

УДК 616.24+159.99

# Телефонное консультирование больных туберкулезом при отказе от табакокурения

П.К. Яблонский, О.А. Суховская, Н.В. Сапожникова, М.А. Смирнова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

## Telephone counseling in smoking cessation the patients with tuberculosis

P.K. Yablonskii, O.A. Sukhovskaya, N.V. Sapozhnikova, M.A. Smirnova

Saint-Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology

### Резюме

В рекомендациях представлена информация о патогенезе и лечении табачной зависимости, являющейся одной из самых распространенных коморбидных патологий у больных туберкулезом. Подробно описана методика проведения телефонного консультирования, мотивации курящих пациентов к отказу от потребления табака, составления индивидуального плана отказа от табака. Даны рекомендации для лечения курящих людей с различной степенью никотиновой зависимости. Описан алгоритм включения телефонного консультирования в оказание медицинской помощи к отказу от потребления табака больных туберкулезом, содержащий совет врача по прекращению курения, телефонное консультирование больных туберкулезом и лечение табачной зависимости.

Рекомендации предназначены для врачей — фтизиатров и пульмонологов и могут быть использованы при лечении табачной зависимости у лиц, курящих сигареты, папиросы, сигары и любые другие табачные изделия, а также потребляющих бездымный табак.

### Введение

Туберкулез (ТБ) и табакокурение (ТК) являются в настоящее время двумя ведущими причинами смертности в мире, при этом Российская Федерация входит

в число стран с наибольшим количеством курильщиков и больных туберкулезом. Заболеваемость туберкулезом по России (по форме 8) составляет 63,0 на 100 тыс. населения, смертность — 11,3 на 100 тыс. населения (2013), при этом подавляющее большинство больных являются курильщиками.

По последним эпидемиологическим данным (исследование GAST, 2009) распространенность табакокурения в Российской Федерации составляет 39,1% взрослого населения, в том числе в 59% случаев показатели статуса курения были характерными для высокой степени никотиновой зависимости (НЗ). По данным Всемирной организации здравоохранения (2009), в Российской Федерации выявлена следующая взаимосвязь смертности с основными факторами риска (вклад в общую смертность): артериальная гипертензия — 35,5%, гиперхолестеринемия — 23,0%, табак — 17,1%, несбалансированное питание (недостаток фруктов и овощей) — 12,9%, избыточный вес — 12,5%, недостаток физической активности — 9%, загрязненность воздуха — 1,2%, препараты свинца — 1,2%, запрещенные вещества — 0,9%. Потребление табака является и третьим по значимости (после потребления алкоголя — 16,5% и артериальной гипертензии — 16,3%) фактором риска, влияющим на общие потери вследствие нетрудоспособности (вклад 13,4%).

В 2009 г. был опубликован доклад ВОЗ «Туберкулез и табак», в котором на основании опубликованных исследований показано, что более 20% заболеваемости

туберкулезом в мире может быть вызвано курением, при этом ТК является фактором риска развития ТБ независимо от употребления алкоголя и других социально-экономических факторов риска. Эксперты ВОЗ разработали единую концепцию по борьбе против табака и ТБ, в которую включены следующие положения:

- проводить борьбу против табака везде, но особенно там, где люди подвергаются риску инфицирования ТБ;
- координировать национальные программы по борьбе против ТБ и табака;
- проводить обучение работников здравоохранения — фтизиатров методам помощи в отказе от табакокурения;
- предлагать больным туберкулезом отказ от курения, консультирование и лечение;
- способствовать отказу от курения и введению запрета на курение в медицинских учреждениях;
- интегрировать краткие консультации по проблеме табака в деятельность медицинских работников;
- осуществлять меры помощи по прекращению курения.

Снижение потребления табака является устранимым фактором риска развития туберкулеза и повышает эффективность лечения этого заболевания. Показано, что риск развития ТБ среди курящих был выше в 2,28–2,74 раза в зависимости от степени НЗ [1]; у курящих больных ТБ смертность была в 1,8 раза выше, чем у некурящих [2].

В литературе имеются немногочисленные исследования эффективности краткого совета врача, самостоятельного отказа от курения и лечения табачной зависимости у больных ТБ. В одном из исследований, подтвержденном измерениями угарного газа в выдыхаемом воздухе и определением котинина, было продемонстрировано улучшение результатов лечения ТБ у экс-курильщиков. Этот факт авторы исследования связывают с обратимостью иммунологических нарушений, обусловленных ТК, в течение 6 недель после прекращения курения [3]. После проведенного лечения риск рецидива ТБ был значительно ниже у некурящих пациентов: относительный риск развития RR равен 1,33 у бывших курящих и 1,63 — у курящих [4].

В настоящее время разработаны эффективные методы лечения табачной зависимости, которые могут быть внедрены в клиническую практику врачей — фтизиатров и пульмонологов, в том числе телефонное консультирование, позволяющее получить квалифицированную помощь при отказе от курения всем курящим независимо от места нахождения или проживания, а также материального положения. Это особенно важно для больных туберкулезом, которые

в течение многих месяцев изолированы и не могут обращаться в профильные медицинские учреждения.

## Патогенез табачной зависимости

Табакокурение — это вдыхание дыма тлеющих высушенных или обработанных листьев табака, наиболее часто — в виде курения сигарет, сигар, сигарилл или трубок. В последние годы получило распространение и курение табака через водяные трубки — кальяны.

В табакокурении можно выделить две составляющие — хроническую табачную интоксикацию и табачную зависимость.

Хроническая интоксикация обусловлена поступлением в организм около 7000 различных веществ, свыше 40 из которых обладают доказанным канцерогенным эффектом. Табачный дым состоит из частичек и газов. Частички — это смола (которая в свою очередь состоит из многих веществ), никотин и бензопирен. Газовая фаза состоит из углерода, аммония, цианистого водорода, формальдегида и акролеина и др. Когда дым попадает в рот в виде концентрированного аэрозоля, он приносит в 1 см<sup>3</sup> миллионы частичек. По мере охлаждения он конденсируется и образует смолу, которая оседает в дыхательных путях и легких. Основные токсичные компоненты табачного дыма (окись углерода, ацетальдегид, ацетон, цианистый водород, аммиак, бензол, фенол, формальдегид, N-нитрозопирролидин, N-нитрозодиметиламин, N-нитрозометиламин, винилхлорид, бензапирен, 2-толуидин, полоний-210 и др.) действуют на разные органы и ткани, клетки иммунной системы, тем самым становясь причиной различных заболеваний: ишемической болезни сердца (RR у курящих возрастает в 1,6–2,0 раза), инсульта (RR=3,5–3,7), инфаркта миокарда (RR=1,6–2,1), облитерирующих заболеваний периферических сосудов (RR=5,6–8,35), хронического бронхита и хронической обструктивной болезни легких (RR=12,7–17,6), бронхиальной астмы (RR=1,3–4,8), язвы желудка (RR=1,2–4,6), туберкулеза легких (RR=1,2–2,8) и др.

При ТК, в первую очередь, страдают клетки дыхательной системы: токсичные компоненты табачного дыма вызывают изменения слизисто-ресничного эпителия бронхиального дерева, функции лимфоцитов в легких, угнетение цитотоксической активности естественных клеток-киллеров, способствуют поддержанию воспалительного процесса. Изменяется и функциональная активность альвеолярных макрофагов и нейтрофилов. При контакте альвеолярных макрофагов и микобактерий ТБ внутриклеточный рост микобактерий ТБ был выше ( $p < 0,01$ ) у курящих доноров по сравнению с некурящими или бросившими курить. Кроме того, альвеолярные макрофаги курящих пациентов не

могли увеличить продукцию TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$  и IL-1 $\beta$  после заражения по сравнению с клетками некурящих лиц, что может влиять на большую восприимчивость к инфекции и развитие заболевания при ТК [5].

В результате постоянной интоксикации компонентами табачного дыма двигательная активность ресничек бронхиального дерева замедляется или прекращается, снижая способность к элиминации (в том числе микобактерий туберкулеза), усиливается колонизация бактериальной флоры, а развивающийся оксидативный стресс и дисбаланс в системе протеазы-антипротеазы в результате длительного курения, приводящий к развитию хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), дополнительно снижает защитные свойства бронхиального дерева [6].

Компоненты табачного дыма оказывают влияние и на *Mycobacterium tuberculosis*: показано увеличение жизнеспособности, формирование лекарственной устойчивости (ЛУ) у большинства экспериментальных субкультур *Mycobacterium tuberculosis*, в том числе у 14,3% — множественной лекарственной устойчивости (МЛУ). Эти экспериментальные данные подтверждаются и клиническими наблюдениями: МЛУ среди злостных курильщиков (>25 пачко-лет) встречается в 3 раза чаще, чем среди курящих менее 25 пачко-лет и в 1,5 раза чаще, чем среди некурящих [7].

ТК приводит и к снижению эффективности лечения ТБ, увеличивая сроки лечения [7] и число рецидивов ТБ [4, 8, 9].

За последние 50 лет опубликовано более 75 тыс. работ о влиянии табачного дыма на здоровье, и проведенные многолетние когортные исследования доказали увеличение заболеваемости и смертности среди курящих лиц по сравнению с некурящими. Одним из самых убедительных исследований было наблюдение за 34 тыс. английских врачей в течение 50 лет [10]. У курящих врачей значительно чаще встречались заболевания сердца, сосудов, рак легкого и трахеи, ХОБЛ, а продолжительность жизни у них в среднем была на 10 лет меньше, чем у некурящих. К моменту публикации результатов исследования (через 50 лет) из 34 439 докторов были живы 5766 некурящих и 134 курящих врача.

Поскольку токсичные вещества проникают в организм в микродозах, последствия табачной интоксикации проявляются через длительное время, организм адаптируется к изменениям и не сразу их замечает. Так, исследование людей, курящих более 10 лет и считающих себя здоровыми, показало, что большинство из них кашляли по утрам (61%), а в 24% случаев они имели выраженные нарушения бронхиальной проходимости [11]. Сроки и выраженность клинических проявлений хронической интоксикации зависят от длительности и интенсивности ТК и особенностей ор-

ганизма курящего человека, предрасположенности к развитию заболеваний.

Табачная зависимость — это патологическое влечение к потреблению табака, несмотря на знание вреда, который он наносит здоровью, на затраты времени на ТК и необходимость прерывать любую другую деятельность ради ТК. С увеличением продолжительности ТК, как правило, происходит и рост потребления табачных изделий, и при прекращении курения возникает синдром отмены.

В табачной зависимости можно выделить три компонента: физический, психологический и социальный.

Физическая зависимость связана с влиянием никотина на ацетилхолиновые рецепторы (nAChR) дофаминовых нейронов, расположенных в вентральной покрышечной области среднего мозга. Этот эффект никотина непродолжителен, и дальнейшее высвобождение дофамина во многом опосредуется влиянием никотина на глутамат- и ГАМК-эргическую синаптическую трансмиссию в прилежащем ядре. Указанные анатомические области мозга относятся к так называемой системе вознаграждения, в регулярной стимуляции которой и нуждается курильщик, ощущая ее как наслаждение, повышение работоспособности, снижение тревоги, уменьшение голода вследствие увеличения освобождения катехоламинов, вазопрессина, норадреналина, ацетилхолина, дофамина, гамма-аминомасляной кислоты, бета-эндорфина. Описанные механизмы схожи с эффектами амфетаминов и кокаина и считаются характерной чертой развития зависимости. При снижении уровня никотина рецепторы высвобождаются, находясь в возбужденном состоянии, что вызывает желание курить, а также раздражительность, агрессивность, беспокойство, снижение концентрации внимания, нарушения сна и т. д. (синдром отмены).

Помимо физической зависимости, курящий человек курит в определенных ситуациях, когда формируется стереотип курительного поведения на основе условно-рефлекторной связи. Как в случае формирования любого условного рефлекса, ТК связывается с определенными обстоятельствами, предметами, поведением (психологический, или поведенческий, компонент табачной зависимости). Так, например, человек закуривает при волнениях, стрессе (наиболее частая причина курения) или для того, чтобы сосредоточиться, повысить работоспособность (стимулирующий эффект курения); при вождении автомобиля или при ожидании транспорта; после обеда; «автоматически» появляется желание курить при виде пепельницы или курящего человека. В случае отказа от курения неудовлетворенность потребности закурить в привычной ситуации вызывает чувство дискомфорта и может привести к развитию невротоподобной реакции.

Кроме того, курящее окружение оказывает поддержку курящему и влияет на его курительное поведение, а реклама и показ курения в средствах массовой информации усиливают побуждение к курению (социальный компонент табачной зависимости). Принятый в Российской Федерации Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», запрещающий курение на рабочих местах, на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры и учреждениями органов по делам молодежи, услуг в области физической культуры и спорта, для оказания медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг; в поездах дальнего следования, при оказании услуг по перевозкам пассажиров на воздушных судах, на всех видах общественного транспорта; в местах на открытом воздухе на расстоянии менее чем 15 м от входов в помещения железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, станций метрополитена, а также на станциях метрополитена, в помещениях железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, предназначенных для оказания услуг по перевозкам пассажиров; а также в помещениях, предназначенных для предоставления жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания; в помещениях, предназначенных для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, помещениях рынков, в нестационарных торговых объектах; в помещениях социальных служб, органов государственной власти, местного самоуправления; в лифтах и помещениях общего пользования многоквартирных домов; на детских площадках и в границах территорий, занятых пляжами; на пассажирских платформах, используемых исключительно для посадки в поезда, высадки из поездов пассажиров при их перевозках в пригородном сообщении; на автозаправочных станциях — в значительной степени направлен на снижение социального компонента табачной зависимости.

У большинства курящих людей присутствуют все три компонента зависимости (разной степени выраженности), поэтому помощь в отказе от ТК должна проводиться с учетом этих составляющих табачной зависимости.

Цель оказания помощи — снизить выраженность синдрома отмены и обучить методам предотвращения рецидива табакокурения.

Синдром отмены, или табачная абстиненция, возникает уже через 1–2 часа после курения и усиливается к 3-му дню отказа от курения. Чем выше у человека

степень никотиновой зависимости, тем, как правило, сильнее проявляются симптомы синдрома отмены. В основе синдрома отмены лежат снижение уровня дофамина и возбуждение ацетилхолиновых рецепторов мозга при отказе от никотина. Наиболее часто экс-курящие испытывают сильное желание курить, у них могут возникать раздражительность, агрессивность, трудность концентрации внимания, ухудшение настроения, тревожность, депрессия, головная боль, нарушение сна или, напротив, сонливость, повышенный аппетит, снижение артериального давления. При наличии хронических заболеваний могут отмечаться обострения некоторых из них, в частности, обострение хронического бронхита и хронической обструктивной болезни легких (наиболее часто встречающиеся заболевания у длительно курящих людей), вызванные сгущением мокроты и снижением ее элиминации.

Выраженность большинства симптомов синдрома отмены уменьшается через 14–30 дней, однако желание курить может появляться в определенных ситуациях (психологический компонент зависимости) в течение нескольких месяцев и даже лет.

Кроме того, после отказа от курения происходит детоксикация организма, увеличивается поступление в кровь кислорода, и на 3–7-й день может появиться головокружение и даже некоторая эйфория.

По нашим данным, больные ТБ в 85% случаев предпринимали неоднократные (более 3 раз) попытки отказаться от курения, им удавалось оставаться некурящими от 1 дня до нескольких месяцев, при этом сильная и средняя степень выраженности синдрома отмены отмечались у 64% больных, т. е. это категория пациентов, которые нуждаются в помощи в отказе от курения.

### **Основные принципы рекомендаций по оказанию помощи при отказе от табакокурения**

1. Табачная зависимость является хроническим заболеванием, которое часто требует повторного вмешательства и неоднократных попыток отказа от курения.
2. Необходимо спрашивать пациента, курит ли он, и документировать статус курения.
3. Врачи должны поощрять каждого пациента к прекращению курения, предоставляя информацию о методах лечения и учреждениях, оказывающих помощь в отказе от курения.
4. Индивидуальное телефонное консультирование является эффективным методом помощи в отказе от курения, включающим информирование, консультации (тренировка навыков, умений) и со-

- циальную поддержку. Врачи должны обеспечить доступ пациентов к «горячей линии» помощи в отказе от потребления табака.
5. Существуют эффективные лекарства для лечения табачной зависимости, и врачи должны поощрять их использование пациентами, которые пытаются бросить курить.
  6. В случае выраженного синдрома отмены и невозможности использования лекарственных препаратов пациенту должна быть предложена программа по снижению числа выкуриваемых в день сигарет с последующим полным отказом от курения и предоставлен доступ к «горячей линии» помощи в отказе от потребления табака.
  7. Если курильщик не хочет бросать курить, врачи должны использовать мотивационное консультирование для стимулирования отказа от курения.

### Статус курения

Для эффективного оказания помощи в отказе от ТК необходимо выявить курительный статус. Его мо-

гут определить при анкетировании врач, медицинский персонал или специалисты Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака (в этом случае больному должен быть предоставлен номер телефона «горячей линии» — 8 800 200 0 200).

Статус курения может быть определен по следующим вопросам:

1. Курение в настоящий момент (да, курит ежедневно; да, курит эпизодически; бросил курить; нет, не курит).
2. Степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрома, табл. 1).

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

0–2 — очень слабая зависимость;

3–4 — слабая зависимость;

5 — средняя зависимость;

6–7 — высокая зависимость;

8–10 — очень высокая зависимость.

Мотивация к отказу от курения определяется по тесту, представленному в табл. 2.

Таблица 1

### Тест для определения степени никотиновой зависимости

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

Таблица 2

### Оценка мотивации к отказу от курения

<p><b>Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?</b></p> <p>Определенно нет — 0 Вероятнее всего, нет — 1 Возможно, да — 2 Вероятнее всего, да — 3 Определенно да — 4</p>	<p><b>Как сильно Вы хотите бросить курить?</b></p> <p>Не хочу вообще — 0 Слабое желание — 1 В средней степени — 2 Сильное желание — 3 Однозначно хочу бросить курить — 4</p>
---	--

Сумма баллов больше 6 означает, что пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения, и он готов назначить день отказа от курения; от 4 до 6 баллов — слабую мотивацию; ниже 3 баллов — отсутствие мотивации.

## Виды помощи в отказе от потребления табака

Эффективными считаются те воздействия и лечение табачной зависимости, после которых курящий человек не потребляет табак в течение не менее чем 6 мес.

Большинство курящих людей (60%) хотят отказаться от курения, однако сделать это удается только в 11,2% случаев [12]. Именно поэтому большинству курящих людей необходима помощь при отказе от курения.

Результаты исследований эффективности различных видов помощи в отказе от потребления табака показали, что наилучшие результаты дает сочетание поведенческих методик и лекарственной терапии.

## Короткий совет врача

Результаты метаанализа показывают, что короткий совет врача (при оценке через 6–12 мес.) увеличивает шансы на отказ от курения по сравнению с самостоятельным отказом в 1,66 раз (CI 1,42–1,94). Двое из пяти курильщиков полагают, что они бросили бы курить, если бы им это порекомендовал врач [13].

Короткий совет врача занимает 3–10 мин. Он включает рекомендацию по прекращению курения и связь состояния больного с ТК. Например: «Лечение будет эффективнее, если вы бросите курить», «Компоненты табачного дыма препятствуют заживлению полостей распада в легочной ткани, поэтому важно отказаться от курения сейчас», «Отказ от ТК играет немаловажную роль в купировании обострения хронического гастрита, язвенной болезни, уменьшает риск повторных обострений», «Отказ от ТК уменьшит риск возникновения полинейропатий (неврологических осложнений) на фоне приема противотуберкулезных препаратов (изониазид, циклосерин и др.)».

Если пациент получает лечение ТБ амбулаторно, то ему можно рекомендовать обратиться в центры здоровья, поликлинические кабинеты ЛПУ региона для получения помощи в отказе от ТК. В случае неэффективности терапии табачной зависимости, при наличии психических заболеваний/расстройств, других видов зависимости больному туберкулезом рекомендуется консультация врача — психиатра или психиатра-нарколога.

Если пациент не готов бросить курить, короткий совет врача включает краткую рекомендацию с акцентами на последствия курения для его здоровья

и преимущества отказа от курения: «Табачный дым способствует развитию легочной гипертензии, что провоцирует легочное кровотечение у больных с полостями распада в легких, поэтому для вас очень важно не курить», «ТК способствует прогрессирующему снижению вентиляционной функции легких, нарушая (замедляя) предоперационную подготовку, советую вам отказаться от курения сейчас», выяснение причины, по которой больной не хочет бросить курить (чаще всего это опасения неудачи по опыту прошлых попыток или боязнь стресса, который служит основной причиной курения). В заключение целесообразно дать пациенту адрес сайта по здоровому образу жизни Минздрава РФ — [www.takzdorovo.ru](http://www.takzdorovo.ru) и сайта Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака — <http://www.spbniiif.ru/antitabak.html>, посоветовав внимательно изучить и последствия ТК на здоровье, и методы помощи в отказе от курения.

Наш опыт консультирования больных туберкулезом показал, что 85% курящих больных предпринимали неоднократные попытки отказаться от курения, а среднюю и высокую мотивации к отказу от курения имели 74% больных, госпитализированных по поводу туберкулеза легких. В связи с этим целесообразно не «запугивать» пациента последствиями ТК, а объяснить роль отказа от ТК в повышении эффективности лечения ТБ, помочь преодолеть страх неудачи, предложить помощь с учетом индивидуальных особенностей больного. Можно выразить свою обеспокоенность, приведя данные статистики по снижению эффективности лечения у курящих пациентов: «Меня беспокоит возможность рецидива заболевания, ведь по статистике у курящих больных он встречается в 2–5 раз чаще, чем у некурящих. Предлагаю вам еще раз подумать об отказе от ТК. Вам не стоит опасаться проблем, ведь у вас будет поддержка специалистов и наблюдение врача здесь, в больнице». В заключение необходимо выразить поддержку и сказать о том, что имеются эффективные методы помощи при отказе от ТК.

## Индивидуальное консультирование

Консультирование по отказу от курения занимает 10–20 мин и осуществляется медицинским персоналом, обученным проведению когнитивно-поведенческой терапии и оказанию помощи в отказе от ТК.

Существуют две тактики мотивирования: ориентированная на получение выгоды («сэкономите деньги», «стабилизируется давление», «быстрее выздоровеете») и предупреждающая о потерях («ваше здоровье ухудшится», «повышается риск рецидива»). Директивная тактика с угрозой может дать положительный результат, особенно в стационарных условиях, однако

использовать ее следует только в случае, если врач уверен в достижении отказа от курения, иначе у больного появится не только чувство раздражения и сопротивления (оно неизбежно при директивном стиле консультирования по изменению поведения), но и страха и тревоги за результаты лечения ТБ, а тревожное и депрессивное состояние замедляет выздоровление.

Хорошим мотивирующим действием обладает измерение концентрации угарного газа в выдыхаемом воздухе. Угарный газ обладает большим сродством к гемоглобину, чем кислород, поэтому при ТК он соединяется с гемоглобином, снижая доставку кислорода к тканям и клеткам организма. В норме содержание СО составляет менее 6 ppm (обычно 1–2 ppm), а уровень карбоксигемоглобина (СОHb%) равен нулю. При уровне СОHb% более 6% происходит нарушение физиологических функций организма. Уровень монооксида углерода позволяет объективно оценить интенсивность ТК и наглядно продемонстрировать курящему человеку увеличение угарного газа в его легких даже через 40–120 мин после курения.

Беседа должна строиться по стратегии 5R: relevance (значение), risk (риски), rewards (преимущества), roadblocks (препятствия), repetition (повторение).

1. Проинформируйте пациента с ТБ о том, что его лечение будет более эффективным, если он бросит курить.
2. Подчеркните все риски, связанные с продолжением курения, включая риск рецидивов ТБ.
3. Просветите пациента с ТБ в отношении многих других преимуществ прекращения курения (снижение рисков развития бронхолегочных, сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, экономическая выгода, пример для детей, улучшение экологии жилья и др.).
4. Попросите пациента определить все, что ему мешает бросить курить.
5. Продолжайте поддерживать пациента в стремлении бросить курить.

При проведении беседы информация должна предоставляться в нейтральной форме, без осуждения, с предложением помощи. Основным методом индивидуального консультирования является мотивационное интервью. В заключение больному следует предоставить информацию о том, где и как он может получить помощь при отказе от ТК, ему необходимо рекомендовать обращение в Консультативный телефонный центр помощи в отказе от потребления табака по телефону 8 800 200 0 200.

## Телефонное консультирование

Телефонное консультирование проводится квалифицированными специалистами Консультативного

телефонного центра помощи в отказе от потребления табака СПбНИИФ Минздрава России (8 800 200 0 200) независимо от места проживания и нахождения больного, материального положения, как на амбулаторном этапе, так и в стационаре.

## История возникновения телефонного консультирования

После присоединения Российской Федерации к Рамочной конвенции по борьбе против табака (Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака») 23 сентября 2010 г. распоряжением Правительства Российской Федерации была утверждена «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 гг.». К числу мер организации медицинской помощи населению, направленных на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости, относится и создание бесплатной доступной консультативной телефонной линии по оказанию помощи в отказе от ТК, которая и была организована в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте фтизиопульмонологии 1 апреля 2011 г. на основании Приказа Минздравсоцразвития России № 261 от 01.04.2011 (приказ «Об организации Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака»). Консультативный телефонный центр помощи в отказе от потребления табака (КТЦ) начал свою работу 17 ноября 2011 г.

Подобные национальные телефонные линии помощи в отказе от курения организованы во всех развитых и в ряде развивающихся стран (более чем в 50 странах). Телефонные сервисы отказа от употребления табака, или Quitlines, стали центральными компонентами многих комплексных программ по борьбе против табака. Quitline Виктория, созданная в 1985 г. в австралийском штате, и Quitline Великобритания, появившаяся в 1988 г., были первыми телефонными линиями, посвященными исключительно помощи курильщикам бросить курить. В 1992 г. в Калифорнии была создана первая, финансируемая государством телефонная линия помощи в отказе от табака в США. Теперь Quitlines доступны в большей части Северной Америки, Европы, Австралии и во многих других местах по всему миру.

Ключевыми факторами всемирного принятия Quitlines были веские доказательства их эффективности, полученные в клинических испытаниях на больших выборках, и сильная поддержка от органов здравоохранения. По мнению экспертов ВОЗ, этот вид помощи является, во-первых, обязательным для стран, желающих снизить распространенность табакокурения среди населения, а во-вторых, самым эф-

фективным из методов помощи в отказе от курения по критерию «стоимость–эффективность» [14].

Целью создания Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака в Российской Федерации было оказание информационной и квалифицированной помощи населению при отказе от табакокурения посредством телефонных консультаций [15].

Задачи КТЦ:

1. Повышение информированности курильщиков о пагубном воздействии табачного дыма на организм, методах помощи при отказе от табакокурения.
2. Повышение мотивации к отказу от употребления табачных изделий.
3. Изменение психологических установок в отношении табакокурения и обучение адаптивным формам поведения.
4. Поддержка при отказе от табакокурения, обучение навыкам самопомощи при появлении симптомов отмены.
5. Разработка индивидуальных мер профилактики рецидивов табакокурения.

В КТЦ работают врачи и психологи, прошедшие обучение по программам оказания помощи в отказе от ТК. Консультанты помогают подготовиться ко дню отказа от курения, найти замену ритуалам курения, обучают техникам расслабления, снятия стресса. Врачи информируют курильщиков по телефону о наиболее эффективных способах отказа от ТК, дают советы пациентам с различными заболеваниями о том, как лучше подготовиться к отказу от ТК с учетом имеющихся проблем со здоровьем, отвечают на вопросы о лекарственной терапии табачной зависимости.

### Принципы работы КТЦ

Курящий больной может позвонить по телефону 8 800 200 0 200 (звонок для жителей России бесплатный). Оператор «горячей линии» «Здоровая Россия» Минздрава РФ выясняет причину звонка и, если абонента интересуют вопросы отказа от ТК, переключает звонок на специалиста КТЦ.

При консультировании больного опрашивают по анкетам для определения степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрёма), мотивации к отказу от курения. В базе данных фиксируют число выкуриваемых сигарет, стаж курения, социальные факторы, предыдущий опыт отказа от курения. Для оценки эффективности проведенных консультаций и предотвращения рецидивов ТК больному звонят через 3 и 6 месяцев после первой консультации.

Осуществляется как реактивное (ответ консультанта КТЦ на звонок), так и проактивное консультирование (сессия консультаций по договоренности о времени звонка: консультации для подготовки ко дню

отказа от курения, в день отказа, на 3, 7, 14, 30-й дни после дня отказа от курения).

### Мотивационное интервью

Основным методом телефонного консультирования и проведения индивидуального консультирования является мотивационное интервью. Мотивационное интервью — это техника консультирования, беседа, мотивирующая пациента к необходимым изменениям. Она была разработана как краткосрочный, основанный на принятии пациента и избегающий споров и убеждений способ помощи кому-либо в изменении своего поведения.

Для того чтобы помочь пациенту отказаться от курения, используются следующие принципы:

- эмпатия и сопереживание;
- выявление противоречий и работа с ними;
- избегание споров, убеждений и попыток доказать что-либо;
- поддержка, развитие самостоятельности пациента в принятии и реализации решений, направленных на изменение поведения.

*Эмпатия и сопереживание* пациенту выражаются в умении принимать другого человека без осуждения или критики, а также в принятии больного таким, какой он есть. Важно создать у пациента ощущение безопасности, понимания и поддержки. Метод мотивационного интервью не предполагает критику курящего пациента («Как вам не стыдно»), угроз в его адрес («Не бросите курить — не буду лечить»), а также резкого несогласия с мнением («Не понимаю, что сложного бросить курить», «Вы абсолютно не правы»). Консультант не должен соглашаться со всем, что говорит пациент, но при этом уважительное выслушивание пациента является основным для понимания его взглядов и перспектив изменений его зависимого поведения («Я понимаю ваши опасения, поэтому важно, чтобы вы подготовились к отказу от курения»; «Ничего страшного, что вы сорвались, действительно, это трудно, но ведь 2 дня вы все-таки не курили»).

*Выявление противоречий и работа с ними.* Изменение поведения успешно тогда, когда человек осознает его необходимость (т. е. когда он понимает, что курение препятствует достижению более важных целей в его жизни). Поэтому в ходе мотивационного интервью консультант выявляет основную цель отказа от курения (сохранение здоровья, более быстрое выздоровление, экономия денег, чтобы показать пример детям, в связи с беременностью и т. п.), его опасения («Если снова будет стресс, я закурю», «Лекарства мне не помогают» и т. п.), причины курения («Я курю, чтобы успокоиться, расслабиться», «Без курения я не могу сосредоточиться», «Когда я бросаю курить, то полнею»). Задача консультанта — выявить противоречия



в ходе беседы и четко сформулировать расхождение между желаемым и действительным для того, чтобы усилить стремление пациента отказаться от курения («Вы говорите, что курение помогает вам успокоиться, но ведь через 40–60 минут после выкуренной сигареты вы начинаете беспокоиться уже не из-за стресса, а из-за нехватки никотина. И сами создаете себе дополнительный стресс, разве не так?»).

*Избегание споров, убеждений и попыток доказать что-либо.* Прямое противостояние убеждениям и ценностям пациента приводит лишь к усилению его сопротивления, пациент начинает защищать свои убеждения. Поэтому важно не навязывать собственное мнение, основываясь на том, что пациент сам принимает решение об изменении своего образа жизни и отказе от курения («Если бы отказаться от курения было бы легко, вы бы сделали это прямо сейчас?» «Действительно, экология крупного города, как правило, не очень хорошая. Но зачем усугублять нагрузку на организм, добавляя токсические компоненты табачного дыма? Если вас интересует вопрос о влиянии табака на здоровье, дополнительную информацию вы можете найти на сайте “Здоровая Россия”», «Ваше убеждение о вреде и неэффективности лекарственных средств основано на собственном опыте? А как вы принимали этот препарат?»).

*Поддержка самооценки.* Необходимо укрепить веру больного в успех, выявить сильные его стороны, способствующие изменению, и подчеркнуть успехи. Особенно это необходимо для больных ТБ, находящихся в длительной социальной изоляции, лишенных полноценной поддержки близких людей. Кроме того, следует подчеркнуть, что табачная зависимость является хроническим заболеванием, поэтому бывают и рецидивы ТК, и многим курящим людям требуется не одна попытка отказа от ТК. Но каждая такая попытка служит организму тренировкой для перехода к некурящему образу жизни.

В заключение консультирования необходимо подвести итоги («Вы хотели бросить курить и много раз пытались это сделать, но опасаетесь, что у вас не получится, и вы закурите при волнении, правильно я вас понял?») и разработать последовательные действия для достижения успеха.

### **Модель позитивных изменений**

Одна из основных задач консультантов КТЦ — помочь больному изменить поведение, ассоциированное с курением. Ключ к успеху — использование различных методов помощи/самопомощи в определенное время. В 1982 г. Джеймс Прохазка и Карло ди Клементе [16] опубликовали модель изменений, согласно которой при изменении поведения человек проходит несколько стадий — от сопротивления

каким-либо изменениям до принятия нового поведения. То есть вначале человек игнорирует проблему (он курит, и его это устраивает), затем раздумывает над ее решением («В принципе, неплохо бы бросить курить...»), затем составляет план действий («С понедельника брошу курить»). После этого, собрав все силы, приступает к отказу от курения. Кто-то успешно отказывается и закрепляет успех. У кого-то не получается, и он вновь начинает курить. Зная об этих этапах и техниках, наиболее действенных на каждом из них, можно управлять циклом изменений у пациента и добиться успеха быстрее. Это также позволит консультанту избежать разочарования в работе («Я столько времени потратил на объяснение, так с ним/ней занимался, а он/она все равно курит»; «Они все благодарные, я устал/а от этой работы»).

Этапы изменения:

- сопротивление изменениям;
- размышление;
- подготовка;
- действие;
- сохранение изменений;
- завершение.

*Сопротивление.* В книге Дж. Прохазки [16] приводится высказывание Г. Честертона, которое в полной мере относится к этапу «Сопротивление»: «Дело не в том, что они не видят решение. Они просто не видят проблемы». На этой стадии курящий не хочет бросать курить. Как правило, это молодые курильщики, не имеющие проблем со здоровьем и выкуривающие до 10 сигарет в день. Вторая категория — пожилые люди, имеющие серьезные проблемы со здоровьем, сильную никотиновую зависимость, низкий доход и отсутствие каких-либо увлечений, регулярных социальных контактов. Для них курение — чуть ли не единственный способ получения удовлетворения, они считают, что продолжительность их жизни определяется судьбой и отказ от курения невозможен.

Они не располагают достоверной информацией, но и не хотят ее получить, избегая разговоров о курении. Находясь на этом этапе, они чувствуют себя в безопасности, не боясь потерпеть неудачу.

Для перехода на следующий этап необходимо, чтобы курение не являлось социально одобряемым действием и информация о пагубном воздействии табачного дыма была доступна, «на виду» (и в этом сейчас большую помощь оказывают меры, предпринимаемые государством, в частности, принятие Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», антитабачная пропаганда). Задача на этом этапе — заставить человека задуматься о курении, предоставить ему информацию о воздействии табачного дыма на организм и об эф-

фективных методах отказа от курения (лучше в виде информационных листов с номером телефона «горячей линии» помощи в отказе от ТК, по которому можно задать интересующие курильщика вопросы, с адресами сайта КТЦ <http://www.spbniif.ru/antitabak.html>, сайта по здоровому образу жизни Минздрава РФ [www.takzdorovo.ru](http://www.takzdorovo.ru)).

*Размышление.* Курящий человек признает, что курение вредит здоровью, и обдумывает, как отказаться от курения. Страх неудачи заставляет его искать информацию о проблеме (как оправдывающую курение, так и касающуюся способов отказа). Курящие, находящиеся на этом этапе, уже хотят отказаться от курения, но еще беспокоятся по поводу возможной неудачи, изменения привычного образа жизни. Этот этап для части курящих пациентов может длиться годами, поскольку они хотят досконально изучить проблему. Некоторые ждут создания чудодейственного средства, «волшебной таблетки», другие — доказательств, что конкретный метод точно им поможет. Если на этом этапе заставить человека отказаться от курения («Если не бросите курить — выпишем из больницы, не буду вас лечить»), то это неизбежно приведет к неудаче, что позволит ему только укрепиться во мнении, что «это невозможно». Это не означает, что врач не должен рекомендовать отказываться от курения или предоставлять в медицинском учреждении возможность курить (это запрещено Федеральным законом «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»). Необходим короткий совет врача, информация о влиянии табачного дыма на здоровье, номере телефона «горячей линии» по отказу от курения, об эффективных методах помощи в отказе от курения.

Считается [16], что на этом этапе важен толчок, эмоциональное пробуждение, поэтому большое значение имеют видеоролики о вреде курения и пользе отказа. ВОЗ разработала много плакатов с изображением пораженных табачным дымом органов, но их использование должно быть умеренным и сочетаться с позитивной информацией о положительных аспектах прекращения курения, чтобы страх, который они вызывают, не заставил человека прекратить всякие размышления на эту тему, возвратившись на стадию «Соппротивление». Поэтому подобные плакаты и информация об угрожающих последствиях ТК целесообразны на улицах, в фойе поликлиник и больниц, в СМИ, но не в кабинете врача, долг которого — помочь пациенту, а не напугать его. Попросите курящего пациента записать, в каких ситуациях он курит, сколько сигарет выкуривает. Это поможет ему осознать причину, по которой он закуривает, например, он курит не потому, что ему это нравится, а потому, что привык расслабляться или делать перерыв в работе с помощью

сигареты. Тогда его размышления будут направлены и на то, как можно заменить привычку расслабляться с помощью сигареты на другие способы снятия стресса и волнения, и запись причин закуривания (особенно перед тем, как закурить) поможет преодолеть неосознанное, рефлекторное курение.

Для повышения мотивации к отказу от ТК целесообразно рекомендовать курящему пациенту определить и плюсы такого отказа, и минусы, т. е. чего он лишится, перестав курить, поскольку любое изменение поведения несет в себе и потери. Например, он не сможет выходить с приятелями на перекур. Важно определить свою цель (улучшить или сохранить здоровье) и понять, чем он готов пожертвовать во имя этой цели.

На этом этапе целесообразно предоставить курящему пациенту информацию (лучше в распечатанном виде) и о проблемах, связанных с отказом от ТК (лишний вес, волнение и стресс), и о способах их решения или дать адреса сайтов, где он найдет ответы на эти вопросы. Необходимо выяснить, есть ли у него психические заболевания или другие виды зависимости, поскольку в этих случаях отказ от курения должен проходить под контролем врача — психиатра или нарколога.

*Подготовка.* Принятие решение об отказе — основная характеристика этого этапа (с нового года, с понедельника), но курящий пациент еще не полностью справился с нерешительностью. На этом этапе большинство курящих готовы пойти на снижение числа выкуриваемых в день сигарет (в этом случае врачу необходимо направить пациента на консультирование по телефону 8 800 200 0 200). Задача консультанта на этом этапе — укрепить мотивацию к отказу от курения (предоставить информацию о негативных последствиях курения вообще и позитивных моментах отказа от курения для конкретного человека), помочь составить план действий.

Целесообразно рекомендовать пациенту «осознанное курение», т. е. курение, не сопровождающееся какой-либо деятельностью. Если захотелось покурить, следует перестать работать, остановиться и выйти из машины, встать на улице. При этом во время курения мысли должны быть сосредоточены на факте курения и/или на подсчете затяжек сигареты. Эти действия направлены на то, чтобы разорвать рефлекторную связь курения и расслабления, отдыха. Помогает запись положительных аспектов отказа от курения, поиск поддержки (договориться об отказе от курения с другими больными, членами семьи).

Если сложно назвать дату отказа от курения из-за страха перед изменениями, то целесообразно предложить снижение числа выкуриваемых в день сигарет с последующим полным отказом от ТК.

*Действие.* На этом этапе курящий отказывается от своей привычки, и ему необходима поддержка независимо от того, сколько времени он уже воздерживается от курения. Поддержку можно получить от членов семьи, окружающих. Ее оказывают и специалисты КТЦ, обеспечивающие работу федеральной «горячей линии» помощи в отказе от ТК.

Некоторым курящим помогает принятие обязательств: человек объявляет сослуживцам, членам семьи, что с такого-то числа он полностью отказался от курения, и для него это будет дополнительным стимулом к действию. У других, напротив, сознание того, что они теперь навсегда будут лишены какой-то возможности, только усиливает желание. В этих случаях не стоит зарекаться на всю жизнь, можно сказать себе: «Я не буду курить до вечера, а вечером подумаю». Вечером взять обязательства не курить до утра и т. д.

На этапе «Действие» необходимо объяснить о необходимости избегания провоцирующих факторов, особенно курящей компании, приема алкоголя и тех ситуаций, при которых появляется острое желание курить. Главная задача консультанта и лечащего врача — одобрение, поощрение, подчеркивание положительных аспектов отказа для этого человека («Теперь, я уверен, лечение пойдет успешнее», «Мне кажется, вы стали меньше кашлять»).

*Сохранение изменений.* Это один из самых сложных этапов. После первых трех наиболее тяжелых по выраженности абстинентного синдрома дней никотин и многие токсичные вещества выведены из организма, гемоглобин не связывается с угарным газом и наступает даже некоторая эйфория как за счет увеличения поступления кислорода в кровь, так и от осознания того, что отказ состоялся. Появляется чувство удовлетворения и ожидания, что в дальнейшем все будет отлично. Однако зависимость так быстро не проходит, периодически возникают сильное желание курить, раздражительность (особенно в первые 2 недели), и кто-то, устав бороться, вновь закуривает. А кто-то, убедившись, что все проходит гладко, решает проверить одной-единственной сигаретой, насколько он уже стал некурящим.

Поэтому в моменты сильного стресса или больших соблазнов посоветуйте пациенту набрать номер «горячей линии» для поддержки, объяснив, что это не признак слабости, а решение, направленное на сохранение здоровья.

В случае рецидива необходимо подчеркнуть успех отказа от ТК и проанализировать причину срыва, чтобы в будущем быть готовым найти замену в этих провоцирующих ситуациях.

*Завершение.* На этом этапе курение уже перестает быть вредной привычкой, человек прошел весь цикл изменений и стал некурящим.

На самом деле модель изменений не линейна, а каждый следующий ее виток проходит по спирали, т. е. даже после рецидива ТК человек находится на более высоком уровне этапов «Размышления», «Действие», чем был при первой попытке, и с каждой попыткой отказа от курения он обучается быть некурящим.

Необходимо помнить, что редко, когда у человека имеется только одна вредная привычка, поэтому при отказе от курения приходится решать не одну задачу. Например, курящий человек при стрессе начинает больше есть, злоупотреблять сладким; он больше курит, когда волнуется. В связи с этим при отказе от ТК наряду с методами, позволяющими преодолеть желание курить, консультанты обучают и приемам совладания с волнением, принципам правильного питания, способам физической активности, и предоставление этой информации значительно снижает риск рецидивов курения.

## Лекарственные препараты для лечения табачной зависимости

В случае высокой и средней степени никотиновой зависимости консультанты КТЦ информируют пациента о препаратах для ее лечения.

Препаратами выбора в отношении лечения никотиновой зависимости являются никотинсодержащие средства или препараты никотинзаместительной терапии (НЗТ), частичные nAChR-агонисты — варениклин, цитизин; лобелин, анабазин, клонидин; симптоматические средства, купирующие отдельные симптомы отмены; гомеопатические препараты. Выбор конкретного препарата зависит от опыта предшествующих попыток, возможных побочных эффектов, наличия депрессивных расстройств у пациента и предпочтений последнего. При сочетании табачной и других видов зависимости (алкогольная, наркотическая), а также психических заболеваний/расстройств целесообразна консультация нарколога.

Препараты НЗТ выпускаются в виде пластыря, жевательной резинки, подъязычных таблеток. По своей эффективности все средства доставки никотина считаются сопоставимыми. Рекомендуемая продолжительность НЗТ составляет 3–6 месяцев.

Варениклин и цитизин являются частичными агонистами  $\alpha 4\beta 2$ -подтипа nAChR. Действие варениклина сопровождается умеренным (35–60%) повышением уровня дофамина в структурах системы вознаграждения мозга. Это позволяет компенсировать падение концентраций дофамина, развивающееся после отказа от курения и ведущее к синдрому отмены. Тем самым снижается вероятность рецидива ТК. Кроме того, благодаря конкурентному с никотином связыванию с  $\alpha 4\beta 2$ -nAChR предупреждается дофаминергическая

активация в случае курения и, как следствие, получение удовольствия от курения табака. По механизму действия варениклин и цитизин схожи с эффектами лобелина и анабазина, первоначально относившихся к группе аналептиков. Уменьшает выраженность симптомов отмены и клонидин — за счет стимуляции постсинаптических  $\alpha_2$ -адренорецепторов сосудодвигательного центра продолговатого мозга и уменьшения потока симпатической импульсации к сосудам и сердцу на пресинаптическом уровне.

Так как при отказе от ТК синдром отмены может проявляться головной болью, головокружением, нарушением сна, тремором, раздражительностью, а прием лекарственных препаратов для лечения никотиновой зависимости приводит к побочным эффектам, не следует начинать лечение табачной зависимости в период отработки режима химиотерапии, особенно пациентам с микобактериями туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, так как это может спровоцировать возникновение побочных реакций, усилить их. Противотуберкулезные средства, особенно используемые в лечении лекарственно устойчивого туберкулеза, нередко являются причиной нежелательных явлений: тошноты, рвоты, диареи (протионамид, пиперазид, ПАСК, амоксицилин) — от 5,6 до 78,9% случаев; артралгий, миалгий (пиперазид, фторхинолоны) — около 4,6% случаев; фотосенсибилизации (фторхинолоны) — до 100% случаев; дерматологических токсико-аллергических реакций — от 3,7 до 12,0% случаев; тахикардии — примерно 8,1% случаев; головной боли, головокружения, нарушений сна, тремора, психоэмоциональных нарушений (изониазид, циклосерин, фторхинолоны) — 4,3–12,0% случаев. На этапе интенсивной фазы лечения пациентов с МЛУ- и ШЛУ-МБТ лучше использовать нефармакологические методы отказа от курения или программу снижения числа выкуриваемых в день сигарет с последующим полным отказом от ТК.

При отказе от ТК необходимо учитывать возможное усиление эффекта гипотензивных препаратов (в частности, пропранолола), а также лекарственных средств группы метилксантинов (теофиллин).

### **Программа снижения числа выкуриваемых в день сигарет с последующим полным отказом от курения**

Эту программу целесообразно использовать у пациентов с выраженным синдромом отмены при отказе от ТК и при противопоказаниях (нежелании) к назначению лекарственной терапии. Программа включает несколько этапов: подготовку, снижение числа выкуриваемых сигарет и окончательный отказ от ТК.

Важным моментом программы снижения является анализ ТК и выбор тех сигарет, от которых курящий пациент сможет легко отказаться. Для этого консультант КТЦ предлагает абоненту в течение 1–2 дней вести дневник курения, в котором фиксировать время курения, число выкуриваемых подряд сигарет, обстоятельства и ощущения, в том числе возникновение желания курить. При следующей консультации дневник курения анализируется и выбираются те случаи, когда курение происходило автоматически или в результате привычки (без острого желания курить). Снижение числа выкуриваемых в день сигарет происходит за счет тех сигарет, которые легче заменить на другие действия, направленные на преодоление автоматического курения. На этом этапе, как правило, удается снизить число выкуриваемых в день сигарет на 25–50% без особенного дискомфорта. Последовательно выполняя рекомендации специалиста КТЦ, можно снизить число сигарет на 70% и затем принять решение об окончательном отказе.

## **Заключение**

### **Алгоритм включения телефонного консультирования в оказание медицинской помощи в отказе от потребления табака больных туберкулезом**

Алгоритм включения телефонного сопровождения при отказе от ТК содержит опрос больного по статусу курения, короткий совет врача (на всех этапах консультирования больного), определение готовности к отказу от ТК (см. рис. на с. 37).

1. В случае готовности больного к отказу от ТК (МОК  $>3$  баллов) медицинский работник обязан предоставить ему информацию о номере телефона Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака (8 800 200 0 200) для определения степени никотиновой зависимости, информирования о лекарственных препаратах для ее лечения, о медицинских учреждениях, оказывающих такую помощь, и для проведения когнитивно-поведенческой терапии.
2. При отсутствии мотивации к отказу от ТК (МОК  $\leq 3$  баллам) врач обязан дать короткий совет при каждом посещении пациента. Индивидуальное консультирование могут проводить специалисты, прошедшие обучение по оказанию помощи в отказе от ТК туберкулезного (фтизиатрического) кабинета (отделения), входящего в состав амбулаторно-поликлинического учреждения или амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации (в рамках медико-санитарной помощи); специалисты противотуберкулезных (фтизиатрических) диспансеров

(туберкулезных больниц) и туберкулезных (фтизиатрических) санаториев, находящихся в ведении субъекта Российской Федерации, а также в федеральных организациях (федеральных туберкулезных (фтизиатрических) санаторно-курортных учреждений, клиник профильных федеральных научно-исследовательских институтов) для повышения мотивации к отказу от ТК. В случае амбулаторного лечения больной ТБ может быть направлен в поликлинические кабинеты ЛПУ по отказу от курения.

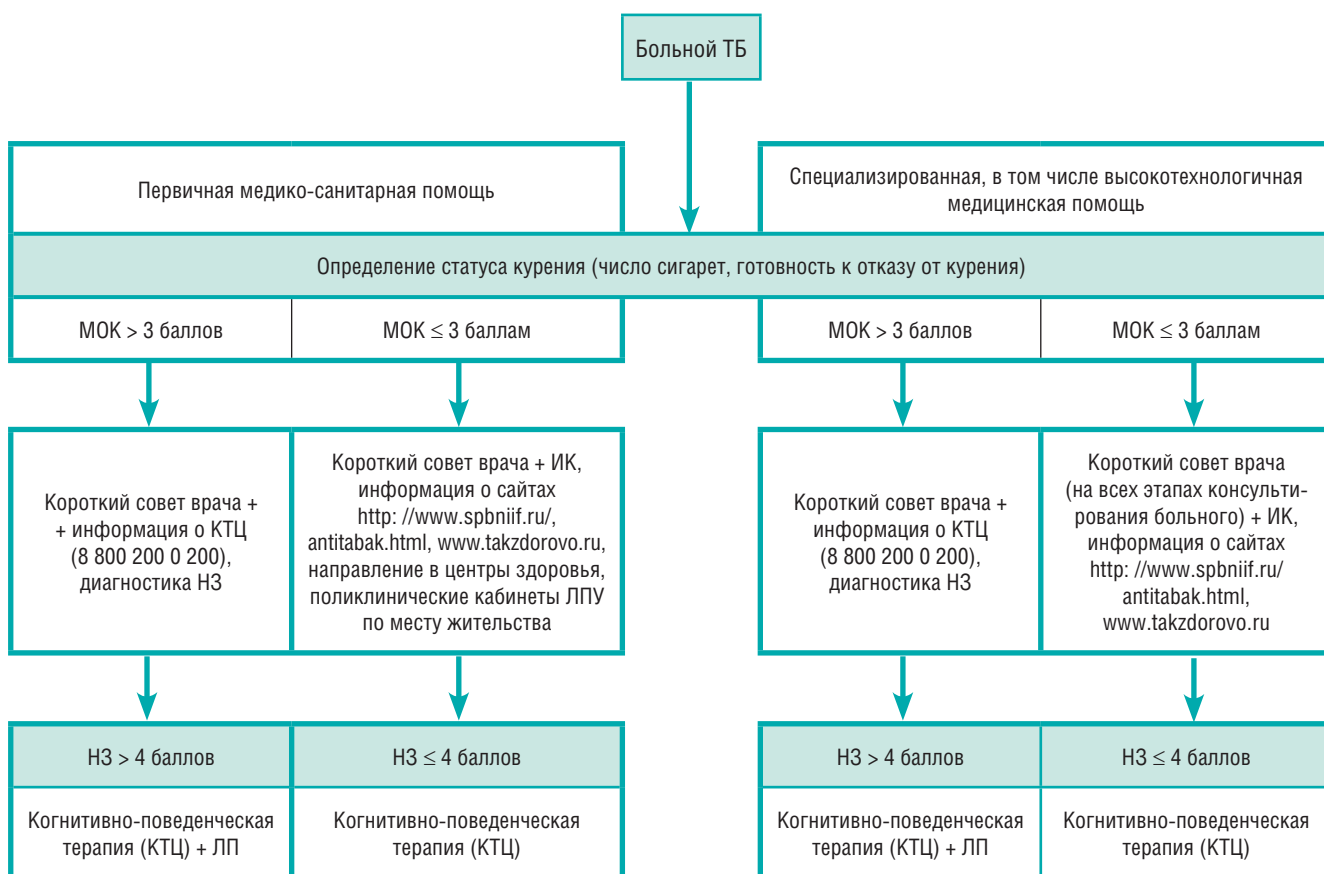
При средней и высокой степени никотиновой зависимости (НЗ >4 баллов) врач может назначить разрешенные в Российской Федерации лекарственные препараты (с учетом противопоказаний и предпочтений пациента). При этом рекомендуется посоветовать больному обратиться на «горячую линию» помощи в отказе от ТК, предоставив ему информацию о Консультативном телефонном центре помощи в отказе от потребления табака и доступ к «горячей линии» в ста-

онарных условиях для мотивирования использования курсовой дозы лекарственного препарата, ответов на вопросы, связанные с отказом от табака, и проведения когнитивно-поведенческой терапии.

При неэффективности использования лекарственных препаратов для лечения никотиновой зависимости, выраженном синдроме отмены, наличии психических заболеваний/расстройств, других видов зависимости рекомендуется консультация врача — психиатра или психиатра-нарколога.

При невозможности использования лекарственной терапии для лечения никотиновой зависимости (наличие противопоказаний, нежелание пациента) необходимо предоставить больному информацию о телефоне КТЦ для составления индивидуальной программы снижения числа выкуриваемых в день сигарет с последующим полным отказом от ТК.

В период отработки режима химиотерапии рекомендуется использовать когнитивно-поведенческую терапию с помощью специалистов КТЦ и программу



Алгоритм включения телефонного консультирования в оказание медицинской помощи в отказе от потребления табака больных туберкулезом:

КТЦ — Консультативный телефонный центр помощи в отказе от потребления табака СПбНИИФ Минздрава России, тел. 8 800 200 0 200; НЗ — никотиновая зависимость; МОК — мотивация к отказу от табакокурения;

ЛП — лекарственные препараты для лечения никотиновой зависимости; ИК — индивидуальное консультирование

Таблица 3

**Результаты воздержания от табака у лиц, получивших месячное телефонное сопровождение при отказе от курения (n=12293)**

Продолжительность воздержания	Не курят	Курят	Результат неизвестен (не ответили на звонок)
30 дней	42,2% (5190) 95% ДИ=41,4–43,1	34,0% (4180)	23,8% (2923)
120 дней (6 мес.)	24,3% (2987) 95% ДИ=23,6–25,1	41,7% (5126)	34,0 (4180)

снижения числа выкуриваемых в день сигарет с последующим полным отказом от ТК.

**Эффективность телефонного консультирования**

Эффективность месячного телефонного сопровождения при отказе от курения представлена в табл. 3.

Месячная поддержка при отказе от ТК привела к достоверно большему числу лиц, воздерживающихся от табакокурения в течение как 30 дней ( $\chi^2=227,15$ ,  $p=0,0005$ ; OR=5,81, 95% ДИ=4,47–7,58; HR=3,78, 95% ДИ=3,01–4,79), так и 6 мес. ( $\chi^2=81,80$ ,  $p=0,0005$ ; OR=3,61, 95% ДИ=2,26–4,91; HR=2,98, 95%

ДИ=2,26–3,95) по сравнению с однократным консультированием.

Таким образом, грамотно проводимое лечение табачной зависимости и оказание поддержки в отказе от потребления табака позволяют помочь курящим пациентам отказаться от курения в любом возрасте, при этом пребывание в стационаре может быть дополнительным фактором, способствующим отказу от курения (отсутствие привычной «курительной» среды, мотивационные беседы медицинского персонала, контроль за обращением в КТЦ, применение лекарственных средств).

**Список литературы**

- Rao V.G., Bhat J., Yadav R. et al. Tobacco smoking: a major risk factor for pulmonary tuberculosis — evidence from a cross-sectional study in central India // *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* — 2014. — Vol. 108, N 8. — P. 474–481. doi: 10.1093/trstmh/tru082.
- Ajagbe O.B., Kabir Z., O'Connor T. Survival analysis of adult tuberculosis disease // *PLoS One.* — 2014. — Vol. 9, N 11. — e112838. doi: 10.1371/journal.pone.0112838.
- Awaisu A., Haniki N., Mohamed M. et al. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life // *Tob. Induc. Dis.* — 2012. — Vol. 28, N 10. — P. 2–8.
- Leung C.C., Yew W.W., Chan C.K. et al. Smoking adversely affects treatment response, outcome and relapse in tuberculosis // *Eur. Respir. J.* — 2015. — Vol. 45, N 3. — P. 738–745. doi: 10.1183/09031936.00114214.
- O'Leary S.M., Coleman M.M., Chew W.M. et al. Cigarette smoking impairs human pulmonary immunity to *Mycobacterium tuberculosis* // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2014. — Vol. 190, N 12. — P. 1430–1436. doi: 10.1164/rccm.201407-1385OC.
- Яблонский П.К., Суховская О.А. Табакокурение и туберкулез // *Туберкулез и болезни легких.* — 2012. — № 12. — С. 51–56.
- Шпрыков А.С. Клинические особенности туберкулеза легких у курящих больных // *Туберкулез и болезни легких.* — 2011. — № 9. — С. 24–28.
- Nijenbandring de Boer R., Filho J.B., Cobelens F. et al. Delayed culture conversion due to cigarette smoking in active pulmonary tuberculosis patients // *Tuberculosis (Edinb).* — 2014. — Vol. 94, N 1. — P. 87–91. doi: 10.1016/j.tube.2013.10.005.
- Yen Y.F., Yen M.Y., Lin Y.S. et al. Smoking increases risk of recurrence after successful anti-tuberculosis treatment: a population-based study // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* — 2014. — Vol. 18, N 4. — P. 492–498. doi: 10.5588/ijtld.13.0694.
- Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors // *Br. J. Cancer.* — 2005. — Vol. 92, N 3. — P. 426–429.
- Суховская О.А., Козырев А.Г., Киселева Е.А., Каменева М.Ю. Выявление ранних стадий заболеваний органов дыхания, ассоциированных с табакокурением // *Тюменский медицинский журнал.* — 2008. — № 2. — С. 3–6.
- Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации. — Всемирная организация здравоохранения, 2010. — 171 с.
- Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation (Review) // *The Cochrane Library.* — 2008. — Is. 4.
- Rasmussen S.R. The cost effectiveness of telephone counselling to aid smoking cessation in Denmark: a modelling study // *Scand. J. Public Health.* — 2013. — Vol. 41, N 1. — P. 4–10. doi: 10.1177/1403494812465675.
- Яблонский П.К., Суховская О.А. Организация консультативной телефонной помощи при отказе от табакокурения в Российской Федерации // *Здравоохранение Российской Федерации.* — 2014. — № 1. — С. 30–33.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Homewood I.L. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change. — Dorsey Press, 1984. — 308 p.