Заключение

Результаты исследования терапевтических практик, рекомендованных ВОЗ для лечения табачной зависимости, а также результаты собственных наблюдений авторов подтверждают необходимость разработки в нашей стране единой медицинской стратегии, объединяющей врачей общей практики и специалистов — психиатров, наркологов, психотерапевтов.

Данная стратегия должна предусматривать преемственность на всех этапах обращения пациентов за помощью в отмене курения и дифференцированный подход к терапии, что обеспечивается стратегией «маршрутизации» пациентов.

Главной причиной низкой эффективности существующих в настоящее время мировых практик применения НЗТ, отмечаемой большинством исследователей при оценке результатов терапии, проводимой в соответствии со стандартами ВОЗ, является недооценка сложности клинической картины табачной зависимости и особенностей течения заболевания в каждом конкретном случае.

Применение комплексного подхода к терапии табачной зависимости, с учетом клинических данных и биологических факторов (половая принадлежность курящих лиц, наличие наследственной отягощенности курением, сопутствующих соматических заболеваний и психических расстройств) дает возможность достижения более высоких результатов, с достижением устойчивых и качественных терапевтических ремиссий.

Биологическое направление терапии ТЗ предусматривает широкое использование, наряду с медикаментозной терапией, немедикаментозных методов лечения — рефлексотерапии, психотерапии, биологической обратной связи, биорезонансной терапии, гомеопатии, фитотерапии, нормобарической гипокситерапии, других методов.

Клинико-дифференцированный подход к терапии табачной зависимости является базовым для оценки результатов лечения, прогнозирования длительности и качества терапевтических ремиссий, разработки новых методов лечения.



