

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Методические рекомендации

**Особенности профилактики табакокурения
среди населения**

Авторы: Д. А. Трошин, *медицинский психолог*
Е. В. Татаринцева, *врач-дерматолог*

Пенза, 2009 г.

Содержание

Введение.....	3
1. Введение в проблематику табакокурения.....	4
1. 1. Табачная эпидемия.....	4
1. 2. Курение как социально-экономическая проблема.....	5
1. 3. Курение - это болезнь.....	7
2. Медико-психологические аспекты проблемы табакокурения.....	10
2. 1. Причины употребления табака.....	10
2. 2. Последствия употребления никотина и табачного конденсата.....	12
2. 3. Пассивное курение.....	13
2. 4. Бросающие курить.....	13
3. Методы лечения пациентов с зависимостью от табака	15
3. 1. Фармакологические методы терапии.....	15
3. 2. Психотерапия табачной зависимости.....	17
3. 2. 1. Рациональная психотерапия как метод борьбы с табакокурением.....	17
3. 2. 2. Аверсионная терапия.....	19
3. 2. 3. Гипнотерапия.....	21
3. 2. 4. Психотропные средства в терапии табачной зависимости.....	22
Заключение.....	24
Список использованной литературы.....	25

Введение

Мнение о том, что курение - это фактор риска для здоровья курильщика, сегодня нуждается в переосмыслении: курение - это болезнь, которая требует определенного лечения как отдельная нозологическая группа. Многолетние эпидемиологические исследования влияния курения на состояние здоровья населения в целом и каждого индивидуума отдельно показывают наличие положительной корреляции между длительностью экспозиции к табачному дыму и развитием многих заболеваний.

К таким заболеваниям можно отнести рак легкого, рак поджелудочной железы, рак мочевого пузыря, рак губы, ишемическую болезнь сердца, правожелудочковую недостаточность, аневризму аорты, заболевания периферических сосудов, бронхиальную астму, гипертоническую болезнь, сахарный диабет, инсульт, потерю остроты зрения, снижение иммунитета и хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ).

Несмотря на важность обсуждаемой проблемы, изучена она далеко не достаточно. Слабо разработанными остаются многие вопросы клиники и лечения табачной зависимости. Отчасти это может быть связано с отношением общества к курению как к социально приемлемой привычке. Вместе с тем большинство специалистов считают, что никотинизм является вариантом токсикомании, причем одним из наиболее упорных и трудно поддающихся лечению. Так же как и большинство других токсикоманий, никотинизм проходит через фазы психологической и физической зависимости с формированием на заключительной стадии абстинентного синдрома, характеризующегося появлением ряда соматических и психических неприятных ощущений при прекращении курения.

Однако табачной зависимости присущ и ряд специфических черт, отличающих ее от других токсикоманий. Так, при ней не развивается выраженных психических нарушений и изменений личности, что, очевидно, и делает этот вид патологического пристрастия социально терпимым. Кроме того, при никотинизме роль психологических факторов в становлении пристрастия, по-видимому, выше, чем при любой другой токсикомании. До сих пор неясно, каким образом никотин может оказывать эйфоризирующее действие. В некоторых работах доказывается, что, хотя никотин и играет определенную роль в формировании табачной зависимости, она весьма мала по сравнению со значением психологических факторов

1. Введение в проблематику табакокурения

1. 1. Табачная эпидемия

Вопрос о вреде курения для здоровья человека никогда не ставился так остро и масштабно, как на сей раз. Прогнозы специалистов ужасают: 200 миллионов живущих сегодня в мире детей умрут преждевременно из – за употребления табака – причины, которую можно предотвратить.

В Швеции, Финляндии, Дании, Голландии осуществляется активная антитабачная политика, которой занимается государство и государственные деятели, существуют целые институты здоровья, а проблема табакокурения является национальной. Для ее решения разработаны государственные программы. Они преследуют цель не только снизить число курящих, но и уменьшить содержание в табаке никотина, табачной смолы и кадмия (основной пусковой механизм злокачественных новообразований, его поэтому вообще не должно быть в табачных изделиях). Контрабандным путем в мире распространяется некачественная табачная продукция с высоким содержанием смолы и никотина. Особенно широкое распространение это получило в странах Восточной Европы, в том числе в России.

В большинстве стран мира запрещено продавать сигареты детям, при покупке с них требуют документ, удостоверяющий личность. Категорически запрещены реклама и пропаганда табачных изделий, а также их маркетинг. Введены строгие ограничения – запрещается курить в местах общественного пользования: в кафе, ресторанах, на службе, транспорте и даже в туалетах (только в специально отведенных для этого местах). За курение в неположенном месте взимаются очень чувствительные штрафы, а с предприятий табачной промышленности берутся повышенные налоги.

В настоящее время в Российской Федерации существует государственная программа по проблеме табакокурения. Сложность заключается в том, что табачная зависимость по международной классификации болезней (МКБ-10) приравнена к болезни, коварство которой состоит в том, что она недооценивается не только теми, кто курит, но и многими из тех, кто отвечает за охрану и укрепление здоровья населения. Именно по этой причине в большинстве стран мира на проблему табака все еще продолжают смотреть сквозь пальцы.

Многие еще не знают о роли пассивного курения в распространении онкологических болезней в семьях курильщиков. Оказывается, есть и такая зависимость – муж курит, а жена заболевает мастопатией или раком молочной железы или матки. Впрочем, могут заболеть и другие члены семьи, потому что табачный дым в окружающей среде содержит в основном те же канцерогены и токсичные вещества, которые вдыхают и сами курильщики.

В России табачный дым ежедневно уносит 750 человеческих жизней. В числе основных причин можно назвать психологическое давление, под действием которого оказалось население в результате резких экономических и социальных изменений, происшедших в течение короткого времени. Сейчас уровень жизни 34% россиян ниже официального уровня бедности, а средняя продолжительность жизни отстает от развитых стран на 10 – 15 лет. А людей по-прежнему широко бытует ложное представление о том, что курение облегчает психологический стресс

1. 2. Курение как социально-экономическая проблема

Табакокурение является важнейшей проблемой здоровья населения. Оно повсеместно затрагивает более миллиарда людей, все больше вовлекая детей и женщин во многих странах мира. Самое печальное, что происходит омолаживание курящего населения, свидетельством чего является высокая распространенность курения среди школьников. В России курят 40 млн. человек старше 18 лет. В последнее десятилетие стремительно увеличивается удельный вес курящих подростков. Курение среди молодежи является современным своеобразным стилем поведения, как среди юношей, так и среди девушек. В то же время, оно способствует развитию целого ряда заболеваний, а также приводит к преждевременной смерти. Ежегодно от курения умирают более 500 тыс. человек, что обуславливает потерю 5 млн. лет потенциальной жизни. Среди онкологических заболеваний рак трахеи, бронхов, легкого среди мужчин занимает первое место (его доля составляет 23,5 %); в структуре же смертности причиной 18,4 % смертей являются злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого.

Формируясь в детском и подростковом возрасте, этот фактор риска продолжает действовать и в зрелом возрасте, внося свой вклад в общее

ухудшение здоровья. Он также затрудняет получение хорошего образования, приводит к отрицательным социальным последствиям. По данным опроса, проведенного в Пензенской области в 2007-2008 гг., более 90 % учеников 5-7 классов негативно относятся к курению, а в старших классах курение неприемлемо для 60 % опрошенных.

Последствия курения имеют необратимый характер. Женщины, нерожавшие детей, подвергают риску здоровье будущего ребенка; создается угроза невынашивания беременности.

Значительно сокращается продолжительность жизни курильщиков. Нужно отметить, что пассивное курение также оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье, причем дети страдают больше, чем взрослые.

Ежегодный экономический ущерб от курения составляет 13,7 млрд. рублей. Раннее начало профилактического вмешательства наиболее перспективно, т.к. определенный стереотип поведения в подростковом возрасте еще не сложился, и перейти к здоровому образу жизни легче. Снижение частоты курения среди населения способно существенно снизить преждевременную смертность и экономический ущерб, связанный с курением.

Все социально-экономические последствия курения можно разделить на две группы: прямые и непрямые потери.

К прямым потерям относятся:

- потери от преждевременной смерти курильщиков (число не дожитых лет жизни и количество недопроизведенного национального дохода);
- потери на лечение и восстановление трудоспособности курильщиков (оплата медицинских услуг нетрудоспособности и инвалидности);
- потери от брака в работе и снижения производительности труда;
- огромные потери, связанные с небрежностью при курении (пожары, ожоги и др.)

Расчет прямых потерь, хотя и носит относительный характер, тем не менее, дает представление об огромных их масштабах и позволяет провести анализ по методу «затраты—выгоды».

К косвенным потерям, связанным с курением, можно отнести генетические нарушения, проявляющиеся в виде роста частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, роста случаев недоношенности и рождение детей с низкой массой тела, нарушений в

кормлении новорожденных, а также в ослаблении адаптационных механизмов и увеличении числа заболеваний в детском возрасте, в росте числа врожденных дефектов, в ухудшении физического и психического развития детей, которые будут проявляться, вероятно, и в последующих поколениях.

К непрямым потерям также можно отнести влияние на пассивных курильщиков со всеми вытекающими последствиями для их здоровья и трудоспособности

Курение, безусловно, опасно, в связи с развитием многочисленных болезней и преждевременной смертностью. Однако эта опасность является отсроченной, что заставляет курильщиков серьезно задуматься лишь при возникновении заболеваний.

Зарубежный опыт показывает, что экономический ущерб от курения побудил многие американские и канадские фирмы выделить дополнительные ассигнования на борьбу с курением среди их персонала, включая поощрение лиц, бросивших курить, организацию лотерей для некурящих с выплатой крупных выигрышей и др. К сожалению, данная политика в России не проводится.

Для успешного снижения частоты курения среди населения необходимо, в первую очередь, желание курящих отказаться от курения, а также наличие эффективной политики на государственном уровне, способной предотвратить распространение табачной эпидемии.

1. 3. Курение - это болезнь

Курение служит причиной многих функциональных и органических поражений организма. Оно также обуславливает изменение реакции организма на действие многих лекарственных средств, так как ускоряет элиминацию лекарственных препаратов путем стимулирования их метаболизма печеночными ферментами. Характерно, что действие многих лекарств (среди них аскорбиновая кислота, фуросемид, гепарин, эстрогены, пентазоцин, антипирин, фенацетин, пропранолол, теофиллин, трициклические антидепрессанты, имипрамин и др.) находится в прямой зависимости от числа ежедневно выкуренных сигарет, и это особенно выражено при выкуривании 20

и более сигарет. Табачная зависимость выражается тремя основными клиническими формами: идеаторной, психосоматической и диссоциированной.

Идеаторная форма характеризуется наличием мысленного и образного, а также сочетанием идеаторного и вегето-сосудистого компонентов в структуре влечения и имеет свое клиническое своеобразие в развитии зависимости. Эта форма характеризуется относительно ранним возрастным началом первых проб курения табака, коротким этапом не ежедневного, эпизодического курения, постепенным нарастанием толерантности к количеству выкуриваемых сигарет, относительно поздним (после утреннего пробуждения через 2-3 часа) началом курения. У лиц с этой формой зависимости чаще отмечается периодический тип влечения, то есть промежутки между выкуриванием сигарет были от 1 до 3 часов. Большинство курящих лиц в этой группе относительно поздно осознают у себя влечение к табаку и делают попытки самостоятельного прекращения курения с ремиссией от 1 недели до 1,5 года. Больных с идеаторной формой табачной зависимости 18%.

Психосоматическая форма обусловлена сочетанием идеаторного, вегетативно-сосудистого и невротического компонентов. Она возникает и развивается в относительно позднем возрасте. Этап эпизодического курения отсутствует или бывает незначительным. Толерантность характеризуется быстрым увеличением количества выкуриваемых сигарет. Для психосоматической формы характерно курение натошак, в ночное время или раннее начало курения после пробуждения. Осознание влечения к табачному дыму у пациентов наступает поздно. Тип течения влечения в большинстве случаев бывает постоянным или с малыми временными промежутками - 10-20 минут. Пациенты с этой клинической формой за редким исключением не могут самостоятельно, без специального лечения бросить курить. При самостоятельном воздержании больные дают короткие ремиссии в 4-10 дней; при этом на фоне отмены курения отмечается обострение патологического влечения. Синдром отмены на вегетативном, психическом и поведенческом уровнях характеризуется колебаниями артериального давления, учащенным сердцебиением, затруднением вдоха или выдоха (одышка), повышенной потливостью, раздражительностью, неустойчивостью настроения, непоседливостью, суетливостью, агрессивностью. Количество больных с этой клинической формой - 17%.

Диссоциированная форма характеризуется сочетанием признаков как идеаторной, так и психосоматической форм.

Курильщики с этой формой часто курят натошак. Этап эпизодического курения у них отсутствует или бывает коротким. Начало курения раннее, в 10-15-летнем возрасте. Тип течения патологического влечения периодический; при этом временные периоды между курением имеют место от нескольких минут до 10 часов. Обнаруживается большой разброс в количестве выкуриваемых сигарет за сутки (от 4 до 30 штук), т.е. наблюдается симптом "мерцающей толерантности". Осознание влечения, зависимости от курения позднее. Курительный акт осуществляется неосознанно, произвольно (машинально, автоматически), то есть патологическое влечение на идеаторном уровне неосознаваемо и часто трансформируется, а именно, проявляется на вегетативно-сосудистом уровне (колебания АД, тахикардия, потливость). Синдром отмены часто сопровождается появлением вкусовых и обонятельных иллюзорных, галлюцинаторных и сенестопатических нарушений в форме присутствия табачного дыма в полости рта и носоглотке. Эта форма наблюдается у 65% табакозависимых лиц.

Анализ исследований, посвященных вопросам терапии больных табачной зависимостью, выявляет как закономерность отрицательную динамику конечных результатов лечения. Она проявляется в виде прогрессирующего увеличения рецидивов курения по мере удлинения продолжительности отказа от курения. Такая тенденция сохраняется, несмотря на применение самых разнообразных способов лечения, разработанных в разных странах мира. К таким способам относятся:

- постепенное уменьшение количества никотина в сигаретах;
- применение градуированных внешних фильтров;
- селективное производство табака со сниженным содержанием никотина и смолистых веществ;
- уменьшение количества выкуриваемых сигарет с самоконтролем;
- разработка индивидуальных мероприятий с применением поэтапных лекарственных воздействий;
- изменение чувствительности к табачному дыму с помощью рефлексотерапии;
- разработка поведенческих программ с использованием техники стимулирующего контроля и самоконтроля;
- заместительные формы терапии в виде приема анабазина, цититона, лобелина, жевательной резинки с никотином

2. Медико-психологические аспекты проблемы табакокурения

2. 1. Причины употребления табака

Американские ученые недавно указали на связь между депрессией и зависимостью от никотина. Как показали дальнейшие исследования, проведенные среди 3000 курящих и некурящих, это касается не только сильных депрессией, но и легких депрессивных расстройств. Было сделано предположение, что реклама сигарет способствует употреблению наркотиков молодыми людьми к депрессиям. «Легкость бытия», показываемая в рекламных роликах, особенно влияет на этих молодых людей, считают исследователи.

Согласно проведенным многочисленным опросам, причинами начала курения в детском возрасте можно считать любопытство, пример взрослых и друзей, влияние рекламы, кино, телевидения, наличие карманных денег, баловство, желание не отстать от сверстников и боязнь оказаться немодным и несовременным. Подростки начинают курить из-за переживаний, для повышения, по их мнению, умственной активности и улучшения трудоспособности, от «нечего делать», при зубной боли, для «успокоения нервов», чтобы «закурить проблемы» и т.д.

Существует мнение, что мужчины чаще курят ради удовольствия, тогда как женщины курят в основном для подавления негативных эмоций. Факторы, способствующие началу и продолжению курения, весьма многочисленны и многообразны. В качестве примера можно привести классификацию этих факторов:

- *Психологические факторы (любопытство, потребность в экспериментировании, вызов, потребность казаться сильным, «досрочная» взрослость).*
- *Социальное окружение (пример и отношение родителей, старших братьев и сестер, давление товарищей, пример «ключевых» взрослых, например, преподавателей, знаменитых актеров, певцов, то есть кумиров и пр.).*
- *Физиологические факторы (эффект никотина и оксида углерода, длительность фазы экспериментирования).*
- *Воспитательные или познавательные факторы.*

Эти факторы могут облегчить или ускорить развитие привычки к курению, либо затруднить или замедлить ее.

Интересно, что ведущими причинами курения являются также необходимость поддержания в форме массы тела (желание похудеть является причиной курения взрослых женщин в 15,6% случаев), уменьшение нервного напряжения, возможность легкого установления контактов с людьми, одобрение сверстников, возможность занять руки, потребность во вкусовых ощущениях при курении, необходимость расслабления, возможность концентрировать внимание.

По словам многих ученых, занимающихся исследованиями молодежной среды, употребление сигарет 10-17-летними школьниками и школьницами тесно связано с «чувством несостоятельности» в школе. Обращение к сигарете – это попытка повысить заниженную самооценку. Хотя в последние годы употребление табака несколько снизилось, а отказ от курения все более популярен, среди 30% регулярно употребляющих табак растет число тех, кто испытывает серьезные проблемы с требованиями, предъявляемыми в школе. Обращение к сигарете в большинстве случаев указывает на мучительные проблемы с успеваемостью и признанием: у 80% курящих школьников ежедневно возникают проблемы, основу которых частично создают родители, предъявляя завышенные требования к успехам в школе, а также то, что многие школьники не получают достаточной поддержки от родителей, позволяющей учиться и справляться с неудачами и кризисами. Таким образом, их уверенность в себе падает из-за одной плохой оценки, потому что они ощущают нервозность и неудовлетворенность родителей.

Никотин в маленьких дозах стимулирует работу головного мозга и может на некоторое время снять чувство усталости. В монотонных ситуациях одна или несколько сигарет поддерживают работоспособность. Однако с увеличением числа выкуриваемых сигарет наступает противоположное воздействие: расстройство нервной системы, сужение кровеносных сосудов, ухудшение кровоснабжения всего организма в целом.

2. 2. Последствия употребления никотина и табачного конденсата

Сегодня курение считается первопричиной многих болезней (сердечно-сосудистых заболеваний, рака легких) и короткой продолжительности жизни.

Никотин вызывает сужение и обызвествление (склероз) кровеносных сосудов и ведет к нарушению кровоснабжения, особенно коронарных (венечных) сосудов сердца и наружных конечностей. Возможные последствия: гангрена курильщика (никотиновая гангрена), инфаркт миокарда, инсульт головного мозга. У курильщиков, по сравнению с некурящими людьми, в 2-3 раза чаще развивается инфаркт сердечной мышцы. Никотин вызывает нарушение механизма самоочищения дыхательных путей с последующим хроническим бронхитом (воспаление слизистой оболочки бронхов) и эмфиземой легких (болезненное вздутие альвеол), а также повышает риск раковых заболеваний. По меньшей мере 9 из 10 больных раком легких – курящие женщины. Свыше 95% всех женщин, страдающих раком гортани, выкуривали более 20 сигарет в день. Никотин увеличивает риск таких заболеваний как рак полости рта, языка, глотки, пищевода, желудка, шейки матки, крови.

Вещество, находящееся в табачном дыме, могут повредить хромосомы клеток мужской спермы. Генетически поврежденные сперматозоиды у сильно курящего отца удваивают риск наличия врожденных нарушений у его детей. Женщины, курящие во время беременности, наносят вред развитию своего ребенка (задержка развития, маленький рост и вес новорожденного).

Табачный конденсат – жидкость, которая выделяется из дыма и оседает на сигарете – содержит большое количество вредных веществ (например, пестициды, нитрозоамины, бензопирен, винилхлорид, гидразин, формальдегид, кадмий и даже значительное количество полония – адиактивного элемента), вызывающих заболевания, около 50 из которых считаются возбудителями рака. По данным ВОЗ, продолжительность жизни курильщиков на 4-8 лет меньше, чем у некурящих, причем сокращение продолжительности жизни курильщиков зависит от того, в каком возрасте человек начал курить. Если это произошло в 15 лет, то жизнь сокращается на 8 лет, а если в 25 лет – то приблизительно на 4-5 лет.

2. 3. Пассивное курение

Никотин представляет меньшую опасность, чем сопутствующий дым, то есть дым, поднимающийся из пепельниц или от дымящейся сигареты. В побочном дыме содержатся высокотоксичные и вызывающие рак вещества. Если какой-либо прибор или механизм при своей работе высвобождал бы такое количество канцерогенов, какое ингалируют (вдыхают) миллионы пассивных курильщиков, его работа была бы немедленно запрещена.

Пребывание в течение 8 часов в закрытом помещении, где курят, соответствует выкуриванию более 5 сигарет. Поэтому здоровью народившегося ребенка наносится вред как в том случае, если курит будущая мать, так и в том случае, если курит отец.

Бронхиты и воспаление легких у детей в течение года жизни развиваются чаще, если родители курят. Маленький ребенок значительно сильнее взрослых страдает от пассивного курения. В семьях курильщиков у детей, находящихся в одном помещении с курящими родителями, вдвое чаще регистрируются респираторные заболевания, чем у детей, родители которых курят в отдельном помещении или не курят вообще.

Количество подаваемых вредных веществ зависит от количества ежедневно выкуриваемых сигарет и от того, в течение какого времени человек курит. А также от содержания вредных веществ в сигаретах, их длины, вида фильтра и т.п. И, наконец, от способа курения, т.е. темпа курения, числа затяжек, глубины и длительности дыхания и длины остающегося окурка.

2. 4. Бросающие курить

Так как никотин способствует возникновению устойчивой привычки, заядлым курильщикам очень трудно бросить курить. Из 1000 типичных курильщиков бросить курить с первой попытки удается менее 20%

Когда Вы утверждаете: «Я снова начал курить, так как я находился в состоянии стресса», - это не больше, чем пустая оговорка, так как, согласно последним исследованиям, люди, которые вновь начали курить, подвержены стрессам не в большей степени, чем те, кто смог избавиться от привычки курения.

Две трети бросивших курить пытаются найти утешение в оральных заменителях: пище, сладостях, пиве или в зубочистке. Более одной трети отвлекают себя с помощью бега, чтения, работы или телевизора. Одна треть твердо бросивших курить просто игнорирует свое желание выкурить сигарету или убеждает себя, что им нельзя курить.

Все серьезные попытки бросить курить оборачиваются для четырех из пяти курильщиков полным разочарованием. Они не справляются с постоянной задачей. Для тех, кто не может бросить методом «точки окончания», разработана лечебная комбинация, состоящая из психотерапии и терапии замены никотина (введение никотина в виде никотинового аэрозоля, никотинового пластыря, никотиновой жевательной резинки), что может смягчить никотиновый синдром, например, нарушение способности концентрироваться, головную боль, агрессию, нетерпимость, чувство голода, страх, бессонницу, навязчивую идею выкурить сигарету, депрессии.

3. Методы лечения пациентов с зависимостью от табака

3. 1. Фармакологические методы терапии

Все применяемые в настоящее время средства и методы лечения курения табака традиционно делятся на две основные формы: преимущественно фармакологическую и нефармакологическую.

Основу фармакологических методов составляет применение алкалоидов Н-холиномиметического действия, которые обладают заместительным эффектом. Подобно никотину, являясь его конкурентными агонистами, они обеспечивают вытеснение алкалоида табака из его связей с биохимическими субстратами организма, что способствует снижению влечения к курению табака. К ним относятся цитизин, лобелин, анабазин.

Другое направление заключается в подборе средств, имитирующих действие никотина, входящего в состав табачного дыма. К ним относятся жевательная резинка с никотином (никоретте) и никотин в растворе, никотин для трансдермального применения. Эффективность никоретте по данным клинических исследований заключается в направленности его действия на симптомы абстинентного синдрома, возникающего после прекращения курения, особенно на вечерние дисфории. Полагают также, что никоретте способствует уменьшению раздражительности, тревоги, невозможности сосредоточиться, снижению нетерпеливости и уменьшению числа соматических жалоб. Вместе с тем, препарат не меняет влечения к сигаретам, не уменьшает беспокойства и тремора.

Некоторые исследователи проводят сравнительный анализ эффективности нескольких способов лечения, в частности, иглоукалывания и жевательной резинки с никотином. Французские ученые делают вывод об их неэффективности, но это мнение не разделяют американские и испанские специалисты. Так, в обзорном материале, посвященном лечению привыкания к табаку, указывается на малоэффективность таких фармакологических средств, как анксиолитики, амфетамины, лобелин, налоксон, пропанол для подавления синдрома отмены, так как у подавляющего большинства людей, прекративших курение, через несколько месяцев возобновляется привычка к курению.

Применение жевательной резинки с никотином в несколько раз повышает эффективность лечения по сравнению с традиционными методами. Смягчение

симптомов синдрома отмены, по всей вероятности, происходит за счет повышения концентрации никотина в крови. Оно возникает через 15-20 минут от начала жевания. Исследователи полагают, что жевательная резинка с никотином не может рассматриваться как панацея, но ее использование небесполезно в общем комплексе медицинских, социальных и других мероприятий по борьбе с курением табака. С целью ускорения эффекта повышения концентрации никотина в крови некоторые исследователи предлагают иные способы введения никотина в организм.

В 1987 году был разработан пластырь, состоящий из трех слоев, один из которых представляет полиуретановую матрицу, содержащую жидкий диспергированный никотин в количестве 5-50% массы. Использование пластыря обеспечивает поступление через кожу никотина в течение 24 часов и более. При концентрации в пластыре 50% никотина обеспечивается его поступление через кожу на протяжении 150 часов. При содержании в пластыре 30 мг никотина его концентрация в крови до 10 нг/мл достигается в течение 8 часов после наложения на кожу, а к концу суток она достигает 100 нг/мл.

Другую группу фармакологических веществ представляют препараты, обладающие никотиноподобным действием: пилокарпин, цитизин, лобелин, анабазин. Серия исследований, проведенных в том числе и нами, была посвящена изучению влияния гамибазина и лекарственных пленок в практике лечения табачной зависимости. Гамибазин является представителем отечественных лекарственных форм, предназначенных для жевания. Он выпускается в виде противокурительной лекарственной жевательной формы, каждая единица которой содержит 0,003 г анабазина (пиперидил-пиридин) гидрохлорида и вспомогательные вещества - основу, пластификатор, пищевые и вкусовые добавки. Анабазина гидрохлорид оказывает заместительное действие на соответствующие рецепторы организма и тем самым ослабляет патологическое влечение к курению табака.

Особое место занимают препараты, при назначении которых процедура курения табака сопровождается неприятными ощущениями в виде сухости во рту, изменения вкуса табачного дыма, головокружения, тошноты, и таким образом вызывается и закрепляется отвращение (аверсия) к табаку. К таким препаратам относятся раствор азотнокислого серебра, медного купороса для полоскания рта, таннин, эметин. Низкая эффективность, неудобство

применения не способствовали широкому распространению этих лекарственных средств в лечебной практике.

В последние годы находит применение в процессах отвыкания от курения табака фитотерапия.

При этом немаловажное значение приобретают мотивы прекращения курения табака. Эффективность лечения достаточно высока у больных с желанием бросить курить вследствие возникших опасений за свое здоровье или здоровье родных. Менее эффективна терапия у больных, которые пришли с «принудительным» или «принудительно-добровольным» решением излечиться от курения табака.

3. 2. Психотерапия табачной зависимости

Отсюда с очевидностью вытекает ведущее место методов психологического воздействия в лечении никотинизма. Терапия этого состояния — весьма сложная, комплексная задача, в основном разрабатываемая психиатрами и психотерапевтами. Вместе с тем несомненно, что в российских условиях далеко не каждый больной обратится к психиатру с просьбой избавить его от пристрастия к курению. Поэтому действия врача общей практики, а также узких специалистов в различных областях соматической медицины в отношении этой категории пациентов также имеют немаловажное значение.

3. 2. 1. Рациональная психотерапия как методы борьбы с табакокурением

Очевидно, что даже такая простейшая мера, как совет врача прекратить курение, оказывается достаточно действенной: в 9,7% случаев больные бросают курить на срок 12 месяцев и более. Цифра впечатляющая, особенно если учесть громадную численность курильщиков. Тем не менее, хотя большинство курильщиков признаются, что совет врача был бы для них самым важным мотивационным фактором для прекращения курения, только 40-50% из них когда-либо получали такую рекомендацию. И лишь 4% врачей считают,

что они могут эффективно влиять на курильщиков в плане отказа от вредной привычки.

С чем же связана столь пессимистическая оценка медиками своего потенциала? Быть может, она обусловлена тем, что не все врачи дают по-настоящему квалифицированный совет курильщикам. Действительно, практически любой больной и безо всяких рекомендаций знает о том, что «курить вредно». Другое дело, что далеко не каждый пациент имеет представление о том, какой именно вред курение наносит лично его здоровью.

Поэтому, на наш взгляд, совет врача должен быть максимально индивидуализирован.

Вместе с тем следует учитывать, что не для каждого человека фактор здоровья является ведущим в иерархии ценностей. Многим субъективно более важным кажется сохранение ощущения психологического комфорта и контроля над своим эмоциональным состоянием, что и достигается с помощью курения. Другим максимально значимым представляется то, как они выглядят в глазах коллектива. Каждый из этих моментов может способствовать началу и продолжению курения. Но одновременно каждый из них можно использовать для того, чтобы помочь больному избавиться от вредной привычки.

Своеобразный прием психотерапии табачной зависимости, названный автором «парадоксальной стратегией», предложил С. М. Сенченко. Начиная с третьего-четвертого сеанса психотерапии на фоне дискомфорта, вызванного частичным прекращением курения, врач начинает отговаривать больного от борьбы с курением и предлагает отказаться от дальнейших усилий. Очевидно, что такой прием пригоден для работы лишь с некоторыми курильщиками, а именно с теми, в характере которых прослеживаются черты ригидности, упорства, настойчивости. Парадоксальный совет врача возбуждает в людях такого типа внутренне свойственный им дух противоречия, что ведет к формированию твердой установки на прерывание курения. При этом важно, чтобы врач, во-первых, правильно подобрал больных, а во-вторых, чтобы он не переусердствовал в своем мнимом стремлении отговорить пациента от

дальнейших усилий. И то и другое требует определенного мастерства и психотерапевтического опыта.

3. 2. 2. Аверсионная терапия

Рассмотрим другие методы терапии табачной зависимости. Наиболее распространенными и эффективными из них являются методы аверсионной терапии, направленные на выработку отрицательного условного рефлекса на курение. Подобных методов достаточно много, однако наибольшей популярностью пользуются приемы с использованием инъекций апоморфина, «быстрого курения» и гипноза.

Метод с использованием апоморфина заключается в том, что больному подкожно вводят 0,1-0,3 мл 1%-ного водного раствора апоморфина, после чего предлагают выкурить две-три сигареты. Затем, на фоне возникающих под действием апоморфина неприятных ощущений, проводят императивное внушение отвращения к курению.

Практически любой больной, обращающийся к врачу, безо всяких рекомендаций знает, что «курить вредно». Другое дело, что далеко не каждый пациент имеет представление о том, какой именно вред курение наносит лично его здоровью. Поэтому, на наш взгляд, совет врача должен быть максимально индивидуализирован

Этот метод может использоваться в комплексной терапии курения, однако существенным его недостатком является то, что в данном случае характер отрицательного безусловного раздражителя (инъекция апоморфина) не совпадает с тем типом поведения, к которому вырабатывается отвращение (курение). В то же время известно, что максимальным терапевтическим эффектом обладают виды аверсионной терапии, основанные на стимулах, свойственных тому способу поведения, который требуется устранить. Данному правилу удовлетворяет методика «быстрого курения», являющаяся, видимо, самым распространенным способом лечения табачной зависимости во всем мире.

В основе метода лежит принцип, согласно которому подкрепляющий аспект любого стимула редуцируется и в конце концов становится аверсионным в том случае, если этот стимул предъявляется с необычно высокой частотой и интенсивностью. Таким образом, в данном случае в качестве отрицательного безусловного раздражителя (аверсионного стимула) используется само курение.

Сеансы «быстрого курения» проводятся, как правило, с группой больных в два-пять человек, что способствует взаимной суггестии и созданию атмосферы сотрудничества. На сеанс в качестве «зрителей» можно пригласить и будущих участников терапии. Перед его началом врач эмоционально заявляет, что «курить будет противно, гадко, отвратительно. Вид и запах табачного дыма будет вызывать отвращение, кашель, слюнотечение, тошноту и рвоту». Затем следует команда: «А теперь закуривайте!».

В последующем через каждые 6 секунд врач командует: «Затягивайтесь!», и пациент курит в таком ускоренном темпе до появления рвоты. Всего проводится три-пять сеансов.

Своеобразную модификацию данного метода разработал Г. П. Андрух [2]. Автор предлагает пациентам курить стоя в максимально быстром темпе две сигареты одновременно. В момент появления головокружения больной должен сесть на кушетку. В отличие от традиционной процедуры во время курения пациента врач не дает команды затягиваться, а проводит императивное внушение примерно следующего содержания:

«Глубоко и непрерывно затягивайтесь, внимательно слушайте меня. Если закружится голова, сядьте на кушетку. Курите... Сердце быстро колотится, ноги как ватные, дыхание затруднено, лоб покрывается холодным потом, выделяется слюна... тошнит, рвет! Курить становится гадко, мерзко. Вот появляется кашель, душит, тошнит, подступает рвота!..» и т. д. После того как пациент садится и прекращает курить, ему в течение нескольких минут вдувают в лицо табачный дым из специального флакона, одновременно внушая, что он не

только не может курить, но и не переносит запаха табачного дыма от других курильщиков.

Метод «быстрого курения» весьма эффективен, однако таит в себе потенциальную опасность мощного токсического воздействия никотина на сердечно-сосудистую и нервную системы. Поэтому проводить данный вид лечения следует только при отсутствии противопоказаний, каковыми являются, в частности, сердечно-сосудистые заболевания и эпилепсия. В качестве альтернативного метода у больных, страдающих этими заболеваниями, можно использовать похожую процедуру, в ходе которой пациент не затягивается, а только вбирает табачный дым в рот.

3. 2. 3. Гипнотерапия

Гипнотерапия как способ лечения табакокурения имеет в нашей стране давние традиции. Метод относительно прост, имеет минимум противопоказаний и может с успехом применяться у гипнабельных больных. Гипнотерапию также лучше проводить с группой больных. Курс лечения состоит из 8 – 16 сеансов.

Во время сеанса больного вводят в гипнотический транс по одной из традиционных методик (с использованием фиксации взгляда, метронома или только словесного внушения). Затем производится внушение примерно следующего содержания:

«Вам приятно и хорошо. Сердце бьется ровно, спокойно. Дыхание глубокое, равномерное. С каждым вздохом в организм проникает приятное ощущение свежести и здоровья. Но вот в воздух вплетается струйка ядовитой примеси, это табачный дым, запах горения, разложения, смерти. Вас мутит, тошнит, рвет. Запах и вкус табачного дыма невыносимы, отвратительны! (в этот момент в лицо больному выдувают табачный дым). Теперь запах табачного дыма и даже один вид курящих людей будет вызывать у вас головокружение и тошноту. С каждым последующим сеансом гипноза отвращение к табаку будет усиливаться и нарастать».

Сеанс завершают возвращением больного в релаксированное состояние с внушением бодрости в постгипнотическом периоде.

3. 2. 4. Психотропные средства в терапии табачной зависимости

Назначение психотропных лекарств при табачной зависимости играет подчиненную, вспомогательную роль по сравнению с методами психотерапии. Это связано с тем, что, как уже отмечалось выше, пристрастие к табаку носит преимущественно психологический характер. Лечение психотропными средствами должно быть направлено на снятие тягостных явлений абстиненции у курильщика. Терапия носит чисто симптоматический характер. При этом важно, чтобы неприятные побочные эффекты психотропных лекарств (это может быть чрезмерная седация, прибавка в весе, экстрапирамидные расстройства и др.) не перевешивали по своей субъективной значимости для больного собственно лечебного эффекта. Поэтому вид лекарства и его дозировка подбираются строго индивидуально, с учетом симптоматики и индивидуальной переносимости. В случаях, сопровождающихся тревогой, раздражительностью, бессонницей, используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда (седуксен, феназепам, лоразепам и др.), а также фитотранквилизаторы: настои валерианы, пустырника и других трав. Если абстиненция характеризуется симптомами вялости, утомляемости, снижения работоспособности, показаны средства со стимулирующим эффектом: ноотропил, настойка женьшеня, экстракт элеутерококка. При признаках депрессии назначаются антидепрессанты: некоторые авторы особенно рекомендуют доксепин (синекван); при агрессивности, дисфории малые дозы «поведенческого» нейролептика неуплептила. Не следует забывать и о витаминотерапии, показанной всем больным.

Отметим в заключение, что терапия табачной зависимости всегда должна быть комплексной, сочетающей в себе несколько различных методов. Лечение лишь одним методом дает существенно худшие результаты. Однако даже если врач будет использовать самые совершенные терапевтические подходы,

неизбежно останется группа больных, категорически не желающих бросить курить. В этих случаях мы должны пожелать пациенту доброго здоровья и сделать все возможное для того, чтобы минимизировать негативные последствия курения.

Заключение

Таким образом, несмотря на многочисленные и многоплановые подходы к изучению проблемы курения табака в ее клиническом, патогенетическом и терапевтическом аспектах, она далека от разрешения. Последние годы характеризуются интенсивными научными разработками в этой области. Новыми являются данные, указывающие на участие основных биологически активных систем организма в патогенезе курения табака с помощью биохимических стандартизированных тестов, которые наиболее интенсивно разрабатываются в зарубежных странах. Что касается экспериментальных разработок, появились сообщения о моделировании табачной зависимости у грызунов с возможностью изучения и исследования у них биохимических, морфологических, гистохимических, органных и клеточных изменений, а также изменений высшей нервной деятельности под влиянием курения табака. Все больше накапливается данных, указывающих на необходимость комплексного систематизированного подхода к изучению проблемы курения табака с учетом медицинских, социальных и биологических аспектов. Более отчетливо формируется представление о том, что применение одного препарата или способа лечения не является специфичным и патогномичным для прекращения течения болезненного процесса, известного как табачная зависимость.

Список использованной литературы

1. Бабаян Э.А. Лекарственная зависимость // БМЭ, 3-е издание. М.: Советская энциклопедия, 1980. т.12, с. 505-507.
2. «Гипнотерапия вредных привычек». Марк Кинг, Уильям Коэн, Чарльз Цитренбаум. Москва, «Класс», 1998г.
3. Дунаевский В.В. Стяжкин В.Д. Наркомания и токсикомания. Л.: Медицина, 1991. с. 208.
4. «Клиническая психология». П/р М.Перре., У. Баутания. С-Петербург, «Питер», 2002г.
5. Маркова И.В. Афанасьев В.В. Цыбульский Э.К. Клиническая токсикология детей и подростков. СПб., 1998. с. 304.
6. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. с. 544.
7. Шабанов П.Д. Становление наркологии. Клинические и биологические тенденции развития / под. ред. Ю.П. Голикова. СПб.: НИИ ЭМРАММ, 1998. с. 159-168.