

УДК 613.84-084 (470.62-21)

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ г. КРАСНОДАР

*Н. П. Федорова<sup>1\*</sup>, Л. Н. Елисева<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Краевая клиническая больница № 2, г. Краснодар,

<sup>2</sup> Кубанская государственная медицинская академия, г. Краснодар, Россия

## WORKING EFFICIENCY OF ROOM FOR PREVENTING TOBACCO-SMOKING IN CONDITIONS OF KRASNODAR HEALTH CENTER

*N. P. Fedorova<sup>1\*</sup>, L. N. Eliseeva<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Regional Clinical Hospital № 2, Krasnodar,

<sup>2</sup> Kuban State Academy of Medicine, Krasnodar, Russia

**Цель.** Оценить эффективность разработанной программы лечения табачной зависимости в условиях кабинета профилактики табакокурения на базе Центра здоровья ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализировано 613 карт пациентов, посетивших кабинет профилактики табакокурения в 2012 г. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от степени никотиновой зависимости: в 1-ю группу вошло 98 (16%) человек с легкой степенью зависимости, во 2-ю – 177 (19%) пациентов со средней степенью зависимости, в 3-ю – 398 (65%) человек с высокой степенью. Врач кабинета профилактики давал рекомендации каждому курящему пациенту с учетом индивидуальных особенностей и состояния его здоровья.

**Результаты.** Возрастных отличий среди курильщиков не наблюдалось: средний возраст мужчин составил  $47,9 \pm 3,7$  г., женщин –  $46,08 \pm 3,01$  г.,  $p > 0,05$ . Пациентам с низкой степенью зависимости предлагался безмедикаментозный отказ от курения, основу лечения составили поведенческая терапия, индивидуальные беседы и групповые занятия в условиях школ здоровья. Лицами со средней и высокой степенью табачной зависимости предложена антиникотиновая терапия совместно с индивидуальными беседами и групповыми занятиями в школах здоровья. Через 6 месяцев число успешных отказов от курения в первой группе составило 35,5%, во 2-й и 3-й группах – до 65,0%, примерно у половины из них наступил рецидив на фоне стрессовых ситуаций, в 2/3 случаев это были мужчины.

**Выводы.** Таким образом, создание в условиях центров здоровья отдельных кабинетов профилактики табакокурения является эффективной мерой помощи курящим пациентам.

**Ключевые слова.** Курение, табачная зависимость, кабинет профилактики табакокурения.

**Aim.** To estimate the efficiency of the developed program for treatment of tobacco dependence in conditions of room for preventing tobacco-smoking on the basis of "RCH № 2" Health Center.

**Materials and methods.** Six hundred and thirteen health cards of patients who attended a room for tobacco-smoking prevention in 2012 were retrospectively analyzed. All patients were divided into three groups according to the degree of nicotine dependence: group 1 included 98 (16%) persons with mild degree of dependence, group 2 – 177 (19%) with moderate degree of dependence, group 3 – 398 (65%) with high degree of dependence. The doctor of prevention room gave recommendations to each smoking patient taking into account their individual peculiarities and health status.

© Федорова Н. П., Елисева Л. Н., 2013

e-mail: zdorov.nf@mail.ru

тел. 8 (861) 222 02 02

[Федорова Н. П. (\*контактное лицо) – заведующая терапевтическим центром поликлиники; Елисева Л. П. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии].

**Results.** No age differences among smokers were observed: mean age of men was  $47,0 \pm 3,7$ , women –  $46,08 \pm 3,01$ ,  $p < 0,05$ . Patients with low degree of dependence were suggested nonmedicamentous refusal from smoking based on behavioral therapy, individual conversation and group studies in conditions of health schools. Patients with moderate and severe tobacco-dependence underwent antinicotine therapy combined with individual conversations and group studies at health schools. Six months later, the number of successful refusals in group 1 was 35,5%, in groups 2 and 3 – up to 65,0%, about half of them had relapses against the background of stress situations and in 2/3 of cases they were men.

**Conclusion.** Thus, creation of rooms for preventing tobacco-smoking in conditions of health centers is an effective measure helping smoking patients.

**Key words.** Smoking, tobacco dependence, room for preventing tobacco-smoking.

## ВВЕДЕНИЕ

Одним из основных факторов, негативно влияющих на здоровье населения Российской Федерации, является курение табака [1]. Согласно расчетам экспертов преждевременная смертность населения в 17,1% случаев обусловлена курением табака, а потеря здоровых лет жизни вследствие нетрудоспособности – в 13,4%. Ежегодно от курения умирают более 300 тыс. жителей России. Около 80% курящих людей хотя бы 1 раз в год обращаются за медицинской помощью к врачам разных специальностей, при этом 2/3 из них хотели бы бросить курить [1, 4]. Сила никотиновой зависимости очень велика, поэтому многие курящие люди не могут избавиться от этой привычки самостоятельно даже в тех случаях, когда они твердо приходят к данному решению [2, 3, 5]. В связи с этим роль вра-

ча в лечении табачной зависимости очень велика. Существуют только два эффективных метода лечения табачной зависимости – беседа врача и никотинзаместительная терапия. Согласно исследованиям с увеличением времени беседы с врачом пропорционально увеличивается число отказов от курения (таблица).

К сожалению, большинство поликлинических врачей и врачей стационара не имеют возможности уделить достаточно времени пациентам с табачной зависимостью. В помощь врачам и пациентам с табачной зависимостью в г. Краснодаре в рамках программы «Здоровая Кубань» на базе городских поликлиник были открыты кабинеты профилактики табакокурения. Подобный кабинет был организован на базе Центра здоровья ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2». К настоящему времени накоплен определенный опыт работы кабинета профилактики табакокурения на базе данного центра.

### Результаты метаанализа эффективности немедикаментозных методов лечения никотиновой зависимости

Метод лечения	Кол-во исследований	Оценка шансов (95%-ный доверительный интервал)	Эффективность, % отказов
Нет	35	1,0	11,2
Релаксационные мероприятия	31	1,0 (0,7–1,3)	10,8 (7,9–13,8)
Контракты	22	1,0 (0,7–1,4)	11,2 (7,8–14,6)
Диета/поддержка веса	19	1,0 (0,8–1,3)	11,2 (8,5–14,0)
Уменьшение количества сигарет	25	1,1 (0,8–1,5)	11,8 (8,4–15,3)
Негативная эмоциональная реакция	8	1,2 (0,8–1,9)	13,6 (8,7–18,5)
Поддержка только во время бесед с врачом	50	1,3 (1,1–1,6)	14,4 (12,3–16,5)
Социальная поддержка окружения	19	1,5 (1,1–2,1)	16,2 (11,8–20,6)
Изменение поведения (исключение триггеров)	104	1,5 (1,3–1,8)	16,2 (14,0–18,5)
Курение, вызывающее отвращение	19	1,7 (1,04–2,8)	17,7 (11,2–24,9)
Быстрое накуривание	19	2,0 (1,1–3,5)	19,9 (11,2–29,0)

*Цель исследования* – оценить эффективность разработанной программы лечения табачной зависимости в условиях кабинета профилактики табакокурения на базе Центра здоровья ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. *Набор пациентов для работы в кабинете профилактики табакокурения.*

Проведена активная работа по информированию населения об открытии кабинета профилактики табакокурения. Информация была представлена в интернет-ресурсах, местных газетах, на телевидении, были задействованы радио-ресурсы, вывешены объявления в каждом отделении ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2». Разосланы информационные письма в учебные заведения, муниципальные образования, частные организации. Для удобства в кабинет профилактики табакокурения была организована предварительная запись по трем направлениям: через регистратуры Центра здоровья, по интернету, по телефону горячей линии.

2. *Алгоритм работы с пациентами.*

На первом этапе курящий пациент проходил первичное комплексное обследование в Центре здоровья, включающее:

- измерение роста и веса;
- тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;
- компьютеризированный скрининг сердца (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);
- экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы крови;
- комплексную оценку функции дыхательной системы (спирометр компьютеризированный);

– проверку остроты зрения, рефрактометрию, тонометрию, исследование бинокулярного зрения, определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма;

– диагностику кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрацию стоматологического статуса пациента (в обязательном порядке каждому курильщику проводилось удаление зубного камня);

– пульсоксиметрию; ангиолитический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления (АД) и расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) (пациентам старше 30 лет);

– определение содержания монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина (СОН) в крови;

– биоимпедансметрию (пациентам с ожирением);

– осмотр врача терапевта.

Второй этап – анкетирование, включающее проведение тестирования для определения мотивации пациента к отказу от табака, мотивации пациента к курению и тест Фагерстрема.

С результатами тестирования и первичного комплексного обследования пациент направлялся в кабинет профилактики табакокурения. Таким образом, на третьем этапе были проведены консультация специалиста кабинета профилактики (врач-терапевт, прошедший тематическое усовершенствование по лечению табачной зависимости), поведенческая терапия, антитабачная терапия, профилактика заболеваний, связанных с курением. После первичной консультации пациент приглашался на повторную также с возможностью предварительной записи. Каждому пациенту напоминали о повторном посещении предварительным телефонным звонком.

Ретроспективно проанализировано 613 карт пациентов, посетивших кабинет профилактики табакокурения в 2012 г. Все

обследованные обратились в кабинет самостоятельно и прошли поэтапное исследование по алгоритму, указанному выше. Все пациенты согласно проведенным тестам были распределены на 3 группы, критерием деления служила степень никотиновой зависимости: 1-я группа – пациенты с легкой степенью зависимости, 2-я группа – пациенты со средней степенью зависимости, 3-я группа – лица, имеющие высокую степень никотиновой зависимости. Наиболее многочисленной была 3-я группа – 65% (398 человек), примерно равное количество пациентов было в 1-й и 2-й группах: 1-я группа – 16% (98 человек), 2-я группа – 19% (117 человек). Средний возраст обследованных составил в 1-й группе –  $42 \pm 2,5$  г., во 2-й группе –  $46 \pm 3,4$  г., в 3-й –  $50 \pm 3,9$  г.,  $p > 0,05$ . Врач кабинета профилактики давал рекомендации каждому курящему пациенту с учетом индивидуальных особенностей и состояния его здоровья. Общая продолжительность беседы составляла 30–40 мин, каждый из пациентов посещал кабинет повторно в течение 1 года не менее 3 раз.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастных отличий среди курильщиков не наблюдалось: средний возраст мужчин составил  $47,9 \pm 3,7$  г., женщин –  $46,08 \pm 3,01$  г.,  $p > 0,05$ . Большинство начало курить с юных лет ( $15 \pm 2$  г.), выкуривая к моменту обследования  $11 \pm 7$  сигарет в день.

По данным спирометрии показатели форсированной жизненной емкости легких были несколько ниже нормы у мужчин, у женщин – в пределах нормальных значений. Объем форсированного выдоха за 1 с у женщин был достоверно ниже, чем у мужчин ( $2,86 \pm 0,21$  л у женщин против  $3,42 \pm 0,76$  л у мужчин,  $p < 0,05$ ). Содержание СО в выдыхаемом воздухе у мужчин составило  $10,56 \pm 1,59$  ppm, у женщин было несколько ниже –  $8,76 \pm 1,02$  ppm ( $p > 0,05$ ), содержание

СОН в среднем у мужчин составило  $1,69 \pm 0,29\%$ , у женщин –  $1,36 \pm 0,22\%$  ( $p > 0,05$ ).

Пациентам с низкой степенью зависимости предлагался безмедикаментозный способ отказа от курения, в основу лечения легли поведенческая терапия, индивидуальные беседы и групповые занятия в условиях школ здоровья. Обследованным 2-й и 3-й групп предложена антеникотинотерапия совместно с индивидуальными беседами и групповыми занятиями в школах здоровья. Через 6 месяцев число успешных отказов от курения в первой группе составило 35,5%, во 2-й и 3-й – до 65,0%, примерно у половины из них наступил рецидив на фоне стрессовых ситуаций, в 2/3 случаев это были мужчины. Таким образом, у пациентов, при лечении которых использована комбинированная терапия, положительный результат отмечался в два раза чаще, чем в группе, где медикаментозное лечение не применялось. Пациенты, которым не удалось отказаться от курения полностью, значительно снизили количество выкуриваемых в день сигарет. Среднее количество сигарет, выкуриваемых в день, до обращения в центр составило  $11 \pm 7$ , после прохождения обследования и лечения –  $3 \pm 5$  ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

Таким образом, создание в условиях центров здоровья отдельных кабинетов профилактики табакокурения является эффективной мерой помощи курящим пациентами. Применение комбинированной терапии в условиях данных кабинетов повышает эффективность лечения табачной зависимости, а возможность динамического наблюдения создает необходимые условия для поддержания мотивации пациентов к отказу от табака и возможности коррекции антеникотинотерапии.

**Библиографический список**

1. *Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г.* Профилактика и снижение курения табака в России – реальные возможности улучшения демографической ситуации. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2008; 3: 3–10.
2. Оказание медицинской помощи взрослому населению в центрах здоровья: метод. рекомендации / Минздравсоцразвития России. М. 2012.
3. Организация помощи курящему человеку: метод. рекомендации для врачей / Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области. Ярославль 2010.
4. Пособие для медицинских работников по консультированию пациентов для отказа от курения / Институт здоровья и семьи. М. 2011.
5. *Сахарова Г.М., Антонов Н.С.* Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике: учеб. пособие. М. 2010.

Материал поступил в редакцию 12.01.2013