



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

**ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ТАБАЧНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

для учреждений ПМСП и специализированных центров

Душанбе- 2018

«Клиническое руководство по профилактике, диагностике и терапии табачной зависимости в Республике Таджикистан» рассмотрено, утверждено и рекомендовано к печати Редакционно-издательским советом Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан, протокол заседания №1 от 23 января 2018 г.

Составители:

Бандаев И.С.	Директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», д.м.н.
Малахов М.Н.	Директор ГУ «Республиканский клинический центр наркологии имени проф. М.Г. Гулямова», к.м.н.
Джобиров А.	Зав. отделением ГУ «Республиканский клинический центр наркологии имени проф. М.Г. Гулямова»
Джонова Б.Ю.	Начальник отдела ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины», к.м.н.

Рецензенты:

1. З.А. Мирзоева - председатель Ассоциации семейных врачей, д.м.н., профессор
2. Нурлан Бримкулов - зав. кафедрой госпитальной терапии Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева, профессор
3. Анара Калиева - координатор Кыргызско-Финского проекта по профилактике табакокурения
4. Галина Сахарова - руководитель центра по отказу от табака НИИ пульмонологии ФМБА России
5. Н.М. Шаропова – зав. каф. психиатрии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного клинического руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики и лечения при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением табака. В процессе апробации и рецензирования клинического руководства были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке. После апробирования и получения комментариев и рецензий данный документ был предоставлен на утверждение Министерству здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан.

МЕТОДЫ РАЗРАБОТКИ РУКОВОДСТВА

Настоящее “Клиническое руководство по профилактике, диагностике и терапии табачной зависимости в Республике Таджикистан” разработано в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака – первый в истории договор, принятый под эгидой ВОЗ. Конвенция была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения 21 мая 2003 года и вступила в силу 27 февраля 2005 года и на сегодняшний день насчитывает 168 стран.

В данном руководстве были использованы рекомендации из клинического руководства ВОЗ по лечению табачной зависимости с психосоциальным сопровождением, а также использованы и адаптированы рекомендации из существующих клинических руководств (предпочтение отдавалось Кыргызским обзорам).

По каждому ключевому клиническому вопросу был проведен поиск литературы с целью выявления современных источников доказательств по теме. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет для рекомендаций по терапии и 15 лет для рекомендаций по психотерапии.

Использованные методы. Качество фактических данных оценивалось по методике, описанной рабочей группой GRADE. Эта методика предполагает оценку качества фактических данных потому или иному вопросу с учетом значимости эффекта значения имеющихся данных для поставленного клинического вопроса, размера выборки в соответствующих испытаниях, методики проведения испытаний и постоянства полученных результатов.

Шкала уровней доказательности

Все рекомендации в Клиническом руководстве основаны на принципах доказательной медицины и разделены на следующие уровни:

А.	Данные получены из высококачественных мета-анализов, систематических обзоров, многоцентровых, рандомизированных клинических исследований (РКИ) с вовлечением большого количества пациентов
В.	Данные получены из ограниченного количества РКИ, с вовлечением небольшого количества пациентов, или из тщательного анализа не рандомизированных клинических исследований

С.	Данные основаны на результатах по меньшей мере одного клинического испытания или описательные исследования без рандомизации, исследования серия случаев
D.	Данные получены из консенсусов, мнения экспертов, а также рекомендаций, основанных на клиническом опыте членов мультидисциплинарной группы

ВВЕДЕНИЕ

Употребление табака является одной из самых значительных угроз для здоровья, когда-либо возникавших в мире. Оно ежегодно приводит почти к 6 миллионам случаев смерти, из которых более 5 миллионов случаев происходит среди потребителей и бывших потребителей табака, и более 600 000 — среди некурящих людей, подвергающихся воздействию вторичного табачного дыма. Доказано, что каждые 6 секунд из-за табака умирает примерно один человек, то есть происходит каждый десятый случай смерти среди взрослых людей. До половины нынешних потребителей табака в конечном итоге умрет от какой-либо связанной с табаком болезни.

Почти 80% из более чем одного миллиарда курильщиков в мире живет в странах с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится самое тяжелое бремя связанных с табаком болезней и смертности.

Потребители табака, умирая преждевременно, лишают свои семьи дохода, повышают стоимость медицинской помощи и препятствуют экономическому развитию.

В соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015-2025 гг. стоит задача по снижению уровня распространенности употребления табака как минимум на 30% к 2025 году. Правительство Республики Таджикистан приняло на себя обязательство по поддержке потребителей табака бросить курить, в соответствии с обязательствами в рамках Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (Статья 14). Таджикистан ратифицировал РКБТ 21 июня 2013 года, и она официально вступила в силу для страны 19 сентября 2013 года. В 2010 году впервые, а затем 2 января 2018 г. принят Закон Республики Таджикистан «Об ограничении использования табачных изделий».

При технической поддержке ВОЗ в Таджикистане 2016-2017 гг. проведено исследование STER, отдельный блок вопросника которого включал подробную информацию о курении. В настоящее время готовится аналитический отчет по исследованию.

Целью создания руководства было создание единой методологии профилактики, ранней диагностики и терапии табакокурения на уровне учреждений ПМСП и специализированных центров по лечению табачной зависимости у взрослых пациентов.

Руководство предназначено для семейных врачей и медицинских сестер, психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, фармацевтов, терапевтов, пульмонологов, кардиологов, клинических ординаторов и руководителей медицинских учреждений.

Доказано, что потребление табака и табачная зависимость являются болезнью, и, следовательно, ее необходимо диагностировать и лечить так же, как другие хронические заболевания. Самостоятельно прекратить потребление табака и избавиться от табачной зависимости могут немногие.

ОСНОВНАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ ПО ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Табачная (никотиновая) зависимость – хроническое заболевание, характеризующееся регулярным употреблением любых видов табачных изделий, преимущественно ингаляционным путем (курение сигарет, сигар, трубок, кальянов и пр.) в результате формирования физической и психологической зависимости от никотина. Табачная зависимость в полном соответствии с критериями МКБ–10 определяется как группа поведенческих, когнитивных и психологических расстройств, развивающихся после повторяющегося потребления, и включает: возрастающую толерантность; возможные симптомы отмены; сильное влечение к никотину; трудности при контроле потребления; потребление никотина в ущерб другим занятиям и обязанностям; упорное продолжение потребления табака, несмотря на явный и осознаваемый вред для здоровья.

Воздержанием от табака (прекращение курения) считается отсутствие любого потребления табака, на протяжении, как минимум, шести недель (с момента прекращения потребления табака). Другими словами, если курильщик установил день прекращения курения, с полным прекращением курения, то срок исчисляется с этого дня. После прекращения курения, рецидив определяется как курение ≥ 7 сигарет в течение семи последовательных дней, или в течение двух недель подряд. Курение меньшего количества табака определяется как срыв. Для оценки прекращения и раннего рецидива, во всех случаях рекомендуется оценка воздержания в течение 6 месяцев.

Введение никотина в организм, в основном путем вдыхания, приводит к никотиновой зависимости. Когда никотин-зависимый человек перестает получать никотин, у него развивается **синдром отмены никотина**.

Выделяют три категории проблем, связанных с бросанием курения: физическая зависимость, поведенческие и социальные связи, и психологические /эмоциональные связи.

Физическая зависимость

Никотин, влияет на дофаминовые системы в мозге курильщика и увеличивает количество никотиновых рецепторов в головном мозге. Если они бросят курить, уровень никотина упадет резко за один или два часа после последней сигареты, и появятся симптомы отмены: головные боли, кашель, непреодолимое желание курить, повышенный аппетит или увеличение массы тела, изменения настроения (печаль, раздражительность, разочарование, или гнев), беспокойный, снижение частоты сердечных сокращений, трудности с концентрацией внимания, гриппоподобные симптомы и бессонница, что может быть основным барьером против попытки бросить курить. Эти симптомы, как правило, временные (2-4 недели) и не все люди будут испытывать симптомы абстиненции. Физическая зависимость (патологическое влечение) – это состояние, включающее:

- 1) постоянное повышение толерантности (переносимость дозы) к веществу, вызывающему зависимость;
- 2) непреодолимую желание курить;
- 3) реакции отмены (тремор, диарея, потливость, бессонница и др.) в ответ на прекращение применения препарата.

Психологическая зависимость – характеризуется систематическим употреблением вещества без развития толерантности и физиологических реакций отмены.

Эмоциональные/психологические проблемы

Курильщики связывают сигареты и курение с определенными эмоциями, мыслями и убеждения. Отказ от курения предполагает нарушение этих подсознательных связей.

Важно работать с пациентами, чтобы выяснить связь между курением и их чувствами и убеждениями и помочь им развенчать негативные убеждения курения и отказа от курения (например, «Курение помогает мне расслабиться», «Курение на самом деле не вредно»). Медицинский работник можете напомнить курильщикам о рисках курения и преимуществах отказа от курения, помочь им формировать позитивные мысли.

Поведенческие и социальные связи

Курение тесно связано с повседневной деятельностью курильщика. Для выхода из режима курения, курильщик должен разорвать эти связи, которые сформировали привычку. Следует работать с пациентом, чтобы выяснить, какое поведение или действие было связано с курением и найти эффективные мероприятия, чтобы разорвать эти связи.

Важно помнить, что эти три типа проблемы связаны между собой. Успех в решении проблем одной категории может помочь пациентам справиться с проблемами другой категории.

ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ПО ПРОБЛЕМАМ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП

Все поставщики первичной медицинской помощи должны спросить каждого пациента, который обращается в учреждение здравоохранения, потребляет ли он табак и зарегистрировать полученную информацию в медицинской документации. Врач, работающий по семейному принципу, должен быть заинтересован в максимально раннем выявлении любого неблагополучия, непосредственно связанного с потреблением табака со стороны пациента или членов его семьи, в проведении своевременной адекватной коррекции и направлении к психиатру-наркологу. Доказано, что именно семейная медицина, консультирование семейным врачом представляют собой самые многообещающие подходы в профилактике зависимого поведения. Семейный врач, видящий все причинно-следственные связи между личностными и семейно-бытовыми факторами и заболеваемостью, может использовать в своей повседневной практике методы раннего выявления и профилактики курения табака, различных социальных последствий, связанных с ними.

После того, как пользователь табака идентифицирован на уровне учреждений ПМСП, и в зависимости от степени табачной зависимости следует проводить лечение либо по показаниям направить пациента в специализированное учреждение.

Все поставщики первичной медицинской помощи должны советовать каждому пациенту, потребляющему табак бросить курить в соответствии с простыми моделями.

Семейным врачом определяется курительный статус пациента.

Курительный статус является способом классификации людей, в зависимости от их отношения к курению.

Некоторые стандартные вопросы считаются полезными при оценке курительного статуса:

1. Вы курили когда-нибудь?
2. Сколько лет / месяцев назад Вы прекратили курение?
3. Сколько лет Вы курили?
4. Выкурили ли Вы более 100 сигарет за свою жизнь?
5. Вы курите каждый день / в определенные дни / в конкретных ситуациях? В каких ситуациях?
6. Сколько сигарет (или других табачных изделий, например, трубок, сигар и т.д.) Вы обычно курите в день?

Практический метод определения курительного статуса пациента (Демин А.К., 2011 г.):

Ежедневный курильщик - человек, который курит ежедневно, по крайней мере, на протяжении трех месяцев.

Случайный курильщик - человек, который курил, но не ежедневно.

Некурящий - человек, который выкурил менее 100 сигарет за свою жизнь (или 100 граммов табака, в случае курения трубки, сигар и других табачных изделий).

Бывший курильщик - человек, который прекратил курение, по крайней мере, на шесть месяцев.

При положительном курительном статусе проводится оценка табачной зависимости пациента.

Табачная зависимость может быть диагностирована в соответствии с определением ВОЗ. Табачная зависимость определяется наличием, по крайней мере, 3 из 7 критериев этого определения, если они присутствуют одновременно, в течение последних 12 месяцев:

- сильное желание курить,
- затруднения в контроле количества потребляемого табака,
- симптомы отмены при сокращении или прекращении потребления табака,
- продолжение потребления, несмотря на очевидные вредные последствия,
- приоритет курения по отношению к другим видам деятельности,
- высокая толерантность,
- физические симптомы отмены табака.

Тест зависимости от никотина Фагерстром (Fagerström) обеспечивает не только указание на наличие или отсутствие зависимости, но и дает определенное количество баллов, что имеет значительную ценность для клинической практики.

Тест зависимости от никотина Фагерстрёма (Fagerström) (ТЗНФ) (FTND)

1. Как скоро, после Вашего пробуждения, Вы выкуриваете первую сигарету?
менее 5 минут (3) 6 – 30 минут (2) 31 – 60 минут (1) более 60 минут (0)
2. Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено (например, в церкви, кинотеатре, поезде, ресторане и др.)?
да (1) нет (0)
3. От какой сигареты Вам было бы труднее всего отказаться?
от первой сигареты утром (1)

от всех остальных (0)	
4. Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?	
10 и меньше (0) 11 – 20 (1) 21 – 30 (2) 31 или более (3)	
5. Курите ли Вы чаще, в первые часы после пробуждения, чем в остальную часть дня?	
да (1) нет (0)	
6. Курите ли Вы также, когда Вы так больны, что основную часть дня проводите в постели?	
да (1) нет (0)	
Пациент может непосредственно заполнять вопросник. Число баллов составляет от 0 до 10. Это позволяет точно оценить никотиновую зависимость, на этой основе будет разработано лечение:	0 – 3 балла: табачная зависимость низкая или отсутствует 4 – 6 баллов: средняя табачная зависимость 7 – 10: высокая табачная зависимость.

Чем выше суммарный балл теста, тем выше никотиновая зависимость у обследуемого человека. 4 балла или более указывают на необходимость применения фармакологического лечения, и предсказывают более серьезный синдром отмены.

Ключевыми являются вопросы 1 и 4: число сигарет, выкуриваемых в день, и время выкуривания первой сигареты после пробуждения утром. Эти два вопроса может задать врач во время консультации. Они составляют короткую версию теста, с числом баллов от 0 до 6, с теми же значениями для оценки, как и ТЗНФ.

Согласно критериям, принятым ВОЗ в Международной классификации болезней, табачная зависимость включена в раздел Психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением табака и имеет код заболевания F17.

Выделяют следующие клинические состояния, вызванные употреблением табака (МКБ-10):

F17.1 Пагубное употребление. Сам способ употребления табака является причиной ущерба здоровью. Ущерб может быть физическим или психическим.*

F17.2 Синдром зависимости. Комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который возникает после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контроле его употребления; упорное продолжение его

использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления табака в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления и иногда состояние абстиненции.

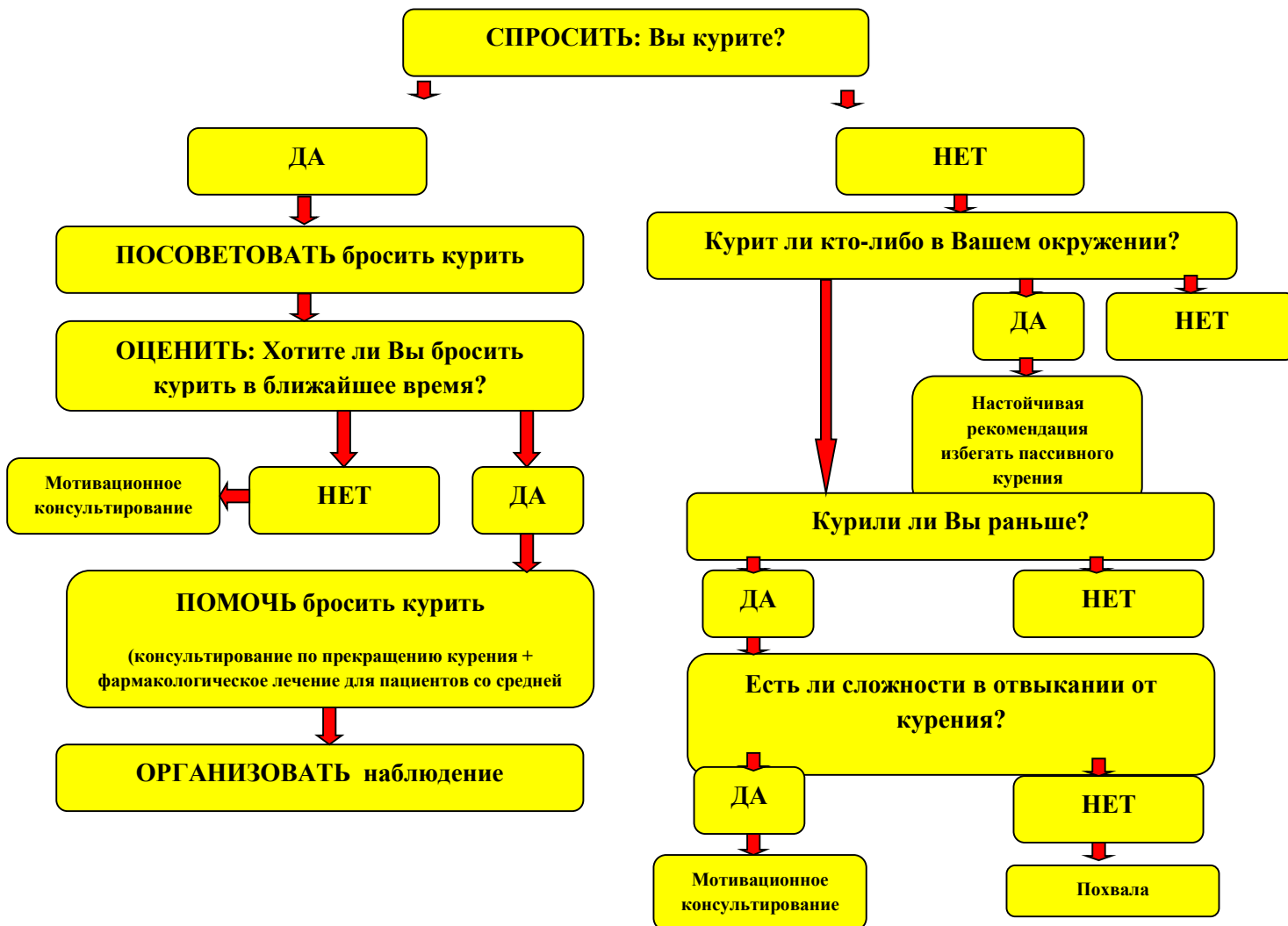
F17.3 Абстинентное состояние. Группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих в результате полного или частичного удаления из организма психоактивного вещества после постоянного его употребления. Прекращение или уменьшение потребления никотина вызывает, по меньшей мере, 5 из следующих симптомов в течение 24 часов: • неадекватное восприятие действительности или депрессия; • бессонница; • раздражительность, чувство разочарования или агрессия; • беспокойство; • слабость сосредоточения; • нетерпеливость; • брадикардия; • увеличение аппетита и веса. Указанные симптомы вызывают расстройства функций организма различной степени. **

*Примечание: * - пагубное употребление – употребление с вредными последствиями, то есть при возникновении болезней, вызванных курением. Например, F17.1 необходимо выставлять при возникновении рака легкого у злостного курильщика. ** - F17.3 – частая причина обращения к врачу.*

Ведение пациентов, потребляющих табачные продукты и страдающих табачной зависимостью

В соответствии с рекомендациями, предлагаемыми NCI, Американской Медицинской Ассоциацией, Всемирной Организацией Здравоохранения, были разработаны 5 стратегий, которыми следует руководствоваться врачу при ведении пациента, употребляющего табачные продукты. Любого пациента следует спросить, использует ли он табачные продукты (стратегия «Спросить»), посоветовать ему бросить курить (стратегия «Посоветовать»), оценить его желание предпринять попытку прекращения курения в настоящее время (стратегия «Оценить»). Стратегии 1-3 должны использоваться у каждого пациента, не зависимо от его желания прекратить курить. Если пациент желает бросить курить, врач должен содействовать ему в попытке прекращения курения: предложить медикаментозное лечение или провести консультирование по вопросам прекращения курения (стратегия «Помочь»), а также назначить последующие визиты, имеющие целью предотвратить рецидивы (стратегия «Организовать наблюдение»). Если пациент не желает предпринимать попытку прекращения курения, врач должен провести беседу, направленную на повышение мотивации к прекращению курения (см. раздел «Мотивационное консультирование»), а также возвращать к вопросу о табачной зависимости на следующих приемах (см. схема 1).

Схема 1. Алгоритм ведения пациентов с табачной зависимостью



Общие рекомендации

- Все врачи должны рекомендовать прекращение потребления табачных изделий всем потребителям табака. Научные данные свидетельствуют о том, что совет врача достоверно повышает показатели воздержания от курения (уровень научной обоснованности А).
- Эффективность минимального совета является самой высокой при продолжительности воздействия врача, составляющей 3-5 минут, что приводит к увеличению показателя долгосрочного воздержания от курения (уровень научной обоснованности А).

Семейный врач проводит анализ предыдущих попыток прекращения курения, используется ряд вопросов о количестве попыток прекращения, самом длительном периоде прекращения курения, о ранее проводившемся лечении по прекращению курения, и о том, что включало в себя это лечение, об истории симптомов отмены, о любых факторах риска рецидива, о положительных моментах, отмеченных в период воздержания. Эти особенности важны для прогнозирования успеха лечения или факторов риска неудачи, а также для соблюдения режима лечения и способности пациента к преодолению симптомов отмены никотина.

Семейный врач оценивает мотивацию к прекращению курения

Оценка степени мотивации отказа от курения проводится с помощью вопроса: «Хотите ли вы бросить курить в ближайшее время?». Если пациент отвечает «Да», то его считают мотивированным к отказу в ближайшее время, и такому пациенту должно быть предложено лечение. Если он отвечает «Нет», следует провести краткую 2-минутную беседу о влиянии курения на здоровье и предложить пациенту прийти на повторную консультацию через 6 месяцев.

Табачная зависимость (код F17) с дополнительным индексом фиксируется в медицинской учётной документации.

Пример диагноза:

1. F17.0 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Острая интоксикация
2. F17.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Абстинентный синдром.
2. F17.1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Пагубное употребление (в скобках указывается заболевание, вызванное курением - хроническая обструктивная болезнь лёгких, рак легких и др.).

Врачи могут не «инициировать» прекращение потребления табака, однако, они должны **обсуждать и поощрять** прекращение потребления табака во всех случаях. Поощрение со стороны врача определено является одним из факторов, ведущих к прекращению потребления табака.

Как правило, **депрессия и тревожность** являются наиболее частыми состояниями, описанными у курильщиков с тяжелой степенью зависимости.

Чтобы определить депрессию и дисфорию, семейному врачу следует задать два простых вопроса:

- Вы чувствовали себя грустным, подавленным, отчаявшимся в течение прошедшего месяца?
- Было ли у Вас, в течение прошедшего месяца, ощущение, что Вы занимаетесь делами без удовольствия и интереса?

Утвердительный ответ на оба вопроса может быть истолкован, как сильный признак наличия депрессии. Другой, еще более быстрый способ количественного определения депрессии – задать только один вопрос:

- Было ли Вам грустно в течение большинства дней за последние две недели?

Если ответ «да», мы снова можем считать, что курильщик находится в депрессии. Также семейный врач может использовать для оценки уровня депрессии:

- Шкала тревожности и депрессии PHQ (в приложении),
- Перечень оценки психических расстройств и депрессии Бек (Beck).

Варианты консультирования и лечения у беременных женщин и кормящих грудью могут отличаться.

КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА УРОВНЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП

Группа	Основная задача лечения	Методы
Желающие бросить	Мотивация к прекращению курения, достижение ремиссии, профилактика рецидивов	Мотивационное консультирование, медикаментозное лечение, комбинированная терапия (мотивационное консультирование + фармакотерапия)
Не желающие бросить	Мотивация к прекращению курения	Мотивационное Консультирование
Бывшие курильщики, недавно бросившие курить (более 6 недель и менее 6 месяцев)	Профилактика рецидивов	Психологическая поддержка, медикаментозное лечение (купирование симптомов отмены), повторная попытка в случае рецидива
Бывшие курильщики,	Как правило,	

давно бросившие курить (более 6 месяцев)	вмешательство не требуется.	Консультирование по здоровому образу жизни
--	-----------------------------	--

На уровне семейного врача применяются как психотерапевтические методики поддержки, помощь в принятии решений, укреплении мотивации, так и фармакотерапия при табачной зависимости и депрессии легкой степени.

На уровне семейного врача эффективными и доступными являются нефармакологические, так называемые психо-социальные методы лечения: индивидуальное консультирование, активные телефонные консультации и групповые консультации (группы равный равному).

Мотивационное интервью

Для любого курильщика, который планирует прекратить потребление табака, важное значение имеет мотивация. Стратегия консультирования «5R» сосредоточена на имеющихся у конкретного человека причинах прекращения курения, рисках, связанных с продолжением курения, вознаграждении за прекращение курения, и препятствиях для успешного прекращения курения, с повторением консультирования во время посещений в течение периода последующего наблюдения.

Стратегии	Описание	Примеры
Релевантность	В беседе акцент должен быть смещен на значимости прекращения курения конкретно для данного пациента, например, по причине наличия у него детей (на здоровье которых курение оказывает негативное влияние), проблем со здоровьем и так далее.	Врач: <i>Как Вы думаете, почему прекращение курения важно именно для Вас?</i> Пациент: <i>Я думаю, курение вредит моему здоровью.</i>
Риски	Врач должен помочь пациенту определить вероятные негативные последствия употребления табачных продуктов, подчеркивая при этом факты, обладающие наибольшей значимостью для пациента. Информация о пагубных воздействиях табака: <i>1. Воздействие на здоровье. Табачные продукты оказывают</i>	Врач: <i>Какие вредные последствия курения для Вашего здоровья Вы уже знаете? Что беспокоит Вас больше всего?</i> Пациент: <i>Я знаю, что курение вызывает рак. Это очень пугает.</i> Врач: <i>Вы правы. Риск развития рака среди курящих пациентов во</i>

	<p>отрицательное воздействие на здоровье не только человека их употребляющего, но и на его семью. Они изготавливаются из высоко токсичных материалов. Табачный дым содержит около 7000 химических веществ, из которых только о 250 известно, что они вредны для здоровья человека и 69 – вызывают рак. Конкретные примеры отрицательных последствий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Краткосрочные: одышка, обострения астмы, повышенный риск респираторных инфекций, неблагоприятный исход беременности, импотенция, бесплодие. • Долгосрочные: сердечные приступы, инсульты, рак легких и другой локализации (например, гортани, ротовой полости, глотки, пищевода, поджелудочной железы, желудка, почек, мочевого пузыря, шейки матки, острая миелобластная лейкемия), хроническая обструктивная болезнь легких (хронический бронхит, эмфизема), остеопороз, длительная потеря работоспособности, необходимость в длительном уходе. • Другие последствия: повышенный риск рака легких и сердечно-сосудистых заболеваний у супруги (супруга), повышенный риск малого веса у ребенка при рождении, синдром внезапной смерти новорожденного, астма, заболевания среднего уха, респираторные инфекции у детей курильщиков. <p>2. Экономическое воздействие. Подсчитано, что 5-15% дохода</p>	<p><i>много раз выше.</i></p>
--	---	-------------------------------

	<p>курящего человека расходуется на табачные продукты, что может представлять значительное экономическое бремя для самого человека и его семьи.</p> <p>3. <i>Социальное воздействие.</i> Курение пагубно сказывается на социальных взаимодействиях курильщика. В большинстве культур курение воспринимается негативно. Курящие люди подвергаются стигматизации, например, окружающие люди могут считать, что курильщики неприятно пахнут, не здоровы, вызывают неприязнь. Дополнительным негативным фактором является то, что дети курящих родителей с большей вероятностью начинают курить, чем дети некурящих людей</p>	
Вознаграждения	<p>Врач должен помочь пациенту выявить для себя потенциальные преимущества прекращения использования табачных продуктов.</p> <p>Примеры преимуществ/наград:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Улучшение состояния здоровья, вкуса пищи, обоняния, мнения о себе, запаха дома, машины, одежды, дыхания, экономия денег, демонстрация хорошего примера детям и уменьшение вероятности того, что они закурят, улучшение здоровья детей, собственного физического самочувствия • внешнего вида, в том числе уменьшение количества морщинок/старения и некоторое отбеливание зубов. 	<p>Врач: <i>А как Вы думаете, уменьшится ли у Вас риск развития рака, если Вы откажетесь от курения?</i></p> <p>Пациент: <i>Я думаю да.</i></p> <p>Врач: <i>Вы правы, риск значительно уменьшится. Именно поэтому Вам в обязательном порядке стоит прекратить курение.</i></p>
Препятствия	Врач должен попросить пациента идентифицировать барьеры или	Врач: <i>Какие сложности в отказе</i>

	<p>помехи к прекращению курения и обеспечить необходимые лечебные вмешательства (консультирование, лекарственные средства), которые помогут справиться с барьерами.</p> <p>Типичные барьеры включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Симптомы отмены (головная боль, кашель, сильное желание закурить, усиление аппетита, прирост веса, изменения настроения (грусть, раздражительность, беспокойство, злость), нарушение концентрации внимания, гриппоподобные симптомы, бессонница) • Страх неудачи • Увеличение веса • Недостаток поддержки • Депрессия • Получение удовольствия от табака • Курильщики в окружении • Недостаточные знания о вариантах лечения 	<p><i>от курения пугают Вас больше всего?</i></p> <p>Пациент: <i>Сильное желание закурить, это самое ужасное чувство.</i></p> <p>Врач: <i>Мы можем помочь Вам с этим. Существуют различные препараты, которые значительно снижают желание закурить.</i></p> <p>Пациент: <i>Они правда эффективны?</i></p> <p>Врач: <i>Вам все же придется применить Вашу силу воли. Но препараты действительно эффективны. Исследования показали, что, препараты удваивают шанс прекращения курения.</i></p>
<p>Повторения</p>	<p>Мотивационное вмешательство необходимо повторять каждый раз, когда немотивированный пациент находится в медицинском учреждении. Курильщикам, которые имеют негативный опыт отказа от курения, необходимо сказать, что большинство курящих лиц окончательно и успешно бросают курить после нескольких попыток.</p>	<p>Врач: <i>В прошлый раз мы немного поговорили о курении. Давайте посмотрим, изменилось ли Ваше отношение к нему? Ответьте, пожалуйста, еще раз на вопросы: см. стратегию «Оценить».</i></p> <p>Если пациент готов к прекращению курения, примените стратегию 5А. Если пациент все еще не желает отказываться от курения, следует тем не менее</p>

		<p>продемонстрировать благожелательный настрой по отношению к пациенту, например, сказав: <i>Я Вас понимаю, процесс ухода от курения это сложный и порой длительный процесс. Тем не менее это возможно, и я буду консультировать Вас, когда Вы на это решитесь.</i></p>
--	--	---

Основные принципы мотивационного интервью

Проявить эмпатию - осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания. Консультант четко показывает заинтересованность в попытке понять пациента. Это делается с помощью отражения и резюме.

Выявить несовпадения. Консультант помогает пациенту осознать разрыв между текущей ситуацией и той, какой она могла бы быть, с учетом целей и ценностей пациента. Ощущение значительных несовпадений является сильной движущей силой для изменения поведения, при условии, что клиент имеет возможность измениться.

Избегайте споров. Если консультант входит в конфронтацию с этими проявлениями, или начинает спорить, сопротивление пациента будет увеличиваться. Консультант “продолжает движение” при наличии сопротивления, когда оно появляется, но пытается предотвратить возникновение таких ситуаций.

Поддержка опоры на свои силы. Консультант поддерживает у пациента опору на свои силы, проявляя доверие к способности пациента измениться. Консультант показывает, что высоко оценивает усилия пациента. При проведении интервью следуют соблюдать следующие принципы:

- Спрашивайте разрешения. Разговор о табаке редко рассматривается пациентами как обидный, однако, всегда разумно подойти к этой теме, спросив разрешения на такое обсуждение.
- Амбивалентность - двойственность переживания, выражающаяся в том, что один и тот же объект вызывает у человека одновременно два противоположных чувства. Амбивалентность является естественной

фазой изменения. Всегда есть «за» и «против» изменений, последствия которых могут проявиться в отдаленном будущем. Консультанты должны стремиться помочь пациенту выразить свои причины для изменения.

- Открытые вопросы. Закрытые вопросы требуют ответов типа «да» или «нет»; открытые вопросы предполагают более пространные ответы или раздумья.
- Устное выражение изменений. Для консультанта важно найти высказанное пациентом «устное выражение изменений», слова и мысли, которые могут привести к изменению.
- Подтвердите положительные речи и поведение. Пациент будет более готов к переменам, если его позитивные знаки или мысли были выявлены и подтверждены.
- Обдумывайте то, что вы слышите или видите. По сути, размышления являются догадками относительно того, что пациент говорит или думает. Размышления не подтверждают согласия с пациентом; скорее, они сообщают пациенту, что консультант его выслушал, и помогают пациенту услышать, что он сам говорит.
- Обобщайте сказанное. Резюме представляет собой особую форму отражения. Резюме напоминает пациенту о главных пунктах обсуждения, плане действий, и собственных причинах, которые имеет пациент, чтобы принять меры. Резюме полезны в двух отношениях. Если пациент замедляет речь, или прекращает говорить, резюме может послужить мостиком, помогающим пациенту продолжить говорить. Резюме может также помочь напомнить пациенту, что он сказал, или указать на связь между его заявлениями.

Индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Принципы КПТ

Принципы КПТ следующие: инициирование отношений сотрудничества между врачом и пациентом; избегание конфликтов; активное слушание – которое включает перефразирование высказываний пациента; оценка успеха; создание положительных навыков оценки преимуществ прекращения курения.

Каждый курильщик должен получить совет предпринять свои собственные усилия, чтобы прекратить курить. Если эта попытка неудачна, или если курильщик чувствует себя не в состоянии прекратить курение без посторонней помощи, тогда для поддержки прекращения курения могут применяться групповые занятия между пациентами с аналогичными проблемами.

Семейным врачам при индивидуальном или групповом консультировании следует использовать следующие принципы:

- Выражение поддержки, поздравление с принятием решения и пожелание удачи;
- Подготовка пациента – осознание курения как привычки, выяснение пусковых и поддерживающих факторов курения;

- Разбор всех возможных причин, из-за которых пациенту следует бросить курить, усиленно мотивируя его это сделать;
- Выбор дня отказа от курения вместе с пациентом;
- Формирование отрицательного отношения к курению – необходимо сделать курение неприятным;
- Обращение к супругу и друзьям за поддержкой;
- Объяснение сути и содержания синдрома отмены с перечислением симптомов;
- Объяснение механизма выздоровления во времени;
- Полезные советы в изменении поведения;
- Объяснение сути медикаментозной терапии, показаний, противопоказаний, режимов приема и видов препаратов;
- Беседа об индивидуальном опыте приема медикаментозной терапии и других видов фармакотерапии.

Индивидуальная консультация продолжительностью не менее 3-5 минут проводится при первом обращении, затем краткая консультация – не реже 1 раза в месяц в течение первых 6 месяцев лечения.

Фармакологическое лечение табачной зависимости

Поскольку курение является хроническим заболеванием, необходимо лечебное воздействие с множеством компонентов, среди которых решающее значение имеет лекарственное лечение. Фармакотерапия никотиновой зависимости включает в себя широкий спектр лекарственных препаратов, от никотин-заместительной терапии (НЗТ), используемой в различных формах (жевательная резинка, пластырь, назальный спрей, ингалятор, подъязычные таблетки), до антидепрессантов, антагонистов рецепторов никотина и т.д.

Показания и противопоказания к назначению медикаментозного лечения

Кому не рекомендовано назначение любых лекарственных препаратов для лечения никотиновой зависимости?	Кому назначаются лекарственные препараты для лечения никотиновой зависимости?
<ul style="list-style-type: none"> - беременным и кормящим женщинам, - детям и подросткам, не достигшим возраста 18 лет, - курильщикам с легкой степенью зависимости 	<p>Всем курильщикам, желающим прекратить курение, а также пациентам, недавно бросившим курить, имеющим выраженные симптомы отмены табака, при отсутствии противопоказаний</p>

Таким образом, основной функцией семейных врачей является первичная профилактика табакокурения, раннее выявление и терапия курильщиков, имеющих легкую и среднюю степени зависимости. Лечение случаев

легкой/средней степени табачной зависимости проводится семейным врачом путем комплексной терапии в течении 6 месяцев и при отсутствии эффекта пациент перенаправляется в специализированное учреждение.

При наличии признаков депрессии легкой степени тяжести и отсутствии психических заболеваний, терапия проводится согласно протоколам. При отсутствии эффекта терапии и в случаях средне-тяжелой депрессии, семейный врач перенаправляет пациента в специализированное учреждение.

При наличии у пациента высокой степени табачной зависимости, следует направить его на консультацию к психиатру-наркологу. После назначений специалиста (письменной регистрации диагноза и терапии в карте пациента консультантом-нарколога), пациент может проходить курс лечения под наблюдением семейного врача в неосложненных случаях.

ТЕРАПИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Комбинированное лечение с использованием консультаций и лекарств

Консультации и лечение являются эффективными, когда используются сами по себе, но сочетание консультирования и лечения более эффективно, чем при использовании по отдельности, и увеличивает показатель воздержания.

Соблюдение режима комбинированного лечения (лекарства и консультации) также является важным фактором успеха для прекращения курения. Кроме того, медикаментозное лечение помогает пациентам преодолеть острую фазу прекращения курения, когда симптомы отмены наиболее интенсивные, в то время как поведенческая терапия предоставляет механизмы совладения для поддержания длительного воздержания. Таким образом, сочетание обоих методов лечения может улучшить соблюдение пациентом режима лечения при применении каждого метода.

Различают две категории лекарственных средств, показанных для прекращения курения: лекарства первой линии и лекарства второй линии.

Лекарственные препараты первой линии

Средства для никотин-заместительной терапии (НЗТ): препараты химически чистого никотина.

Показания

- курильщики с тяжелой степенью зависимости;
- пациенты с выраженными проявлениями синдрома отмены никотина.

Сокращение курения с применением заменителей никотина

Сокращение курения с применением никотин-заместительной терапии, рекомендуется только у зависимого курильщика, т.е. курильщика, у которого большое количество никотиновых рецепторов, и их десенсибилизация являются важным фактором потребления среди курильщиков, набравших более 3-х, или даже более 6-и баллов шкалы Фагерстром (Fagerström).

Как правильно назначать и дозировать препараты НЗТ?

- дозировка определяется степенью зависимости по Фагерстрёму: результаты ≥ 7 баллов обычно требуют применения более высоких доз

препарата и (или) комбинации препаратов (например, пластырь + ингалятор), а также длительных сроков лечения (12 месяцев и дольше);

- критерием адекватной дозы является купирование синдрома отмены у абстинентов;

- применение препарата прекращается после окончания курса лечения;

- при длительном применении, а также при использовании комбинации препаратов необходимо избегать и вовремя диагностировать передозировку никотина (тахикардия, гиперсаливация, боль в животе, тошнота, рвота, нарушение слуха);

- пациентам с сахарным диабетом, может потребоваться увеличение дозы инсулина или сахароснижающих препаратов;

- никотинсодержащие препараты могут быть назначены в комбинации с препаратами, не содержащими никотин (например: с антидепрессантами), а также с препаратами второй линии и препаратами вспомогательной терапии.

Пероральные никотинсодержащие препараты представлены в различных видах:

- жевательная резинка,
- подъязычные таблетки, помещаемые под язык,
- пастилки и др.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ИНСТРУКЦИИ
Никотинсодержащая ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА	2 мг – пациент курит ≤ 24 сигареты в день 4 мг – пациент курит ≥ 25 сигарет в день Единогласно рекомендуемая доза составляет 8 – 12 резинок разжевываемых за день	Применять до 12 недель
Никотинсодержащие таблетки (типа Никоретте)	Начальную дозу следует подбирать индивидуально в зависимости от степени табачной зависимости. Пациентам с малой степенью зависимости лечение следует начинать с 1 таблетки на прием. Пациентам с более высокой степенью зависимости (тест Фагерстрёма на никотиновую зависимость > 6 баллов; либо количество выкуриваемых за сутки сигарет	Принимать препарат следует не менее 3 мес. Затем следует постепенно снижать количество применяемых таблеток. Когда суточное потребление препарата снизится до 1-2 таблеток, применение его

	<p>превышает 20 шт.), а также пациентам, которым не удалось бросить курить, применяя 1 таблетку 2 мг, следует начать лечение с 2 таблеток по 2 мг на прием. В начале курса лечения таблетки следует принимать каждые 1-2 ч; 8-12 таблеток по 2 мг в день, как правило, достаточно. В течение дня не следует принимать более 30 таблеток по 2 мг.</p>	<p>следует прекратить.</p>
<p>НИКОТИНОВЫЙ ПЛАСТЫРЬ</p>	<p>Указанные дозы относятся к 24-часовому пластырю. Для 16-часового пластыря необходимо применять соответствующую коррекцию дозы (7 мг соответствует 5 мг, 14 – 10 мг, а 21 – 15 мг).</p> <p>1. Если число сигарет в сутки не превышает 15, начальная дозировка никотинового пластыря составляет 7-14 мг/сут.</p> <p>2. При дневной потребности от 15 до 20 сигарет начальная доза составляет 15-21 мг/сут.</p> <p>3. При дневной потребности от 20 до 40 сигарет начальная доза составляет 21-35 мг/сут.</p> <p>4. Если дневная потребности превышает 40 сигарет, начальная доза пластыря должна составлять 42 мг/сут.</p>	<p>Применять новый пластырь каждое утро в течение 8 – 12 недель</p>

Признаки передозировки

Передозировки никотина нет, если сохраняется сильное желание курить. У пациента, не имеющего желания курить, передозировка приводит к ощущению, что выкурено слишком много, а также к тошноте, и тахикардии. Эти признаки являются преходящими, и быстро прекращаются в конце лечения, в течение нескольких часов, и при возобновлении лечения с уменьшенными дозами.

Признаки недостаточной дозы

У курильщиков с недостаточной дозировкой никотина отмечаются:

- сильное желание курить,

- крайняя нервозность в привычной среде,
- булемия,
- проблемы со сном,
- часто продолжение курения нескольких сигарет.

Часто бывает полезно направлять курильщиков для регулярной корректировки дозировки, для этого:

- в большинстве случаев предоставляется информация, чтобы они могли самостоятельно корректировать свою дозу,
- курильщиков просят звонить на протяжении 24-72 часов,
- курильщикам рекомендуют позвонить на телефонную линию по прекращению курения, или обратиться за иной поддержкой для прекращения потребления табака, которые могут помочь скорректировать дозу, и предоставить дополнительные советы.

Противопоказания

- Инфаркт миокарда в течение 2 недель
- Нестабильная или прогрессирующая стенокардия
- Феохромоцитома
- Беременность или кормление грудью

Побочные эффекты НЗТ

Никотин-заместительная терапия может иметь побочные эффекты, такие как аллергические или неаллергические реакции. Эти явления, как правило, доброкачественные. Иногда бывает трудно понять, что в наблюдаемых побочных эффектах связано с изменением курительного статуса, что с изменением стиля жизни, и что - с лекарством.

Хотя нет доказательств, что НЗТ может увеличить риск развития инфаркта миокарда, лица с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе или недавно перенесшие инфаркт миокарда должны проконсультироваться с врачом перед применением НЗТ. Лица до 18 лет также должны проконсультироваться с врачом перед началом никотинзаместительной терапии.

Употребление никотина во время беременности может привести к появлению синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и снижению обучаемости у ребенка. Это также создает опасность никотиновой зависимости ребенка в будущем. Поэтому беременные и кормящие грудью женщины должны проконсультироваться с врачом перед началом применения НЗТ.[10] Жевательным резинкам, таблеткам для рассасывания и назальным спреям присвоена категория тератогенности С; трансдермальному пластырю - категория D. Трансдермальный пластырь считается менее безопасным для плода, поскольку никотин поступает в организм постоянно в течение времени использования пластыря, в отличие от жевательной резинки или таблетки для рассасывания, которые доставляют никотин периодически.

Лечение варениклином

Варениклин. Этот препарат, обладая высокой аффинностью и селективностью, связывается с $\alpha 4\beta 2$ -н-холинорецепторами, в отношении которых он является

частичным агонистом никотина, т.е. одновременно проявляет агонистическую активность (однако, в меньшей степени, чем никотин) и антагонизм в присутствии никотина .

Показания:

Лечение никотиновой зависимости у взрослых. Вероятность успешной терапии препаратом для прекращения курения повышается у пациентов, высоко мотивированных на отказ от курения, которым предоставляется дополнительная консультативная помощь и поддержка.

Способ применения и дозы: Принимают внутрь независимо от приема пищи. Таблетки следует проглатывать целиком и запивать водой. Курс лечения составляет 12 недель. Лечение следует начинать за 7 дней до выбранной пациентом даты прекращения курения.

«Стартовый» курс: с 1-го по 3-й день по 1 таблетке (содержащей 0,5 мг) 1 раз в день, с 4-го по 7-й день по 1 таблетке (содержащей 0,5 мг) 2 раза в день, с 8-го по 14-й день по 1 таблетке (содержащей 1 мг) 2 раза в день. При этом с 8-го дня пациент полностью отказывается от курения.

Курс «продолжение» начинается с 15-го дня и продолжается 8 недель, в этот период доза составляет по 1 таблетке (1 мг) 2 раза в день.

Курс «завершение» продолжается 2 недели, в этот период доза составляет по 1 таблетке (содержащей 1 мг) 2 раза в день. Пациентам, которые успешно прекратили курение к концу 12-й недели, рекомендуется дополнительный курс лечения препаратом в дозе 1 мг 2 раза в день в течение 12 недель (1 упаковка «продолжение» и 2 упаковки «завершение»).

Меры предосторожности при лечении варениклином

Пациенты с почечной недостаточностью

У пациентов с почечной недостаточностью, доза корректируется следующим образом: при легких формах (клиренс креатинина 50-80 мл / мин.) – применяется обычная доза; при умеренных формах (клиренс креатинина 30-50 мл / мин.) – применяется обычная доза или до 1 мг / сут; при тяжелых формах (клиренс креатинина \leq 30 мл / мин) - максимальная рекомендуемая доза составляет 1 мг / сут.

Цитизин

Цитизин - природный алкалоид, извлеченный из семян растений, таких как *cytisu slaburnum* и *sophoratetraptera*. Препарат второго выбора, имеющий большую доступность ввиду низкой стоимости, эффективность которого подтверждена в РКИ.

Таблетированный препарат в дозировке по 1,5 мг применяется по схеме

1-3 дни – 6 таблеток в день (каждые 2 часа);

4-12 дни – 5 таблеток в день (каждые 2,5 часа) – на 5-й день приема цитизина курение рекомендуется прекратить;

13-16 дни – 4 таблетки в день (каждые 3 часа);

17-20 дни – 3 таблетки в день (каждые 5 часов);

21-25 дни – 1-2 таблетки в день.

Противопоказания для назначения цитизина:

- Острый инфаркт миокарда
- Нестабильная стенокардия
- Тяжелое нарушение сердечного ритма
- Недавно перенесенный инсульт
- Тяжелый атеросклероз
- Беременность и кормление грудью

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КПТ	Когнитивно-поведенческой терапии
МКБ-10	Международная классификация болезней 10 пересмотра
НЗТ	Никотин-заместительная терапия
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РКБТ ВОЗ	Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака
РКИ	Рандомизированные клинические исследования
ТЗНФ	Тест зависимости от никотина Фагерстрема

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бримкулов Н. Н., Винников Д. В., Буржубаева А. Ж. Эффективность цитизина в прекращении курения у рабочих с умеренной степенью табачной зависимости. Респираторная медицина 2008; 1 (2): 50-55.
2. Вихирева О.В. Отказ от курения./Кардиология: национальное руководство/под ред. Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г., - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - с. 267-277.
3. Горанская С.В. Табакокурение. Введение в наркологию. – Петрозаводск, 1999. – 182 с.
4. Гулямов М.Г. Психиатрия. – Душанбе: Маориф, 1993 г.
5. Дёмина А.К. Научно обоснованные рекомендации по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости. Издание Российской ассоциации общественного здоровья, 2013.
6. Дифференцированные подходы к диагностике, клинике и лечению табачной зависимости у лиц с пограничными психическими расстройствами. Методические указания. Смирнов В.К., Ермолова О.И., Шарахов Ю.А., Гарницкая А.С. М., 2000
7. Казин Э.М. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию. – М., 2000. – 238 с.
8. Кинкулькина М.А., Тюльпин Ю.Г., Балабанова В.В. и др. Некоторые аспекты преподавания наркологии на додипломном этапе подготовки врачей// Вопр. наркологии. 2003. № 4. С. 60-62.
9. Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в Кыргызской Республике. (Бримкулов Н.Н. и соавт.). Бишкек: МЗ КР 2010. – с.67-72.

10. Колеченко А.К. Комплексная профилактика наркозависимых в системе образования. // Служба практической психологии в системе образования. – 2000. - № 5
11. Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. – СПб, 2001. – 250 с.
12. Левшин В.Ф. Методика групповых занятий по оказанию медицинской помощи в отказе от курения. М., РАОЗ. 2003. - 32 с.
13. Левшин В.Ф. Табакизм: патогенез, диагностика, лечение. М., 2012.
14. Лукомская М.И. Алкоголизм в России. М.: Гуманитарий, 1997. 192 с.
15. Международная статистическая классификация болезней, 10 пересмотр (<http://mkb-10.cjm>).
16. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Медико-генетическое консультирование в наркологии // Вопросы наркологии. 2001. № 3. С. 33-39.
17. Огурцов П.П., Жиров Н.В. Неотложная алкогольная патология. М., 2001. 80 с.
18. Поплевченков Н.А. Пациенты, злоупотребляющие алкоголем, в работе врачей общей практики // Вопр. наркологии. 2001. № 3. С.39-47.
19. Рекомендации ENSP по лечению табачной зависимости. Всестороннее руководство для осуществления мероприятий и стратегий по лечению табачной зависимости. 2016 European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP), перевод под ред. А.К. Демина – 186 стр.
20. Сидоров П.И., Ишеков Н.С., Соловьев А.Г. Соматогенез алкоголизма. М.: МЕДпресс-информ, 2003. 223 с.
21. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. Руководство для врачей. М., 2000. - 96 с.
22. Смирнов В.К. Схема сбора анамнеза при табачной зависимости. М., 1996.
23. Смышляев А.В. Актуальность вопроса разработки стандартов оказания специализированной медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением табака. // Актуальные вопросы терапии табачной зависимости. Материалы XII Московской научно-практической конференции. – 2012. – С. 93-100.
24. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Болезни легких курящего человека // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1999 - №4. – с. 3-10.
25. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. М.: Рус. Мед. Журн., 2001: 904-912 с.
26. Cahill K., Stead L.F., Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD006103. DOI: 0.1002/14651858.CD006103.pub6.

27. Cahill K., Stead L.F., Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub7
28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13.
29. Leaviss J., Sullivan W., Ren S., Everson-Hock E., Stevenson M., Stevens J.W., et al. What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of cytisine compared with varenicline for smoking cessation? A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2014;18(33).
30. Marecer P. Detoxification units in the prevention of alcoholism and drug dependence in Czechoslovakia// *Alcohol and Alcoholism.* 1987. № 1. P. 13-16.
31. Hankin J., Oktay J.S. Mental disorder and primary medical care: An analytical review of the literature// *Health and Human services.* 1979. № 4. P. 173-180.
32. Fiore M., Bailey W., Cohen S. et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services: 2008.
33. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA.* 1999;282:1737-44.
34. Vinnikov D., Brimkulov N., Burjubaeva A., Double-Blind A. Randomized, Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation in Medium-Dependent Workers. *The Journal of Smoking Cessation* 2008; (3) 1: 57-62.
35. West R., Zatonski W., Cedzinska M., Lewandowska D., Pazik J., Avevard P., Stapleton J. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2011 Sep 29; 365(13); 1193-200. Doi: 10.1056/NEJMoa 1102035.
36. World Health Organization: Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care, 2014: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112835/1/9789241506953_eng.pdf

ОПРОСНИК ДЕПРЕССИИ АНКЕТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ (PHQ-9)

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы? <i>(Ставьте чтобы указать свой ответ)</i>	Несколько Ни разу		Более недели	Почти каждый день
	ко дней			
1. Вам не хотелось ничего делать	0	1	2	3
2. У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
3. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы были утомлены, или у Вас было мало сил	0	1	2	3
5. У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали	0	1	2	3
6. Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	0	1	2	3
7. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)	0	1	2	3
8. Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, Вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
9. Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред	0	1	2	3

Интерпретация результатов (общий балл)

Общий балл Выраженность депрессии

1-4 Минимальная депрессия

5-9 Легкая депрессия

10-14 Умеренная депрессия

15-19 Тяжелая депрессия

20-27 Крайне тяжелая депрессия

СОДЕРЖАНИЕ

№	Название	Страница
1	Методы разработки руководства	3
3	Введение	4
4	Основная терминология по табачной зависимости	5
5	Оказание услуг по проблемам табачной зависимости на уровне учреждений ПМСП	7
6	Терапия табачной зависимости на уровне специализированного учреждения	21
7	Список сокращений	27
8	Список использованной литературы	27
9	Приложение/Шкала	30
10	Содержание	31