

**Министерство здравоохранения  
и социального развития  
Российской Федерации**

# **Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике**

**Учебное пособие**

**Авторы: Сахарова Г.М., Антонов Н.С.**

Москва  
2010

---

---

Учебное пособие «Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике» разработано на основе учебной программы дополнительного профессионального образования врачей и преподавателей образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования по направлению «Медицинская помощь по отказу от потребления табака и лечение курящего человека», утвержденной Координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (протокол № 3 от 12.07.2010 и протокол № 4 от 23.12. 2010 г.). Образование врачей в области оказания помощи по отказу от табака осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации по обеспечению мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, включая сокращение потребление алкоголя и табака, от 18 мая 2009 г. и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 597Н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребление алкоголя и табака».

Учебное пособие разработано Сахаровой Г.М, д.м.н., ФГУ «НИИ пульмонологии Федерального медико-биологического агентства России», Антоновым Н.С., д.м.н., ФГОУ ДО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России» (кафедра пульмонологии и респираторной медицины).

---

## **Аннотация**

В учебном пособии описывается комплексный подход к отказу от табака, включающий поведенческую терапию, фармакологическое лечение никотиновой зависимости и профилактику обострений хронического бронхита, вызванного курением табака. Подробно описывается алгоритм оказания помощи по отказу от табака, а также каждый метод лечения.

Пособие явилось результатом систематизации и анализа научных исследований с использованием мета-анализа в качестве основного аналитического метода, а также многолетнего опыта авторов пособия в лечении курящего человека. Впервые создано учебное пособие для врачей терапевтических специальностей. Подробно описана методика мотивации курящих людей к отказу от табака, бесед, направленных на поддержание оставаться некурящими, составление индивидуального плана отказа от табака с применением методики, в которой врач и пациент становятся партнерами для достижения единой цели. Даны рекомендации для лечения курящих людей с различной степенью никотиновой зависимости, а также имеющих нарушения бронхо-легочной системы, что высоко распространено среди курящих людей со стажем более 5 лет.

Данное учебное пособие может быть использовано при лечении табачной зависимости у лиц, курящих сигареты, папиросы, сигары и любые другие табачные изделия, а также потребляющих бездымный табак.

Учебное пособие предназначено для врачей общего профиля, врачей центров здоровья, терапевтов, пульмонологов, кардиологов, а также врачей других специальностей, которые в своей клинической практике имеют дело с пациентами, заболевания которых вызваны курением табака.

---



---

# Оглавление

<b>1.</b>	<b>Введение .....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Основные принципы отказа от курения и лечения курящего человека .....</b>	<b>11</b>
2.1.	Короткая беседа .....	16
2.1.1.	Исследование функциональных показателей организма .....	17
2.2.	Продолжительная беседа, направленная на усиление мотивации бросить курить .....	21
2.3.	Продолжительная беседа, направленная на поддержание мотивации бросить курить и формирование плана лечения .....	22
<b>3.</b>	<b>Определение статуса курения .....</b>	<b>25</b>
3.1.	Оценка степени никотиновой зависимости .....	26
3.2.	Оценка степени мотивации бросить курить .....	27
3.3.	Оценка мотивации к курению .....	28
3.4.	Оценка суточной интенсивности и стереотипа курения табака .....	30
<b>4.</b>	<b>Поведенческая терапия .....</b>	<b>31</b>
4.1.	Изменение поведения .....	31
4.1.1.	Признаки поведения .....	31
4.1.2.	Никотиновая зависимость и симптомы отмены .....	32
4.1.3.	Рецидив курения и его профилактика .....	35
4.1.4.	Описание поведенческой терапии .....	36
<b>5.</b>	<b>Фармакологическая терапия, направленная на лечение никотиновой зависимости .....</b>	<b>45</b>
5.1.	Фармакологическая терапия, содержащая никотин .....	45
5.1.1.	Монотерапия никотинсодержащими препаратами .....	47
5.1.2.	Комбинированная никотинзаместительная терапия .....	48
5.1.3.	Побочные действия, противопоказания и применения для особых групп пациентов .....	50
5.2.	Фармакологические препараты, не содержащие никотин .....	51
5.2.1.	Побочные действия, противопоказания и применения для особых групп пациентов .....	53
<b>6.</b>	<b>Профилактика обострения хронического бронхита курильщика .....</b>	<b>55</b>
	<b>Используемая литература .....</b>	<b>57</b>

---



## 1. Введение

Табакокурение в России является самым распространенным фактором риска, охватывающим более 50 млн. человек. По инициативе Всемирной организации здравоохранения в 2009 году под руководством Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации НИИ пульмонологии ФМБА России и ИИЦ «Статистика России» провели Глобальный опрос взрослого населения Российской Федерации о потреблении табака. Среди взрослого населения Российской Федерации 39,1% (43,9 миллиона) оказались активными курильщиками табака. Среди мужчин распространенность табакокурения составила 60,2% (30,6 миллиона), среди женщин – 21,7% (13,3 миллиона). Была выявлена высокая интенсивность курения: в среднем мужчины выкуривали 18 сигарет в день, женщины – 13 сигарет. Причем 59,0% активных потребителей табака потребляли табачное изделие (курительное и/или бездымное) в течение первого получаса после пробуждения, что свидетельствует о наличии у них никотиновой зависимости высокой степени. Таким образом, в Российской Федерации 26 млн. взрослых имеют никотиновую зависимость высокой и очень высокой степени, 9,7 млн. – средней степени и 8,3 млн. – легкой степени. Несмотря на высокий процент желающих бросить курить (женщины 70,7%, мужчины 55,9%) медицинские работники крайне редко давали совет бросить курить и оказывали помощь по отказу от табака. Более того, медицинские работники часто не фиксировали в истории болезни факт потребления табака. Так, среди активных курильщиков и недавно бросивших курить (<12 месяцев), посетивших медицинские учреждения в течение прошедших 12 месяцев, только 45,4% был задан

вопрос, курили ли они, и всего лишь 31,8% получили совет бросить курить. Среди куривших в течение прошедших 12 месяцев одна треть (32,1%) сделала попытку бросить курить. В основном эти попытки были сделаны самостоятельно без помощи медицинских работников: 20,1% прибегали к медикаментозному лечению, 3,5% — к консультациям, 3,7% — к немедикаментозному лечению, такому как рефлексотерапия или психотерапия. В результате, только у 11,2% попытка оказалась успешной, тогда как 88,8% курящих потерпели неудачу.

В соответствии с обобщенными данными ВОЗ (2005 г.) в Российской Федерации выявлялась следующая взаимосвязь смертности с основными факторами риска (вклад в общую смертность): табак — 17,1%, несбалансированное питание (недостаток фруктов и овощей) — 12,9%, избыточный вес — 12,5%, алкоголь — 11,9%. Из перечисленных факторов риска табак и алкоголь являются предотвращаемыми, а нерациональное питание и избыточный вес — регулируемые. При табакокурении увеличивается риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, инсульт, окклюзионная болезнь периферических артерий, аневризма аорты и другие), бронхо-легочных заболеваний (хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизема легких, пневмония, респираторные инфекции, туберкулез и другие), желудочно-кишечных заболеваний (язва желудка, эзофагит), репродуктивной системы (снижение фертильности, преждевременные роды, спонтанные роды, преждевременное отхождение плаценты), внутриутробной смерти, болезней ротовой полости (лейкоплакия, гингивиты), других органов и систем (инсулиннезависимый сахарный диабет, ранняя менопауза, остеопороз, катаракта, табачная амблиопатия, возрастная макулярная дегенерация, преждевременные кожные морщины). В Российской Федерации число ежегодно регистрируемых больных с диагнозом хронической обструктивной болезни легких, которая в 90% случаев развивается в результате табакокурения, увеличивается на 10–15%. Увеличивается относительный риск развития рака легких (15,0–30,0), мочевой системы (3,0), рото-

---

вой полости (4,0–5,0), ротоглотки и гипофаринкса (4,0–5,0), пищевода (1,5–5,0), гортани (10,0), поджелудочной железы (2,0–4,0), желудка (1,5–2,0), печени (1,5–2,5), почек (1,5–2,0), мочевого пузыря (1,5–2,5), миелоидной лейкемии (1,5–2,0), лимфобластной лейкемии (2,7). В результате по данным экспертов ежегодно в России от болезней связанных с потреблением табака погибает от 350 тыс. до 500 тыс. граждан и это несмотря на то, что потребление табака является одним из регулируемых факторов риска для здоровья человека.

Снижение потребления табака является решающим фактором в борьбе с неинфекционными заболеваниями, особенно учитывая тот факт, что табакокурение является одним из легко предотвращаемых факторов. В настоящее время разработаны эффективные методы лечения табачной зависимости, которые могут быть широко внедрены в клиническую практику врачей общей практики в медицинских учреждениях первичного звена и стать широко доступными для желающих бросить курить.

По данным доказательной медицины эффективными методами лечения табачной зависимости являются беседы врача, поведенческая терапия, фармакологическая терапия, на базе которых построено данное учебное пособие. Основная цель данного пособия – обеспечить врачей всех специальностей рекомендациями, исследованными с помощью методов доказательной медицины. Каждая рекомендация, включенная в руководство, оценивалась с позиции силы доказательности, положенной в ее основу. Данное руководство может быть использовано не только при лечении табачной зависимости у лиц, курящих сигареты, но также папиросы, сигары и любые другие табачные изделия, а также потребляющих бездымные формы табака.

Руководство предназначено для врачей общей практики, врачей центров здоровья, терапевтов, пульмонологов, кардиологов, гастроэнтерологов, стоматологов, а также врачей других специальностей, которые в своей клинической практике имеют дело с пациентами, заболевания которых вызваны курением табака.

---



## **2. Основные принципы отказа от курения и лечения курящего человека**

Эффективным лечением табачной зависимости является применение воздействий, которые позволяют курящему человеку оставаться без табака на протяжении не менее 6 месяцев – периода времени, который является необходимым для полного избавления от никотиновой зависимости. Закуривание в течение первых шести месяцев после отказа от курения считается рецидивом курения, в более поздние сроки – повторным закуриванием, которое может происходить в том случае, если бывший курильщик продолжает находиться в обстановке интенсивного курения.

В основу подхода к отказу от табака, описанному в данном учебном пособии, положены следующие основные принципы:

1. Табачная зависимость является хроническим заболеванием, которое часто требует повторного лечения. Многие курящие люди окончательно бросают курить после 2-х или 3-х курсов лечения.
  2. Врач должен оценить степень зависимости и риск развития заболеваний, документировать и предложить лечение каждому курящему пациенту.
  3. Каждому курящему пациенту врач должен предложить один из следующих курсов лечения:
    - пациентам, желающим бросить курить, врач должен составить индивидуальную длительную лечебную программу, целью которой является полный отказ от курения,
    - пациентам, не имеющим достаточной мотивации для отказа от курения, врач должен составить короткий лечебный курс с целью снижения употребления табака и усиления мотивации.
-

4. Короткий курс лечения табачной зависимости является эффективным, позволяет снизить уровень потребления табака и усилить мотивацию к отказу от курения. Даже неудачная попытка отказа от курения, как правило, приводит к значительному снижению потребления табака.
5. Программа лечения должна включать интенсивные беседы врача и пациента.
6. В программу лечения должны быть включены эффективные методы лечения табачной зависимости, включающие поведенческую терапию и фармакотерапию никотиновой зависимости.
7. В программу лечения для каждого курящего пациента должно быть включено выявление и профилактика обострения хронического бронхита курильщика.

Алгоритм оказания помощи по отказу от табака (рис. 1.) включает в себя следующие этапы:

1. Проведение короткой беседы с курящим пациентом с целью мотивации его/ее к отказу от табакокурения.
2. Оценка степени мотивации и выбор дальнейших действий в зависимости от готовности пациента бросить курить. Если мотивация средняя, то врач переходит к этапу (этап 3), на котором проводится продолжительная беседа для усиления мотивации бросить курить. Если мотивация высокая, то врач проводит беседы (этап 4), направленные на дальнейшее усиление мотивации и формирование плана по отказу от табака. Если пациент полностью отрицает отказ от табака и высказывает нежелание продолжать беседы, то врач может назначить пациенту повторный визит через 6 или более месяцев для контроля его функционального состояния и проведения следующей короткой беседы.
3. При средней мотивации врач проводит продолжительную беседу для усиления мотивации и вовлечению пациента в отказ от табака (методика 5R).

4. При высокой мотивации врач начинает продолжительные беседы с пациентом с целью поддержания мотивации к отказу от табака и формирование плана по отказу от табака (методика 5А).
5. После подтверждения пациентом готовности бросить курить, врач начинает формирование плана по отказу от табака с использованием поведенческой терапии.
6. Если степень никотиновой зависимости у пациента выше 7, то рекомендуется включить в план по отказу от табака фармакологическое лечение никотиновой зависимости. Кроме того, при выявлении признаков бронхита или наличия бронхо-легочных синдромов в план лечения рекомендуется включить лечение, направленное на профилактику обострения данного состояния.
7. После формирования плана лечения врач составляет график визитов пациента с целью максимального обеспечения выполнения плана лечения.

Мета-анализ результатов многочисленных исследований эффективности различных воздействий, направленных на отказ от потребления табака в течение не менее 6 месяцев, выявил наиболее эффективные среди психотерапевтических и фармакологических методов лечения (табл.1). Низким уровнем эффективности обладают многие популярные не медикаментозные методы лечения. Эффективность акупунктуры по отказу от курения сроком не менее 6 месяцев составляет 8,3%, что не превышает эффективности плацебо – 8,9%. Сравнимыми по эффективности с плацебо также являются такие воздействия как гипнотерапия и лазерная терапия. Таким образом, к наиболее эффективным методам воздействия относятся поведенческая терапия и фармакологическая терапия (никотинсодержащие препараты и варениклин). По сравнению с отсутствием воздействия (самостоятельный отказ от курения) поведенческая терапия в 1,5 раза увеличивает вероятность успеха при отказе от курения, комбинированная никотинсодержащая терапия или применение варениклина – более чем в 3 раза. Комбинация поведенческой и фармакологической терапии увеличивает шансы на успешный отказ от курения в 4–5 раз.

Таблица 1

*Результаты мета-анализ эффективности немедикаментозных и фармакологических методов отказа от табака*

Воздействие	Кол-во исследований	Оценка шансов (95% С.И.)	Эффективность (% отказов)
Нет воздействия	35	1.0	11.2
Релаксационные мероприятия	31	1.0 (0.7–1.3)	10.8 (7.9–13.8)
Контракты	22	1.0 (0.7–1.4)	11.2 (7.8–14.6)
Диеты/поддержка веса	19	1.0 (0.8–1.3)	11.2 (8.5–14.0)
Снижение ежедневно выкуриваемых сигарет	25	1.1 (0.8–1.5)	11.8 (8.4–15.3)
Негативная эмоциональная реакция	8	1.2 (0.8–1.9)	13.6 (8.7–18.5)
Поддержка только во время бесед с врачом	50	1.3 (1.1–1.6)	14.4 (12.3–16.5)
Социальная поддержка окружения	19	1.5 (1.1–2.1)	16.2 (11.8–20.6)
Поведенческая терапия	104	1.5 (1.3–1.8)	16.2 (14.0–18.5)
Комбинированная никотинсодержащая терапия (пластырь+жевательная резинка)	3	3.6 (2.5–5.2)	36.5 (28.6–45.3)
Варениклин (2 мг/день)	5	3.1 (2.5–3.8)	33.2 (28.9–37.8)
Пластырь, >25 мг	4	2.3 (1.7–3.0)	26.5 (21.3–32.5)
Ж/резинка, длительное использование (>14 недель)	6	2.2 (1.5–3.2)	26.1 (19.7–33.6)
Варениклин (1 мг/день)	3	2.1 (1.5–3.0)	25.4 (19.6–32.2)

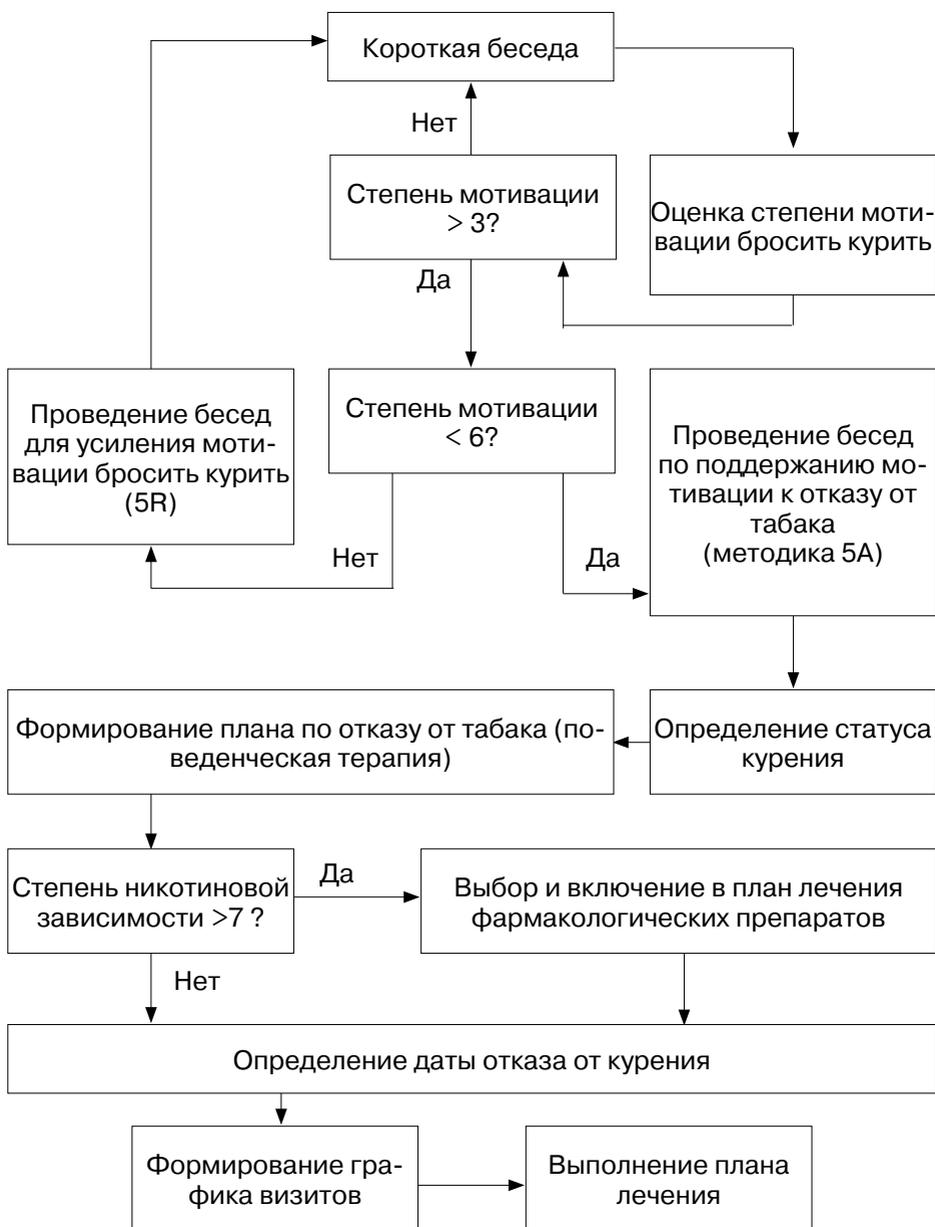


Рис. 1. Алгоритм оказания помощи по отказу от потребления табака.

## 2.1. Короткая беседа

Простая методология короткой беседы, направленной на отказ от курения, в медицинских учреждениях может положительно повлиять на принятие решения бросить курить и формирование здорового образа жизни. Повторные беседы могут приводить к усилению этой мотивации.

Одним из принципов, лежащих в основе изменения поведения, является готовность пациента попытаться измениться, а болезнь является одной из «обучающих установок». Беседы врача с пациентом должны проводиться в ясной, аргументированной, предназначенной для данного пациента форме. Если у пациента есть болезнь или является нарушение каких-либо функциональных показателей, или он предъявляет жалобы на здоровье, то врач должен это использовать для своих аргументов:

1. Связать основное заболевание пациента с курением. «Ваше здоровье улучшится, если вы бросите курить»
2. Связать основную жалобу пациента с курением. «Одышка у вас уменьшится, если вы бросите курить».
3. «Курение сигарет вами наносит вред вашим детям и всем домашним, кроме того, это дополнительные финансовые и социальные траты».

Врач должен дать почувствовать пациенту, что на весь лечебный период он будет вместе с пациентом, поддерживать его, оценивать его состояние, корректировать назначенную терапию.

1. «Я думаю, что сейчас для вас очень важно бросить курить, и я могу вам в этом помочь». «Бросайте курить сейчас, пока вы еще не имеете тяжелых заболеваний».
  2. «Как врач, я должен сказать, что наиболее важным для вас, чтобы сохранить свое здоровье в будущем, является необходимость бросить курить. Я помогу вам в этом».
-

### 2.1.1. Исследование функциональных показателей организма

Для развития мотивации, ее усиления и поддержки эффективным является исследование ряда функциональных показателей состояния организма. Механизмы развития патологических процессов при курении табака, в первую очередь, приводят к нарушениям бронхо-легочной и сердечно-сосудистой систем, а также кислородотранспортной функции крови. В связи с этим, наиболее ранние проявления патологического процесса, вызванного табакокурением, будет проявляться в изменении функционального состояния перечисленных выше систем.

Для измерения функционального состояния бронхолегочной системы используется метод спирометрии. Наиболее показательным является измерение объемной скорости выдоха при выполнении маневра форсированного выдоха. Изменение объемной скорости воздушного потока во время маневра регистрируется спирометром как кривая в координатах поток (вертикальная ось) и объем (горизонтальная ось). Во время форсированного выдоха, совершаемого после полного глубокого вдоха (общий объем легких, TLC), поток быстро возрастает до пиковой скорости выдоха (PEF) (возрастающая часть кривой поток-объем). Затем поток, также как и объем воздуха, оставшегося в легких, начинают падать (нисходящая часть кривой поток-объем). При нормальном состоянии бронхо-легочной системы снижение потока и объема находятся в линейной зависимости. В связи с этим нисходящая часть кривой поток-объем имеет форму прямой или слегка выпуклой линии. На ней определяются параметры FEV<sub>1</sub> (форсированный объем выдоха за 1 сек) и FVC (форсированная жизненная емкость легких). При бронхиальной обструкции пиковая скорость выдоха снижается, поток падает быстрее объема из-за сужения бронхов и нисходящая часть кривой поток-объем приобретает форму вогнутой линии. Появление такой формы кривой поток-объем может являться первым признаком развития бронхиальной обструкции значительно раньше снижения значений параметров

$FEV_1$  и FVC относительно нормальных значений, соответствующих полу, росту и возрасту пациента. В некоторых спирометрах для усиления мотивации к отказу от курения включена опция «Возраст легких», которая основана на сравнении измеренных значений спирометрических параметров с их должными величинами и последующим пересчетом какому возрасту они соответствуют. При наличии бронхиальной обструкции «возраст легких» будет превышать возраст обследуемого, что может стать дополнительным мотивационным аргументом для отказа от курения. Соответственно, при отказе от курения будет наблюдаться восстановление функционального состояния легких и «возраст легких» может постепенно снижаться, что может являться поддерживающим стимулом для продолжения отказа от табака. На рис. 2 представлены результаты спирометрического исследования молодого человека 24 лет. Стаж курения – 6 лет, ежедневно выкуривал 8–10 сигарет. Из клинических признаков отмечал только наличие кашля. Как видно из рисунка 2 нисходящая часть кривой поток-объем имела вогнутую форму, хотя параметры  $FEV_1 / FVC$  и  $FEV_1$  находились в пределах должных значений. «Возраст легких» рассчитывался равным 35 годам, т.е. на 11 лет старше возраста обследуемого, что может быть использовано для мотивационной беседы.

На рис. 3 представлен протокол спирометрического исследования мужчины 35 лет. Стаж курения – 20 лет, ежедневно выкуривал по 10 сигарет. Не отмечал наличие клинических признаков.

Как видно из рисунка нисходящая часть кривой поток-объем имела вогнутую форму. Значения параметров  $FEV_1 / FVC$  и  $FEV_1$  находились в пределах должных значений, хотя параметр  $FEV_1$  приближался к минимальному должному значению. «Возраст легких» оценивался в 51 год, т.е. на 16 лет старше возраста обследуемого, что можно использовать только для мотивационных бесед.

К исследованиям функционального состояния артериальных сосудов относится оценка их эластичности методом контурного анализа цифровой пульсовой волны, которая регистрируется с помощью высо-

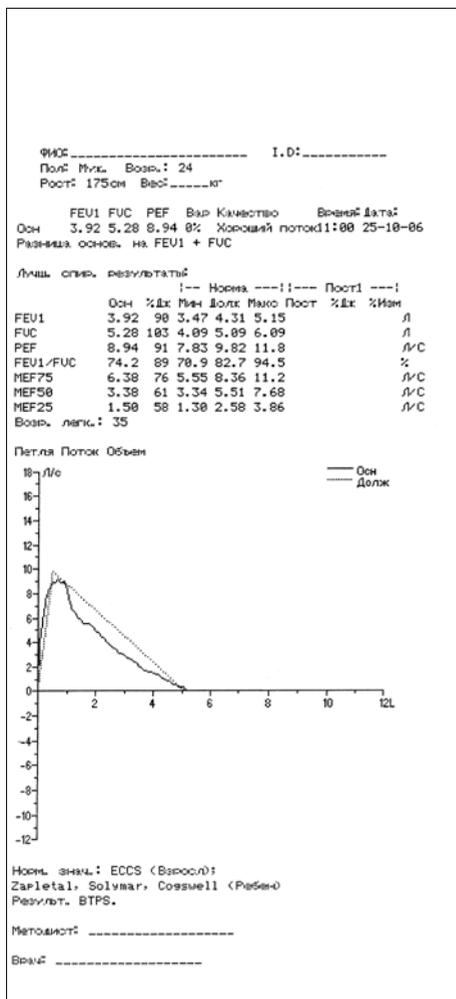


Рис. 2. Протокол спирометрического исследования курищего молодого человека 24 лет.

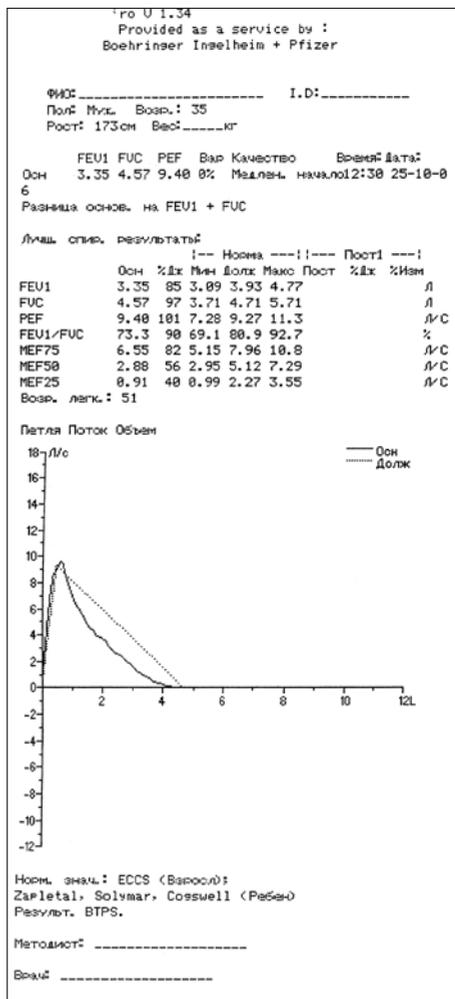


Рис. 3. Протокол спирометрического исследования курищего мужчины 35 лет.

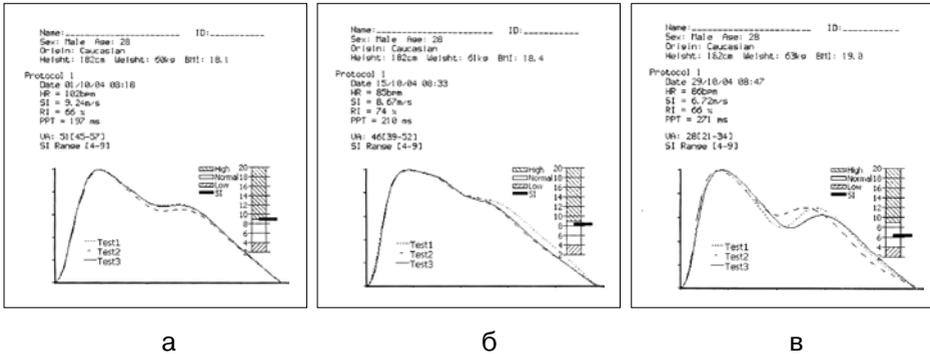


Рис. 4. Пульсовая волна мужчины 28 лет во время курения (а), через 2 недели (б) и 4 недели (в) после отказа от курения.

кочувствительного фото - плетизмографического датчика. Метод позволяет рассчитать индекс жесткости артериальных сосудов и оценить его значение относительно нормы. Также как и в случае с оценкой функционального состояния легких имеется опция расчета «возраста сосудов», использование которой эффективно для усиления мотивации к отказу от курения и поддержки мотивации оставаться некурящим. На рис. 4 представлена пульсовая волна в динамике в процессе отказа от курения у мужчины в возрасте 28, который начал курить в 10 лет и выкуривал по 30 сигарет в день.

Как видно из рис. 4 во время курения «возраст сосудов» оценивался в 51 лет, что на 23 года старше биологического возраста курящего. Через 2 недели после отказа от курения «возраст сосудов» составил 46 лет, а через 4 недели – 28 лет.

Доставка кислорода к тканям у курящих людей начинает снижаться сразу же с первых дней курения. Это связано с наличием в табачном дыме большого содержания монооксида углерода – CO, который легко проникает через альвеоло-капиллярную мембрану и, попадая в кровь, соединяется с гемоглобином (СОHb), блокируя его связь с кислородом и тем самым снижая доставку кислорода к тканям. В норме содержание CO составляет менее 6 ppm, а СОHb% равно 0%. Увеличение СОHb% выше 6% приводит к нарушению всех физио-

логических функций организма. Таким образом, измерение СО альвеолярного воздуха служит полезным индикатором адсорбции табачного дыма в легких и оценкой уровня гипоксии тканей. Кроме того, измерение СО выдыхаемого воздуха позволяет объективно оценить интенсивность табакокурения, что необходимо для оценки статуса курения и контроля правдивости ответа курящих людей на вопросы, связанные с активностью и частотой курения. Для измерения СО выдыхаемого воздуха разработаны портативные анализаторы, которые легки в эксплуатации. Некоторые модели анализаторов помимо измерения концентрации СО в выдыхаемом воздухе производят математический расчет СОНb%, что дает возможность получать этот параметр без забора крови.

## **2.2. Продолжительная беседа, направленная на усиление мотивации бросить курить**

Если пациент не готов бросить курить, что устанавливается на 3 шаге, врач должен продолжить беседу с целью усиления мотивации бросить курить. Методология такой помощи содержит 5 шагов и в международной литературе она получила название 5R:.

Шаг 1 – Обосновать вред курения (Relevance). На данном этапе беседа должна быть направлена на данного пациента и врач должен дать обоснование вреда потребления табака, используя медицинскую информацию о состоянии его/ее здоровья.

Шаг 2 – Определить риск для здоровья (Risks). Врач должен попросить пациента определить негативные последствия продолжения потребления табака и подчеркнуть, что снижение интенсивности курения, переход на сигареты с более низким содержанием никотина и смолы или замена сигарет на другой табачный продукт не приведет к устранению риска развития заболеваний.

Шаг 3 – Определить положительное в отказе от табака (Rewards). Врач должен попросить пациента определить для него возможные по-

ложительные изменения для здоровья в результате отказа от табакокурения.

**Шаг 4 – Определить трудности (Roadblocks).** Врач должен попросить пациента определить препятствия и трудности для отказа от табака (симптомы отмены, страх перед неудачей, увеличение веса, недостаток в поддержке, депрессия, удовольствие от табака).

**Шаг 5 – Повторять беседы (Repetition).** Мотивационные беседы должны проводиться каждый раз, когда пациент посещает врача в медицинском учреждении. Пациентов, которые потерпели неудачу в отказе от табака, надо поддерживать и стимулировать их на повторные попытки, объясняя, что большинство курящих делает несколько попыток бросить курить прежде, чем достигает успеха.

### **2.3. Продолжительная беседа, направленная на поддержание мотивации бросить курить и формирование плана лечения**

Когда курящий человек решает, что пришло время бросить курить, это называется состояние готовности. Курильщики могут находиться в таком состоянии неопределенное время, если у них не будет мотивации и смелости предпринять определенные действия. Врачи должны помочь курящим людям начать эти действия, беседуя с ними во время каждого их визита в медицинское учреждение. Если курящий человек не отрицает курение или находится в условиях курящего окружения, самостоятельно ему очень трудно бросить курить. В этих случаях необходимо применение методологии поддержания мотивации бросить курить в комбинации с поведенческой терапией.

Наиболее полная методология оказания помощи в поддержании мотивации к отказу от табака включает 5 шагов и в международной литературе получила название 5А.

**Шаг 1 – Задать вопрос (Ask):** Врач должен спросить пациента курит ли он/она. Иногда курящие приостанавливают курение из-за проблем

---

со здоровьем. Таких людей надо выявлять и активно стимулировать для продолжения отказа от курения.

Шаг 2 – Дать совет (Advise): Врач должен обсудить с пациентом немедленные и отдаленные положительные результаты отказа от табакокурения. Кроме того, может быть также обсужден вред потребления табака для здоровья, особенно, если у пациента уже есть какие-либо нарушения.

Шаг 3 – Оценить состояние (Assess). Определить готовность пациента продолжить потребление табака или отказаться от него. Если пациент не готов бросить курить, то в дальнейшем должны проводиться беседы, направленные на усиление мотивации бросить курить (методология 5R).

Шаг 4 – Оказать помощь (Assist). Пациентам, которые готовы бросить курить, врач должен составить индивидуальную программу лечения, направленную на снижение проявления симптомов отмены и способность переносить желание закурить. Если пациент имеет высокую степень никотиновой зависимости и согласен на медикаментозную терапию, то врач должен подобрать наиболее эффективный для данного пациента препарат, его режим приема и дозировку.

Шаг 5 – Установить график визитов (Arrange). Врач должен назначить пациенту график посещений для проведения поддерживающих бесед и корректировки лечения.

---



### 3. Определение статуса курения

Первым шагом лечения табачной зависимости является выявление курящих лиц, оценка фактора риска курения и степени табачной зависимости, а также степени его мотивации к отказу от курения, т.е. оценка статуса курения.

Оценка статуса курения включает:

1. Оценку курения как фактора риска развития заболеваний.
2. Оценку степени никотиновой зависимости.
3. Оценку степени мотивации бросить курить.
4. Оценку мотивации курения.
5. Оценка суточной интенсивности и стереотипа курения табака.

Стаж курения определяется количеством лет курения и количеством выкуриваемых в день сигарет. Может проводиться расчет индекса курящего человека (ИК) по следующей формуле:

$$\text{ИК} = (\text{число сигарет, выкуриваемых в день}) \times \text{Количество лет курения} / 20$$

---

### 3.1. Оценка степени никотиновой зависимости

Оценка степени никотиновой зависимости проводится с помощью теста Фагерстрема.

Вопрос	Ответ	Очки
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 курение 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
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, или в течение остального дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Коэффициент:

0–2 – Очень слабая зависимость

3–4 – Слабая зависимость

5 – Средняя зависимость

6–7 – Высокая зависимость

8–10 – Очень высокая зависимость

## 3.2. Оценка степени мотивации бросить курить

Оценка степени мотивации бросить курить может быть проведена с помощью простых двух вопросов:

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

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

1. Сумма баллов больше 6 означает, что пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.
2. Сумма баллов от 4 до 6, означает слабую мотивацию и пациенту нужно проводить дальнейшие беседы по усилению и поддержанию мотивации к отказу от табака.
3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации и пациенту нужно назначить повторный визит для проведения короткой беседы.

Необходимо учитывать, что даже среди пациентов с высокой мотивацией к отказу от курения успешный отказ от курения 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.

### 3.3. Оценка мотивации к курению

Оценка мотивации к курению проводится с помощью анализа ответов на следующие вопросы.

	Всегда	Часто	Время от времени	Редко	Никогда
А. Я курю, чтобы оставаться бодрым.	5	4	3	2	1
В. Держание сигареты в руке – одна из составных частей удовольствия, получаемого от курения.	5	4	3	2	1
С. Курение сигарет является приятным и расслабляющим.	5	4	3	2	1
Д. Я закуриваю сигарету, когда злюсь на кого-нибудь.	5	4	3	2	1
Е. Когда у меня заканчиваются сигареты, это почти невыносимо до тех пор, пока я не смогу иметь их.	5	4	3	2	1
Ф. Я курю автоматически, даже не осознавая этого.	5	4	3	2	1
Г. Я курю для стимуляции, чтобы взбодриться.	5	4	3	2	1
Н. Часть удовольствия от курения сигарет составляют действия, выполняемые при закуривании.	5	4	3	2	1
І. Я нахожу курение сигарет приятным.	5	4	3	2	1
Ј. Когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а), я закуриваю сигарету.	5	4	3	2	1
К. Когда я не курю сигарету, я очень четко осознаю этот факт.	5	4	3	2	1
Л. Я закуриваю сигарету неосознанно, когда одна еще лежит в пепельнице.	5	4	3	2	1

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

Преобладающие факторы мотивации к курению оцениваются по сумме баллов:

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

Сумма баллов может варьировать от 3 до 15:

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

---

Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу, а также пациенту, выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения. Пациента необходимо подготовить к тому, что отказ от курения приводит к некоторому изменению стиля поведения, и основным для периода отказа от курения должен стать лозунг: «Учитесь жить по-новому».

### **3.4. Оценка суточной интенсивности и стереотипа курения табака**

Оценка суточной интенсивности курения проводится индивидуально, желательно с его графическим отображением, где по оси абсцисс откладывается время суток, а по оси ординат количество выкуриваемых сигарет. Полученный график показывает распределение количества выкуриваемых сигарет по часам и времени суток. Если на графике отмечать происходящие события, то это может помочь проанализировать триггеры, приводящие к курению, и использовать полученную информацию для поведенческой терапии.

---

## **4. Поведенческая терапия**

Потребление табака приводит к развитию табачной зависимости. Это означает, что отказ от табака может быть только в случае, если курящий осознает причину для отказа и у него появится желание бросить курить. Поскольку и причина, и желание могут часто меняться, пациента необходимо постоянно поддерживать и стимулировать продолжение отказа от табака. Постоянство и регулярность совета в отказе от табака определяет его эффективность. Для формирования плана такой поддержки используется поведенческая терапия.

### **4.1. Изменение поведения**

Для того чтобы изменить привычное поведение, особенно связанное с потреблением табака, приводящему к развитию никотиновой зависимости, курящий должен отучиться от того, к чему он долгое время привыкал и осваивал. В этом случае изменение поведения является нестабильным и курящий человек может очень легко вернуться к прежнему поведению. В связи с этим, врач для изменения старого поведения курящего человека должен применять специальную методику, чтобы поддержать новое поведение.

#### **4.1.1. Признаки поведения**

Как и любое другое привычное поведение, потребление табака подкрепляется определенными сигналами (ситуация, настроение, желание получить определенные ощущения). Каждый раз, потребляя табак,

---

курающий человек совершает ритуальные и повторяющиеся действия. Эти действия довольно быстро начинают ассоциироваться с определенным поведением, таким как ответить на телефонный звонок, выпить чашку кофе, выполнить определенную работу и т.д. Для некоторых людей курение начинает связываться с приятными моментами в их жизни. Некоторые используют курения для решения собственных или профессиональных проблем. Для части людей курение становится автоматическим. Они начинают курить одну сигарету за другой механически, не осознавая этого. В любом случае курение фиксируется в сознании курящего как обязательное поведение.

Потребление табака создает сильный стимул для повторного использования, а затем ассоциируется со всеми ситуациями, настроением и окружением, при которых оно используется. В результате формируется очень стабильная привычка. При отказе от курения, которое дополнительно сопровождается развитием симптомов отмены, все ассоциативные связи должны быть разорваны и поведение, связанное с потреблением табака, должно быть замещено другим поведением, которое должно поддерживаться на протяжении длительного времени, чтобы не произошло возврата к потреблению табака.

#### **4.1.2. Никотиновая зависимость и симптомы отмены**

Никотин, находящийся в табачном дыме, попадает в головной мозг и воздействует на центральную нервную систему, помогая курильщику контролировать свое настроение и получать удовольствие. Каждый раз, когда курильщик закуривает, он получает какие-то ощущения, которые он определяет для себя как помощь, облегчение или удовольствие. Степень проявления этих ощущений у курильщиков может быть разной. Если никотиновые рецепторы в течение некоторого времени не стимулируются никотином, то появляются неприятные ощущения, которые называются симптомами отмены. Вместо удовлетворения, удовольствия курильщик начинает ощущать раздражитель-

ность, невозможность сконцентрироваться, ухудшение настроения, которые проходят после курения. В результате формируется ощущение, что проблемы можно решить с помощью курения, т.е. сигареты становятся способом решения проблем. На самом деле, организм просто реагирует на никотин, который поступает при курении, что проявляется исчезновением симптомов отмены. Однако, для курящего самым важным становится то восприятие, которое он сам дает этому эффекту, и это объяснение становится одним из движущих моментов развития зависимости.

Симптомы отмены связаны с центральной нервной системой. К ним относятся желание закурить, повышенная возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, бессонница, тремор, потливость, улучшение аппетита, чувство заложенности в груди, боли в мышцах, головокружение.

Симптомы отмены являются нежелательными и их появление может значительно осложнить отказ от потребления табака. Легче справиться с симптомами отмены, если знать о том, что это такое, и заранее выбрать способы как с ними бороться. Важно предупредить пациента о том, что симптомы отмены длятся только несколько недель и заранее разработать планы борьбы с этими симптомами, если они разовьются. Также в планы необходимо включить способы борьбы с потерей контроля и эпизодом курения. После эпизода курения возврат к курению не является неизбежным, это вопрос индивидуального восприятия человеком. Безусловно, лучше противостоять потере контроля, чтобы избежать эпизод курения. Если это случилось и пациент расценит данный эпизод как необходимость усилить способы защиты, то не следует относить это к рецидиву курения.

Наиболее часто курильщики боятся симптомов отмены, сильного желания курить, негативных эмоций и увеличение веса. Врач должен помочь пациенту определить все переживания и обсудить каждый возможный побочный эффект:

1. Желание закурить. Желание закурить может быть симптомом отмены, или результатом того, что пациент думает о курении, или желание закурить вызывается окружением. Сильное желание закурить возникает часто и может появляться в течение нескольких лет после отказа от курения, однако его частота будет снижаться. Причинами, которые наиболее часто могут вызывать сильное желание закурить, приводящее к рецидиву, могут быть: ситуации, в которых другие курят; желание получить расслабление; ощущение тревоги, стресса или скуки; вовлечение в неприятную ситуацию с другими людьми. Очень полезно обсудить эти и другие причины с пациентом, чтобы заранее спланировать способы им противостоять с учетом индивидуальных особенностей курящего.
2. Симптомы отмены. Основные симптомы отмены (раздражительность, беспокойство, угнетенное состояние, запор, увеличение аппетита, снижение концентрации внимания) могут появляться почти одновременно и сохраняться с максимальным проявлением в течение 3–7 дней после отказа от курения. Затем они постепенно будут ослабевать и у большинства людей они не длятся дольше 21 дня, хотя выявляется существенная вариация в их продолжительности. Врач должен убеждать пациентов, что каждый симптом отмены — это проходящее явление и, если пациентов предупредить заранее о появлении симптомов отмены, это поможет им легче с ними сосуществовать.
3. Отрицательные эмоции. Отрицательные эмоции не снимаются с помощью курения, однако курящие люди могут воспринимать курение как путь к нормализации эмоций.
4. Увеличение веса. Увеличение веса не проявляется абсолютно у всех бросающих курить и наблюдается только в 50% случаев. Никотин снижает аппетит и это является привлекательным для курящих людей.

При наличии у пациента болезней или патологических синдромов, они могут обостриться после отказа от табака и, не являясь симпто-

---

мами отмены, они могут восприниматься как симптомы отмены и осложнять отказ от курения. В связи с этим, в план по отказу от табака необходимо включать меры по профилактике обострения нарушений и заболеваний, выявляемых у пациента.

#### **4.1.3. Рецидив курения и его профилактика**

Рецидив это процесс, который происходит в период перехода курящего человека к статусу некурящего, если самоконтроль является неадекватным желанию закурить. Путь от потери контроля до рецидива может быть длительным и осложненным, и определенный уровень поддержки может изменить это прогрессирование. К сожалению, любая поддержка, направленная на изменение поведения, лимитирована тем, что ее, как правило, не бывает в те моменты, когда она наиболее необходима. Таким образом, поведенческая терапия должна готовить пациента к тому, чтобы он мог оценить, избежать и противостоять критическим ситуациям.

Окружение человека, бросающего курить, может оказать ему большую помощь в этом, но также и сыграть отрицательную роль, значительно осложнив попытку. Наибольший стимул к продолжению отказа от курения курящий получает, став участником группы людей, которые бросают курить одновременно. Это могут быть друзья, члены семьи, коллеги по работе.

Таким образом, изменение поведения является активным процессом, который требует значительных осознанных усилий и поддержки со стороны окружения. Если пациент пассивно получает поддержку для изменения поведения, маловероятно, что эффект будет достигнут. Двойственные противоположные чувства по отношению к курению (амбивалентность) являются характерной чертой курящего человека. В этом случае оценка готовности к изменению должна быть больше направлена на самого пациента, чем на установку. Пациенты, которые неуверенны в своем решении бросить курить, нуждаются в возможно-

---

сти взвесить все положительные и отрицательные стороны изменения поведения. Таким образом, консультацию следует проводить в форме дискуссии, чтобы помочь пациенту четко определить различия и противоречия между ценностями и жизненными целями, с одной стороны, и потреблением табака, с другой стороны. Дискуссия с пациентом должна быть направлена на то, чтобы привести пациента к принятию информированного решения и началу действий.

#### **4.1.4. Описание поведенческой терапии**

Поведенческая терапия, как правило, включает проведение нескольких сеансов индивидуальных или групповых консультаций, и включает обсуждение всех аспектов, которые сопровождают отказ от курения: двойственное отношение к курению, симптомы отмены, роль окружения. При необходимости, нужно запланировать медикаментозное лечение и длительное наблюдение.

Поведенческая терапия помогает пациенту осознать его/ее персональные ситуационные и эмоциональные связи с курением, использовать эти знания для формирования стратегии, направленной на исключение симптомов отмены, а также формирование стратегии, направленной на поддержку поведения без потребления табака.

**Первая часть сеанса.** Пациент рассказывает о своем двойственном отношении к отказу от табака в виде обсуждения отрицательных и положительных последствий продолжения курения и отказа от курения. Роль врача заключается в том, чтобы выслушивать пациента и повторять его/ее мнение или отношение для подтверждения подлинности и правильности, но постоянно обращая и акцентируя внимание на положительных ощущениях пациента по отношению к отказу от табака. Всегда надо помнить, что пациент добровольно пришел за помощью по отказу от табака.

**Вторая часть сеанса.** Врач помогает пациенту найти индивидуальный подход к изменению своего отношения к табаку, найти, как про-

---

тивостоять триггерам, приводящим к курению, и как достигать тех же желаемых последствий, которые прежде ассоциировались с потреблением табака. Разрабатываются стратегии для сложных моментов, если они все-таки будут появляться. Врач, также как и в первой части сеанса, внимательно слушает, делает повторы для дополнительных уточнений и направляет дискуссию.

**Третья часть сеанса.** В этой части сеанса проводится анализ того, как бросить курить и оставаться некурящим. Пациент подробно излагает свой функциональный анализ, описывает стратегии, которые, как ему кажется, являются наиболее адаптированными к его/ее стилю курения, а также план как избежать и противостоять симптомам отмены. Врач должен активно участвовать в этом планировании. После этого пациент обсуждает последние эпизоды отказа от курения и рецидивы курения, чтобы их проанализировать и учесть этот опыт в дальнейшем. Врач готовит темы для обсуждения на следующие сеансы. Рекомендуемые темы для обсуждения следующие: действия табачных компаний по вовлечению людей в курение и формированию у людей отношения к потреблению табака как к норме поведения; распространенность потребления табака среди молодежи; последние новости, касающиеся борьбы против табака; вред потребления сигарет со сниженным содержанием никотина и смолы; что мы знаем о составе табачных изделий и табака. При выборе тем необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента, его окружение, семейное положение, профессиональную деятельность, личные увлечения и хобби.

Установка цели отказа от курения. Формулирование и принятие для себя цели отказа от курения, выделение желаемого результата может помочь пациенту в период отказа от курения для контроля своего поведения и противодействию триггеров, приводящих к курению. Врач должен предложить пациенту подумать и определить цель отказа от курения, которых может быть несколько. Цели могут быть связаны со здоровьем или другими приоритетами.

---

1. Мой организм начнет восстанавливаться сразу же после отказа от курения.
2. У меня будет больше энергии, я буду лучше себя чувствовать физически
3. У меня будут более белые зубы и здоровые десна, пройдет кашель и дыхание станет легче.
4. У меня снизится риск развития рака, инфаркта миокарда, инсульта, эмфиземы, хронического бронхита, катаракты и других заболеваний.
5. У меня снизится риск нарушения фертильности, преждевременных родов и рождение ребенка со сниженным весом.
6. Я не буду больше обкуривать своих родных и друзей.
7. Я буду гордиться собой.
8. Я стану примером для своих детей и родственников.
9. Я хочу сохранить работу, на которой запрещено курить.
10. Я хочу чувствовать себя свободным от сигарет.

Анализ триггеров и желаемых последствий потребления табака.

Для того, чтобы понять триггеры и желаемые последствия потребления табака, поведенческая терапия использует, так называемый, функциональный анализ, в процессе которого ищутся ответы на следующие вопросы:

1. Насколько сильно я действительно хочу бросить курить?
2. Что заставляет меня потреблять табак? (Какие триггеры? Какие желаемые последствия потребления табака?)
3. Какой предыдущий опыт отказа от курения и рецидив курения?
4. Смогу ли я противостоять симптомам отмены?

Для анализа собственного курения пациентом наиболее часто используется методика, которая включает следующее:

1. В ежедневном журнале пациент фиксирует где, когда, зачем он/она курит, свое настроение и ощущения при каждом случае курения, а также значение этого курения для пациента (Табл. 2).
2. Пациент заполняет таблицу баланса решений, в которой в отдельных столбцах он/она перечисляет преимущества и вред отказа от курения и его продолжения (табл. 3).

3. Пациент в ежедневном дневнике записывает методы, которые, как ему кажется, наилучшим образом помогают избежать или справиться с симптомами отмены (табл. 4).

Таблица 2

*Пример ежедневного журнала для анализа  
собственного курения*

Номер сигареты	Время	Степень желаяния закурить*	Место	Кто был со мной	Настроение
Пример	10:45	3	Работа	Коллеги	Стресс
1					
2					
3					
4					

\* 1 – нет желаяния, 2 – слабое, 3 – среднее, 4 – сильное, 5 – непреодолимое

Таблица 3

*Таблица баланса решений*

Продолжить курение		Отказ от курения	
Положительное (За)	Отрицательное (Против)	Положительное (За)	Отрицательное (Против)
Все останется по-прежнему	Здоровье продолжит ухудшаться	Я перестану дышать угарным газом	У меня будут симптомы отмены

Таблица 4

*Пример таблицы способов избежать  
или справиться с симптомами отмены*

Ситуация	Способы
Свободное время	Посещать места, где не курят: - спортивный клуб, библиотеку, музей, магазины и т.д. Заняться активной деятельностью: - интенсивная ходьба или бег на улице, катание на велосипеде, плавание и т.д.
Работа	Занять свои руки: - держать резиновый мячик, ручку или монету, Занять рот: - использовать жевательную резинку, жевать хлебные палочки, сухарики и т.д. Не курить «за компанию».
Поход в гости	- в течение первого месяца отказа от табака избегать поход в гости, где традиционно курят, - избегать употребления спиртных напитков: - пить больше воды и сока с низким содержанием сахара, - не употреблять кофе и крепкий чай
Дома	Отвлекать свои мысли: - читать книги, разгадывать кроссворды - заняться вязанием, вышиванием - писать письма, статьи
Стресс	Сменить род занятия: - дома – вымыть посуду, убрать квартиру - на работе – заняться работой на компьютере, систематизировать книги

---

Способы избежать или противостоять симптомам отмены выбираются на основе личного опыта пациента. Сначала надо определить ситуации, приводящие к потреблению табака, а затем разработать способы им противостоять. С помощью функционального анализа пациент идентифицирует ситуации и настроение, при которых у него/нее увеличивается желание закурить или появляются другие симптомы отмены, приводящие к закуриванию. Способы противостоять симптомам отмены пациент выбирает из жизненного опыта, основываясь на собственных пробах и ошибках. Большинство людей находят, что противостоять желанию закурить легче, когда они чем-то заняты, в особенности, если заняты руки. Другой важной задачей для курящих людей является найти способы решения проблем, если обычно при их появлении первое, что он/она делали – прибежали к курению. Поведенческая терапия помогает создать план как противодействовать желанию закурить, понять, почему он/она должны изменить свое поведение, как легче воплотить новое поведение в жизнь и начать относиться к себе как к некурящему человеку.

Сохранять поведение некурящего человека. Потребление табака может рассматриваться, кроме фармакологического воздействия табака, как дисфункциональное поведение, которое может быть изменено с помощью самоконтроля. Курящий человек меняет собственные установки на основе понимания процесса потребления табака. Пациент переопределяет (переустанавливает) сигналы, приводящие к курению, на другие действия, например, выпить стакан воды, что-то рисовать, прокалывать на листе бумаги дырки и т.д. (табл. 5). Очень важно помочь пациенту переопределить роль потребления табака в контексте целей жизни. Как только эти замены будут установлены, все ассоциации, которые были ранее связаны с потреблением табака, начнут постепенно ослабевать. Эти ассоциации до конца никогда не исчезнут, что объясняет неожиданный возврат к курению через много лет после отказа от него. Люди, которые бросили курить, могут нуждаться в поддержке со стороны окружающих людей, что может значительно облегчить борьбу с трудностями в процессе изменения поведения.

---

Таблица 5

*Пример таблицы замены курения  
на другие действия*

Вместо курения...	Я буду
После еды	Убирать со стола, чистить зубы, прогуливаться
Во время езды в машине	Слушать радио, ехать разными дорогами или ездить на городском транспорте
Когда пью кофе	Заменяю кофе соком, чаем или водой; буду менять время для кофе-паузы
На вечеринке	Держаться некурящих гостей и держать руки занятыми

Не допускать пораженческих мыслей. Иногда у пациентов появляются мысли, которые могут увести их в противоположном направлении от цели, в частности, отказа от курения. Обычно появляются следующие мысли:

1. Я сделаю только одну (последнюю) затяжку.
2. Курение – это часть меня.
3. У меня все равно ничего не получится, почему бы мне не начать курить снова сейчас?
4. Ничто другое не приносит мне удовольствие.
5. Я заслужил, чтобы доставить себе маленькое удовольствие.
6. Я не могу быть самим собой в семье и с друзьями.
7. Мне все равно.
8. Я получил гораздо более серьезные проблемы, поэтому мне необходимо курить.
9. Я брошу курить позже.

Подготовка к симптомам отмены. Противостоять симптомам отмены гораздо проще, если заранее подготовиться к их появлению. Пациент может использовать следующие ответные реакции:

1. Думать о том, что ему не нравится курить.

2. Если желание бросить курить снижается, то надо снова рассмотреть те положительные результаты отказа от табака, которые пациент планировал достичь.
3. Вспомнить все негативные последствия продолжения курения.
4. Запланировать для себя какое-либо поощрение, если ему/ей удастся успешно справиться с ситуацией, имеющей высокий риск курения.

Для борьбы с симптомами отмены можно также запланировать для себя конкретные действия, представленные в таблице 6.

Таблица 6

*Пример таблицы действий, направленных на преодоление симптомов отмены*

Действие	Пример действий
Заменить сигарету чем-то другим	Жевать морковь или сельдерей, соленья, семечки, яблоки, изюм и т.д.
Составить список дел, которые можно делать, если захочется курить	Систематизировать файлы на компьютере, удалить ненужные сообщения из мобильного телефона, позвонить другу
Глубоко дышать	Сделать 10 медленных глубоких дыханий, задержать дыхание перед последним выдохом и выдохнуть медленно. Расслабиться.
Заняться уборкой	Вымыть посуду, пропылесосить квартиру, вымыть машину
Двигаться	Выйти на улицу или перейти в другое помещение, изменить род занятий или заменить собеседника



## **5. Фармакологическая терапия, направленная на лечение никотиновой зависимости**

Если степень никотиновой зависимости равна 7 и более, что соответствует высокой и очень высокой степени никотиновой зависимости, то следует ожидать тяжелые проявления симптомов отмены и трудность в отказе от табака. При таких состояниях в программы лечения необходимо включать медикаментозное лечение. В России зарегистрировано два способа фармакологического лечения никотиновой зависимости, эффективность которых доказана: применение фармакологических препаратов, содержащих никотин, и фармакологических препаратов, не содержащих никотин. К первой группе относятся никотинсодержащие препараты, ко второй – частичный агонист никотиновых рецепторов варениклин.

### **5.1. Фармакологическая терапия, содержащая никотин**

Никотинзаместительная терапия направлена на снижение тяжести симптомов отмены, что облегчает для пациента работу, направленную на разрыв эмоциональных, условных и окружающих связей с табаком. Основным механизмом действия никотинзаместительной терапии заключается в доставке в артериальную кровь свободного никотина, который соединяясь с никотиновыми рецепторами стимулирует высвобождение дофамина, что приводит к снятию симптомов отмены. Содержание никотина в артериальной крови при этом достигает только 50% уровня относительно его содержания при курении. К этим дозам никотина не развивается привыкание, но развивается истощение ни-

---

котиновых рецепторов и никотиновая зависимость снижается полностью. Постепенно со снижением степени никотиновой зависимости пациент снижает дозу никотинзаместительных препаратов.

Для увеличения эффективности терапии при высокой и очень высокой степени никотиновой зависимости рекомендуется использование комбинации никотинсодержащих препаратов (пластырь+жевательная резинка или пластырь+ингалятор). В этом случае применение пластыря обеспечивает постоянный уровень содержания никотина в крови, составляющий приблизительно половину от уровня, который поддерживается при курении, а дополнительные формы никотинсодержащих препаратов позволяют при необходимости увеличивать уровень содержания никотина и бороться с острым желанием закурить. Комбинация разных форм никотинсодержащих препаратов обеспечивает лучший результат, чем монотерапия, поскольку пациент сам может регулировать принимаемую дозу в зависимости от величины желания закурить. Монотерапия никотинсодержащими препаратами может быть эффективной для пациентов со средней степенью никотиновой зависимости, для пациентов с высокой и очень высокой степенью никотиновой зависимости рекомендуется проведение комплексной терапии.

Цель никотинзаместительной терапии — исключение или максимальное снижение проявлений симптомов отмены. В настоящее время в России зарегистрированы и доступны практически все формы никотинсодержащих препаратов: пластырь, жевательная резинка, ингалятор, которые выпускаются под общим названием Никоретте (Джонсон и Джонсон). Важна правильная техника приема никотинсодержащих препаратов, особенно, это касается жевательной резинки и ингалятора. Прием жевательной резинки заключается в ее медленном периодическом жевании в течение 30 минут. Никотин из ингалятора извлекается в ротовую полость с помощью сосательных движений. Для поступления достаточной однократной дозы никотина, как правило, достаточно 2–3 сосательных движений.

Никотинсодержащая жевательная резинка выпускается в двух дозах – 2 мг и 4 мг со вкусом мяты и свежих фруктов. Пластырь выпускается в дозах 15 мг, 10 мг и 5 мг и используется в течение 16 часов. Пластырь наклеивается сразу же после пробуждения и отклеивается перед сном, т.к. обычно ночью пациенты не курят и поступление никотина в ночное время может нарушать сон пациента. Пластырь рекомендуется накладывать на неповрежденный, чистый и сухой участок кожи. Ингалятор имеет картриджи в дозе 10 мг. Картридж используется несколько раз и заправляется в ингалятор максимально на сутки.

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

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

Никотинзаместительную терапию можно применять для временного отказа от курения. Например, при авиаперелетах, лечении в стационаре, при нахождении в местах, в которых курение запрещено, при санаторно-курортном лечении. Для усиления мотивации и снижения степени никотиновой зависимости эффективным является замена курения на никотинзаместительную терапию на 2–3 недели, как первый этап к полному отказу от табака.

### **5.1.1. Монотерапия никотинсодержащими препаратами**

Монотерапия больше эффективна для пациентов со средней степенью никотиновой зависимости. Дозировки и способ применения разных форм никотинсодержащих препаратов представлены в табли-

це 7. Длительность лечения при необходимости может быть увеличена до 6 месяцев.

Таблица 7

*Форма и дозировки никотинсодержащих препаратов  
в качестве монотерапии*

Наименование		Пластырь	Жевательная резинка	Ингалятор
1. Количество сигарет, выкуриваемых пациентом в день	Менее 10	Не используется	2 мг	Используется
	10–20	Используется	2 мг	Используется
	Более 20	Используется	4 мг	Используется
2. Продолжительность лечения и дозировка		3 месяца: 1-й месяц – 15 мг 2-й месяц – 10 мг 3-й месяц – 5 мг	3 месяца: 1-й месяц – не менее 8–12 ж/резинок в день 2-й месяц – снижение до 5–6 ж/резинок в день 3-й месяц – снижение до 1–2 ж/резинок в день	3 месяца: 1-й месяц – из расчета 1 картридж заменяет 4 сигареты 2-й и 3-й месяцы – постепенное снижение дозы
3. Дозировка		1 пластырь в день	Не более 15 ж/резинок в день	Не более 12 картриджей в день

### 5.1.2. Комбинированная никотинзаместительная терапия

Никотинзаместительная терапия состоит из двух компонентов:

1. Базовая терапия, которая назначается для постоянного приема. Ее цель – поддерживать максимальную концентрацию никотина

в крови у пациента на привычном для него уровне, как минимум, первые 2–3 недели максимального проявления симптомов отмены, чтобы исключить появление симптомов отмены. Затем уровень базовой терапии может постепенно снижаться до полной ее отмены.

2. Дополнительный прием никотинсодержащих препаратов используется для замены привычных ежедневных сигарет, увеличения базового уровня никотина в крови и при наступлении или усилении симптомов отмены, а также при наступлении ситуации, привычно вызывающей у пациента желание курить.

**Базовая терапия** состоит в постоянном использовании пластыря:

Степень никотиновой зависимости	Дозировка	Частота приема	Длительность приема	Снижение дозы
7–10	15 мг	Ежедневно	4 недели	5–6 недели – 10 мг 7–8 недели – 5 мг
5–6	10 мг	Ежедневно	3 недели	4–5 недели – 5 мг

Первое назначение базовой терапии должно включать максимальные дозы никотинсодержащих препаратов для данной степени никотиновой зависимости. По данным многих исследователей 50% неудачных попыток отказа от курения связаны с назначением малых доз никотинсодержащих препаратов. После первых 3–4 недель базовая терапия может изменяться (снижаться) в зависимости от наличия симптомов отмены и самочувствия пациента.

**Дополнительная терапия** состоит в использовании, как жевательной резинки, так и ингалятора. Это дает возможность пациенту почувствовать, что существует некоторая замена привычной для него сигареты, и он с большим доверием отнесется к назначаемой ему терапии. Кроме того, пациент может выбрать более удобный для него препарат, который станет дополнительным для базовой терапии. Пациенты, у которых преобладающим факторам мотивации к курению

является потребность манипулировать сигаретой, получение расслабляющего эффекта, простая привычка, как правило, выбирают ингалятор.

Степень никотиновой зависимости	Дозировка	Частота приема	Длительность приема	Снижение дозы
7–10	Ж/резинка 2 мг	5–6 ж/резинок в день	4 недели	5–6 недели – 3–4 ж/резинки 7–8 недели – 1–2 ж/резинки
5–6	Ж/резинка 2 мг	3–4 ж/резинок в день	3 недели	4–5 недели – 1–2 ж/резинок в день

Прием дополнительных никотинсодержащих препаратов должен быть плановым, но, кроме этого, пациент может принять жевательную резинку или ингалятор дополнительно в следующих случаях:

1. Появление или усиление любого из симптомов отмены.
2. Если пациент попадает в компанию курящих людей.
3. Если наступает привычная для курения ситуация (волнение, раздражение, сытный обед, вечеринка и т.д.).

Дополнительная терапия может назначаться дольше, чем базовая, и длиться довольно долго ( до 6 и более месяцев) в соответствии с потребностями пациента.

### **5.1.3. Побочные действия, противопоказания и применения для особых групп пациентов**

Применение никотинсодержащих препаратов сопровождается меньшим риском, чем курение. Никотинсодержащая терапия может применяться практически без ограничений, однако, пациенты с нестабильными болезнями сердца, беременные женщины и подростки должны принимать эту терапию под контролем врача.

Рекомендуемые дозы никотинсодержащих препаратов не вызывают серьезных неблагоприятных эффектов. К побочным действиям могут относиться нежелательные эффекты, которые сходны с таковыми при применении никотина, поступающего в организм другим путем, и в основном зависит от дозы.

Противопоказанием к применению никотинсодержащих препаратов может быть гиперчувствительность к никотину или другим компонентам препаратов. Никотинсодержащие препараты следует с осторожностью применять у пациентов с нарушениями сердечно-сосудистой системы, в частности перенесшим серьезные сердечно-сосудистые заболевания в течение 1 месяца перед началом применения (инсульт, нестабильная стенокардия, аритмия, инфаркт миокарда, шунтирование или ангиопластика) или с неконтролируемой артериальной гипертензией.

Беременных женщин надо проинформировать о необходимости отказа от курения без применения медикаментозных препаратов. В случае безуспешных попыток решение о проведении никотинзаместительной терапии принимается после оценки риска курения и проводится с применением малых доз и под контролем врача.

Для подростков в возрасте до 18 лет никотинзаместительная терапия применяется только под контролем врача.

## **5.2. Фармакологические препараты, не содержащие никотин**

К этой группе относится частичный агонист никотиновых рецепторов варениклин, эффективность которого для лечения никотиновой зависимости доказана. В Российской Федерации препарат варениклин зарегистрирован как препарат Чампикс (Пфайзер).

Механизм действия варениклина заключается в его воздействии на оба компонента заболевания: получение удовольствия в результате курения и симптомы отмены никотина. Варениклин связывается с теми же рецепторами, что и никотин, стимулирует их на высво-

бождение дофамина, но в меньшем количестве, чем при связывании с ними никотина. Сниженный уровень дофамина оказывает то же воздействие на центральную нервную систему, которое курильщик испытывает во время курения, и в результате экс-курильщики не страдают от сильных симптомов отмены, сопровождающих прекращение курения. В то же время, так как варениклин связывается с никотиновыми рецепторами, никотин уже не может их стимулировать. В результате этого, при приеме варениклина, курильщик перестает получать обычное удовлетворение от выкуренной сигареты и постепенно разрывает связь «покурил — получил удовольствие».

В связи с тем, что при приеме варениклина высвобождается небольшая доза дофамина, составляющая 40–60% от дозы, высвобождаемой при курении, привыкания к препарату не развивается и после курса лечения пациент спокойно прекращает его прием.

Продолжительность лечения варениклином для курящих людей с любой степенью никотиновой зависимости одинакова и составляет 12 недель. Весь курс разбивается на 3 периода:

1. Стартовый период, продолжительностью 2 недели.
2. Продолжение лечения в течение 8 недель.
3. Завершение лечения в течение 2 недель.

Цель стартового периода — создать терапевтическую дозу препарата и определить время для отказа от курения. Набор терапевтической дозы происходит в первые 7 дней курса с помощью постепенного увеличения дозы варениклина:

1. Прием по 0,5 мг варениклина один раз в день в течение 1–3 дней.
2. Прием по 0,5 мг варениклина два раза в день в течение 4–7 дней.
3. Прием по 1 мг варениклина два раза в день в течение 8–14 дней.

В первую неделю курса пациент продолжает курение в необходимом для него объеме. Однако, даже при небольших дозах варениклин начинает оказывать воздействие и очень часто уже в течение 1-й недели лечения пациент без усилий снижает количество выкуриваемых сигарет, иногда в 2 раза. Прекращение курения должно быть осуществ-

влено на второй неделе стартового периода. Таким образом, прием варениклина начинается за 1 неделю до запланированной даты отказа от курения.

В период продолжения лечения пациент принимает по 1 мг варениклина два раза в день и полностью прекращает курение. Прекращение курения сопровождается развитием симптомов отмены, но благодаря действию варениклина, они носят слабо выраженный характер. В случае пропуска таблетки не нужно принимать двойную дозу варениклина – необходимо выпить таблетку сразу, как только вспомнили о пропущенной. Если же до приема следующей таблетки осталось 4 часа и меньше, то принимать пропущенную таблетку не нужно.

В период завершения лечения пациент продолжает принимать по 1 мг варениклина 2 раза в день. Этот период выделен больше для психологического перехода к полной отмене лечения, подготовки пациента к тому, что он уже и не курит и не принимает препарат.

Пациентам, которым не удается бросить курить в ходе 12-недельного курса лечения или у которых после лечения наступает рецидив (возврат к курению), следует рекомендовать предпринять еще одну попытку, при условии, что были установлены причины неудачи первой попытки, и предприняты меры для их устранения

Варениклин рекомендуется принимать утром после завтрака и вечером после ужина. Поскольку биодоступность препарата не зависит от пищи и времени суток, время приема варениклина может быть перенесено в зависимости от режима пациента.

### **5.2.1. Побочные действия, противопоказания и применения для особых групп пациентов**

Самым частым побочным эффектом варениклина является тошнота (28,6% случаев), однако в большинстве случаев тошнота является проходящей (проходит по ходу лечения) и слабой или средней по интенсивности. Для устранения этого эффекта варениклин лучше при-

нимать после еды и запивать стаканом холодной воды. При сильной тошноте возможно снижение дозировки или прием средств, направленных на борьбу с тошнотой. Если пациент считает, что этот эффект мешает ему значительно, то можно снизить дозу до 1 мг в день, что также является высокоэффективным лечением (табл. 1). Снижение дозы также требуется у больных с нарушением функции почек (клиренс креатинина <30 мл/мин).

Нет ограничения приема варениклина для больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Беременным женщинами и подросткам до 18 лет применение варениклина не рекомендуется.

---

## **6. Профилактика обострения хронического бронхита курильщика**

В результате проведенных исследований показано, что у людей, курящих в течение 5–10 лет и более, в первую неделю отказа от курения табака возникает снижение показателей функционального состояния легких, максимально выраженное на 7–10 день наблюдения, и усиление респираторных симптомов, свидетельствующих об обострении хронического бронхита, таких как: затруднение дыхания и отхождение мокроты, усиление кашля. Это может являться одной из причин возобновления курения, что позволяет отнести обострение хронического бронхита к симптомам отмены, возникающих при отказе от курения табака.

Возникновение обострения хронического бронхита может быть объяснено изменением реологических свойств мокроты, которое связано с изменением свойств слизи, продуцируемой бокаловидными клетками, отсутствием «привычной стимуляции курением» реснитчатого эпителия бронхов, приводящим к снижению мукоцилиарного клиренса или снижением стимуляции дыхательного центра повышенным содержанием никотина в крови. Каждый из этих механизмов, вместе или самостоятельно могут приводить к уменьшению и затруднению отхождения мокроты, что клинически будет проявляться появлением или нарастанием респираторных симптомов, в период отказа от курения табака.

Диагноз хронического бронхита ставится согласно определению ВОЗ: состояние, выражающееся в наличии продуктивного кашля на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в течение 2 лет при от-

---

сутствии других заболеваний, которые могут вызывать указанные симптомы.

При курении по 1 пачки в день в течение более 10 лет пациенту необходимо провести клиническое обследование и оценку функции внешнего дыхания с целью выявления гиперреактивности бронхов или бронхиальной обструкции. При выявлении бронхиальной обструкции в программу лечения следует включить бронхорасширяющие препараты: бета2-адреномиметик пролонгированного действия – формотерола фумарат и М-холиноблокатор пролонгированного действия – тиотропия бромид. Длительность приема данных препаратом составляет от 1 до 3 месяцев в зависимости от выраженности гиперреактивности бронхов и бронхообструктивного синдрома.

Всем пациентам с выявленным хроническим бронхитом, для профилактического и коррегирующего лечения обострения заболевания, в первые 4 недели отказа от курения табака целесообразно применение ацетилцистеина, как препарата, обладающего доказанной высокой муколитической и антиоксидантной активностью, позволяющей воздействовать на реологические свойства мокроты, способствуя ее отхождению.

Применение, в качестве профилактического и коррегирующего лечения, комбинации формотерола фумарата (Форадил (Новартис Фарма АГ) в дозе 24 мкг в день) и/или тиотропия бромида (Спирива (Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ и Ко.КГ) в дозе 18 мкг в сутки) и ацетилцистеина (Флуимуцил 600 (Замбон Груп С.П.А.) в дозе 600 мг или 1200 мг в сутки) позволяет избежать снижения скоростных легочных объемов и уменьшить выраженность респираторных симптомов, что в результате приведет к более быстрому улучшению самочувствия во время отказа от курения. Это будет воспринято пациентом как дополнительный стимул к тому, чтобы оставаться некурящим, что приведет к увеличению эффективности отказа от табака.

## Используемая литература

1. Антонов Н.С. Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни. Тер архив, № 3, 2009, 82–87
2. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации. Страновой отчет. Всемирная организация здравоохранения, 2010, 171 стр.
3. Заридзе Д.Г. и Р.Пето. «Курение и здоровье», Медицина, Москва, 1989.
4. Кривошеева Л.В. Хитрово И.А., Белицкий Г.А., Заридзе Д.Г. Канцерогенные составляющие и мутагенный эффект бездымного табака и сигарет без табака. Вопросы онкологии, №4, стр. 427–432, 2006.
5. Левшин В.Ф. и Заридзе Д.Г. Табак и злокачественные опухоли. Вопросы онкологии, №4, стр. 391–399, 2003.
6. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе. Профилактика Заболеваний и Укрепление Здоровья 2002; 6: 17–20.
7. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Сердечно-сосудистые и другие хронические неинфекционные заболевания: ситуация и возможности профилактики в России. Международный медицинский журнал 2003; 9(1): 16–21.
8. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Хроническая обструктивная болезнь легких. В кн.: А.Г. Чучалин А.Г. (ред.) Клинические рекомендации. Пульмонология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005: 171–222.
9. Сахарова Г.М. Антонов Н.С., Андреева С.А. Табакокурение как фактор риска болезни человека. В кн. Респираторная медицина. М: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007
10. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Болезни легких курящего человека. В кн.: Чучалин А.Г. (ред.) Хронические обструктивные болезни легких. М.: ЗАО «Изд-во БИНОМ»; 1998: 338–365.
11. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Зайцева О.Ю., Новиков К.Ю. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития, 2003: №2002/154, 48 стр.
12. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки. Дисс. Док. Мед. Наук, Москва. 1999.

13. Barnes PJ.. Chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*, 2000, 343(4): 269–80.
14. Crofton J., Simpson D. Tobacco: a global threat. Macmillian Publishers Limited, 2002: 147 p.
15. Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. AWorld bank publication, 1999: 122 p.
16. Emberson J,Whincup P.,Morris R.,WalkerM., Ebrahim S. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. *Eur. Heart Journal* 2004; 25: 484–491.
17. Flouds J, Steinberg MB, Williams JM, Ziedonis DM Developments in pharmacotherapy for tobacco dependence, past, present and future. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25: 59–71
18. Haustein K.O. Tobacco or health. Springer, 2003: 446 p.
19. Iestra J.A. KromhoutD., van der Schouw Y.T., GrobbeeD.E., BoshuizenH.C., and van StaverenW.A. Effect Size Estimates of Lifestyle and Dietary Changes on All-Cause Mortality in Coronary Artery Disease Patients: A Systematic Review. *Circulation* 2005; 112: 924–934.
21. Lancaster T, Staed L, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev* 2004; (4): CD000165
21. Mackey J., Eriksen M., Shafey O. The Tobacco atlas. American Cancer Society, 2006: 128 p.
- Mackey. J., Jemal A., Lee N.C. and Parking D.M. The Cancer atlas. American Cancer Society, 2006: 128 p.
22. The European Tobacco Control Report 2007. World Health Organization, 2007: 153 p. TheWorld Health Report 2002: Reducing Risks to Health, Promoting Healthy Life. Geneva:World Health Organization, 2002.
23. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans, 2004: 1452 p.
24. Piper ME, McCarthy DE, Baker TB Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotin Tob Res* 2006; 8: 339–351
25. Rabinoff M. Ending the tobacco holocaust. Elite book, 2006: 452 p.
26. Sidney C. Smith Jr. Presentation on Global Perspective on Cardio – and Cerebrovascular Prevention, 2006.
27. Slama K, Chen-Yuan Ch, Enarson D. Tobacco Cessation Interventions for Tuberculosis Patients. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2008, 57 p.
28. Smoking and Tobacco Monograph Series. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer, Institute, Vol. 1 – 17, 191–2006.
29. Woman and Tobacco Epidemic. TheWorld Health Organization, 2001: 222 p.
30. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA USA: US 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, 2000











