

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ И СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО  
ЗДОРОВЬЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПО НОЗОЛОГИИ «НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»  
(ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА)**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Директор Республиканского**  
**специализированного**  
**научно-практического медицинского**  
**центра психического здоровья**



**З. Ашуров**

» 2025 г.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПО НОЗОЛОГИИ «НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ»  
(ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА)**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Вводная часть _____	4
Аннотация _____	5
Руководитель рабочей группы _____	5
<b>ПРЕДПОСЫЛКИ .....</b>	<b>7</b>
Методология разработки Протокола _____	7
<b>I. КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ .....</b>	<b>9</b>
1.1. Определения _____	9
1.2. Этиология и патогенез _____	10
1.3. Эпидемиология _____	11
1.4. Классификация _____	11
1.5. Статус потребления табака _____	12
1.6. Клиническая картина _____	12
1.7. Роль медицинских работников учреждений ПМСП в прекращении потребления табака и лечении никотиновой зависимости _____	14
<b>II. КРАТКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА .....</b>	<b>15</b>
2.1 Консультирование пациентов по прекращению потребления табака _____	15
2.2. Модель 5 «О» - модель консультирования пациентов, готовых отказаться от потребления табака _____	17
<b>Диагностика.....</b>	<b>22</b>
2.3. Модель 5 «П» - для пациентов, которые не готовы прекратить потребление табака	23
2.4. Рекомендации для пациентов, недавно прекративших потребление табака _____	28
<b>III. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА.....</b>	<b>32</b>
3.1. Алгоритм действий при лечении _____	32
3.2. Этапы лечения _____	32
3.2.1. Предоставление краткой консультации _____	33
3.2.2. Поведенческая поддержка _____	33
3.2.3. Лечение с помощью лекарственных препаратов _____	34
<b>IV. ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЖЕЛАЮЩИХ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА .....</b>	<b>40</b>
<b>V. ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>42</b>
5.1. Механизм развития никотиновой зависимости _____	42
5.2. Влияние табака на потребителей табака _____	42
5.3. Преимущества для здоровья при прекращении потребления табака _____	44
5.4. Обязанности медицинских работников учреждений ПМСП по оказанию помощи в прекращении потребления табака _____	45
5.5. Тест Фагерстрема _____	46
5.6. Уровень мотивации к прекращению потребления табака _____	48
<b>Использованные литературы .....</b>	<b>49</b>

## Вводная часть

Никотиновая зависимость признана отдельной нозологической формой и представлена в Международной классификации болезней 10-го пересмотра Всемирной организацией здравоохранения (далее - МКБ-10 ВОЗ), под кодом «F17» как «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака» и является самой распространенной формой зависимости.

Таблица 1. Классификация никотиновой зависимости согласно МКБ-10 ВОЗ

Код	Название кода
Z87.891	Табачная зависимость в анамнезе
Z72.0	Потребление табака
O99.33	Потребление табака во время беременности, родов и послеродовом периоде
T65.2	Токсический эффект никотина
<b>F17.</b>	<b>Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака</b>
F17.0	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Острая интоксикация.
F17.1	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Пагубное употребление табака.
F17.2	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Синдром зависимости.
F17.3	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Абстинентное состояние.
Источник	<a href="https://icd.who.int/browse10/2010/en#">https://icd.who.int/browse10/2010/en#</a>

Согласно критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения, в Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11 ВОЗ), никотиновая зависимость классифицируется как «Расстройства, вызванные употреблением никотина» от 1 сентября 2023 г.

Классификация никотиновой зависимости согласно МКБ-11 ВОЗ

Код	Название болезни
QE12	Опасное употребление никотина
QE13	Потребление табака
QC4Y	Наличие в личном анамнезе других определенных проблем со здоровьем. Наличие в личном анамнезе употребления табака
<b>06</b>	<b>Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ</b>
6C4A	Расстройства вследствие употребления никотина
6C4A.0	Эпизод употребления никотина с вредными последствиями
▷6C4A.1	Пагубное употребление никотина
▽6C4A.2	Зависимость от никотина
6C4A.20	Зависимость от никотина, текущее употребление
6C4A.21	Зависимость от никотина, ранняя полная ремиссия
6C4A.22	Никотиновая зависимость, стойкая частичная ремиссия
6C4A.23	Зависимость от никотина, стойкая полная ремиссия
6C4A.2Z	Никотиновая зависимость, неуточненная
6C4A.3	Интоксикация никотином
6C4A.4	Синдром отмены никотина
6C4A.Y	Другие уточненные расстройства вследствие употребления никотина

Источник	<a href="https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%253a%252f%252fid.who.int%252ficd%252fentity%252f268445189">https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%253a%252f%252fid.who.int%252ficd%252fentity%252f268445189</a>
----------	---

Систематическое обновление Протокола предусматривается не реже одного раза в три года.

**Дата разработки Протокола:** май 2025 года. Дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств.

Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственные учреждения по разработке Протокола:**

Институт здоровья и стратегического развития.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья.

**Аннотация**

Данный «Национальный клинический протокол по нозологии «Никотиновая зависимость» (Прекращение потребления табака)» (далее – Протокол) разработан в соответствии с постановлением Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 2020 г. № ПП-4887 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», а также поручения Кабинета Министров Республики Узбекистан от 1 апреля 2024 года № 30/3-85.

Протокол предназначен для медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) (семейных врачей, медицинских психологов, психиатров-наркологов, терапевтов, кардиологов, пульмонологов, медицинских сестер, специалистов центральной районной (городской) многопрофильной поликлиники и центральной районной (городской) больницы, студентов 6-го курса, курсантов факультета повышения квалификации, преподавателей кафедр повышения квалификации и подготовки семейных врачей медицинских ВУЗов.

Протокол разработан на основе «Руководства по лечению табачной зависимости» Европейской сети по профилактике курения и табака (European Network for Smoking and Tobacco Prevention) (2021 год), «Клинического руководства Всемирной организации здравоохранения по лечению потребления табака у взрослых» (2024 год) при поддержке проекта «Будущее без табака» Общественного фонда «Ибн Сино», Финской ассоциации по здоровью легких (FILHA) и Представительства Всемирной организации здравоохранения в Узбекистане.

За оказанное содействие в адаптации Протокола выражается благодарность Анаре Калиевой, специалисту Республиканского центра укрепления здоровья и массовых коммуникаций Кыргызстана, координатору кыргызско-финской программы проекта «Профилактика табакокурения в Кыргызстане».

В разработку Протокола внесли свой вклад:

**Руководитель рабочей группы**

Одилова Барно – заместитель начальника Управления стратегического планирования, статистики и оценки эффективности Министерства здравоохранения.

**Члены рабочей группы:**

Хусинова Шоира – заведующая кафедрой Общей практики/семейной медицины Самаркандского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент.

Шукуров Шухрат – главный специалист Института здоровья и стратегического развития, консультант Министерства здравоохранения по борьбе против табака, кандидат медицинских наук.

Валиева Малика – ведущий специалист Института здоровья и стратегического развития.

Садырова Муборак – Фонд государственного медицинского страхования, начальник отдела методологии.

- Ашуров Зарифжон – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья, главный специалист Министерства здравоохранения по наркологической службе, доктор медицинских наук, доцент.
- Бахрамов Фуркат – заместитель директора Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья, кандидат медицинских наук.
- Турсунходжаева Людмила – профессор кафедры Наркологии и подростковой психопатологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, доктор медицинских наук.
- Убайдуллаева Наима – заведующая кафедрой Пульмонологии с курсом клинической аллергологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, доктор медицинских наук.
- Юлдашев Рустам – главный специалист Института здоровья и стратегического развития.
- Касимова Назокат – координатор программ репродуктивного здоровья, охраны здоровья матери и ребенка, здоровья детей и подростков Представительства Всемирной организации здравоохранения в Узбекистане.

**Рецензенты:**

- Васанкари Туула – генеральный секретарь Финской ассоциации здоровья легких (FILNA), профессор.
- Сандстрём Патрик – главный специалист по борьбе против табака, Финской ассоциации здоровья легких (FILNA).
- Асадуллин Азат Раилевич – профессор Кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО Саратовского государственного медицинского университета имени В. И. Разумовского“ Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, доцент.
- Нармухамедова Назира – профессор кафедры Общественное здоровье и управление здравоохранением Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, доктор медицинских наук.
- Махкамova Гулчехра – доцент Курса подготовки, переподготовки и повышения квалификации семейных врачей Ташкентского педиатрического медицинского института, кандидат медицинских наук.

Протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Сопещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации психиатров Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья и их заместителей) в онлайн-формате 15 мая 2024 г.

Протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья протоколом № 2 от 19 марта 2025 г.

Председатель Ученого Совета – директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья, д.м.н., профессор З. Ашуров.

Протокол разработан под методическим руководством заместителя министра здравоохранения Ф. Шарипова, начальника Управления науки образования и инноваций У. Исмаилова, начальника Управления медицинского страхования. Ш. Алмарданова, руководителя отдела Разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Р. Нуримовой, главного специалиста отдела Г. Джумаевой и ведущего специалиста Н. Рахимовой.

## ПРЕДПОСЫЛКИ

Потребление табака и воздействие табачного дыма вызывают серьезные негативные последствия для здоровья, экономики, окружающей среды и социальной сферы. Общеизвестно, что употребление табака представляет серьезную медико-социальную проблему, являясь одной из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире.

Содействие прекращению потребления табака и лечение никотиновой зависимости является важным элементом всесторонней комплексной программы борьбы против табака. В соответствии с Руководящими принципами Статьи 14 Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака, меры по оказанию помощи потребителям табака должны быть включены в любые профилактические меры:

- оказание консультации в прекращении потребления табака в учреждениях ПМСП;
- легко доступные телефонные линии для прекращения потребления табака;
- доступ к низко-затратным медицинским препаратам для прекращения потребления табака.

В целях содействия прекращению потребления табака и лечению никотиновой зависимости важное значение имеет укрепление существующей системы здравоохранения. На основании Закона Республики Узбекистан от 24 мая 2023 года № 844 «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции» государство обеспечивает оказание медико-санитарной помощи лицам, страдающим никотиновой зависимостью.

На данный момент в Узбекистане медицинская помощь по прекращению потребления табака оказывается наркологами, психотерапевтами государственных и частных лечебно-профилактических учреждений. Однако, желающие отказаться от никотиновой зависимости не всегда обращаются в эти учреждения, в особенности, молодёжь. В связи с этим, необходимо расширить доступ к услугам кратких консультаций по прекращению потребления табака на уровне ПМСП, целью которого является снижение риска развития неинфекционных заболеваний.

Медицинские работники учреждений ПМСП играют центральную роль в выявлении потребителей табака, повышении их осведомленности, содействии прекращению потребления табака и в обеспечении поддержки потребителям табака, желающим отказаться от никотиновой зависимости.

### Методология разработки Протокола

Таблица 2. Шкала оценки классов рекомендаций

Класс	Определение	Интерпретация
<b>I</b>	Доказано, что конкретные методы лечения/тестирования/процедуры/интервенции полезны и эффективны, или общепринято, что потенциальная польза ясна <b>И</b> отличается от потенциального риска значительно превосходит.	Рекомендуется
<b>II</b>	Информация, противоречащая пользе/эффективности конкретного лечения/теста/процедуры/интервенции и/или расхождение в мышлении <b>ИЛИ</b> выгоды/риск. Равновесная неопределенность.	Целесообразно
<b>IIa</b>	Большая часть информации/комментариев показывает полезность/эффективность.	
<b>IIb</b>	О пользе/эффективности данных/мыслей не очень убедительно.	Использовать с осторожностью

Таблица 3. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 4. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 5. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

# **I. КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

## **1.1. Определения**

На основании Закона Республики Узбекистан «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции принятого 24 мая 2023 года №844 **табачной продукцией** являются продукты, полностью или частично изготовленные из табачного листа и (или) других частей табачного растения в качестве сырья, приготовленные таким образом, чтобы использовать для курения, в том числе с использованием устройств для употребления табака и никотина, а также сосания, жевания, нюханья или иных способов употребления (за исключением лекарственных средств, зарегистрированных в соответствии с законодательством).

При этом, к табачной продукции относятся:

продукция, содержащая табачный лист и (или) другие части табачного растения в качестве сырья. Такой продукцией могут быть курительные изделия (папиросы, сигары, сигареты, сигариллы (сигариты), изделия с нагреваемым табаком, табак для кальяна, табак курительный тонкорезанный, табак трубочный) и некурительные изделия (насвай, табачный снюс, нюхательный табак, жевательный табак);

продукция, содержащая никотин или его производные, включая соли никотина, растворы, никотиновые жидкости или гели с содержанием никотина, но не содержащая табачного листа и (или) других частей табачного растения. Такой продукцией могут быть курительные изделия (никотиновые жидкости для электронных систем доставки никотина, электронные сигареты с никотиновой жидкостью, никотин-содержащие смеси для кальяна) и некурительные изделия (никотиновый снюс).

Во всех вышеуказанных продуктах содержится психоактивное вещество - никотин, вызывающий сильную никотиновую зависимость. В профилактике и лечении никотиновой зависимости используется один и тот же подход, независимо от вида потребляемого продукта.

**Потребитель табака** - лицо, потребляющее любую табачную продукцию.

**Табачная (никотиновая) зависимость (далее — никотиновая зависимость)** - хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологическим влечением к табачной (никотин-содержащей) продукции, психосоматическими (психическими и физическими) последствиями хронической никотиновой интоксикации.

**Содействие прекращению употребления табака** - меры и подходы, охватывающие все население, которые способствуют прекращению потребления табака, включая лечение никотиновой зависимости.

**Лечение никотиновой зависимости** – это оказание для потребителей табака поведенческой поддержки или фармакотерапии, или и то, и другое, чтобы помочь им прекратить потребление табака.

**Поведенческая поддержка** - вид медицинской помощи, направленный на оказание людям поведенческой и психологической поддержки. Она представляет собой не медикаментозное содействие, направленное на то, чтобы помочь людям прекратить потребление табака. Это может включать передачу знаний об употреблении и прекращении потребления табака, обеспечивает поддержку и обучает навыкам изменения поведения.

**Краткая консультация (краткое вмешательство)** - установление психотерапевтического контакта, доверительного отношения пациента к врачу. Предоставление совета по разъяснению вреда потребления табачной продукции, мотивации на прекращение потребления табака и лечение, занимающие обычно лишь несколько минут, которые получают все потребители табака, как правило, в ходе обычной консультации или взаимодействия.

**Рецидивом** считается возвращение человека, прекратившего потребление табака, к регулярному потреблению табака. Как правило, рецидив относится к потреблению табака, продолжающемуся в течение нескольких дней и более, после периода воздержания. «Неудача» или «рецидив» означают ежедневное потребление табака на протяжении, по крайней мере, трех дней после периода без потребления табака продолжительностью 24 часа и более.

«Срыв» или «соскальзывание» означает потребление табака после предшествующего периода воздержания, однако, это не приводит к возврату к регулярному потреблению табака.

**Синдром отмены никотина** – это группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих после уменьшения или прекращения поступления никотина в организм зависимого от него человека.

### 1.2. Этиология и патогенез

Факторы, обуславливающие формирование никотиновой зависимости, приведены в нижеследующей таблице.

Таблица 6. Факторы, обуславливающие формирование никотиновой зависимости

<b>Факторы</b>	<b>Описание</b>
Социальные факторы	<ul style="list-style-type: none"><li>• Политика государства в отношении распространения табачной продукции</li><li>• Социальное положение и экономическая беспечность индивидуума</li><li>• Уровень образования</li><li>• Этническая и религиозная принадлежность</li><li>• Обычаи микросоциального окружения</li></ul>
Психологические факторы	<ul style="list-style-type: none"><li>• Неспособность противостоять стрессу</li><li>• Трудности адаптации в окружающей среде</li><li>• Инфантилизм, внушаемость</li><li>• Тревожность, ранимость</li><li>• Акцентуация характера (неустойчивый, лабильный, астено-невротический и другие)</li><li>• Нравственная незрелость личности (отрицательное отношение к обучению, отсутствие социально значимых установок, увлечений и духовных запросов, узкий круг интересов, уход от ответственности)</li></ul>
Биологические факторы	<ul style="list-style-type: none"><li>• Наследственная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями</li><li>• Конституциональные особенности личности</li><li>• Особенности обмена веществ</li><li>• Органическая неполноценность головного мозга</li></ul>

Основной причиной развития никотиновой зависимости и синдрома отмены никотина является употребление табачной продукции.

Никотиновая зависимость развивается в результате взаимодействия никотина с альфа-4-бета-2-ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга. Механизм никотиновой зависимости и влияние употребления табака на потребителей и преимущества для здоровья при прекращении потребления табака описаны в Приложении 5.1, 5.2 и 5.3

Вдыхаемый табачный дым или аэрозоль электронных систем доставки никотина, включая электронные сигареты проникает через верхние дыхательные пути в альвеолы. По мере проникновения дыма вглубь респираторного тракта растворимые газы всасываются, а частички осаждаются в дыхательных путях и альвеолах. В результате у курильщиков довольно быстро формируются патологические процессы в бронхах, развиваются респираторные симптомы и синдромы, такие как кашель, мокрота, одышка, гиперреактивность бронхов, бронхообструктивный синдром, а также хронический бронхит, который иногда называют «бронхит курильщика».

Расстройства, вызванные употреблением никотина, характеризуются характером и последствиями употребления никотина. Никотин является активным компонентом табачного растения *Nicotiana tabacum*, вызывающим зависимость. Никотин используется в подавляющем большинстве случаев при потреблении табака. Все чаще он также используется в электронных

сигаретах, которые испаряют никотин, растворенный в растворителе-носителе, для вдыхания (т.е. «вейпинга»).

Никотин является сильнодействующим соединением, вызывающим привыкание, и является третьим по распространенности психоактивным веществом, используемым во всем мире после кофеина и алкоголя. Табак, из-за вызывающего привыкание компонента никотина, на сегодняшний день является наиболее важной причиной заболеваемости и смертности во всем мире от всех психоактивных веществ, и это частично связано с никотином, но в большей степени с другими компонентами, такими как канцерогены и другие опасные и вредные соединения. Употребление табака является ведущей причиной плохого состояния здоровья и преждевременной смерти среди мужчин и входит в десятку основных причин у женщин.

### **1.3. Эпидемиология**

В мире насчитывается 1,25 млрд потребителей табака, из которых 60% потребителей – более 750 млн человек – хотели бы бросить пагубную привычку, однако 70% таких людей не имеют доступа к эффективным услугам для бросающих курить. Этот разрыв объясняется многочисленными проблемами, с которыми сталкиваются системы здравоохранения, в том числе нехваткой ресурсов.

Исследование, проведенное в 2019 году, показало, что в Узбекистане 16,5% населения в возрасте 18-69 лет употребляет табак, 32,9% - мужчин, 0,8% - женщин. У мужчин наиболее распространено употребление табака в группе среднего (30-44 года - 47,3%) и старшего возраста (44,9%), а женщин в группе старшего возраста (45-69 лет – 1,7%).

При этом, уровень распространенности употребления дымного и бездымного табака одинаковый: 18,8% мужчин и 0,5% женщин употребляет дымный табак, 19,8% мужчин и 0,4% женщин употребляет бездымный табак, в основном насвай.

Распространение на рынке новых и инновационных табачных изделий, таких как, изделия из нагреваемого табака, электронные системы доставки никотина, включая электронные сигареты, раннее начало употребления табака среди подростков, являются ведущими факторами, приводящими к развитию никотиновой зависимости и вредным последствиям для организма. В данном контексте содействие прекращению потребления табака и лечение никотиновой зависимости является важным элементом всесторонней комплексной программы по борьбе против табака.

### **1.4. Классификация**

Согласно МКБ-10 ВОЗ, табачная зависимость включена в раздел Психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением табака, и имеет код заболевания F17 (таблица 1).

По рекомендации ВОЗ степень тяжести никотиновой зависимости и синдрома отмены никотина определяется по тесту Фагерстрема (Приложение 5.5) и наличию клинических симптомов:

- синдром зависимости от табака с очень слабой никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака со слабой никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака со средней никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака с высокой никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака с очень высокой никотиновой зависимостью.

### **Формулировка диагноза:**

При длительном употреблении табака у пациентов могут развиваться болезни различных органов и физиологических систем. В этом случае необходимо уточнить наличие официальных диагнозов и терапии. При формулировке диагноза указываются степень зависимости заболевания, наличие сопутствующих заболеваний.

#### **Пример постановки диагноза:**

1. Если пациент курит, но не предъявляет жалоб при опросе диагноз ставится:

Z72. «Употребление табака».

2. Если пациент употребляет табак и при опросе у него имеются жалобы на постоянное желание к употреблению табачной и/или никотин содержащей продукции и по тесту Фагерстрема оценен на 3-4 балла, то ставится диагноз:

F17.2. «Синдром зависимости от табака. Начальная стадия. Слабая степень никотиновой зависимости».

3. Если пациент жалуется на постоянное желание употреблять табачные продукты и общее недомогание или слабость, при частичной или полной отмене потребления табачной и/или никотин содержащей продукции, и по тесту Фагерстрема оценен на 6-7 баллов, то ставится диагноз:

F17.3. «Абстинентное состояние. Табачная зависимость средней стадии с симптомами отмены. Высокая степень никотиновой зависимости».

Для специалистов со средним медицинским образованием, достаточно указать, так называемый, «курительный статус» – некурящий, бывший курильщик, случайный курильщик, курящий ежедневно.

### **1.5. Статус потребления табака**

Медицинским работникам учреждений ПМСП рекомендуется оценивать надлежащим образом потребление табака и никотина пациентами, как в настоящее время, так и в прошлом.

Для классификации статуса потребления табака, используются следующие определения:

- **не потребляющий табак** – человек, который не употребляет табак, или за свою жизнь потреблял менее 100 сигарет (или 100 граммов табака, в случае курения трубок, сигар или употребления насвая).

- **ежедневно потребляющий табак** – человек, который употребляет табак ежедневно в течение как минимум последних 30 дней.

- **периодически потребляющий табак (эпизодическое употребление или случайный потребитель)** – человек, который употребляет табак, но не ежедневно (от случая к случаю, не систематически). Эпизодическое употребление табака характеризуется тем, что количество выкуренных сигарет не превышает 5 штук за 7-10 дней.

- **систематический курильщик** - ежедневно выкуривает от 2 до 6 сигарет. Начинается рост толерантности, синдром патологической зависимости возникает через несколько лет от потребления табака. Вместе с тем у многих людей даже при систематическом потреблении не возникает никотиновой зависимости.

- **бывший потребитель табака** – человек, который прекратил потребление табака, как минимум последние шесть месяцев.

### **1.6. Клиническая картина**

В соответствии с МКБ-10 выделяются три стадии никотиновой зависимости:

- Начальная (первая) стадия зависимости.
- Средняя (вторая) стадия зависимости.
- Конечная (третья) стадия зависимости.

**Начальная стадия никотиновой зависимости.** Курение носит систематический характер, число употребляемых сигарет постоянно растет (рост толерантности). Формируется патологическая зависимость к табаку. Курящие ощущают повышение работоспособности, улучшение самочувствия, состояние психического комфорта. В отсутствии табака появляются мысленно-образные воспоминания, представления, желание курения, стимулирующее к поиску табачных изделий. Аффективные компоненты зависимости

характеризуются снижением настроения, раздражительностью, тревогой. Признаки соматических и психических последствий курения отсутствуют. Продолжительность стадии 3-5 лет.

**Средняя стадия никотиновой зависимости.** Толерантность возрастает до 30-40 сигарет в сутки, затем стабилизируется. Желание закурить возникает при любом изменении внешней ситуации, после незначительной физической или интеллектуальной нагрузки, появлении нового собеседника, изменении темы разговора и т.п. Утяжеляются проявления патологической зависимости. При воздержании от курения возникают астеническая или тревожная субдепрессия с жалобами на подавленность, слезливость, раздражительность, тревогу, беспокойство. Больного беспокоит утренний кашель, неприятные ощущения в области сердца, колебания артериального давления, изжога, тошнота, чувство общего дискомфорта, нарушения сна, снижение работоспособности. Желание продолжать курить становится постоянным и устойчивым, проявляется даже в ночное время. Прекращение употребления табака сопровождается абстинентным синдромом, возникающим через 24-28 часов с момента последнего курения. К его проявлениям относят чувство тревоги, нарушение сна, непреодолимое желание курить, раздражительность, нарушение концентрации внимания, сонливость, повышенный аппетит, головную боль. Интенсивность симптомов уменьшается через 2 недели. Повышенный аппетит и трудности концентрации внимания могут сохраняться в течение нескольких месяцев. Продолжительность этой стадии никотиновой зависимости индивидуальна, в среднем составляет от 6 до 15 лет и более.

**Конечная стадия никотиновой зависимости.** Курение становится автоматическим, безостановочным, беспорядочным и беспричинным. Вид и сорт сигарет для курильщика не играет никакой роли. Чувство комфорта при курении отсутствует. Патологическая зависимость к табаку представлена всеми компонентами. В ряде случаев в его структуре появляются иллюзорные и галлюцинаторные расстройства в виде ощущения вкуса и запаха табачного дыма в отсутствие табака. Больные отмечают постоянную тяжесть в голове, головную боль, снижение аппетита, ухудшение памяти и работоспособности. Курильщики становятся вялыми, апатичными, в то же время легко раздражаются. Нарастают явления соматического и неврологического неблагополучия. Отчетливо выражена патология органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки приобретают специфический желтушный оттенок.

К медицинским последствиям употребления табака относят заболевания сердечно-сосудистой (стенокардия, инфаркт миокарда, аневризма аорты и др.) и дыхательной (хронический бронхит, эмфизема легких) системы, пищеварительного тракта (острый гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), злокачественные новообразования различной локализации.

#### **Синдром зависимости от никотина**

Характеризуется наличием у пациентов никотиновой зависимости, проявляющейся тремя и более симптомами из следующих шести, наблюдающихся на течении последних 12 месяцев:

- существует постоянное желание к приему табачной и/или никотинсодержащей продукции;
- безуспешные попытки сократить или контролировать использование никотина. Никотин часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;
- симптомы отмены:
  - а) симптомы, возникающие при отмене никотина,
  - б) никотин принимается для облегчения или предотвращения симптомов отмены;
- повышение толерантности, проявляющееся:
  - а) в отсутствии тошноты, головокружения и других характерных симптомов, несмотря на использование значительных количеств никотина;
  - б) в недостаточном эффекте, наблюдаемом при продолжительном использовании

одного и того же количества табачной и/или никотиносодержащей продукции.

– формируется поведение, которое проявляется в постоянной потребности приобретения табачной и/или никотинсодержащей продукции, на что тратится дополнительное время иногда за счет социальной, профессиональной и развлекательной активности;

– использование никотина продолжается, несмотря на имеющиеся признаки вредных последствий, которые были вызваны или усугубляются в результате приема никотина.

При длительном употреблении табачных продуктов у пациентов могут развиваться болезни различных органов и физиологических систем. В этом случае необходимо уточнить наличие официальных диагнозов и терапии.

### **Синдром отмены никотина**

Характеризуется наличием никотиновой зависимости и проявляется при частичной или полной отмене потребления табачной и/или никотинсодержащей продукции быстрым развитием симптомов отмены: влечение к табаку и/или никотину, тревога, снижение концентрации внимания, раздражительность или беспокойство, недомогание и слабость, дисфорическое настроение, усиление кашля, усиление аппетита, бессонница. Так же могут быть бронхолегочные симптомы, такие как кашель, мокрота и одышка. Продолжительность симптомов отмены составляет от 7 дней до нескольких недель, иногда месяцев.

## **1.7. Роль медицинских работников учреждений ПМСП в прекращении потребления табака и лечении никотиновой зависимости**

Медицинские работники учреждений ПМСП должны принимать во внимание, что никотиновая зависимость является болезнью, а не привычкой, пороком, удовольствием, свободой или выбором стиля жизни. Необходимо обязательно проводить ее диагностику и лечение, как и при других хронических заболеваниях.

Медицинские работники обязаны инициировать всем потребителям табака полностью прекратить потребление табака и выполнять следующие функции:

- *первичную профилактическую* работу среди населения, направленную на предупреждение первого приема табака, защиту людей, не потребляющих табак от воздействия табачного дыма и формирование приверженности к здоровому образу жизни;

- *вторичную профилактику*, направленную на предупреждение зависимости от курения у тех, кто уже попробовал табак, но еще не страдает никотиновой зависимостью;

- *третичную профилактику*, ориентированную на лиц, уже страдающих никотиновой зависимостью, с целью предупреждения прогрессирования зависимости и её негативных последствий.

Обязанности медицинских работников учреждений ПМСП по консультированию никотиновой зависимости описаны в приложении 5.4.

## II. КРАТКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

### 2.1 Консультирование пациентов по прекращению потребления табака

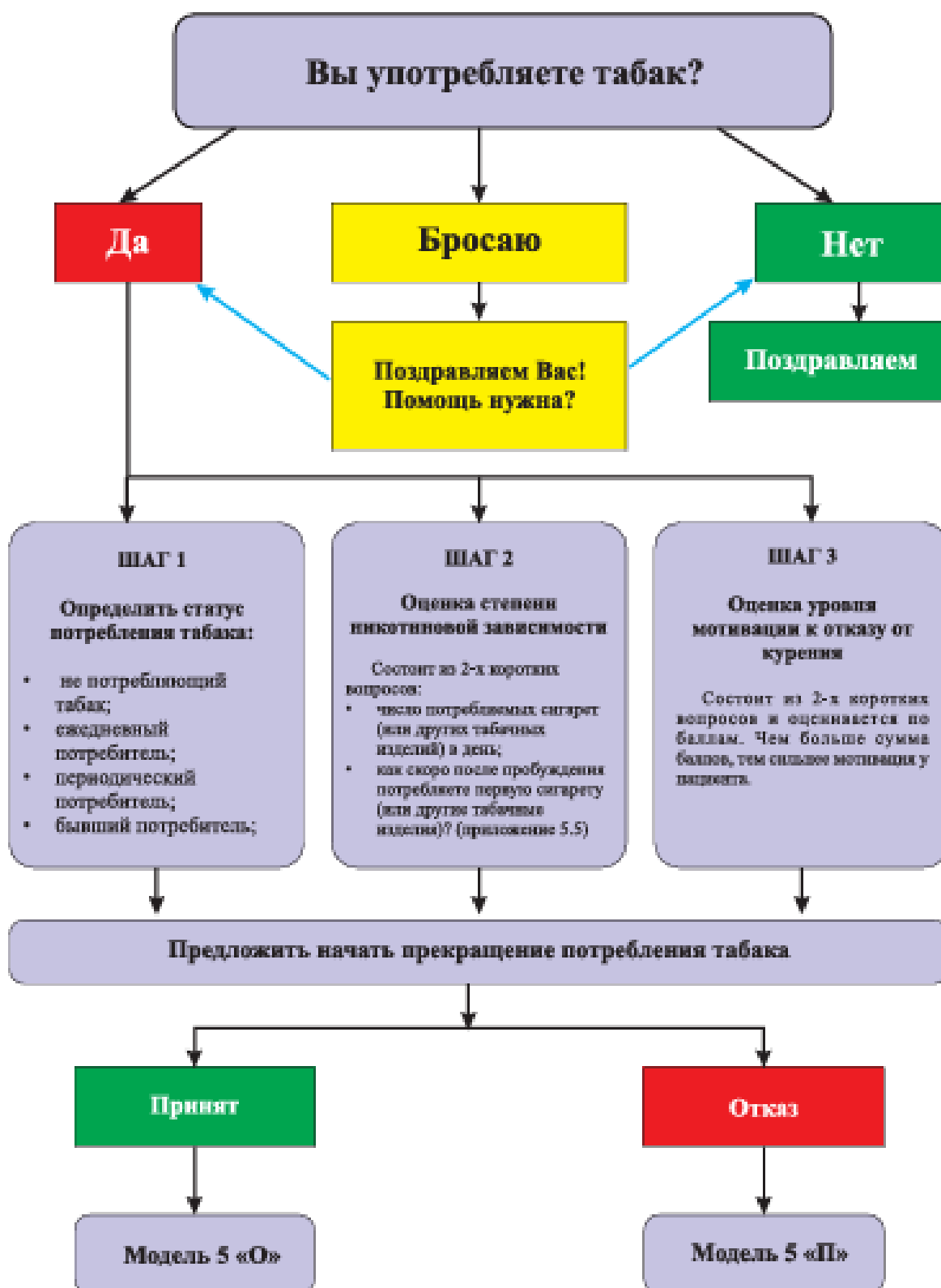
Медицинские работники учреждений ПМСП обязаны предоставлять всем пациентам, как минимум, краткий совет по прекращению потребления табака. Как правило, краткие вмешательства не предназначены для лечения людей с высоким уровнем никотиновой зависимости.

**Основная цель кратких вмешательств** по прекращению потребления табака – помочь пациенту понять риски потребления табака и преимущества прекращения его потребления, мотивировать пациента на попытку отказа от потребления табака. Краткие вмешательства по прекращению потребления табака также могут быть использованы для поощрения людей с высоким уровнем никотиновой зависимости, которым необходимо пройти более интенсивное лечение.

А	Краткий совет по прекращению потребления табака, предоставленный любым медицинским работником достоверно повышает мотивацию пациента в отношении прекращения потребления табака и показатели воздержания от потребления табака.
А	Эффективность краткого совета (3-5 минут) медицинского работника приводит к увеличению показателя долгосрочного воздержания от употребления табака.
А	Короткие вмешательства, как часть рутинной практики являются ясными и ресурсосберегающими способами в помощи по прекращению потребления табака.
А	Если в настоящее время пациент не желает отказаться от табака, краткое вмешательство повышает вероятность совершения такой попытки в будущем.
В	Предложение поддержки по прекращению потребления табака всем потребителям табака является рекомендуемой практикой
А	Медицинские работники должны рекомендовать всем потребителям табака прекратить его потребление и, при необходимости, использовать имеющиеся лекарственные препараты. Рекомендуется отметить в медицинских документах пациента его поведение и, в случае необходимости, направить на специализированное лечение и консультирование.
А	Всем медицинским работникам ПМСП следует пройти подготовку по предоставлению минимального консультирования по прекращению потребления табака, быть готовыми оказать помощь при попытке прекращения потребления табака, а также представить мотивационные рекомендации людям с высоким уровнем никотиновой зависимости, обратиться к специалистам по лечению никотиновой зависимости и прекращению потребления табака

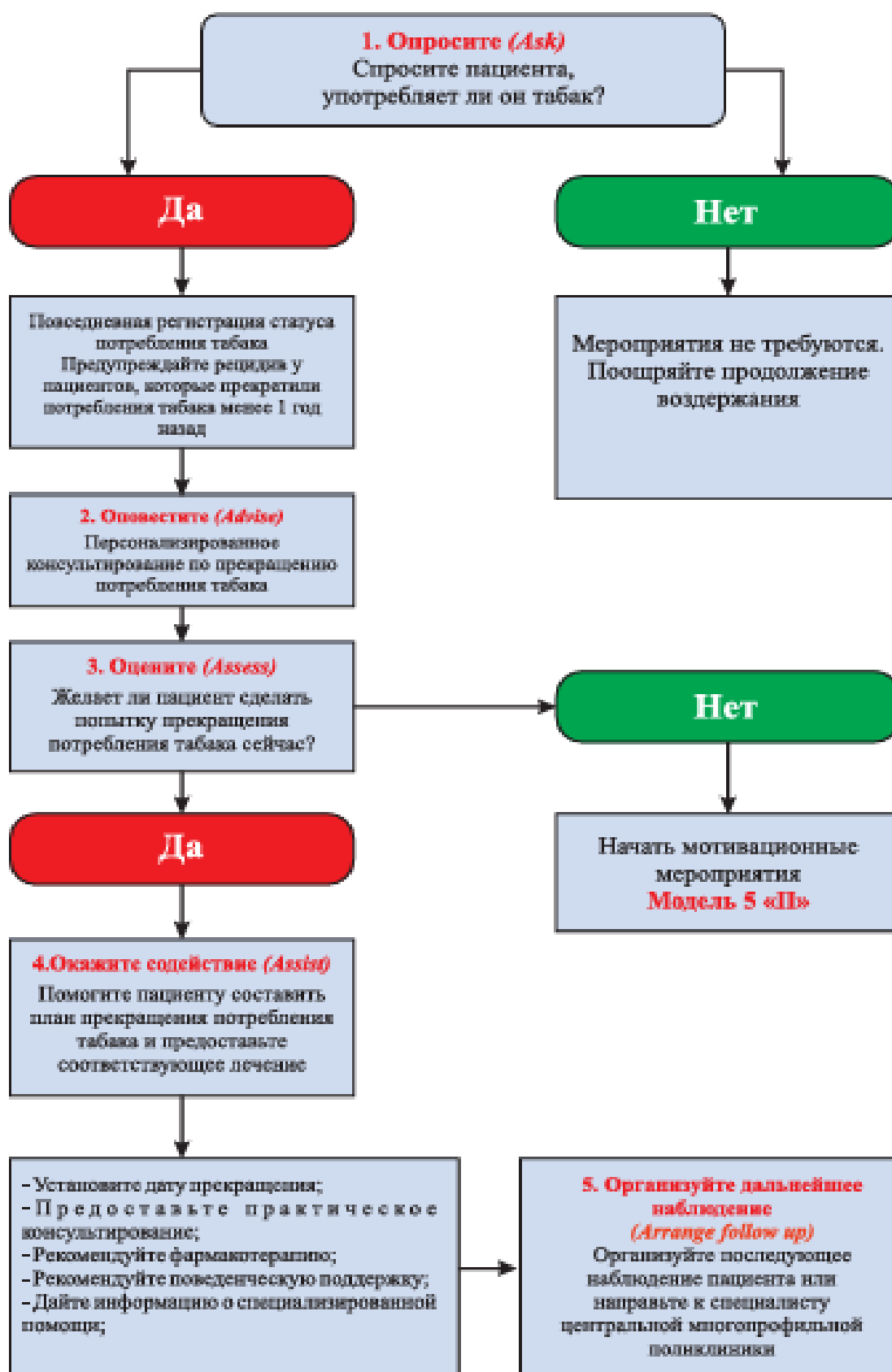
## АЛГОРИТМ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

В процессе кратких консультаций медицинский работник должен помочь всем потребителям отказаться от потребления табака согласно данному алгоритму.



## 2.2. Модель 5 «О» - модель консультирования пациентов, готовых отказаться от потребления табака

С помощью модели 5 «О» (Опросить, Оповестить, Оценить, Оказать содействие, Организовать дальнейшее наблюдение) медицинский работник учреждения ПМСП может предоставить потребителю табака краткую консультацию в течение 3-5 минут.



### **Опросите**

Оценка пациента, употребляющего табак (никотин) – процесс, состоящий из оценки клинического и биологического воздействия табачного дыма, никотиновой зависимости, психоповеденческого профиля и последствий потребления табака.

Клинический диагноз учитывает:

**Статус употребления табака** (не потребляющий табак, ежедневно потребляющий табак, периодически потребляющий табак, бывший потребитель табака). Опрос и регистрация статуса потребления табака является первым важным шагом на пути помощи пациентам в прекращении потребления табака. Медицинским работникам учреждений ПМСП следует спрашивать о потреблении табака во время каждого приёма пациента и регистрировать статус потребления табака в медицинскую карту.

Вы можете задать простые вопросы типа:

– Потребляете ли Вы табак?

– Употребляет ли табак кто-либо в Вашем окружении?

### **Потребление табака**

Потребление табака может быть определено как:

– количество выкуриваемых сигарет (или трубки, сигар) или количество потребления насвая в день;

– количество выкуриваемых сигарет, или пачка/лет, рассчитывается умножением числа сигарет, выкуриваемых в день, на количество лет курения. Например, если кто-то выкуривает 15 сигарет в день в течение 15 лет, то получается  $15 \times 15 / 20 = 11,2$  пачка/лет.

### **Тип потребляемых табачных изделий**

Тип потребляемых табачных изделий не дает представление об уровне зависимости. По данным ВОЗ, все формы употребления табака вредят здоровью, и безвредной дозы табака не существует. При опросе пациентов необходимо учитывать употребление любых табачных изделий, содержание никотина в продукте и количество употребления табачных изделий.

В мире наиболее распространенной формой употребления табака является курение сигарет. В Узбекистане наряду с сигаретами, распространено употребление насвая.

### **Для употребляющего табак в настоящее время:**

1. Сколько сигарет (или других табачных изделий) Вы обычно потребляете в день?

2. Сколько лет Вы употребляете табак?

3. Сколько сигарет (или других табачных изделий) Вы выкурили за Вашу жизнь? Больше или меньше, чем 100 штук?

4. Употребляете ли Вы табак каждый день / в определенные дни / в конкретных ситуациях? В каких ситуациях?

### **Для бывших потребителей табака:**

Сколько лет / месяцев назад Вы прекратили потребление табака?

Медицинским учреждениям следует внедрить в систему документирования дополнения в виде обязательных записей о статусе потребления табака, чтобы пациенты во время каждого визита были опрошены и статус потребления табака был документально зарегистрирован. Статус потребления табака можно включить в число «основных показателей жизнедеятельности».

Таблица 7. Основные показатели жизнедеятельности

<b>ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b>	
Артериальное давление	_____
Пульс	_____
Вес	_____
Температура	_____
Частота дыхания	_____
Употребление табака (подчеркните один вариант):	
В настоящее время / В прошлом / Никогда	

## Оценка степени зависимости от никотина у потребителей табака

Оценка степени зависимости от никотина у потребителей табака может помочь медицинским работникам учреждений ПМСП выявить и диагностировать никотиновую зависимость.

Никотиновая зависимость может быть диагностирована на основе:

- сильного желания курить;
- затруднения в контроле количества потребляемого табака;
- развития симптомов отмены при сокращении или прекращении потребления табака;
- продолжения потребления, несмотря на очевидные вредные последствия;
- приоритета употребления табака по отношению к другим видам деятельности;
- высокой толерантности;
- развития психических и физических симптомов отмены.

Есть два способа оценки степени никотиновой зависимости: тест Фагерстрема, а также число выкуриваемых сигарет в день (приложение 5.5).

Все эти данные позволяют конкретизировать советы, прогнозировать сложности, связанные с симптомами отмены или социальными факторами, повлекшими срыв при предыдущих попытках отказа.

### Алгоритм направления пациента в зависимости от степени никотиновой зависимости



Медицинским работникам учреждений ПМСП следует предоставлять рекомендации пациентам по отказу потребления табака в *понятной, убедительной и индивидуальной форме*.

- **Понятно** – «Очень важно, чтобы вы бросили употреблять табак сейчас, и я могу вам в этом помочь». «Пока вы болеете уменьшение числа выкуренных сигарет (или других табачных изделий) недостаточно». «Потребление табака от случая к случаю или «лёгкое» потребление табака является опасным для здоровья».

- **Убедительно** – «Как Ваш врач, мне нужно знать, что для вас отказ от употребления табака – это самый важный шаг в охране Вашего здоровья сейчас и в будущем. Я и мои коллеги поможем вам».

- **Индивидуально** – свяжите потребление табака с демографией, проблемами для здоровья и социальными факторами:

• **Демография:** например, женщин может больше интересовать влияние употребления табака на фертильность, а влияние на потенцию больше заинтересует мужчин.

- Здоровье: страдающим от астмы следует услышать о влиянии употребления табака на дыхательную функцию, а те, кто страдает от заболевания десен, могут заинтересоваться вредным влиянием употребления табака на здоровье полости рта.

- Социальные факторы: пациентов с маленькими детьми может мотивировать информация о вреде вторичного дыма, а человека с финансовыми трудностями может впечатлить информация о денежных затратах на употребление табака.

В коротком вмешательстве есть целый ряд факторов, о которых может задуматься медицинский работник при проведении индивидуальной консультации. Невозможно рассказать пациентам о каждом возможном вредном влиянии потребления табака, потому что воздействия табака на здоровье многочисленны и разнообразны (Приложение 5.2)

Когда не ясно, как приспособить консультацию к отдельному пациенту, полезной стратегией может оказаться вопрос к пациенту:

«Что вам не нравится в том, что вы потребляете табак?»

Ответ пациента на вопрос поможет вам выбрать, с чем связать свою консультацию.

**Пример 1:**

**Врач:** «Что вам не нравится в том, что вы потребляете табак?»

**Пациент:** «Думаю, что не нравится то, что из-за этого я кашляю».

**Врач:** «Да, курение влияет на функцию легких и кашель может ухудшиться, если вы продолжите употреблять табак».

**Пример 2:**

**Врач:** «Что вам не нравится в том, что вы потребляете табак?»

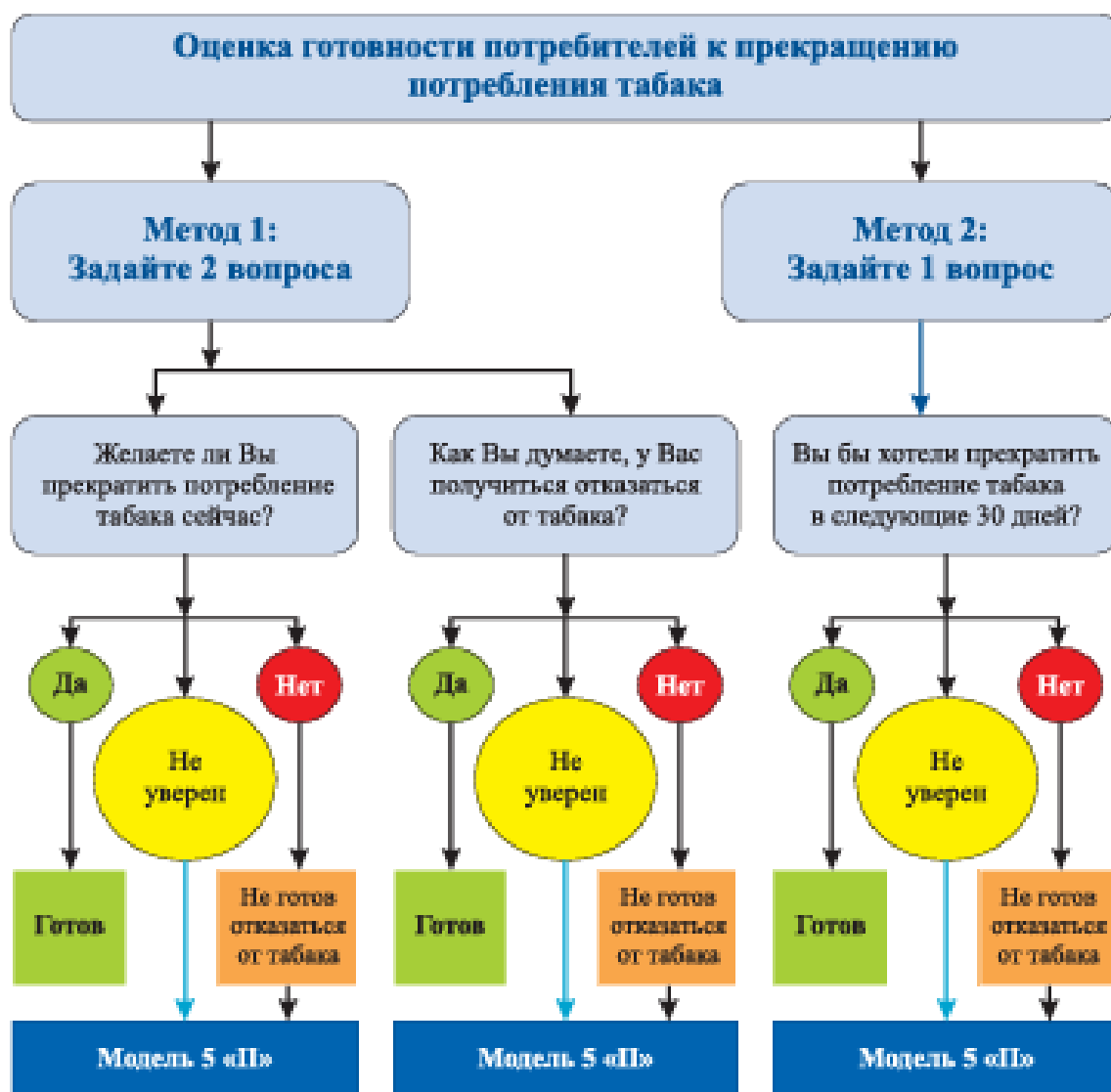
**Пациент:** «Мне не нравится, сколько денег я трачу на табак».

**Врач:** «Да, со временем кругленькая сумма набирается. Давайте посмотрим, сколько вы тратите в месяц на табак. Потом можно подумать о том, что можно купить на все эти деньги вместо табака!».

Доказательства свидетельствуют о том, что информация об употреблении табака, составленная для каждого пациента индивидуально, более эффективна, чем стандартизированная информация.

## Оцените

После консультации, нужно оценить «готовность» пациента отказаться от потребления табака. Это определяется, выясняя, хочет ли пациент стать некурящим или мыслями пациента о том сможет ли он/она успешно отказаться от табака.



В условиях загруженности медицинских работников учреждений ПМСП, также может быть полезным простая Шкала мотивации к прекращению употребления табака (Приложение 5.6).

## Окажите содействие

Если пациент готов отказаться от потребления табака, то ему понадобится помощь медицинского работника. Необходимо разработать план прекращения потребления табака или рассказать об специализированной помощи.

В отношении пациентов, желающих отказаться от табака, можно предпринять следующие меры:

- помочь разработать план по прекращению потребления табака;
- провести практическое консультирование;
- оказать психологическую поддержку в процессе лечения;
- рекомендовать фармакотерапию, при необходимости;
- рекомендовать обращение к специалисту центральной многопрофильной поликлиники;
- дать дополнительные материалы.



## Диагностика

<b>С</b>	Потребителям табака, которые не могут отказаться от табака с помощью первоначального действия (собственная сила воли, краткий совет медицинского работника, фармакотерапия), следует предоставить лечение у специалистов центральной многопрофильной поликлиники
----------	--

Многие люди, употребляющие табак, не могут отказаться от потребления табака без медицинской помощи. Основная часть тяжелых пациентов с более высоким риском развития болезней, связанных с употреблением табака, имеют наибольшую потребность в квалифицированном лечении.

### *Организуем дальнейшее наблюдение*

#### **Как организовать последующие наблюдения пациента?**

Если пациент желает попытаться отказаться от потребления табака, следует составить с ним индивидуальный письменный план по отказу от потребления табака, организовать и прописать дату последующего наблюдения или визита, например, в течение 1-й недели после попытки бросить курить.

#### **Когда? – всё время!**

Выраженный рецидив встречается в первые две недели после прекращения потребления табака. Последующее наблюдение следует начать вскоре после даты прекращения потребления табака. Первое последующее наблюдение следует провести в течение первой недели. Второе последующее наблюдение рекомендуется провести в течение одного месяца после даты прекращения употребления табака.

#### **Как? – использовать практические методы!**

Для организации дальнейшего наблюдения необходимо использовать практические методы, такие как, телефон, персональный контакт, использование почты или электронной почты. Последующие наблюдения с пациентами рекомендуется проводить, по возможности, посредством командной работы и использовать индивидуальный письменный план по прекращению потребления табака.

#### **Что? - действия во время контакта на последующих этапах!**

Ниже приведены действия, которые необходимо выполнить медицинским работникам учреждений ПМСП во время проведения последующих контактов.

## Действия во время последующего наблюдения



### Советы для дальнейшей работы:

- Вмешательство должно быть коротким!
- Придерживайтесь темы обсуждения.
- Пользуйтесь памятками, которые напомнят вам с кем и когда нужно продолжить работу.
- Знайте о существующих службах и организациях по отказу потребления табака.

Медицинский работник может начать и прекратить консультирование по Модели 5 «О» на любом этапе, учитывая отношение пациента.

### 2.3. Модель 5 «П» - для пациентов, которые не готовы прекратить потребление табака

Модель 5 «П» (Проинформировать об актуальности, Подчеркнуть риски, Преимущества, Препятствия, Повторить оценку) - метод консультирования по информированию каждого пациента о личных причинах отказа от потребления табака, рисках, связанных с продолжением потребления табака, преимуществах и препятствиях для успешного прекращения потребления табака, с повторением консультирования во время посещений в течение периода последующего наблюдения.

Модель 5 «П» – это короткое вмешательство, которое основывается на принципе мотивационного опроса, целенаправленный и ориентированный на пациента подход консультирования.

Цель состоит в том, чтобы повысить готовность людей (тех, кто при оценке не готов отказаться от табака) прекратить потребление табака. Это может происходить из-за того, что:

- они не хотят становиться некурящими,
- они чувствуют, что у них не получится успешно прекратить потребление табака,
- у них имеется двойственное отношение к прекращению потребления табака.
- они готовы прекратить потребление табака, но им нужна мотивационная поддержка.

По сравнению с традиционными методами практикующих врачей, мотивационный опрос является побуждающим способом общения с людьми:

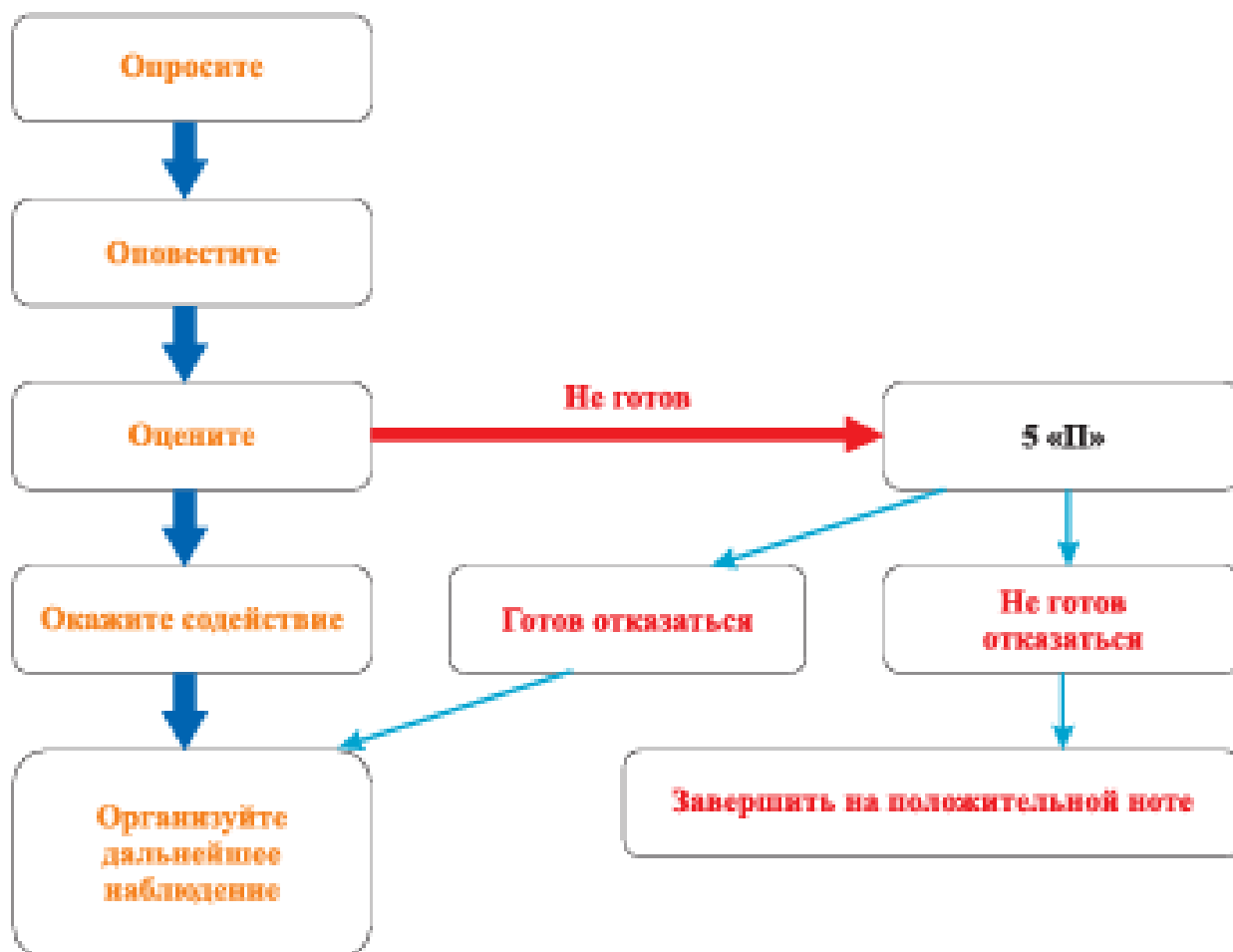
– это интервью-разговор, состоящий из тщательного опроса и умения слушать с обеих сторон. Информация делится взаимно и не осуждается;

-это происходит в благоприятной, ориентированной на пациента атмосфере, где пациенты чувствуют себя достаточно комфортно, чтобы понять свою собственную реальность и наличие конфликтов;

-во время интервью создаётся мотивационный тон. Вместо противостояния или оппозиции, медицинский работник держит разговор открытым, позитивным и в курсе событий;

- оно ориентировано на самом пациенте. Вносить изменения – это выбор пациента, а не медицинского работника.

### Когда мы проводим вмешательство 5 «П»?



Если на этапе «Оценить» модели 5 «О» пациент, не готов прекратить потребление табака, то проводится консультирование на основе Модели 5 «П», т.е. после того, как мы задали вопросы: «Опросили», «Оповестили», «Оценили».

Консультирование на основе модели 5 «П» нужно проводить у тех пациентов, которые не готовы прекратить потребление табака после стадии оценки модели 5 «О».

Также консультирование на основе этой модели можно провести с пациентами, которые хотят прекратить потребление табака, чтобы они поняли, почему это важно, ознакомились со своими рисками, преимуществами, препятствиями и выгодой прекратить потребления табака, и были более подготовлены к прекращению потребления табака.

С	Рекомендуется оценивать мотивацию пациента к прекращению употребления табака, после выявления употребления и предоставления рекомендации прекратить употреблять табак
В	Медицинским работникам следует использовать мотивационные методики для поощрения тех пациентов, которые не желают прекратить употреблять табак

С	Меры, которые используют мотивационные методики, считаются эффективными для прогнозирования, будет ли пациент в последующем пытаться прекратить употреблять табак. Тем не менее, всех зависимых пациентов от никотина необходимо лечить для прекращения употребления табака, независимо от их уровня мотивации.
---	---

Таблица 8. Структура краткого консультирования на основе модели «5 П»





<p><b>Проинформировать об актуальности (Relevance)</b></p> 	Насколько актуально для Вас отказаться от табака? Каковы были важные причины, побудившие вас прекратить употреблять табак?
<p><b>Подчеркнуть риски (Risks)</b></p> 	Что Вы знаете о рисках, связанных с употреблением табака? Какие риски при отказе потребления табака, Вы видите у себя?
<p><b>Преимущества (Rewards)</b></p> 	Какими будут преимущества в результате прекращения потребления табака? Какие были бы преимущества, если бы вы продолжали потреблять табак?
<p><b>Препятствия (Road-blocks)</b></p> 	Из-за чего вам будет сложно отказаться от табака? Что Вам поможет лучше справиться с этими препятствиями?
<p><b>Повтор оценки (Repetition)</b></p>	Повторите оценку готовности отказа от табака – если еще не готов, повторите попытку позже.

Таблица 9. Компоненты и пример модели 5 «П»

Компоненты	Стратегии для внедрения	Пример
<p><b>Проинформировать об актуальности</b></p>	<p>Поощрять пациента с указанием на то, что прекращение потребления табака имеет личное отношение к нему или к ней.</p> <p>Мотивационная информация имеет наибольшее влияние, если она имеет отношение к статусу заболевания пациента или факторам риска, к семье или социальной ситуации (например, наличие детей в доме), проблемы со здоровьем, возраст, пол и другие характеристики, важные для пациента (например, предыдущий опыт попытки прекращения употребления табака, личные барьеры прекращения употребления табака).</p> <p>Обсудить с пациентом, что хорошего в его жизнь принесло употребление табака и как от него отказаться, это поможет ему в процессе прекращения, подготовив его мысленно к тому, чтобы все еще иметь эти положительные стороны, но не употреблять табак.</p>	<p>Медицинский работник: «Как прекращение потребления табака имеет личное отношение к вам?», «Почему прекращение употребления табака важно для Вас в личном плане?».</p> <p>Пациент: Я полагаю, что употребление табака вредно для моего здоровья.</p>
<p><b>Подчеркнуть риски</b></p>	<p>Поощряйте пациента для выявления потенциальных негативных последствий употребления табака, которые имеют отношение к нему или к ней. Обсудите с пациентом, что он думает о его рисках прекращения употребления табака.</p> <p>Примеры рисков:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- острые риски: одышка, обострение астмы, повышенный риск респираторных инфекций, патология беременности, импотенция, бесплодие.</li> <li>- длительные риски: сердечные приступы и инсульты, рак легких и другие виды рака (например, гортани, полости рта, глотки, пищевода, поджелудочной железы, желудка, почек, мочевого пузыря, шейки матки и острый миелолейкоз), хронические обструктивные заболевания легких (хронический бронхит и эмфизема), остеопороз, инвалидность и потребность в длительном уходе.</li> <li>- экологические риски: повышенный риск развития рака легких и сердечно-сосудистых заболеваний у супругов, повышенный риск рождения детей с низким весом, синдром внезапной детской смерти, бронхиальная астма, заболевания среднего уха и респираторные инфекции у детей.</li> </ul>	<p>Медицинский работник: «Что вы знаете о рисках потребления табака для здоровья? Что особенно беспокоит вас?».</p> <p>Пациент: «Я знаю, что потребление табака вызывает рак. Это должно быть ужасно».</p> <p>Медицинский работник: «Это верно – риск рака во много раз выше среди потребителей табака?», «Что Вы думаете о Ваших личных рисках при прекращении употребления табака?»</p>
<p><b>Преимущества</b></p>	<p>Попросите пациента выявить у себя преимущества прекращения потребления табака.</p> <p>Примеры вознаграждений могут включать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- улучшение здоровья;</li> <li>- еда становится вкуснее;</li> <li>- улучшение обоняния;</li> </ul>	<p>Медицинский работник: «Знаете ли вы, как прекращение потребления табака повлияет на риск развития рака?».</p> <p>Пациент: «Я полагаю, что он будет ниже, если я откажусь от потребления табака».</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- экономия денег;</li> <li>- улучшается общее самочувствие;</li> <li>- дом, машина, одежда становятся чище и свежее.</li> <li>- дыхание становится свежее;</li> <li>- хороший пример для детей и уменьшается вероятность того, что и они будут потреблять табак;</li> <li>- дети становятся здоровее;</li> <li>- улучшается физическое самочувствие;</li> <li>- в повседневной деятельности облегчается работоспособность;</li> <li>- улучшается внешний вид, в том числе разглаживаются морщины / замедляется старение кожи и улучшается состояние зубов.</li> </ul> <p>Спросите у пациента, видит ли он какие-либо преимущества в продолжении употребления табака?</p>	<p>Медицинский работник: «Да и это не займёт много времени для снижения риска. Но важно прекратить потребление табака как можно быстрее».</p> <p>«Какую пользу для себя Вы видите в продолжении употребления табака?».</p> <p>Обсудите это с пациентом.</p>
<b>Препятствия</b>	<p>Попросите пациента выявить препятствия или барьеры, мешающие, ему отказаться от потребления табака и обеспечьте консультирование, направленное на решение проблем.</p> <p>Типичные барьеры могут включать в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- абстинентный синдром;</li> <li>- боязнь провала;</li> <li>- увеличение веса;</li> <li>- отсутствие поддержки;</li> <li>- депрессия;</li> <li>- свободная реализация табака</li> <li>- нахождение в среде других потребителей табака;</li> <li>- ограниченное знание эффективных методов лечения.</li> </ul>	<p>Медицинский работник: «Какие трудности были у вас во время прекращения потребления табака?».</p> <p>Пациент: «Тяги – они были ужасными!».</p> <p>Медицинский работник: «Мы можем помочь вам с этим. Мы можем рекомендовать Вам обратиться к специалисту центральной многопрофильной поликлиники».</p> <p>Пациент: «Будет ли это работать на самом деле?».</p> <p>Медицинский работник: «Вы все еще должны будете держать свою силу воли, но исследования показывают, что никотин-заместительная терапия может удвоить ваши шансы прекратить потреблять табак успешно».</p>
<b>Повтор оценки</b>	<p>Повторите оценку готовности отказаться от потребления табака. Если не имеется готовность к отказу, повторите консультацию позже.</p> <p>Мотивационный опрос следует повторять каждый раз при любых посещениях пациента медицинского учреждения.</p>	<p>Медицинский работник: «Итак, давайте посмотрим, как вы себя чувствовали после того, как попытались отказаться от потребления табака? Можете ли вы ответить на эти вопросы снова?».</p> <p>(Возвратитесь назад к этапу оценки модели 5 «О». Если имеется готовность бросить потребление табака – продолжайте оценку на основе модели 5 «О», если нет - закончите вмешательство на позитивной ноте.)</p>

### **Советы для использования модели 5 «П»**

- Пусть говорит пациент. Не читайте нотаций!!!
- Если пациент не хочет отказываться от табака – больше времени уделите этапам «Подчеркнуть риски» и «Преимущества».
- Если пациент действительно хочет отказаться от табака, но не уверен, что получится – больше времени выделите этапу «Препятствия».
- Даже если пациент все еще не готов отказаться от табака – завершите консультацию на положительной ноте и предложите вернуться, когда он передумает.

### **Принципы мотивационного интервью:**

- выразить сопереживание/участие;
- избегать споров;
- преодоление сопротивления;
- поддержать веру в собственные силы.

### **Инструменты для мотивации**

В дополнение к разговору с пациентами мы можем также использовать некоторые инструменты для мотивации потребителей табака. Здесь представлены некоторые примеры:

- подсчёт стоимости (подсчёт стоимости потребления табака, подсчёт личных сбережений);
- фотографии заболеваний, связанных с потреблением табака;
- визуальные инструменты мотивации, такие как:
  - наблюдение за концентрацией окиси углерода.
  - тестирование функции лёгких (спирометрия, пикфлоуметрия).
  - номограмма Всемирной организации здравоохранения согласно оценки сердечно сосудистого риска.

Каждый мотивационный инструмент имеет свои преимущества и недостатки. Эффективное использование этих инструментов, зависят от того, насколько профессионально используют их сами медработники и должны быть понятны для пациента.

## **2.4. Рекомендации для пациентов, недавно прекративших потребление табака**

Поскольку недавно прекратившие употребление табака люди остаются уязвимыми к рецидивам, особенно в первые три – шесть месяцев после окончания лечения, рекомендуется, чтобы медицинский работник систематически спрашивал их, при каждом посещении, употребляют ли они табак иногда, или ощущают ли желание курить. Рецидив чаще всего происходит в течение первых нескольких дней попытки прекращения употребления табака, когда симптомы отмены проявляются сильнее всего. Рецидив в течение первой недели происходит более чем у 75% курильщиков, прекращающих употребление табака без оказания им помощи в этом, поэтому данный период времени рассматривается как критический. Этот риск необходимо оценить, как можно раньше.

**«Срыв»** или **«соскальзывание»** бывает у прекращающих потребление табака и бывших потребителей табака, которые выкуривают менее одной сигареты в день (или других табачных изделий) в течение до трех дней в неделю, или выкуривают любое количество сигарет (или других табачных изделий) в течение одного дня недели перед любым запланированным посещением. Срыв может быть изолированным событием, за которым следует возобновление воздержания, либо он является сильным прогностическим фактором рецидива.

В работе с людьми, недавно успешно прекратившими употребление табака, рекомендуется поощрять продолжение воздержания, поздравлять их с каждой небольшой победой, и тщательно контролировать любой риск рецидива.

Все пациенты, которые недавно прекратили употребление табака, должны получить пользу от предоставления квалифицированной поддержки в течение периода последующего наблюдения для сохранения статуса некурящего. При этом, врач предоставит им

минимальные мероприятия когнитивно-поведенческого консультирования для поддержания воздержания и профилактики рецидива.

В случае, если пациенты отмечают развитие симптомов отмены или усиление тяги к потреблению табака, необходимо предоставить им более интенсивное консультирование в условиях центральной многопрофильной поликлиники. Для тех пациентов, которые прекратили употребление табака, но не испытывают тягу или симптомы отмены, последующее наблюдение может быть осуществлено должным образом на уровне первичной медицинской помощи.

### **Консультирование пациента, недавно бросившего потребление табака**

Человека, который недавно прекратил потребление табака необходимо поздравить с успехом и поощрять в продолжении воздерживаться.

При консультировании недавно бросившего потреблять табак пациента, используйте открытые вопросы, касающиеся ниже приведенных тем для того, чтобы выяснить желает ли пациент обсудить вопросы, касающиеся прекращения потребления табака.

Таблица 10. Общие элементы практического консультирования

Практическое консультирование	Примеры
Выявить опасные ситуации, мероприятия, внутренние состояния или виды деятельности, которые увеличивают риск рецидива потребления табака.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- негативное влияние и стресс;</li> <li>- нахождение в кругу других потребителей табака;</li> <li>- употребление алкоголя;</li> <li>- наличие тревожности;</li> <li>- доступность табачных изделий.</li> </ul>
Формирование навыков преодоления. Эти навыки предназначены для того, чтобы справиться с опасными ситуациями и выявленными проблемами.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- обучение предвидеть и избегать искушений и рискованных ситуаций;</li> <li>- определить мероприятия, которые позволят уменьшить негативные настроения;</li> <li>- изменения образа жизни, при выполнении которых уменьшается стресс, улучшается качество жизни, и уменьшается воздействие никотина;</li> <li>- обучение когнитивной и поведенческой деятельности, чтобы справиться с вызовами людей, потребляющих табак (например, отвлекая внимание, изменение процедуры).</li> </ul>
Обеспечение основной информацией о потреблении табака и успешном прекращении потребления табака.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- любое потребление табака (даже одна затяжка) увеличивает вероятность полного рецидива;</li> <li>- абстиненция обычно достигает пика в течение 1-2 недель после прекращения потребления табака, но может сохраняться в течение нескольких месяцев (эти симптомы включают в себя негативный настрой, тягу к потреблению табака, и трудности с концентрацией внимания);</li> <li>- привыкание к потреблению табака.</li> </ul>

Пациенты готовые к отказу от потребления табака задают часто следующие вопросы:

- что делать, если у меня все равно будет тяга к табаку?
- что делать, если я закурю после прекращения потребления табака?

Медицинские работники учреждений ПМСП могут ответить на первый вопрос, основываясь на следующих ключевых моментах:

- тяга/позывы возникают при потреблении табака. Как правило, они являются преходящими и длятся несколько минут.

- есть много способов, борьбы с ними.

### **Стратегия «4D»**

**Стратегия «4D»** направлена на ослабление тяги и включает в себе:

1. **Delay** - Задержка (каждый раз, когда вы испытываете тягу к потреблению табака, попробуйте задерживать его до тех пор, как вы можете).

2. **Deep breathing** - Глубокое дыхание (глубокое дыхание и медитация могут помочь вам внутренне расслабиться и желание исчезнет).

3. **Drink water** - Пейте воду (вода освежает тело и очищает от токсинов).

4. **Do something** - Сделайте что-нибудь еще (примите душ, погуляйте, рисуйте).

Со временем, тяга будет редкой и станет менее интенсивной.

Медицинские работники учреждений ПМСП могут ответить на второй вопрос следующим образом: рецидив характерен для многих потребителей табака, пытающихся отказаться от потребления табака. Большинство людей делают несколько попыток, прежде чем достигнуть успеха.

Если вы потребляете табак после того, как вы бросили:

- не вините себя (ни один из нас не совершенен);

- использовать рецидив, как опыт, а не как признак неудачи;

- просто сделайте другую попытку прекращения потребления табака.

## Работа с проблемами, с которыми сталкиваются бывшие потребители табака

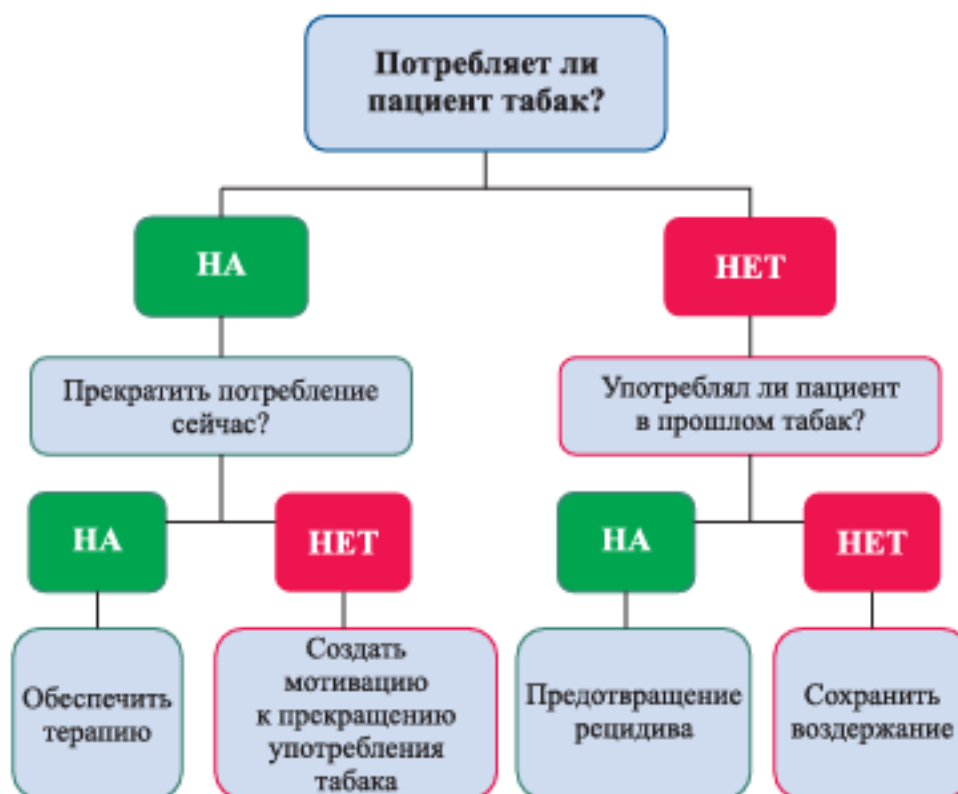


## III. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

### 3.1. Алгоритм действий при лечении

<b>А</b>	Во время обычных медицинских посещений, медицинские работники обязаны консультировать пациентов, чтобы они полностью прекратили употребление табака, назначать им лечение никотиновой зависимости, направлять их в центральную многопрофильную поликлинику, по крайней мере, раз в год. Эти медицинские действия должны быть отмечены в медицинской документации пациента.
----------	--

#### Общий алгоритм действий по лечению никотиновой зависимости и прекращения потребления табака



Потребителям табака, которые хотят прекратить потребление табака на момент оценки, рекомендуется немедленно предоставить когнитивно-поведенческое консультирование и фармакотерапию (при необходимости).

У пациентов, которые не хотят прекратить потребление табака на момент оценки, рекомендуется использовать мотивационное интервью, чтобы поощрять прекращение, содействовать мотивации и способствовать принятию решения в направлении прекращения употребления табака, в ближайшем будущем, и как можно скорее.

Ключевые компоненты успешного прекращения потребления табака (ремиссии) представляют собой сочетания краткой консультации или лечебного просвещения, поведенческой поддержки и фармакотерапии.

На вероятность достижения успеха оказывает влияние подготовка пациента, его мотивация к прекращению потребления табака, никотиновая зависимость, возраст, сопутствующие заболевания и многочисленные личные факторы.

### 3.2. Этапы лечения

Лечение пациентов, готовых к прекращению потребления табака в учреждениях первичной медико-санитарной помощи состоит из следующих этапов:

- предоставление краткой консультации;
- поведенческая поддержка;
- лечение с помощью лекарственных препаратов;
- мотивационное консультирование на обращение к специалистам по лечению никотиновой зависимости.



### 3.2.1. Предоставление краткой консультации

- Объясните, что такое болезнь никотиновой зависимости (приложение 5.1).
- Выясните причины курения и сложности при прекращении потребления табака.
- Объясните последствия потребления табака для здоровья (приложение 5.2).
- Объясните преимущества прекращения потребления табака для здоровья (приложение 5.3), социальные и экономические.
- Мотивируйте и поддерживайте в попытке прекратить потребление табака.
- Представьте инструменты, доступные для пациента на местном уровне.

### 3.2.2. Поведенческая поддержка

- Определите поведенческие причины потребления табака, *долгосрочные и непосредственные факторы стимуляции* потребления табака.
- Повысьте мотивацию к прекращению потребления табака и уменьшите страх перед прекращением и переходом в статус не употребляющего табак.
- Научитесь, как справиться с эмоциями.

После этого, с помощью совместного процесса, с участием врача и пациента, составляется эффективная стратегия для прекращения потребления табака.

Первый шаг состоит в согласовании дня прекращения потребления табака. С этого дня, пациент не должен держать сигареты или другие табачные изделия под рукой, в карманах, сумке, дома, на работе. Научно доказано, что сильнейшая потребность в потреблении табака длится семь минут, а затем, даже если потребность в потреблении табака сохраняется, она будет проявлять себя на более терпимом уровне. Так как пациенты не имеют сигарет (или другого вида табачных изделий) под рукой, пока они, в конечном счете, их получают, пройдут эти семь минут крайнего напряжения, и пациент сможет справиться с этой сложной ситуацией, находясь в менее ослабленном состоянии.

В период, когда пациент все еще употребляет табак, но уже начал медикаментозное

лечение, пациенту рекомендуют сделать следующее:

– сообщить всем друзьям, членам семьи, и другим, о своей инициативе по прекращению потребления табака;

– написать на листе бумаги причины прекращения потребления табака и поместить эту бумагу в месте, где ее можно часто видеть – на двери холодильника, в ванной комнате, на мониторе компьютера и подобных местах;

– определить, чем пациент будет оптимально замещать действия, связанные с потреблением табака: выпивать стакан воды, чая, кофе, сок, и пить небольшими глотками. Другие советы могут быть также полезными, чтобы отсрочить потребление табака: использовать антистрессовые шары, жевательную резинку, есть печенье / морковь, яблоки или и другое;

– определить поддерживающего человека – лицо, которому пациент обязуется позвонить по телефону, прежде чем, начнется рецидив употребления табака;

– представить себе тип реакции на ситуации, когда появляется желание потребить табак: пить воду, идти гулять, заняться спортом, почитать книгу и др;

– изменить свою повседневную жизнь, привычки или пространство, где и когда пациент потреблял табак в другое время.

–

Таблица 11. Компоненты поддерживающего лечения с примерами

Компонент поддерживающего лечения	Примеры
Поддерживать пациента во время попытки прекращения потребления табака	- отметьте, что в настоящее время имеется эффективное лечение никотиновой зависимости, что половина людей, которые когда-либо употребляли табак, в настоящее время прекратили потребление табака; - сообщайте, что верите в способность пациента прекратить потребление табака.
Поддержать сочувствием и готовностью помочь	- спросите, что чувствует пациент в отношении прекращения потребления табака. - выразите поддержку и желание помогать так часто, как потребуется. - спросите у пациента о его страхах и сомнениях в отношении прекращения потребления табака.
Помогите пациенту говорить о процессе прекращения потребления табака	- спросите о причинах, по которым пациент желает прекратить потребление табака, озабоченностях или опасениях, связанных с прекращением потреблением табака, достигнутом успехе, или трудностях во время прекращения потребления табака.

### 3.2.3. Лечение с помощью лекарственных препаратов

Основной целью медикаментозного лечения никотиновой зависимости является снижение уровня никотина в крови и стабилизация этого уровня без резких изменений, путем воздействия на никотиновые рецепторы для ослабления симптомов отмены с последующим прекращением употребления табака.

**Показания:** Никотин-заместительная терапия предлагается в качестве лечения первой линии для прекращения потребления табака, мотивированных и не мотивированных к прекращению.

**А** Формы никотин-заместительной терапии (жевательная резинка, трансдермальный

пластырь, назальный спрей, оральный спрей, подъязычные таблетки и пастилки для рассасывания) могут помочь в попытках прекращения употребления табака, и увеличивают вероятность успеха.

**А** Применение никотин-заместительной терапии увеличивает показатели воздержания от потребления табака на 50% - 70%, независимо от типа и дозы препарата.

Эти препараты также можно использовать временно, чтобы уменьшить частоту потребления табака, когда прекращение потребления табака не представляется возможным или приемлемым для потребителя.

Таблица 12. Лекарственные препараты рекомендуемые для прекращения потребления табака

Препарат	Доза	Инструкции	Уровень убедительности рекомендаций
<b>Препарат первой линии</b>			
<b>Пластырь трансдермальный</b> - 7 мг/24 часа, 14 мг/24 часа, 21 мг/24 часа.	7, 14, 21 мг / 24 часа (или 10 / 15 / 25 мг / 16 часов) если пациент курит 10 сигарет / день и более (или другие табачные изделия), 21 мг / день в течение 4 недель, затем 14 мг / день в течение 2 недель, затем 7 мг / день в течение 2 недель; если пациент курит < 10 сигарет / день, начинайте с 14 мг / день в течение 6 недель, затем 7 мг / день в течение 2 недель.	применять новый пластырь; каждое утро в течение 8 – 12 недель; имеются данные об эффективности при применении в течение 3-6 месяцев.	<b>А (I)</b>
<b>Варениклин</b> таблетки 0,5 мг, 1 мг.	1-3 день – 0,5 мг каждое утро; 4-7 день – 0,5 мг два раза в день; С 8 дня и до конца лечения – 1 мг два раза в день.	применять 3-6 месяцев; можно внезапно остановить приём; нет необходимости постепенного снижения дозы.	<b>А(I)</b>
<b>Препарат второй линии</b>			
<b>Цитизин</b> - таблетки 1,5 мг.	с 1-3 день – по 1 таблетке (1,5 мг) каждые 2 часа (до 6 таблеток в день); с 4-12 день – по 1 таблетке каждые 2,5 часа (до 5 таблеток в день); с 13-16 день – по 1 таблетке каждые 3 часа (до 4 таблеток в день); с 17-20 день – по 1 таблетке каждые 5 часов (до 3 таблеток в день); с 21-25 день – по 1 таблетке каждые 6-8 часов (до 1-2 таблеток в день);	Употребление табака должно быть уменьшено, в противном случае будут развиваться симптомы никотиновой передозировки. При отсутствии желаемого эффекта, лечение прекращается, и следующую попытку можно	<b>В</b>

Препарат	Доза	Инструкции	Уровень убедительности рекомендаций
		сделать в течение двух-трех месяцев.	

Соблюдение рекомендаций в отношении комбинированного лечения (консультирование и лекарственная терапия) также является важным фактором, который необходимо учитывать для достижения успеха при прекращении потребления табака. Сочетание индивидуального и группового консультирования и фармакотерапии для лечения никотиновой зависимости является более эффективным для прекращения потребления табака, чем каждый из этих методов, взятый по отдельности.

<b>A</b>	Рекомендуется сочетать оба метода (консультирование и лекарственная терапия), всегда, когда это возможно.
<b>A</b>	Если невозможно использовать медикаментозное лечение, рекомендуется вернуться к предоставлению мотивационного консультирования
<b>A</b>	Варениклин или никотин-заместительная терапия рекомендуется в качестве фармакологического варианта для потребителей бездымного табака, заинтересованных в отказе от курения.

Таблица 13. Фармакотерапия никотиновой зависимости с учетом мер предосторожности и предупреждения побочных эффектов

Препарат	Кто может использовать	Цель применения	Преимущества и недостатки	Общие направления по применению	Побочные эффекты и предостережения
<p><b>Пластырь трансдермальный с содержанием никотина</b> – 7 мг/24 часа, 14 мг/24 часа, 21мг/24часа. Доставляет никотин через кожные покровы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Взрослые курильщики с длительным стажем.</li> <li>• Перед началом лечения необходимо полностью отказаться от потребления табака.</li> <li>• Пациентам, имеющим проблемы со стороны сердечно-сосудистой системы следует начать никотин-заместительную терапию после медицинского обследования.</li> <li>• Никотин проникает в грудное молоко в количествах, способных оказывать эффект на новорожденного. Поэтому в период лактации не рекомендуется применение пластырей.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает симптом абстиненции.</li> <li>• Контролирует тягу/ влечение к потреблению табака.</li> </ul>	<p><b>Преимущества:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Удобная / гибкая дозировка.</li> <li>• Мало побочных эффектов.</li> </ul> <p><b>Недостатки:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможны реакции кожи в месте применения пластыря</li> <li>• У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями может наблюдаться прогрессирование симптоматики и/или развитие нарушения периферического кровообращения.</li> </ul>	<p><b>Дозировка:</b> Перед началом лечения необходимо полностью отказаться от потребления табака.</p> <p>Пластыри с содержанием 21 мг никотина применяют для лечения с выраженной никотиновой зависимостью (выкуривающих более 20 сигарет в день). 14 мг у пациентов с умеренно выраженной никотиновой зависимостью (выкуривающих менее 20 сигарет в день).</p> <p>7 мг предназначен для применения на заключительном этапе лечения для постепенного снижения дозы никотин-заместительной терапии.</p> <p><b>Продолжительность: 8 недель</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Побочные эффекты никотина могут развиваться более часто и проявляться более интенсивно у тех, кто продолжает потреблять табак, несмотря на использование пластырей.</li> <li>• Реакции кожи в месте применения пластыря (эритема, зуд, жжение).</li> <li>• Тошнота, боль в животе, диспепсия</li> <li>• Головная боль</li> <li>• Нарушения сна (бессонница, аномальные/яркие сновидения) связано с ночной абсорбцией никотина.</li> <li>• Аппликация нескольких пластырей сразу, может привести к тяжелой передозировке.</li> </ul>

Препарат	Кто может использовать	Цель применения	Преимущества и недостатки	Общие направления по применению	Побочные эффекты и предостережения
<p><b>Варениклин</b> - таблетки 0,5 мг, 1 мг.</p> <p>Достигает никотиновых рецепторов. Частично блокирует возбуждающее действие никотина или частично стимулирует никотиновые рецепторы.</p>	<p>Все взрослые потребители табака, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• беременных и кормящих грудью женщин.</li> <li>• тяжёлая почечная недостаточность (необходимо регулировать дозу).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает симптом абстиненции.</li> <li>• Контролирует тягу / влечение.</li> </ul>	<p><b>Преимущества:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• легко использовать.</li> <li>• в форме таблеток.</li> <li>• в общем, хорошо переносится.</li> <li>• лекарственное взаимодействие не известно.</li> </ul> <p><b>Недостатки:</b> Часто встречается тошнота.</p>	<p><b>Дозировка:</b> Принимайте вместе с едой. Начинать приём препарата за неделю до даты прекращения табака по 0,5 мг 1 раз в день в течение 3 дней, затем 0,5 мг дважды в день в течение 4 дней. В день решения бросить курить продолжайте по 1 мг дважды в день в течение 11 недель. Можно внезапно остановить приём; нет необходимости постепенного снижения дозы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тошнота.</li> <li>• Нарушение сна (бессонница, патологические сновидения).</li> <li>• Запор.</li> <li>• Метеоризм.</li> <li>• Рвота.</li> </ul>
<p><b>Цитизин (препарат второго уровня)</b> – таблетки 1,5 мг, частичный антагонист рецепторов никотина.</p> <p>Достигает никотиновых рецепторов. Частично блокирует возбуждающее действие никотина или частично стимулирует никотиновые рецепторы.</p>	<p>Все взрослые, кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кормящих грудью женщин.</li> <li>• Тяжёлая почечная недостаточность (необходимо регулировать дозу).</li> <li>• Беременность.</li> <li>• Пациенты: <ul style="list-style-type: none"> <li>- с гиперчувствительностью;</li> <li>- острым инфарктом миокарда;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Улучшает симптом абстиненции.</li> <li>• Контролирует тягу/влечение.</li> </ul>	<p><b>Преимущества:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Легко использовать.</li> <li>• В форме таблеток.</li> <li>• В общем, хорошо переносится.</li> <li>• Лекарственное взаимодействие не известно.</li> </ul> <p><b>Недостатки:</b> Часто встречается тошнота.</p>	<p>Препарат назначают в течение 3 дней по 1 таблетке 6 раз/сут. (через 2 часа) при параллельном сокращении количества выкуриваемых сигарет. При отсутствии эффекта препарат следует отменить и через 2-3 мес. начать новый курс.</p> <p>При положительном результате лечение продолжают по следующей схеме: с 4 по 12 день – по 1 таблетке каждые 2,5 ч. (суточная доза - 5 таблеток)</p>	<p><b>Побочные эффекты:</b></p> <p><i>Со стороны пищеварительной системы:</i> изменение вкусовых ощущений и аппетита, сухость во рту, боли в животе, тошнота, запор, диарея.</p> <p><i>Со стороны центральной нервной системы:</i> головная боль, головокружение, бессонница, сонливость, повышенная раздражительность.</p> <p><i>Со стороны сердечно-сосудистой системы:</i></p>

Препарат	Кто может использовать	Цель применения	Преимущества и недостатки	Общие направления по применению	Побочные эффекты и предостережения
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- нарушением мозгового кровообращения;</li> <li>- артериальной гипертензией</li> <li>- атеросклерозом сосудов;</li> <li>- отеком легких;</li> <li>- язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки в стадии обострения.</li> </ul>			<p>с 13 по 16 день – по 1 таблетке каждые 3 ч. (суточная доза - 4 таблетки)</p> <p>с 17 по 20 день – по 1 таблетке каждые 5 ч. (суточная доза - 3 таблетки)</p> <p>с 21 по 25 день – по 1 таблетке каждые 6-8 ч. (суточная доза – 1-2 таблетки)</p>	<p>ощущение сердцебиения, незначительное повышение артериального давления, тахикардия, боли в грудной клетке, одышка.</p> <p><i>Прочие:</i> миалгии, снижение массы тела, повышенное потоотделение, аллергические реакции.</p> <p>Большинство побочных явлений проходят самостоятельно.</p> <p><b>Предупреждение:</b> Употребление табака следует прекратить не позднее 5 дня от начала лечения. Лечение цитизином и продолжение курения может привести к усилению побочных действий никотина (никотиновая интоксикация).</p>

#### IV. ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЖЕЛАЮЩИХ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Для оказания медицинской помощи по отказу от потребления табака эффективны как индивидуальные, так и групповые занятия.

При оказании медицинской помощи по отказу потребления табака необходимо применять комплексный подход с организацией индивидуального консультирования и групповых занятий в Школах здоровья. Деятельность Школы здоровья для желающих отказаться от потребления табака является доступной формой получения лечебно-профилактической помощи. Занятия в Школе здоровья, в сочетании с индивидуальным консультированием пациентов, способствуют повышению мотивации и полному отказу от потребления табака.

А

Групповое консультирование является эффективным для прекращения потребления табака.

Включение социальной поддержки в групповое воздействие и типы когнитивно-поведенческих компонентов, включенных в группу, не влияют на его эффективность. Групповая поведенческая терапия предполагает запланированные встречи, на которых люди, потребляющие табак, получают информацию, совет и поддержку, и некоторую форму поведенческого воздействия (например, когнитивно-поведенческую терапию). Эта терапия предлагается еженедельно, в течение, по крайней мере, первых четырех недель во время попытки прекратить потребление табака (то есть в течение четырех недель после даты прекращения потребления табака). Как правило, групповые консультации сочетают с медикаментозной терапией.

Есть два подхода к проведению групповых консультаций.

Один из них – схоластический, когда медицинские работники учреждений ПМСП выступают в качестве учителей и предоставляют информацию о том, как достичь воздержания от потребления табака и поддерживать его.

Другой стремится к обеспечению взаимной поддержки между членами группы для достижения воздержания.

**Задачи Школы здоровья** для желающих отказаться от потребления табака:

- повышение информированности слушателей о влиянии компонентов табачного дыма на здоровье, об эффективных методиках отказа от потребления табака;
- определение статуса потребления табака;
- повышение мотивации к отказу от потребления табака;
- разработка индивидуального плана по прекращению потребления табака;
- поддержка при отказе от потребления табака, обучение навыкам самопомощи при появлении симптомов никотиновой абстиненции.

В Школу здоровья, для обучения, направляются пациенты, желающие бросить потреблять табак и члены их семей. При формировании групп желательно учитывать однородность больных по возрасту, социально-экономическому и образовательному статусу.

Консультирование в Школах здоровья могут проводить специально обученные специалисты и медицинские работники.

Школы здоровья могут быть организованы в махаллях или в медицинских учреждениях.

Оснащение Школы здоровья для желающих бросить потребление табака:

- учебная доска или флип-чарт с маркерами;
- столы и стулья;
- компьютер, принтер, проектор;
- пикфлоуметр;
- канцелярские товары;

- анкеты-тесты для обучения пациентов, дневник потребления табака, карта слушателя;
- журнал учета посещаемости;
- информационные материалы (памятки, буклеты);
- методические материалы для медицинских работников.

После окончания Школы здоровья слушатели **будут знать о:**

- 1) вредном влиянии вторичного табачного дыма;
- 2) вреде потребления табака и различной табачной продукции;
- 3) вреде насвая;
- 4) типах поведения;
- 5) никотиновой зависимости;
- 6) способах избавления от потребления табака.

После окончания Школы здоровья слушатели **будут уметь:**

- 1) определять степень никотиновой зависимости;
- 2) различать типы поведения;
- 3) оценивать статус потребления табака;
- 4) определять статус потребления табака;
- 5) делать свой выбор способа отказа от потребления табака.

Эффективность работы Школы оценивается с помощью определения доли лиц, успешно отказавшихся от потребления табака после посещения занятий в Школе. Оценивается процент слушателей, которые не употребляют табак через 1 месяц и 6 месяцев после даты отказа от потребления табака. Работа считается эффективной, если не менее 30% выпускников не употребляют табак через 6 месяцев после даты отказа.

## **V. ПРИЛОЖЕНИЯ**

### **5.1. Механизм развития никотиновой зависимости**

Никотин, создает тягу к табаку, лишая людей, потребляющих табак, способности легко прекратить потребление табака, и заставляет их переживать физические и психологические симптомы при воздержании от потребления табака.

Доказано, что потребляемый никотин является легким наркотиком, способным вызвать зависимость такой же силы, как героиновая или кокаиновая. Потребители табака, которые начали потреблять табак в подростковом возрасте, как правило, имеют более сильную зависимость, чем начавшие потреблять табак, будучи взрослыми.

При потреблении табака никотин уже через семь секунд достигает головной мозг. Здесь никотин фиксируется на специфических ацетилхолиновых рецепторах в области прилежащего ядра переднего мозга, которые стимулируют высвобождение нейротрансмиттеров, таких, как дофамин и норадреналин, что вызывает у потребителя табака ощущения удовольствия. Удовольствие, которое ощущает потребитель табака, фактически, представляет собой освобождение от ранних симптомов отмены и условных связей, по мере повышения уровня никотина и наступления стимуляции никотиновых рецепторов.

Каждое потребление сигареты немедленно уменьшает тягу, однако, снижает чувствительность рецепторов никотина и увеличивает их количество, тем самым усиливая острое желание следующей сигареты. Такое стимулирование, вызванное потреблением никотина, запускает хроническое потребление. Во время фазы инициации никотиновой зависимости, потребителю приходится увеличивать количество вводимого никотина, чтобы воссоздать ощущения той же интенсивности. После начального периода адаптации, употребляющий табак человек, нуждается в своей индивидуальной дозе никотина, чтобы ощущать нейтральное состояние и предотвратить развитие симптомов отмены. Такая морфологическая адаптация, происходящая в центральной нервной системе, соответствует развитию физической зависимости.

В дополнение к физической зависимости, повторное потребление табачных изделий может стать привычкой. Социальные контакты и ситуации, связанные с определенной привычной активностью, могут подкреплять потребление табака. Через некоторое время, такое поведение закрепляется в повседневной жизни. Психологическая зависимость от потребления табака – это особый тип условного рефлекса. Мозг запоминает, а затем узнает условия, при которых он получает дозу никотина. Таким образом, при лечении никотиновой зависимости рекомендуется обеспечивать поддержку как фармакологическим лечением для облегчения физических симптомов, так и поведенческой терапией, направленной на изменение привычек.

В зависимости от интенсивности, продолжительности потребления и типа табачных изделий, риски у потребителей табака могут различаться, однако, реакция медицинских работников учреждений ПМСП на потребление табака должна быть только одна: без промедления лечить никотиновую зависимость.

### **5.2. Влияние табака на потребителей табака**

Употребление табака является одной из самых значительных угроз для здоровья, когда-либо возникавших в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, от табака умирает более 8 миллионов человек в год, в том числе 1,3 миллиона некурящих, подверженных воздействию вторичного табачного дыма.

Потребление табака плохо влияет на здоровье, потому что дым табака содержит более чем 7000 химических веществ, из них 250 известны как вредные и, по крайней мере, 70 известны как вызывающие рак (Рисунок 1).



Рисунок 1. Химические вещества, содержащиеся в табачном дыме

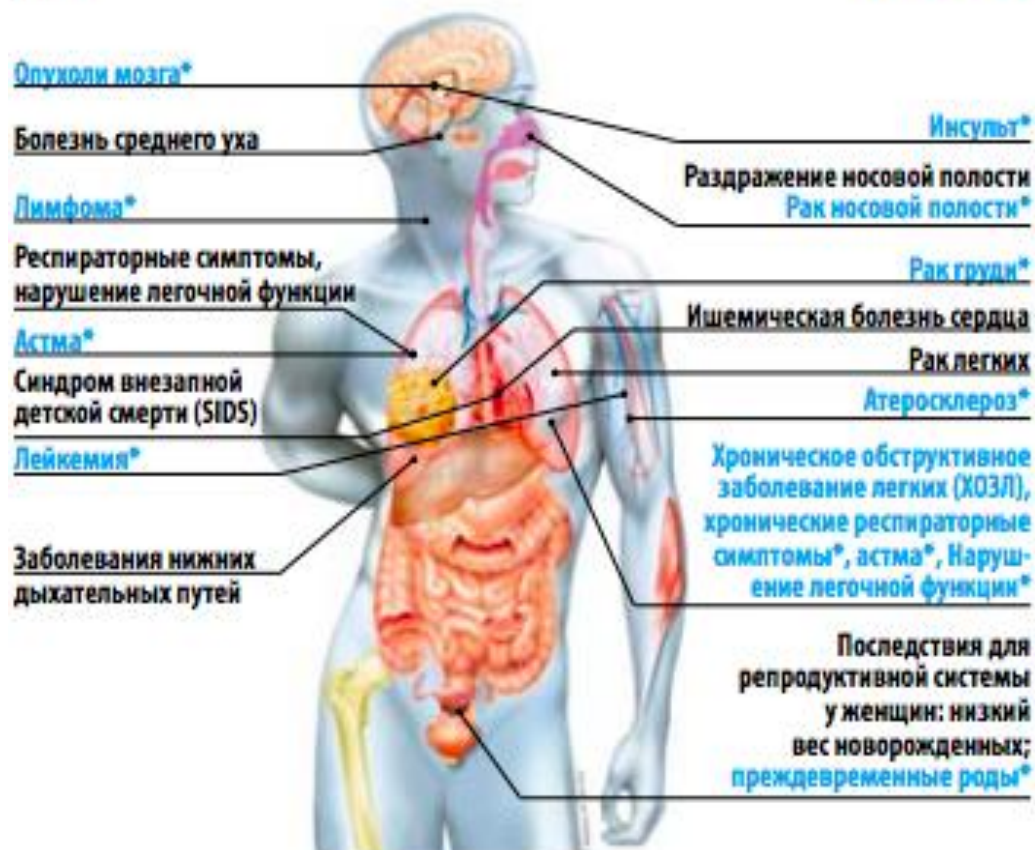
Большинство онкологических и хронических заболеваний связаны с потреблением табака. Потребление табака и вторичный табачный дым вредно воздействуют и на взрослого, и на ребенка. Нет ни одного органа, который бы не поражался в следствии потребления табака. (Рисунок 2, 3).



Рисунок 2. Воздействие потребления табака на организм.

ДЕТИ

ВЗРОСЛЫЕ



\* Данные, предполагающие наличие причинной связи  
Данные, доказывающие наличие причинной связи

Рисунок 3. Воздействие вторичного табачного дыма на органы.

### 5.3. Преимущества для здоровья при прекращении потребления табака

1. Преимущества для здоровья при прекращении потребления табака, у всех курильщиков бывают незамедлительными и отдаленными.

Благотворные изменения в организме после прекращения потребления табака в течение определенного времени:

- в течение 20 минут уменьшается частота сердечных сокращений и снижается кровяное давление;
- в течение 12 часов содержание угарного газа в крови снижается до нормального уровня;
- в течение 2–12 недель улучшается кровообращение и усиливается функция легких;
- в течение 1–9 месяцев уменьшаются кашель и одышка;
- в течение 1 года риск развития ишемической болезни сердца уменьшается в два раза по сравнению с таким риском у людей, потребляющих табак;
- через 5–15 лет после отказа от потребления табака риск инсульта снижается до уровня риска у некурящего человека;
- через 10 лет риск развития рака легких снижается в два раза по сравнению с таким риском для курильщика, снижается также риск развития рака полости рта, горла, пищевода, мочевого пузыря, шейки матки и поджелудочной железы;
- через 15 лет риск развития ишемической болезни сердца снижается до уровня риска у некурящего человека.

2. Люди всех возрастных групп, у которых уже развились проблемы со здоровьем, связанные с употреблением табака, все еще могут получить преимущества, если откажутся от потребления табака.

Преимущества по сравнению с теми, кто продолжает курить:

- примерно в 30 лет: ожидаемая продолжительность жизни возрастает примерно на 10 лет;
- примерно в 40 лет: ожидаемая продолжительность жизни возрастает на 9 лет;
- примерно в 50 лет: ожидаемая продолжительность жизни возрастает на 6 лет;
- примерно в 60 лет: ожидаемая продолжительность жизни возрастает на 3 года;
- после развития болезни, представляющей угрозу для жизни: незамедлительная польза — у людей, отказавшихся от потребления табака после инфаркта, вероятность развития другого инфаркта уменьшается на 50%.

### 3. Воздействие вторичного табачного дыма на детей

Прекращение потребления табака снижает риск развития многих болезней, связанных с воздействием вторичного табачного дыма на детей, таких как респираторные болезни (например, астма) и инфекции уха.

### 4. Другие преимущества

Прекращение потребления табака снижает вероятность импотенции, проблем с наступлением беременности, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела и выкидышей.

## **5.4. Обязанности медицинских работников учреждений ПМСП по оказанию помощи в прекращении потребления табака**

Обязанности медицинских работников учреждений ПМСП по оказанию помощи в прекращении потребления табака описана в нижеследующей таблице.

Таблица 14. Обязанности медицинских работников учреждений ПМСП по оказанию помощи в прекращении потребления табака

Специалисты	Основные обязанности и мероприятия	Модель консультирования
Медицинская сестра, акушерка и другой специально обученный средний медицинский персонал	<p>Проводить измерение основных жизненно важных показателей (артериальное давление, пульс, индекс массы тела, частота дыхания, температура).</p> <p>Провести краткий опрос и фиксировать статус употребления табака (некурящий, случайный курильщик, курящий ежедневно, бывший курильщик), количество потребления табака в медицинской документации пациента.</p> <p>Давать краткие консультации по отказу употребления табака, объяснять последствия потребления табака для здоровья, преимущества отказа. Составить индивидуальный план ведения пациента по отказу от табака.</p> <p>Направить к специалисту ПМСП для назначения медикаментозного лечения.</p> <p>Посещать пациента на дому во время лечения и проводить наблюдение.</p> <p>Эти медицинские действия должны быть отмечены в медицинской документации.</p>	<p>1. Модель консультирования 5 «О» (Опросить, Оповестить, Оценить, Оказать содействие, Организовать дальнейшее наблюдение).</p> <p>2. Модель консультирования 5 «П».</p>

Специалисты	Основные обязанности и мероприятия	Модель консультирования
Семейные врачи и другие врачи учреждений ПМСП	Во время обычного медицинского осмотра семейные врачи и другие специалисты обязаны консультировать пациентов, чтобы они полностью прекратили употребление табака, дать краткий совет по отказу от табака, в случае необходимости назначить лечение никотиновой зависимости. Составить план лечения. Проводить индивидуальные консультации в течении всего периода лечения. При отсутствии результата лечения (срыв, рецидив) со стороны пациента и при тяжелой никотиновой зависимости, следует направить его на консультацию к специалистам центральной многопрофильной поликлиники	1. Модель консультирования 5 «О». 2. Назначить фармакотерапию и организовать наблюдение. 2. Модель консультирования 5 «П».
Специалист (психолог, психиатров-наркологов) центральной многопрофильной поликлиники	Оказывает психологическую поддержку пациенту в процессе консультирования и лечения. Лечение тяжелой никотиновой зависимости в соответствии с протоколами и стандартами лечения.	Ряд сеансов когнитивно-поведенческого консультирования, предоставляемых на индивидуальной основе. Лечение состоит из нескольких сеансов.

### 5.5. Тест Фагерстрема

Тест Фагерстрема (Fagerström) – это стандартный инструмент для оценки интенсивности физической зависимости от никотина, который не только обеспечивает указание на наличие или отсутствие зависимости, но и позволяет определить итоговый балл, на основании которого представляется возможным разделить потребителей табака на группы с низким, средним и высоким уровнями никотиновой зависимости. Чем выше итоговый балл, тем сильнее никотиновая зависимость у конкретного человека. Уровень никотиновой зависимости можно использовать для руководства при разработке планов лечения пациентов.

Таблица 15. Оценка степени никотиновой зависимости при помощи теста Фагерстрема

Вопрос	Ответы	Балл
1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 6-30 минут	2
	В течение 30-60 минут	1
	Через 1 час	0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где потребление табака запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3

Вопрос	Ответы	Балл
5. Когда Вы больше курите - утром, или на протяжении остального дня?	Утром	1
	На протяжении дня	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0
<b>Итого</b>		

Примечание: Этот тест можно использовать и при употреблении других табачных изделий.

#### **Подсчёт:**

- 0 – 2 = очень слабая зависимость.
- 3 – 4 = слабая зависимость.
- 5 = средняя зависимость.
- 6 – 7 = высокая зависимость.
- 8 – 10 = очень высокая зависимость.

#### **Интерпретация теста:**

Баллы ниже 5: «Ваш уровень никотиновой зависимости ещё слабый. Вам сейчас же следует предпринять действия по отказу потребления табака до повышения уровня зависимости».

5 баллов: «Ваш уровень никотиновой зависимости средний. Если вы в скором времени не откажитесь от потребления табака ваш уровень зависимости от никотина повысится, и ваше здоровье может серьёзно пострадать. Надо сейчас же предпринять действия по прекращению зависимости от никотина».

Баллы выше 5: «Ваш уровень зависимости высокий. Вы не можете контролировать уровень потребления табака – оно контролирует вас! Когда вы примите решение отказаться от никотиновой зависимости, Вы можете обратиться к специалисту центральной многопрофильной поликлиники, который может помочь Вам в прекращении потребления табака».

Потребители табака, чей уровень зависимости от никотина высокий или очень высокий нуждаются в специализированной помощи.

#### **Индекс тяжести никотиновой зависимости (краткий тест)**

Для быстрой оценки никотиновой зависимости можно предложить использовать те же вопросы (1 и 4), что и в более полном тесте Фагерстрема.

#### **Опрос с использованием двух простых вопросов**

1. В те дни, когда вы курите, как скоро после пробуждения вы выкуриваете первую сигарету или начинаете потреблять другие виды табачной продукции?

- A. В течение 5 минут (3 балла)
- Б. 6- 30 минут (2 балла)
- С. 31-60 минут (1 балл)
- D. Через 60 минут (0 баллов)

2. Сколько сигарет (или другие табачные изделия) вы обычно выкуриваете в день?

- A. 10 или меньше (0 баллов)
- Б. 11-20 (1 балл)
- С. 21-30 (2 балла)
- D. 31 и более (3 балла)

#### **ОЦЕНКА:**

- 0-2: низкая зависимость;
- 3-4: умеренная зависимость;
- 5-6: высокая зависимость.

Эти два вопроса может задать медицинский работник во время консультации. Они составляют короткую версию теста, с числом баллов от 0 до 6, с теми же значениями баллов, как и в версии теста Фагерстрема с 10 вопросами. Потребление табака на протяжении первых 30 минут после сна также является отражением высокой степени никотиновой зависимости, а исключительно высокий ее уровень характеризуется непреодолимым желанием потребления табака ночью.

### 5.6. Уровень мотивации к прекращению потребления табака

Таблица 16. Оценка уровня мотивации к прекращению потребления табака

Вопрос	Ответы	Баллы
Бросили бы Вы употреблять табак, если бы это было легко?	Определенно, нет	0
	Вероятнее всего, нет	1
	Возможно, да	2
	Вероятнее всего, да	3
	Определенно, да	4
Как сильно вы хотите бросить употребление табака?	Не хочу вообще	0
	Слабое желание	1
	В средней степени	2
	Сильное желание	3
	Однозначно брошу курить	4
<b>Итого</b>		

Степень мотивации вычисляется следующим образом:

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к прекращению потребления табака. Максимальное значение суммы баллов 8, минимальное 0. Чем больше сумма баллов, тем сильнее мотивация у пациента бросить потребление табака.

Таблица 17. Интерпретация результатов

Балл	Уровень мотивации
0-3	Низкая
4-6	Средняя
7-8	Высокая

**Степень мотивации можно оценить следующим образом:**

1. Сумма баллов больше 6 означает, что пациент имеет высокую мотивацию к прекращению потребления табака.
2. Сумма баллов от 4 до 6 означает слабую мотивацию.
3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации.

Необходимо учитывать, что даже среди пациентов с высокой мотивацией, отказ от потребления табака в течение 1 года не будет 100%. Это объясняется тем, что у многих пациентов развивается никотиновая зависимость высокой степени, преодоление которой может потребовать нескольких курсов лечения.

## Использованные литературы

1. Закон Республики Узбекистан от 24 мая 2024 года №844 «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции». <https://lex.uz/docs/6472100>.
2. Постановление Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 2020 г. № ПП-4887 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения». <https://lex.uz/ru/docs/5090384>.
3. Государственный Реестр лекарственных средств и изделий медицинского назначения и медицинской техники, разрешенных к применению в медицинской практике Республики Узбекистан №28, 2024 г. (Рекомендован к печати на заседании Экспертного Совета ГУ "Центр Безопасности Фармацевтической Продукции" Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (Протокол №5 01.01.2025г.). <https://uzpharm-control.uz/pages/state-register-of-medicines-and-medical-products>.
4. Проект «Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)» Министерства здравоохранения и Всемирного банка, Всемирная организация здравоохранения, 2022 г. «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан» (STEPS ВОЗ, 2019 г.). Ташкент, Узбекистан. <https://ssv.uz/ru/documentation/rasprostranennost-faktorov-riska-neinfektsionnyh-zabolevanij-v-respublike-uzbekistan>
5. Руководство ENSP по лечению табачной зависимости 2021 г. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP).
6. Научно обоснованные рекомендации ВОЗ по лечению табачной зависимости <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108514/E73285R.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
7. Информационная бюллетень. Табак. ВОЗ 31 июля 2023 г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
8. Погосов А.В. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака // Наркология: национальное руководство/ Под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 291-304.
9. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Никотинзаместительная терапия// Наркология: национальное руководство/ Под ред. Н.Н.Иванца, И.П.Анохиной, М.А.Винниковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - С.402-415.
10. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. 2 July 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>.
12. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco.2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
13. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003c, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
14. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation adults <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377825/9789240096431-eng.pdf?sequence=4>.
15. Mendis S., Puska P., Norrving B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization (WHO), World Heart Federation (WHF), World Stroke Organization (WSO); 2011.
16. Doll R, Peto R, Boeham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
17. Bums DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003(46): 11-29.
18. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004(328):217-9.
19. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A, et al. Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2003;163(19):2301-5.
20. He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk Factors For Congestive Heart Failure In US Men And Women: NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study *Arch Intern Med* 2001(161):996-1002.
21. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation*. 1997;96(9):3243-7.
22. Pujades-Rodriguez M, George J, Shah AD, et al. Heterogeneous associations between smoking and a wide range of initial presentations of cardiovascular disease in 1937360 people in England: lifetime risks and implications for risk prediction. *Int J Epidemiol*. 2015;44(1):129-41.
23. Schroeder SA. New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *N Engl J Med*. 2013(368):389–90.
24. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. 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; 2004.
25. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, et al. Effect Of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction In 52 Countries (The INTERHEART Study): Case- Control Study. *Lancet* 2004(364):937-52.
26. Mahonen MS, Mcelduff P, Dobson AJ, Kuulasmaa KA, A E. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations. *Tob Control* 2004(13):244-50.
27. Parish S, Collins R, Peto R, et al. Cigarette Smoking, Tar Yields, And Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases And 32,000 Controls In The United Kingdom. The International Studies Of Infarct Survival (ISIS) Collaborators. *BMJ* 1995(311):471-7.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: health effects of cigarette smoking. 2012 [cited; Available from: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/health\\_effects/effects\\_cig\\_smoking/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm).
29. Wilhelmsen C, Vedin JA, Elmfeldt D, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *Lancet*. 1975(1):415–20.
30. Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Miller DR, Stolley PD, Shapiro S. Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age. *JAMA*. 1985(253):2965–9.
31. Hartz AJ, Barboriak PN, Anderson AJ, Hoffmann RG, Barboriak JJ, Smoking, coronary artery occlusion and nonfatal myocardial infarction. *JAMA*. 1981(246):851–3.
32. Recommendations for treating electronic cigarette and heated tobacco product dependence. Melinda Pérezes, corresponding author Renata Solimini, Francisco M. Ruiz Dominguez, Tamás Joó, Constantine I. Vardavas and Panagiotis Behrakis. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8573535/>.