

## Возможности оказания консультативной телефонной помощи при отказе от табакокурения в Российской Федерации

*П.К. Яблонский, О.А. Суховская, М.А. Смирнова*

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

### РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты работы консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака (КТЦ) СПб НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России, который был создан приказом министра здравоохранения и социального развития для обеспечения работы Всероссийской линии помощи в отказе от табакокурения (ТК). В первый год работы КТЦ 23633 человек в возрасте от 18 до 78 лет получили консультации по отказу от ТК. Среди лиц, обратившихся в КТЦ, было 66,8% мужчин и 33,2% женщин в возрасте от 18 до 78 лет. В среднем мужчины выкуривали 23,5±3,4; женщины - 18,3±2,9 сигарет в день, степень никотиновой зависимости = 5,4±0,5 и 4,9±0,6 баллов, соответственно. С возрастом увеличивалось число выкуриваемых сигарет, возрастала и степень никотиновой зависимости. Подавляющее большинство позвонивших людей (97,3 %) хотели бросить курить и имели среднюю и высокую степени мотивации к отказу от курения (71,5% и 25,8%, соответственно). Ведущими причинами отказа от курения были: ухудшение здоровья или забота о его сохранении. Анализ эффективности работы показал, что 34,8% курильщиков, получивших месячное сопровождение при отказе от курения отказались от ТК; 6,1% - снизили число выкуриваемых в день сигарет более, чем в 2 раза. Контрольный опрос через 6 месяцев показал, что не курили 22,8% лиц, получивших месячное сопровождение, и в 2,7% случаев курильщики сократили число выкуриваемых в день сигарет не менее, чем в 2 раза. Таким образом, проведенный анализ первого года работы консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака показал востребованность такой помощи и эффективность ее оказания.

**Ключевые слова:** табакокурение, консультативная телефонная помощь, отказ от табакокурения

Курение убивает в России около 400 тыс. человек ежегодно и является мощным источником демографического кризиса. Еще в начале 50х годов прошлого столетия немецкий химик Дитрих Хоффман опубликовал несколько работ о влиянии различных компонентов сигарет на здоровье курильщика и составил список из 44 веществ табачного дыма, которые обладают канцерогенными, мутагенными свойствами и являются системными ядами (так называемый «Список Хоффмана»). Доказана связь между табакокурением

(ТК) и развитием сердечно-сосудистых, бронхолегочных и онкологических заболеваний. Одним из самых убедительных исследований было наблюдение за 35 тысячами английских врачей в течение 50 лет [2]. Среди курящих врачей значительно чаще встречались заболевания сердца, сосудов, рак легкого и трахеи, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), а продолжительность жизни в среднем была на 10 лет меньше, чем у некурящих. К моменту публикации работы живы были 5 тысяч 766 некурящих и 134 курящих человека.

Кроме того, табачный дым вызывает снижение функциональной активности иммунокомпетентных клеток, оказывает токсичное влияние на слизистую бронхиального дерева, что способствует инфицированию организма. Компоненты табачного дыма оказывают влияние и на *Mycobacterium tuberculosis*: имеются данные об увеличении жизнеспособности, формировании лекарственной устойчивости (ЛУ) у 57,1% 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 [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), отказ от употребления табака является по критериям стоимости и эффективности, наиболее доступным и перспективным направлением профилактики многих заболеваний.

Большинство курящих людей готовы отказаться от табакокурения (ТК), но не могут сделать это самостоятельно вследствие развития у них никотиновой зависимости. Самостоятельно, без какой-либо помощи (согласно данным зарубежных исследователей), удается отказаться от ТК только 5% желающих бросить курить [3]. В настоящее время существуют достаточно эффективные методы терапии табачной зависимости, включающие: поведенческие методики и медикаментозную терапию.

В работе представлены результаты первого года работы Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака.

### Материалы и методы.

23 сентября 2010 года распоряжением Правительства Российской Федерации была утверждена

«Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010-2015 годы». К числу мер медицинской помощи населению в отказе от ТК отнесена и консультативная телефонная помощь, которая была организована в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте фтизиопульмонологии 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 года.

Курильщик звонил по телефону 8-800-200-0-200 (звонок для жителей России бесплатный). Оператор «горячей линии» «Здоровая Россия» выяснял причину звонка и, в случае, если абонента интересовали вопросы отказа от ТК, переключал звонок на специалиста КТЦ

При консультировании курильщика опрашивали по анкетам для определения степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрома), мотивации к курению (анкета Хорна), мотивации к отказу от курения. Кроме того, фиксировали в базе данных число выкуриваемых сигарет, стаж курения, социальные факторы и статус курения через 3 и 6 месяцев после консультаций. Всего было проконсультировано 23633 человек в возрасте от 18 до 78 лет, в том числе 66,8% мужчин и 33,2% женщин. Однократное консультирование было проведено 11873 курильщикам, месячное телефонное сопровождение при отказе от курения оказано 6165 курильщикам, позвонившим в КТЦ. Курильщики, согласившиеся на поддержку при отказе от ТК по программе месячного сопровождения, получали консультацию в День отказа от курения, на 3, 7, 14, 30 дни.

В задачи консультирования входило:

1. Повышение информированности курильщиков о пагубном воздействии табачного дыма на организм, методах помощи в отказе от ТК.
2. Повышение мотивации к отказу от употребления табачных изделий.
3. Изменение психологических установок в отношении ТК и обучение адаптивным формам поведения.

4. Поддержка при отказе от ТК, обучение навыкам самопомощи при появлении симптомов отмены.

5. Разработка индивидуальных мер профилактики рецидивов ТК.

6. Анализ особенностей ТК у лиц, желающих отказаться от употребления табака и разработка наиболее эффективных мер оказания консультативной телефонной помощи в отказе от употребления табака.

Кроме того, для анализа эффективности оказанной помощи и для консультаций по предотвращению рецидивов курения специалисты КТЦ звонили курильщику на 3 и 6 месяц (всего 8 консультаций).

Результаты и обсуждение.

В первый год работы КТЦ 23633 человек в возрасте от 18 до 78 лет получили консультации по отказу от ТК.

Среди лиц, обратившихся в КТЦ, было 66,8% мужчин и 33,2% женщин в возрасте от 18 до 78 лет (в возрасте 18-34 года – 59%, 35-54 года - 28,5%, старше 55 лет - 12,5%).

Звонки поступали из всех регионов России (табл.1):

В среднем мужчины выкуривали 23,5+3,4 сигарет в день, женщины - 18,3+2,9 сигарет в день, степень никотиновой зависимости (НЗ) была 5,4+0,5 и 4,9+0,6 баллов, соответственно. С возрастом увеличивалось число выкуриваемых сигарет (особенно, после 18 лет), возрастала и степень никотиновой зависимости (табл.2).

Для анализа причин курения абонентов интервьюировали по анкете Хорна, при этом ответы на вопросы кодировались в баллах в зависимости от того, как часто курильщик использует курение в соответствующих ситуациях (всегда, часто, время от времени, редко, никогда).

Оценка мотивации курения проведена по степени выраженности фактора курения (слабая, средняя и сильная), что дает возможность представить ведущие факторы курения для обследованной категории курильщиков (табл.3). У курящего человека может быть сильно выражен как один фактор курения, так и несколько. Например, курильщик всегда курит, когда испытывает стресс (фактор «поддержка при нервном напряжении») и всегда курит, когда ему необходимо расслабиться (фактор «расслабляющий эффект

Таблица 1. Распределение числа звонков по регионам России

| Сибирский округ | Приволжский округ | Северо-Западный округ | Уральский округ | Центральный округ | Южный округ | Дальневосточный округ |
|-----------------|-------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-------------|-----------------------|
| 16,7%           | 19,3%             | 8,8%                  | 9,6%            | 27,7%             | 14,0%       | 3,9%                  |

Таблица 2. Статус курения в зависимости от возраста.

| Показатель                                          |         | < 18 лет       | 18 – 34<br>года | 35 – 54<br>года | > 54 лет       | По всей<br>группе |
|-----------------------------------------------------|---------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Число<br>выкуриваем<br>ых в день<br>сигарет,<br>шт. | Всего   | 16,02±1,9<br>3 | 21,12±2,4<br>3  | 24,21±3,2<br>3  | 23,05±3,9<br>1 | 22,02±3,8<br>1    |
|                                                     | Мужчины | 17,10±2,0<br>5 | 23,07±2,7<br>5  | 26,14±3,5<br>1  | 25,04±3,7<br>3 | 23,52±3,4<br>2    |
|                                                     | Женщины | 15,03±1,9<br>4 | 17,06±2,4<br>3  | 19,90±2,9<br>3  | 20,92±3,1<br>4 | 18,32±2,9<br>0    |
| Стаж<br>курения,<br>лет                             | Всего   | 4,21±0,37      | 10,22±1,2<br>4  | 23,30±2,7<br>2  | 37,10±0,4<br>2 | 16,21±0,3<br>2    |
|                                                     | Мужчины | 4,50±0,52      | 11,32±1,6<br>3  | 24,50±3,0<br>3  | 40,81±0,5<br>2 | 16,51±0,2<br>0    |
|                                                     | Женщины | 3,10±0,26      | 9,21±1,13       | 21,54±2,7<br>0  | 31,62±0,4<br>1 | 15,42±0,2<br>1    |
| НЗ,<br>баллы                                        | Всего   | 3,51±0,49      | 5,03±0,62       | 5,91±0,62       | 5,80±0,72      | 5,31±0,62         |
|                                                     | Мужчины | 3,65±0,54      | 5,11±0,62       | 6,10±0,81       | 5,90±0,61      | 5,38±0,47         |
|                                                     | Женщины | 3,14±0,41      | 4,60±0,62       | 5,42±0,63       | 5,49±0,59      | 4,88±0,57         |

**Таблица 3.** Частота встречаемости факторов курения (сильная степень) среди курильщиков, обратившихся в КТЦ (на 100 чел.)

| Показатель           | НН   | ПЗ   | РЭ   | МС   | СЭ   | ПР   |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|
| По группе<br>в целом | 63,6 | 60,0 | 49,3 | 47,3 | 45,3 | 36,0 |

НН – курение как поддержка при нервном напряжении (связано с ситуациями волнения, эмоционального напряжения);

ПЗ – курение как психологическая зависимость (постоянная потребность курить в любой ситуации, вопреки запретам);

РЭ – расслабляющий эффект курения (курят больше в расслабленном состоянии, во время отдыха);

МС - желание манипулировать сигаретой (нравиться вид табачного дыма, аксессуары, часто курение связано с общением);

СЭ – стимулирующий эффект курения (курят больше на работе, во время принятия решений);

ПР – курильщик расценивает курение как привычку (курильщик курит одну сигарету за другой, даже не замечая факта курения).

курения»). В зависимости от ведущего фактора курения консультанты КТЦ обучали курильщиков методам релаксации или преодоления стресса, концентрации внимания, находили замену ритуалам курения, информировали о лекарственной терапии.

Структура факторов курения по степени выраженности представлена в таблице 4.

Подавляющее большинство позвонивших людей (97,3 %) хотели бросить курить и имели среднюю и высокую степени мотивации к отказу от курения (71,5% и 25,8%, соответственно).

Ведущими причинами отказа от курения были:

1. Ухудшение здоровья – 51,4%.
2. Для сохранения, улучшения здоровья - 19,2%
3. Из-за желания близкого человека – 7,35%
4. Ради здоровья своих детей – 6,4% (чтобы дети не дышали табачным дымом - 3,1%; в связи с беременностью – 2,7%, чтобы быть примером для детей – 0,6%)
5. Надоело курить – 4,5%
6. Чтобы перестать зависеть от сигарет- 3,7%
7. Так как курение – это не красиво – 1,8%
8. Из-за запретов на курение (дома, на работе) – 1,6%

Таблица 4. Структура факторов курения по степени выраженности

| Фактор курения                   | Степень выраженности фактора |         |         |
|----------------------------------|------------------------------|---------|---------|
|                                  | Слабая                       | Средняя | Сильная |
| Поддержка при нервном напряжении | 15,8%                        | 20,6%   | 63,6%   |
| Психологическая зависимость      | 16,0%                        | 24,0%   | 60,0%   |
| Расслабляющий эффект курения     | 20,9%                        | 29,8%   | 49,3%   |
| Желание манипулировать сигаретой | 31,2%                        | 22,0%   | 47,3%   |
| Стимулирующий эффект курения     | 29,3%                        | 25,4%   | 45,3%   |
| Привычка                         | 32,0%                        | 32,0%   | 36,0%   |

9. Так как курение – это уже не модно – 1,2%
10. В связи с занятиями спортом – 0,9%
11. Посмотрел рекламу, увидел сайт и решил попробовать бросить курить – 0,7%
12. В связи с религиозными убеждениями – 0,5%
13. Так как все окружающие бросают – 0,4%
14. По экономическим причинам – 0,35%
- Опросы о состоянии здоровья лиц, позвонивших в КТЦ, показали, что у опрошенных наиболее часто встречались болезни системы кровообращения и органов дыхания:
- Болезни системы кровообращения - 34,5%
- Болезни органов дыхания (хронические) - 30,0%
- Болезни нервной системы, психические

- расстройства- 20,8%
- Болезни органов пищеварения -15,8%
- Болезни мочеполовой системы - 10,0%
- Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ - 5,6%
- Инфекционные заболевания - 4,2%
- Онкологические заболевания - 2,7%
- Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 1,8%
- Гинекологические заболевания - 1,0%
- Другие заболевания- <0,4%.
- Опрос по анкете для скрининговой диагностики хронического бронхита (у лиц, не имеющих диагноза хронического заболевания органов дыхания) показал,



что симптомы хронического бронхита отмечают у себя 16,4 % курильщиков.

Анализ эффективности работы консультативной телефонной линии помощи в отказе от потребления табака проводился на основании выборочных опросов курильщиков, получивших месячное сопровождение, через 1 и 6 месяцев после дня отказа от курения. 34,8% курильщиков, получивших месячное сопровождение при отказе от курения отказались от потребления табака; 6,1% - снизили число выкуриваемых в день сигарет более, чем в 2 раза. Контрольный опрос через 6 месяцев после отказа от ТК показал, что не курили 22,8% лиц, получивших месячное сопровождение, и в 2,7% случаев курильщики сократили число выкуриваемых в день сигарет не менее, чем в 2 раза. Результаты работы аналогичных линий в Европе показали, что 6-месячный отказ от курения был достигнут в 8-24 % случаев [4, 5].

Кроме того, сам факт информирования населения о наличии такого центра оказывает значимую психологическую поддержку большинству курильщиков и, как показывает опыт стран Европы, не только помогает отказаться от ТК тем, кто решил это сделать, но и способствует распространению в обществе антитабачных настроений [4].

Таким образом, проведенный анализ первого года

работы консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака показал востребованность такой помощи и эффективность ее оказания, при этом телефонное сопровождение при отказе от ТК может быть как самостоятельным видом помощи, так и дополнять медицинскую врачебную помощь.

#### Список литературы.

1. Шпрыков А.С. Клинические особенности туберкулёза лёгких у курящих больных // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2011. - №9. – с.24 – 28.
2. 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. 14;92(3).-P. 426-429.
3. Coleman T. Special groups of smokers // BMJ. – 2004. - V. 328. - № 7439. – P. 575-577.
4. Helgason A.R., Tomson T., Lund K.E., Galanti R., Ahnve S., Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation // Eur. J. Public Health.-2004. –V. 14.- № 3.- P. 306-10.
5. Willemsen M. C. ,Van der Meer R. M., Bot S. Description, effectiveness, and client satisfaction of 9 European Quit-lines: Results of the European Smoking Cessation Helplines Evaluation Project (ESCHER)/ EHO, 123 p.

III МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС  
 "АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ  
 КАРДИО-ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ"  
 Регистрация на сайте <http://amcorg.ru/ct2013/>  
 ИЮНЬ 2013 *Санкт-Петербург*  
 23 24 25 26 27 28 29 30