

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)**

*Кафедра поликлинической терапии с курсом  
«Общая врачебная практика (Семейная медицина)» ФПК и ППС*



**ТАБАКОКУРЕНИЕ: ПРОФИЛАКТИКА И ПОМОЩЬ В ОТКАЗЕ ОТ  
ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.**

**АЛКОГОЛЬ: МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ.  
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ.**

**Учебно-методическое пособие  
к практическим занятиям по поликлинической терапии для студентов  
старших курсов лечебного факультета**

Краснодар  
2015 г.

УДК 613.816+613.84](075.8)  
ББК 51.1(2)5я73  
А 45

**Составители:**

заведующий кафедрой поликлинической терапии с курсом «ОВП (семейная медицина)»  
ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

д.м.н. **В.В. Горбань**

доцент кафедры поликлинической терапии с курсом «ОВП (семейная медицина)» ФПК и  
ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

к.м.н. **И.С. Корольчук**

**Рецензенты:**

заведующий кафедрой терапии № 2 ФПК и ППС  
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
доктор медицинских наук, профессор

**С.Г. Канорский**

заведующий кафедрой факультетской терапии  
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
доктор медицинских наук, профессор

**Л.Н. Елисеева**

**«Табакокурение. Профилактика и помощь в отказе от табачной зависимости. Алкоголь: метаболические мишени воздействия. Возможности профилактики».** Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов лечебного факультета, клинических ординаторов и интернов, врачей ОВП и терапевтов / Под ред. В.В. Горбаня. - Краснодар, КубГМУ, 2015 г. - 53 с.

Учебно-методическое пособие составлено на основании Рабочей программы учебной дисциплины «Поликлиническая терапия» по специальности 060101 «Лечебное дело», ФГОС-3 ВПО, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 1118 от 8 ноября 2010 г. и учебного плана по направлению подготовки специальности 060101 «Лечебное дело».

Предназначено для студентов старших курсов лечебного факультета медицинских ВУЗов. Может быть использовано в качестве учебного пособия для клинических интернов и ординаторов, врачей терапевтов и семейных врачей.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ

Протокол № 1 от 07.09. 2015 г.

## Оглавление

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	<b>4</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>5</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	<b>6</b>
<b>Занятие 6</b> .....	<b>7</b>
СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ И УМЕТЬ .....	7
СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ВЛАДЕТЬ (ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ) .....	8
<b>Часть 1. ТАБАКОКУРЕНИЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ПОМОЩЬ В ОТКАЗЕ ОТ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.</b> .....	<b>8</b>
ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ .....	9
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ КУРЯЩИМ ПАЦИЕНТАМ.....	13
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ КУРЯЩИМ ПАЦИЕНТАМ.....	14
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПОМОЩИ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ.....	15
ОЦЕНКА СТАТУСА ТАБАКОКУРЕНИЯ.....	17
ФАРМАКОТЕРАПИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ .....	20
<b>Часть 2. АЛКОГОЛЬ: МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ.</b> .....	<b>24</b>
ОСНОВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ДЕТЕЙ И СЕМЬИ.....	27
ВЛИЯНИЕ ЧРЕЗМЕРНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ.....	28
АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА .....	29
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ.....	29
ИНФОРМАТИВНОСТЬ МАРКЕРОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ .....	30
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОПРОСА .....	31
ЗАДАЧИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ФАКТА ЧРЕЗМЕРНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ .....	31
<b>КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ</b> .....	<b>33</b>
<b>Клиническая задача №1.</b> .....	<b>34</b>
<b>Клиническая задача №2.</b> .....	<b>35</b>
<b>ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ: «КУРЕНИЕ»</b> .....	<b>37</b>
Ответы к тестовым заданиям: «курение» .....	42
<b>ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ: «АЛКОГОЛЬ»</b> .....	<b>42</b>
Ответы к тестовым заданиям: «алкоголь» .....	45
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	<b>45</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	<b>47</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее учебно-методическое пособие знакомит студентов с основными теоретическими вопросами и практическими основами диагностики наиболее распространенных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний - курением табака и злоупотребление алкоголем; методами профилактики никотин- и алкоголь- ассоциированных заболеваний, тактикой ведения больных с никотиновой зависимостью и хронической алкогольной интоксикацией в амбулаторно-поликлинических условиях. Тема практического занятия крайне актуальна, т.к. табакокурение и пагубное потребление алкоголя являются независимыми факторами риска развития социально значимых заболеваний: сердечно - сосудистых, бронхолегочных, онкологических и метаболических (включая сахарный диабет), являющихся основными причинами высокой летальности. Вместе с тем, эти факторы риска в значительной мере предотвратимы или поддаются контролю посредством эффективных медицинских технологий, основанных на ранней диагностике, лечении и профилактике.

В предложенных учебно-методических рекомендациях содержатся теоретические основы, типовые ситуационные задачи и тестовые задания для самоконтроля, предназначенные для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета к практическому занятию по теме: «Алкоголь: метаболические мишени воздействия. Возможности профилактики. Табакокурение. Профилактика и помощь в отказе от табачной зависимости». Контрольные вопросы и клинические задачи адаптированы к использованию преподавателями кафедры для предварительного и текущего контроля знаний студентов. Для повышения мотивации к самоподготовке выделен установочный блок «Умений» и «Навыков», являющихся основой организации практической части аудиторной работы студентов, с последующим закреплением навыков на специальном занятии в учебно-методическом кабинете профилактики неинфекционных заболеваний с целью формирования профессиональных компетенций.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Поликлиническая терапия как учебная дисциплина является важным разделом внутренней медицины, поскольку более двух третей пациентов наблюдаются и активно лечатся именно на амбулаторном этапе. В этой связи, теоретическая подготовка студентов по поликлинической терапии предполагает приобретение новых знаний и умений, необходимых для практической работы в условиях поликлиники. Кафедра поликлинической терапии призвана подготовить врача к самостоятельной работе в амбулаторных условиях, умеющего грамотно решать поставленные задачи, уделяя особое внимание вопросам организации диспансерной работы, методам профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), технологиям здоровьесбережения.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЗОЖ	- здоровый образ жизни
ИМТ	- индекс массы тела
ИК	- индекс курящего
КПОК	- кабинет помощи по отказу от курения
n-АХР	- никотиновые ацетилхолиновые рецепторы
НЗТ	- никотинзамещающая терапия
НЬСО	- карбоксигемоглобин
ОФВ1	- объем форсированного выдоха за первую секунду
ОФВ1/ФЖЕЛ	- индекс Тиффно
ПОС	- пиковая объемная скорость выдоха
ppm	- концентрация вещества на миллион
СО	- монооксид углерода в выдыхаемом воздухе
ФЖЕЛ	- форсированная жизненная емкость легких
ФВД	- функция внешнего дыхания
ХОБЛ	- хроническая обструктивная болезнь легких
ХНИЗ	- хронические неинфекционные заболевания
НЗТ	
РКБТ	- Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака
ADH	- алкогольдегидрогеназа
ЭЭ	- эндогенный алкоголь
ALDH	- альдегиддегидрогеназа
ГГТ	- гамма глутаминтрансфераза
CDT	- карбогидрат-дефицитный трансферрин
АБП	- алкогольная болезнь печени
MAST	- Michigan Alcoholism Screening Test

## Занятие 6.

### Тема: «ТАБАКОКУРЕНИЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ПОМОЩЬ В ОТКАЗЕ ОТ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. АЛКОГОЛЬ: МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ»

**Цель занятия:** изучить влияние алкоголя и табакокурения на организм человека, факторы риска развития алкоголизма и табакокурения, а также вызываемых ими заболеваний; научиться проводить диагностику статуса пристрастия к алкоголю и табакокурению, разрабатывать индивидуальные программы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях поликлиники.

#### СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ И УМЕТЬ

Студент должен знать	Студент должен уметь
1. Законодательные основы и стратегические меры против табакокурения.	1. Реализовать положения Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ).
2. Табачные изделия, их состав и выделяемые вещества.	2. Провести скрининговые исследования распространенности табакокурения (анкетным методом).
3. Методы определения СО и НЬСО в выдыхаемом воздухе.	3. Определить СО и НЬСО в выдыхаемом воздухе смокелайзером.
4. Психосоциальные и биологические факторы риска формирования табачной зависимости. Никотиновая зависимость у детей и подростков, пути снижения.	4. Провести тест Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости.
5. Пассивное курение. «Безопасные» дозы и «безвредные» формы потребления табака.	5. Определить и интерпретировать показатели спирометрии у курильщиков.
6. Патологические основы влияния табакокурения на организм. Курение табака - один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических и других хронических неинфекционных заболеваний. Курение и беременность.	6. Дать оценку степени мотивации к отказу от курения.
7. Изменения параметров функции внешнего дыхания под влиянием табакокурения.	7. Провести поведенческое консультирование по отказу от табакокурения.
8. Оценка степени никотиновой зависимости и готовности пациента к отказу от курения.	8. Оказать психологическую поддержку при отказе от употребления табака.
9. Особенности проведения индивидуальных и групповых форм антитабачного воспитания. Роль средств массовой информации. «Клубы некурящих».	9. Провести профилактику аддиктивного поведения, связанного с курением табака.
10. Фармакологическая помощь при отказе от употребления табака.	10. Выписать рецепт на никотин содержащие препараты и чампикс.
11. Реакции и симптомы, возникающие при отказе от табакокурения, пути их коррекции.	11. Выявлять мишени воздействия алкоголя.
12. Патогенетические механизмы токсического действия алкоголя на организм человека. Механизмы формирования зависимости. Понятие об эндогенном алкоголе.	12. Выявлять клинические и биологические маркеры хронической интоксикации алкоголем.
13. «Факторы высокого риска» и признаки риска развития алкоголизма в раннем и	13. Определять состояние острого алкогольного опьянения по клиническим и лабораторным показателям.
	14. Диагностировать заболевания, индуцированные алкогольными напитками.
	15. Владеть основными направлениями антиалкогольной пропаганды в соответствии с ее задачами и содержанием.
	16. Проводить профилактику развития заболеваний, связанных с употреблением алкоголя.
	17. Мотивировать на формирование

<p>подростковом возрасте.</p> <p>14. Профилактика развития заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Влияние алкоголя на течение беременности.</p> <p>15. Задачи, содержание и основные направления антиалкогольной пропаганды. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12. 2009 г. № 2128-р «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года».</p> <p>16. Медико-социальные последствия алкоголизма.</p> <p>17. Особенности профилактики алкоголизма в детском и подростковом возрасте.</p>	<p>альтернативной потреблению алкоголя деятельности.</p>
---	--

#### СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ВЛАДЕТЬ (ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ)

1. Проводить скрининговые исследования распространенности табакокурения.
2. Определять показатели спирометрии у курильщиков.
3. Определять степень приверженности (мотивации) к табакокурению.
4. Оценивать показатели СО и НbСО в выдыхаемом воздухе смекелайзером.
5. Оценивать риск развития ХОБЛ у курильщика по индексу курильщика.
6. Оказывать фармакологическую помощь при отказе от употребления табака.
7. Выписывать рецепты на никотин содержащие препараты и варениклин (чампикс).
8. Проводить профилактическое консультирование по предупреждению табакокурения.
9. Проводить профилактическое консультирование по отказу от табакокурения.
10. Уметь мотивировать пациента к отказу от табакокурения.
11. Оказывать психологическую помощь пациенту при отказе от табакокурения.
12. Выявлять факторы риска развития алкоголизма в детском и подростковом возрасте.
13. Диагностировать хроническую интоксикацию алкоголем по клиническим и биологическим маркерам.
14. Диагностировать заболевания, индуцированные алкогольными напитками.
15. Определять состояние острого алкогольного опьянения по клиническим и лабораторным критериям.
16. Владеть основными направлениями антиалкогольной пропаганды в соответствии с ее задачами и содержанием.
17. Проводить профилактику развития заболеваний, связанных с употреблением алкоголя.

#### **Часть 1. ТАБАКОКУРЕНИЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ПОМОЩЬ В ОТКАЗЕ ОТ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.**

##### *Актуальность проблемы.*

Присоединение России (2008 г.) к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака вызвано доказанной угрозой для здоровья людей распространяющейся во всем мире эпидемии курения табака. Проведенные в последние годы исследования в РФ показали, что среди взрослого населения 39,1% (43,9 миллиона) - активные курильщики табака. Распространенность табакокурения среди мужчин составила 60,2% (30,6 миллиона), среди женщин - 21,7% (13,3 миллиона). Выявлена высокая интенсивность курения: в среднем мужчины выкуривают 18 сигарет в день, женщины - 13 сигарет. Выявлена следующая взаимосвязь смертности с основными факторами риска (вклад в общую смертность): табак -

17,1 %, несбалансированное питание (недостаток фруктов и овощей) - 12,9%, избыточный вес - 12,5%, алкоголь - 11,9%. Из перечисленных факторов риска, табак и алкоголь являются предотвратимыми (модифицируемыми) факторами.

Известно, что табакокурение увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, инсульта, окклюзионной болезни периферических артерий, аневризмы аорты и других); бронхолегочных заболеваний (хронической обструктивной болезни легких, эмфиземы легких, пневмонии, респираторной инфекции, туберкулеза и других); желудочно-кишечных заболеваний (язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, эзофагита); патологии репродуктивной системы (снижения фертильности, преждевременных и спонтанных родов, преждевременного отхождения плаценты, внутриутробной смерти плода); болезней полости рта (лейкоплакии, гингивитов), а также другой патологии (инсулиннезависимого сахарного диабета, ранней менопаузы, остеопороза, катаракты, табачной амблиопии, макулярной дегенерации, преждевременных кожных морщин). У курящих увеличивается относительный риск развития рака легкого, гортани, ротовой полости и ротоглотки, пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, почек, мочевого пузыря, заболеваний крови (миелоидной и лимфобластной лейкемий).

Снижение потребления табака является решающим фактором в борьбе с неинфекционными заболеваниями, особенно учитывая тот факт, что табакокурение является одним из легко предотвращаемых факторов.

В настоящее время разработаны эффективные методы лечения табачной зависимости, которые могут быть широко внедрены в клиническую деятельность врачей общей практики в медицинских учреждениях первичного звена и стать широко доступными для желающих бросить курить.

#### **ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ**

##### **Проведение обучающих школ для врачей.**

Обучение врачей различных специальностей организации борьбы против табакокурения. Внедрение системы обучения здоровому образу жизни в КубГМУ на до и постдипломном этапах обучения.

***В рамках обучающих программ обсуждаются следующие аспекты:***

##### **• Табачная зависимость**

является исключительно важной медико-социальной проблемой и включает в себя 3 аспекта:

- 1) курение представляет собой значительную угрозу для здоровья,
- 2) врачи не выявляют курильщиков, не оказывают активной помощи курящим в их попытке бросить курить,
- 3) существуют эффективные меры по лечению табачной зависимости, пропаганда которых недостаточна.

##### **• Никотин - главный компонент табачного дыма, влияющий, прежде всего, на функцию головного мозга.**

**• Безвредных табачных изделий не существует.** Любые виды табачных изделий (дымный и бездымный табак) содержат никотин в такой концентрации, которая воздействует на мозг и приводит к возникновению табачной зависимости. Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья. Табак опасен в любых формах. «Бездымный» табак (жевание табака) является главной причиной орофарингиального рака (в Америке до 38% студентов пользуются «бездымным» табаком).

**• В табачном дыме содержится** более 4000 компонентов (формальдегид, бензол, бензопирен, фенол, ацетон, аммиак, окись углерода, цианистый водород, кадмий, полоний-210, нитрозамины), многие из которых являются физиологически активными, токсичными, мутагенными и канцерогенными веществами. Наиболее опасны смолы и бензопирен, который проникая в легкие, вызывает различные заболевания органов дыхания.

- **Воздействие табачного аэрозоля**, включая кальян, приводит к редукции реснитчатого эпителия, увеличению секреции желез и числа бокаловидных клеток, перерождению многорядного реснитчатого эпителия в псевдо многослойный, что приводит к ремоделингу бронхов с формированием частично обратимой обструкции; возможно развитие внутриэпителиального и бронхогенного рака. В результате токсического воздействия аэрозоля сигареты в дыхательных путях возникает воспаление (увеличивается количество и активация макрофагов и нейтрофилов, лейкоцитов и эозинофилов, участвующих в воспалении). Развиваются никотин - ассоциированные заболевания: рак легких и бронхов, хронический бронхит курильщика, у генетически предрасположенных пациентов - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), первичная эмфизема, облитерирующий бронхиолит и астма. Проникая через альвеолярно-капиллярную мембрану, компоненты табачного дыма разносятся по всему организму и попадают практически в каждый орган организма, запуская различные патологические процессы в различных системах и органах, стимулируют онкогенез.

- **Пассивное курение** также вредно, как и активное. Пассивное курение (вдыхание вторичного дыма) - это некурящие, живущие с курильщиками. Пассивное курение - высокий риск развития рака легких и прочей бронхолегочной и сердечно-сосудистой патологии у детей и взрослых, что приводит к преждевременной смерти. Дети - пассивные курильщики, часто болеют простудными заболеваниями, отитами, у генетически предрасположенных развиваются астма и atopические заболевания. Доказано негативное влияние пассивного курения на умственную деятельность: дети плохо учатся, быстро утомляются, не запоминают материал. Снизить уровень дыма в помещениях не могут ни вентиляция, ни кондиционирование, поэтому необходимо вводить запрет на курение на рабочем месте, в общественных местах во всех закрытых помещениях (т.е. организовывать «бездымные зоны» для некурящих).

- **Основы никотиновой зависимости**, согласно современной концепции, следующие: никотин, взаимодействуя с никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами (н-АХР), вызывает ряд изменений в ацетилхолиновой системе, играющей важную роль в обеспечении когнитивных процессов в головном мозге. Вызывая активацию и десенситизацию н-АХР, никотин способствует уменьшению чувствительности рецепторов к их природному активатору – ацетилхолину, что приводит к увеличению числа функционирующих рецепторов в ЦНС путем увеличения их синтеза. Стимуляция и десенситизация н-АХР регулирует высвобождение важнейших нейромедиаторов головного мозга – дофамина, норадреналина, серотонина, гамма - аминокислоты. Это приводит к тому, что для нормальной работы ЦНС организму необходим никотин, т.к. эндогенные структуры не справляются со своей работой, а без никотина появляются симптомы абстиненции, что заставляет курильщика вновь брать сигарету. При поступлении никотина высвобождается дофамин, что играет роль подкрепляющего стимула. Дофамин - нейромедиатор «удовольствия», а его выделение во время курения определяет чувство удовлетворения от курения. Основную роль в регуляции высвобождения дофамина играют рецепторы  $\alpha\beta 2$  н-АХР, которые локализуются преимущественно в вентральной покрышечной области.

- **Табачная зависимость** - хроническая рецидивирующая болезнь, требующая длительного поддерживающего, зачастую повторного лечения и относится к V классу по МКБ-10, адаптированной для использования в РФ, включена в раздел (F10 - F19) «Психические расстройства и расстройства, связанные (вызванные) употреблением психоактивных веществ в рубрике F17.2 - «синдром зависимости от табака, F17,3 - «Синдром отмены табака».

**Главное проявление зависимости от табака:** безуспешные попытки «бросить» курить, постоянное желание сократить или контролировать употребление табака, а при отказе от курения – возникновение абстинентного синдрома.

Если курящий выкуривает первую утреннюю сигарету выкуривает в течение первых 30 минут после подъема, то необходимо его информировать о высоком риске у него никотиновой зависимости, что должно расцениваться как заболевание, требующее

медицинской помощи; объяснить пациенту необходимость обратиться в кабинет по оказанию помощи в отказе от курения (кабинет медицинской профилактики /кабинет по отказу от курения (КПОК)).

- **Признаки абстинентного синдрома** проявляется уже через 3-4 часа после прекращения курения, его пиковые проявления регистрируются в пределах 24 - 28 часов.

Клиника: страстное желание покурить, неутомимость, чувство недомогания или слабость, дисфория, раздражительность и нетерпимость, чувство тревоги или беспокойство, бессонница, повышенный аппетит, сильный кашель, головная боль, затруднения концентрации внимания. Выраженность этих симптомов обычно снижается через 2-3 недели, но повышенный аппетит и трудность концентрации внимания могут оставаться в течение нескольких месяцев.

- **Лица с зависимостью от никотина не могут прекратить курение самостоятельно**, даже если решение принято осознано! (**зависимость остается пожизненной**). По статистике около 90% курильщиков пытаются самостоятельно прекратить курение и только менее 5% это удается, т.е. необходимо лечение табачной зависимости современными средствами. После 3-х неуспешных самостоятельных попыток бросить курить пациенту требуется назначение антеникотинной программы с включением в нее современных лекарственных средств.

- **Оптимальная стратегия борьбы с курением** предполагает глубокое изучение его эпидемиологии (распространенности) среди различных континентов. Чаще всего курение начинается в молодом возрасте. По данным литературы в РФ курит заметно 30% юношей и 20% девушек, в Москве регулярно курит 24% школьников и 9,4% школьниц (9-10 класс). Так в Краснодарском крае по итогам губернаторской программы «Будьте здоровы» (2009г.) сделаны неутешительные выводы: курит 23% городских и 21% сельских подростков. Систематическое курение отмечалось в возрасте 14-17 лет – 56,7% случаев. Приведенные данные основываются на анализе анонимного анкетирования, а определенные группы населения (школьники, подростки) могут скрывать факт курения, следовательно, эпидемиологические показатели распространенности табакокурения в молодежной среде значительно выше, чем принято думать. Распространенность и интенсивность курения также закономерно растет по мере увеличения возраста.

- **Психосоциальные и биологические факторы риска формирования табачной зависимости.** Курение рассматривается как одна из наиболее частых причин различных нервных расстройств у подростков: ухудшение сна, нарушение внимания, памяти, снижение психической и физической активности. Чем раньше подросток начинает курить, тем больший вред головному мозгу причиняет курение, т.к. клетки головного мозга растущего организма более чувствительны к действию токсичных веществ. На фоне физиологических особенностей организма подростка, в сочетании с мультифакторными нагрузками учебной деятельности и социальной среды, ведущие негативные эффекты табакокурения становятся более очевидными. Выявлена достоверная связь курения школьника и наличия этой привычки у родственника или друзей, связь со степенью эмоциональной напряженности (подросток расстроен, огорчен). Отмеченная невротизация может, как раз, составлять преморбидную особенность личности курильщика. *Для формирования табачной зависимости имеют значение:* микросоциум - детали семейного анамнеза (неполная семья, курящие родственники, психопатический фон или агрессия в семье), раннее начало табакокурения, педагогическая неграмотность родителей, педагогически несостоятельные типы реагирования на факт курения: авторитарный («запретить любой ценой»), агрессивно-негативный («раздражение»), пассивно-негативный: («отвержение ребенка - он плохой»), псевдокомпенсаторный (полная загрузка рабочего дня с отсутствием свободного времени), потворствующая («он курит, т.к. у него такое окружение и проблемы в школе»); аутоагрессивное - «самоедство» родителей («мы его упустили»), отвлекающее от путей решения проблемы. *Важна активная реакция родителей - самостоятельный выход на*

семейного врача, нарколога (при других аддикциях) для партнерских отношений и решения проблемы.

- **Распространенность табакокурения в студенческой среде**, особенно среди будущих врачей - серьезная медико-социальная проблема [1,3,4,5]. Проведенные сотрудниками кафедры поликлинической терапии КубГМУ исследования среди студенческой молодежи в разные годы выявили показатели распространенности табакокурения, характерные для взрослой популяции (в 2007-2008 гг. -  $36\% \pm 4,3\%$ , в 2010-11 гг. -  $34 \pm 2,6\%$ ). Мониторинг 2013 года показал двукратное уменьшение этого показателя -  $16,7 \pm 4,8\%$  ( $p < 0,05$ ). Это стало возможным благодаря созданию в медицинском университете в 2012 году «Центра здоровья» и внедрению системы обучения здоровому образу жизни.

- **Научно обоснованное противотабачное воспитание** должно строиться на основе дифференцированного подхода с учетом возрастных и половых аспектов. Уровень информированности детей и подростков о вреде курения недостаточен, кроме того дети мало восприимчивы к такой информации. Молодежь не задумывается о последствиях табакокурения («это может случиться, но только не со мной»), отмечается слабая мотивация подростка на сохранение и укрепление здоровья. Основной принцип противотабачного воспитания - единство поведения и сознания. *Меры противотабачного воспитания детей и подростков должны проводиться по следующим направлениям:* 1) обучение ЗОЖ, 2) снижение доступности рекламы, 3) ограничение продаж и распространения табачных изделий, 4) выявление курящих и усиление медицинской помощи в лечении никотиновой зависимости у детей и подростков.

- **Курение и беременность.** Курение табака может стать причиной бесплодия: происходит гибель части яйцеклеток, нарушается функционирование эндокринной системы, снижается фертильность, т.е. бесплодие у курящих женщин возникает в 2-3 раза чаще. Вызывает беспокойство влияние курения на исход беременности: увеличивается риск осложнений, особенно развитие преждевременных родов и кровотечений, частоты мертворождений. Доказано влияние курения на плод: меньшая масса тела при рождении ассоциирована с более низким показателем выживаемости младенцев в течение первого года жизни (синдром «внезапной смерти» младенца); уменьшение легочной функции, дефекты в сурфактантной системе приводят к частым простудным заболеваниям; возможны некоторые аномалии развития (отмечена корреляция между челюстно-лицевыми уродствами и курением матери); дегенеративные повреждения нервов и изменение функции щитовидной железы. Влияние пассивного курения матери (т.е. воздействие на некурящих беременных загрязненного сигаретным дымом воздуха) на плод полностью не изучено, однако воздействие дыма на младенцев может стать причиной их повышенной предрасположенности к респираторным инфекциям и к поражению легких в будущем.

- **Курящий пациент с бронхолегочным заболеванием - серьезная медицинская проблема.** У больных ХОБЛ только отказ от курения является единственным наиболее клинически и экономически эффективным вмешательством, способным приостановить прогрессирование заболевания (уровень доказательности А): у курящего с ХОБЛ возникает ежегодная патологическая редуция объемно-скоростных показателей вентиляции легких - до 60-120 мл/год (в 2 - 4 раза больше, чем при физиологической редуции), т.е. в среднем через 10 лет больной ХОБЛ - курильщик становится респираторным инвалидом; доказано, что прогрессирование ХОБЛ происходит в периоде обострения, а курение является фактором риска обострения ХОБЛ (как неинфекционного в следствие интенсификации курения, так и инфекционного - колонизации бактериальной флоры). Больные астмой очень чувствительны к табачному дыму, что может выражаться в усилении воспаления в бронхах и повышении гиперреактивности бронхов; курение - триггер, вызывающий обострение астмы.

- **Проблемы в лечении пульмонологического больного-курильщика:** курение снижает чувствительность глюкокортикоидных и  $\beta_2$ -рецепторов дыхательных путей к базисным препаратам, что приводит к необходимости частого применения бронхолитиков «по потребности», а это риск развития резистентности к коротким бронхолитикам,

возникновения тяжелого жизнеугрожающего обострения; необходимость «наращивания» суточных доз ингаляционных глюкокортикостероидов ведет к системным побочным эффектам; частые инфекционные обострения требуют назначения антибиотиков; изменение реологии мокроты - к усилению обструкции и дополнительному применению коротких бронхолитиков, дающих побочные эффекты. У курящего пациента необходимо отказаться от применения теофиллина, т.к. усиление его клиренса требует наращивания суточной дозы, а это приводит к серьезным нежелательным эффектам, вплоть до летального исхода (кардиотоксическое действие). При ХОБЛ часто возникает сердечно-сосудистая патология, требующая также медикаментозной коррекции, что терапевтически крайне сложно (наличие противопоказаний, полипрагмазия).

• **Курящие медицинские работники** - серьезная проблема: от 26% до 52% медработников курит (Европейские данные), в Москве - 53% мужчин и 26,5% женщин, в Краснодарском крае - 61,7% мужчин и 26,4% женщин медработников курит, причем из них 66% мужчин и 61% женщин имеют умеренную, а чаще сильную зависимость от табака, а готовы отказаться от табака (т.е. имеют высокую мотивацию) только 15% курящих медработников. Медицинский работник должен стать проводником здорового образа жизни, личным примером для близких, коллег, пациентов. Врач - курильщик пассивен: он не будет выявлять курящих табак, проводить профилактические беседы, назначать антитабачные программы.

#### **Широкое информирование населения о последствиях потребления табака.**

1. Организация и проведение мероприятий, направленных на привлечение внимания общественности к последствиям табакокурения: форумов, рекламных акций, дней «Здоровья», тематических дней – «День отказа от табака», лекций, бесед, публикаций в средствах массовой информации, выступлений на ТВ, в радиопередачах и другие мероприятия, помогающие формировать и усиливать мотивацию населения к ЗОЖ, включая отказ от курения табака.

2. Важна активная позиция врачей - профилактическая работа с определенными группами населения (дети, подростки), профессиональные коллективы (студенты, преподаватели, медицинские работники).

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ КУРЯЩИМ ПАЦИЕНТАМ**

#### **Комплексный метод профилактики и лечения табакокурения и профилактики заболеваний, связанных с курением подразумевает:**

1. Выявление лиц - активно курящих и подвергающихся действию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков);
2. Раннее выявление факторов риска развития болезней связанных с курением и формирование целевых групп для лечения табакокурения;
3. Оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения - «стратегия краткого вмешательства»;
4. Диагностику статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения;
5. Предоставление дифференцированной помощи по отказу от курения с учетом интенсивности курения, степени табачной зависимости и готовности отказаться от курения.

#### **На уровне участкового врача, врача общей практики осуществляется:**

- **Активное выявление курящих**, в том числе и лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков) и
- **Регистрация результатов в амбулаторной карте пациента** (на специальный вкладыш с прикреплением метки о факте курения на карту);
- **Регистрация в карте дальнейших действий врача в отношении пациента** - оказание помощи в преодолении потребления табака или направление пациента в кабинет медицинской профилактики.

## **АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ КУРЯЩИМ ПАЦИЕНТАМ**

*Пациент-куритель направляется к участковому терапевту или семейному врачу из регистратуры, кабинета доврачебного контроля, центра здоровья, другими специалистами, в т.ч. при проведении диспансеризации, для краткого профилактического консультирования (т.н. «краткий совет» или «стратегия краткого вмешательства»).*

Беседа занимает не более 5 минут и направлена на повышение мотивации пациента бросить курить (**5 «С»**):

1. Спросить о факте курения (статус курения);
2. Сориентировать (на отказ от курения): показать негативное влияние курения на здоровье (оценка риска ХНИЗ);
3. Сверить (собирается ли бросить курить, например, в ближайшие 30 дней),
4. Содействовать (направить в центр профилактики или кабинет по отказу от курения, дать информацию о режиме работы этих структур);
5. Составить расписание (посещений для оценки состояния после курса лечения по отказу от курения).

***При нежелании пациента бросить курить (низкая мотивация) показано мотивационное консультирование** - комплекс вопросов, которые врач обсуждает с курящим пациентом для повышения информированности о последствиях его пагубной привычки и формирования у него готовности к отказу от курения.*

***Мотивационное консультирование – «5П»:***

1. *Причина отказа то курения* (найти индивидуальный мотивационный стимул: улучшить внешний вид, самочувствие, родить здоровых детей и т.д. для каждого пациента в отдельности);
2. *Последствия курения* (объяснить отрицательные последствия пагубного воздействия на организм активного и пассивного курения);
3. *Преимущества отказа от курения* (объяснить выгоды отказа от курения в привязке с его состоянием здоровья);
4. *Препятствия для отказа от курения* (обсудить, что мешает отказаться от курения и чего пациент боится после отмены табака);
5. *Повторение попыток* (объяснить пациенту, что многие курильщики испытывают несколько эпизодов срыва прежде, чем добиваются результата; обсудить причины предыдущих рецидивов табакокурения - «работа над ошибками»).

***При низкой мотивации** или ее отсутствии куритель направляется в кабинет или отделение медицинской профилактики/специализированный кабинет помощи по отказу от курения (КПОК).*

***При высокой мотивации к отказу от курения** показано*

- ***Интенсивное консультирование при состоянии «готовности»:*** проводится участковым терапевтом, семейным врачом, осуществляется в отделении профилактики или КПОК: поддержка мотивации, подготовка к отказу от курения, рекомендации по режиму, диетике, ответы на волнующие вопросы: увеличение веса, плохое настроение и депрессия, постоянное желание снова закурить.
- ***Лечение никотиновой зависимости:*** назначение лечебных программ.
- ***Наблюдение и контроль*** - профилактика рецидивов табакокурения (*текущее консультирование*).

Основная задача текущего консультирования - научить пациента избегать или решать свои проблемы, не прибегая к курению, обучать навыкам выхода из никотиновой зависимости, психологическая поддержка.

**Полная методология оказания помощи в поддержании мотивации к отказу от табака включает 5 шагов и в международной литературе получила название - 5А.**

*Шаг 1 — Задать вопрос (Ask):* врач должен спросить пациента курит ли он/она. Иногда курящие приостанавливают курение из-за проблем со здоровьем. Таких людей надо выявлять и активно стимулировать для продолжения отказа от курения.

*Шаг 2 — Дать совет (Advise):* врач должен обсудить с пациентом немедленные и отдаленные положительные результаты отказа от табакокурения, может быть также обсудить вред потребления табака для здоровья, особенно, если у пациента уже есть какие-либо нарушения.

*Шаг 3 — Оценить состояние (Assess).* Определить готовность пациента продолжить потребление табака или отказаться от него. Если пациент не готов бросить курить, то в дальнейшем должны проводиться беседы, направленные на усиление мотивации бросить курить.

*Шаг 4 — Оказать помощь (Assist).* Пациентам, которые готовы бросить курить, врач должен составить индивидуальную программу лечения, направленную на снижение проявления симптомов отмены и способность переносить желание закурить. Если пациент имеет высокую степень никотиновой зависимости и согласен на медикаментозную терапию, то врач должен подобрать наиболее эффективный для данного пациента препарат, его режим приема и дозировку.

*Шаг 5 — Установить график визитов (Arrange).* Врач должен назначить пациенту график посещений для проведения поддерживающих бесед и коррективки лечения.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПОМОЩИ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ**

### **План обследования пациента включает:**

**1. Опрос:** необходимо акцентировать внимание на наличии респираторных симптомов (утренний кашель с мокротой, дыхательный дискомфорт и его связь с физической нагрузкой).

Большинство курильщиков считают кашель нормой, только появление постоянной одышки заставляет обратиться к врачу. На этот момент заболевание, как правило, в 50% случаев имеет средне - тяжелое течение.

**2. Сбор анамнеза заболевания:** важно выяснить давность заболевания, проследить связь симптомов с курением табака и их динамику в процессе присоединения респираторных инфекций. Необходимо оценить самочувствие пациента за последние годы.

**3. Оценка объективного статуса:**

- поиск признаков ХОБЛ;
- расчет ИМТ (оценка нутритивного статуса, как системного проявления ХОБЛ);
- цвет кожных покровов и слизистых, форму ногтевых пластинок, деформацию ногтевых - фаланг кистей (руки Гиппократы);
- форма и тип грудной клетки;
- наличие тахипноэ;
- проведение перкуссии и аускультации сердца и легких.

**4. Исследование функциональных показателей организма.**

Для развития мотивации, ее усиления и поддержки эффективным является исследование ряда функциональных показателей состояния организма. Механизмы развития патологических процессов при курении табака, в первую очередь, приводят к нарушениям бронхо-легочной и сердечно-сосудистой систем, а также кислородотранспортной функции крови. В связи с этим, наиболее ранние проявления патологического процесса, вызванного табакокурением, будут проявляться в изменении функционального состояния перечисленных выше систем.

• **Исследование функции внешнего дыхания (Вентилометр, спироанализатор) и проведение теста с бронхолитиком (по показаниям)** - для выявления вентиляционных нарушений и уточнения диагноза, усиления мотивации.

*Спирометрия* дает возможность определять максимальный объем, выдыхаемый при форсированном выдохе от точки максимального вдоха (форсированная жизненная емкость

легких, **ФЖЕЛ**), и объем воздуха, выдыхаемый в течение 1-й секунды при форсированном выдохе (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду, - **ОФВ1**), а также соотношение этих двух показателей (**ОФВ1/ФЖЕЛ** - индекс Тиффно).

Оценка спирометрических показателей проводится по отношению к должным величинам (% от должного значения) в зависимости от возраста, роста, пола (по специальным таблицам, графикам должностных величин или с помощью компьютерной программы прибора).

**Значение  $ОФВ1 < 80\%$  от должного в комбинации с  $ОФВ1/ФЖЕЛ < 70\%$ , проведенного после бронходилататоров, подтверждает наличие ограничения скорости воздушного потока, не полностью обратимого, что характерно для ХОБЛ** (при ХОБ индекс Тиффно будет нормальным: 80-100% должн.). Соотношение **ОФВ1/ФЖЕЛ** само по себе является более чувствительным показателем ограничения скорости воздушного потока, а **ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%** рассматривается как **ранний признак обструкции** у тех пациентов, у которых **ОФВ1** остается нормальным ( $\geq 80\%$ ).

Снижение как **ОФВ1**, так и **ФЖЕЛ**, коррелирует с общей смертностью вне зависимости от курения табака, а нарушенная функция легких идентифицирует подгруппу курильщиков с повышенным риском развития рака легких. На этом основано мнение, что спирометрия должна рассматриваться как инструмент оценки общего здоровья, а ХОБЛ - независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

#### Логическое правило для оценки характера нарушений вентиляции

Нет изменений	Обструктивный тип нарушения дыхания	Подозрение на изолированную обструкцию ВДП	Рестриктивный тип нарушения дыхания	Подозрение на смешанный тип нарушения дыхания
ФЖЕЛ - норма	ФЖЕЛ – норма или снижен	ФЖЕЛ - норма	ФЖЕЛ - снижен	ФЖЕЛ - снижен
ОФВ1 - норма	ОФВ1 - снижен	ОФВ1 - снижен	ОФВ1 – норма или снижен	ОФВ1 - снижен
Инд. Тиффно - норма	Инд. Тиффно - снижен	Инд. Тиффно - снижен	Инд. Тиффно – норма или повышен	Инд. Тиффно - норма
ПОС - норма	ПОС - норма или снижен	ПОС - снижен	ПОС - норма	ПОС - снижен

- **Определение «Возраста легких».**

В некоторых спирометрах имеется опция расчета «Возраста легких». Данный показатель не является диагностическим и создан не для врачей, а для заинтересованности пациента. Как известно, у постоянного курильщика снижаются многие функциональные показатели. Один из важнейших показателей для диагностики ХОБЛ – **ОФВ1**, на нём и основан расчет "возраста легких". Соответственно и должные значения по "возрасту легких" рассчитываются исходя из этого показателя с учетом специфичности и минимального возраста пациента (20 лет). Использование опции «Возраст легких» эффективно для усиления мотивации к отказу от курения и поддержки мотивации оставаться некурящим.

- **Определение концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе на газоанализаторе («Smoke Chek», «Mikro Medical»)** - объективизация факта курения при «отрицательном» анкетировании, определение степени интенсивности курения (объективизация интенсивности табакокурения).

**Интерпретация результатов:**

СО = 1-6 ppm – не курит

СО = 7-10 ppm – легкий курильщик

СО = 11-20 ppm – курильщик средней тяжести

СО = более 20 ppm – тяжелый курильщик

**В норме содержание СО составляет менее 6 ppm.** При активном и регулярном курении показатели СО превышают 10-20 ppm, результаты обычно колеблются в пределах 5-10 ppm, когда пациент курил 10-12 часов назад, и легкие не успели очиститься от остатков угарного газа. Когда концентрация СО в пределах 5ppm (+1), это означает, что пациент, скорее всего, подвергнулся воздействию больших концентраций окружающего табачного дыма.

**Определение СОHb в выдыхаемом воздухе.** Некоторые портативные анализаторы измеряют не только СО, но и СОHb. Доставка кислорода к тканям у курящих людей начинает снижаться сразу же, с первых дней курения. СО, легко проникающий через альвеоло-капиллярную мембрану, попадая в кровь, соединяется с гемоглобином (СОHb), блокируя его связь с кислородом и тем самым снижает доставку кислорода к тканям.

**В норме СОHb равно 0%.** Увеличение % СОHb выше 6% приводит к нарушению всех физиологических функций организма.

**Проведение пульсоксиметрии** - неинвазивный метод измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (сатурации- **SpO2**)- для объективизации дыхательной недостаточности на амбулаторном приеме.

#### Интерпретация результатов

Pa O2	Sa (p) O2 %	стадии ДН
> 80	> 95	0
59 - 80	90 - 94	I
40 - 59	75 - 89	II
< 40	< 75	III

## ОЦЕНКА СТАТУСА ТАБАКОКУРЕНИЯ

**Оценка риска развития никотин ассоциированного заболевания.**

**Расчет индекса курящего человека по формуле:**

**ИК = (число сигарет, выкуриваемых в сутки) x число лет (стаж курения)/20 (количество сигарет в пачке).**

**ИК > 10 пачек/лет - достоверный фактор риска развития ХОБЛ.**

**Оценка степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема.**

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 6-30 минут	2
	В течение 30-60 минут	1
	Через 1 час	0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, или в течение остального дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

**Коэффициент:**

0—2 баллов - Очень слабая зависимость

3—4 баллов - Слабая зависимость

5 - баллов - Средняя зависимость

6—7 баллов - Высокая зависимость

8—10 баллов - Очень высокая зависимость

**Оценка мотивации к курению.**

**Оценка мотивации к курению проводится с помощью анализа ответов на следующие вопросы:**

	<i>Всегда</i>	<i>Часто</i>	<i>Время от времени</i>	<i>Редко</i>	<i>Никогда</i>
<b>А.</b> Я курю, чтобы оставаться бодрым.	5	4	3	2	1
<b>В.</b> Держание сигареты в руке - одна из составных частей удовольствия, получаемого от курения.	5	4	3	2	1
<b>С.</b> Курение сигарет является приятным и расслабляющим.	5	4	3	2	1
<b>Д.</b> Я закуриваю сигарету, когда злюсь на кого-нибудь.	5	4	3	2	1
<b>Е.</b> Когда у меня заканчиваются сигареты, это почти невыносимо до тех пор, пока я не смогу иметь их.	5	4	3	2	1
<b>Ф.</b> Я курю автоматически, даже не осознавая этого.	5	4	3	2	1
<b>Г.</b> Я курю для стимуляции, чтобы взбодриться.	5	4	3	2	1
<b>Н.</b> Часть удовольствия от курения сигарет составляют действия, выполняемые при закуривании.	5	4	3	2	1
<b>Т.</b> Я нахожу курение сигарет приятным.	5	4	3	2	1
<b>Ж.</b> Когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а), я закуриваю сигарету.	5	4	3	2	1
<b>К.</b> Когда я не курю сигарету, я очень четко осознаю этот факт.	5	4	3	2	1
<b>Л.</b> Я закуриваю сигарету неосознанно, когда одна еще лежит в пепельнице.	5	4	3	2	1
<b>М.</b> Я закуриваю сигарету, чтобы почувствовать воодушевление, подъем.	5	4	3	2	1
<b>И.</b> Когда я курю сигарету, часть удовольствия я получаю от вида выдыхаемого дыма.	5	4	3	2	1
<b>О.</b> Больше всего мне хочется курить, когда я чувствую себя комфортно и расслабленно.	5	4	3	2	1
<b>Р.</b> Когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог, я закуриваю сигарету.	5	4	3	2	1
<b>С.</b> Я испытываю настоящий терзающий голод по сигарете, когда некоторое время не курю.	5	4	3	2	1
<b>У.</b> Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарета и не помню как я закурил(а).	5	4	3	2	1

**Преобладающие факторы мотивации к курению оцениваются по сумме баллов:**

1. Желание получить стимулирующий эффект от курения: А + Г + М
2. Потребность манипулировать сигаретой: В + И + С

3. Желание получить расслабляющий эффект: C + I + O
4. Использование курение как поддержку при нервном напряжении: D+J+P
5. Существует сильное желание курить: психологическая зависимость: E+K+Q
6. Привычка: F+L+R

**Сумма баллов может варьировать от 3 до 15:**

1. **Слабая зависимость** - до 7 баллов.
2. **Средняя зависимость** - 7-11 баллов.
3. **Сильная зависимость** - выше 11 баллов.

Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу, а также пациенту, выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения и «учиться жить по-новому». Преобладающие факторы и выраженность приверженности к курению помогут разработать комплексную антисиокингую программу: модификацию образа жизни, психологической поддержки и психокоррекции, лечебно-профилактических методик.

### **Оценка степени мотивации к отказу от курения**

- необходима для решения вопроса о степени мотивации с целью применения различных лечебных программ по отказу от табака или при низкой мотивации или ее отсутствии - разработки плана повышения мотивации.

<i>Вопрос</i>	<i>Ответы - баллы</i>
1. Бросили бы вы курить, если бы это было легко?	Определенно нет - 0 Вероятнее всего нет - 1 Возможно да - 2 Вероятнее всего да - 3 Определенно да - 4
2. Как сильно вы хотите бросить курить?	Не хочу вообще - 0 Слабое желание - 1 В средней степени - 2 Сильное желание - 3 Однозначно хочу бросить курить - 4

**1. Сумма баллов больше 6** - пациент имеет **высокую мотивацию** к отказу от курения и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.

**2. Сумма баллов от 4 до 6** - имеет **слабую мотивацию** и с пациентом нужно проводить дальнейшие беседы по усилению и поддержанию мотивации к отказу от табака или предложить короткую (пробную) никотинзамещающую программу для уменьшения интенсификации курения и усиления мотивации.

**3. Сумма баллов ниже 3** означает **отсутствие мотивации** и пациенту нужно назначить повторный визит для проведения короткой беседы.

**В некоторых компьютерных программах рассчитывают интенсивность курения (стереотип курения)** - необходим для составления лечебной программы. Полученный график показывает распределение количества выкуриваемых сигарет по часам и времени суток. Если на графике отмечать происходящие события, то это может помочь проанализировать триггеры, приводящие к курению и использовать полученную информацию для *поведенческой терапии*.

**Консультации врачей:** отоларинголога, по показаниям - пульмонолога, фтизиатра, кардиолога, гастроэнтеролога и др.

### **Постановка диагноза.**

**А) Оценка статуса курения включает:**

1. Оценку курения как фактора риска развития никотин ассоциированных заболеваний (по индексу курящего человека - ИК);
2. Оценку степени никотиновой зависимости.
3. Оценку мотивации курения.
4. Оценку степени мотивации бросить курить.

**Б) Формулировка диагноза никотин ассоциированного заболевания.**

**Принципиальные подходы к лечению курящего человека.**

- А) Назначение антеникотиновой программы.
- Б) Купирование обострения, имеющейся бронхолегочной патологии, при отказе от курения.
- В) Профилактика рецидивов табакокурения.

Эффективным лечением табачной зависимости является применение воздействий, которые позволяют курящему человеку оставаться без табака в течение не менее 6 месяцев — периода времени, который является необходимым для полного избавления от никотиновой зависимости.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

в международных рекомендациях представлена несколькими группами препаратов: **никотинзаместительными или никотинсодержащими** (например, никоретте) в виде высоко и низкодозированной жевательной резинки, назального спрея и ингалятора, пластыря, таблеток (сублингвальных), бупропиона и двумя **антеникотиновыми препаратами**: цитизин (Табекс) и варениклин (Чампикс). Препарат бупропион в России не зарегистрирован, разрешены к применению в РФ цитизин (аверсивная терапия) и варениклин. Эффективность различных методов лечения никотиновой зависимости и отдельных препаратов представлена в таблице.

*Эффективность лечения табачной зависимости*

<i>Метод/ препарат</i>	<i>Оценка шансов (ОШ)</i>
Советы врача	1,69
Поведенческая терапия	1,55
Самостоятельная помощь	1,23
Условно-рефлекторная терапия	1,05
Акупунктура	1,03
Коллективные лекции	1,02
Никотинзаместительные препараты в виде монотерапии	1,77
Никотинсодержащая жевательная резинка	1,65
Никотиновый ингалятор	2,18
Никотиновый назальный спрей	2,37
Никотиновый пластырь	1,88
Никотиновые таблетки	2,06
Бупропиона гидрохлорид	2,12
Варениклин (Чампикс)	2,55

**Варениклин (чампикс, Pfizer)** является наиболее эффективным препаратом для лечения никотиновой зависимости: вероятность бросить курить при приеме Чампикса в 2 раза выше, чем при использовании никотиновой жевательной резинки, достоверно превосходит плацебо и бупропион (эффективность препарата подтверждена многочисленными исследованиями). **Варениклин** - препарат, не содержащий никотин, для лечения никотиновой зависимости с высокой аффинностью и селективностью с  $\alpha 4\beta 2$  н-АХР, в отношении которых он является частичным агонистом. Одновременно он проявляет агонистическую активность (но в меньшей степени, чем никотин) и антагонизм в присутствии никотина. При стимуляции рецепторов варениклином высвобождается на 40-60% меньше дофамина, чем при стимуляции никотином. Эта концентрация обеспечивает

чувство комфорта, подавляя симптомы абстиненции, с одной стороны, и не приводит к развитию зависимости от препарата- с другой. В присутствии же никотина варениклин проявляет антагонизм, т.к. обладает большим сродством к рецепторам, нежели никотин. При лечении варениклином человек не получает привычного удовольствия от курения за счет меньшего повышения уровня дофамина. В результате снижается тяга к курению (по последним данным его считают легким антидепрессантом). В период активного лечения симптомы тяги и отмены никотина у пациентов, получавших варениклин, были менее выражены, чем у группы плацебо.

**Чампикс (варениклин)** предназначен для перорального применения.

**Рекомендуемая доза составляет 1 мг варениклина 2 раза/сутки после однонедельного титрования по следующей схеме:**

Дни 1-3 – по 0,5 x 1 раз/сут.

Дни 4-7 – по 0,5 x 2 раз/сут.

День 8 - до 12 недель – 1 мг x 2 раза /сут.

### **Что необходимо знать о чампиксе?**

1. Надо назначить пациенту день прекращения курения.
2. Применение чампикса (варениклина) должно начаться за неделю до этой даты.
3. Чампикс, как правило, переносится хорошо. Симптомы, возникающие на приеме препарата, чаще всего обусловлены проявлением абстинентного синдрома.
4. Пациенты, которые не переносят побочные эффекты при приеме Чампикса, могут временно или постоянно уменьшить дозу.
5. Курс лечение в среднем - 12 недель.
6. Побочное действие: тошнота, головные боли, бессонница, сновидения.
7. Самым частым побочным эффектом варениклина является тошнота (28,6% случаев), однако в большинстве случаев тошнота является преходящей (проходит по ходу лечения) и слабой или средней по интенсивности. Для устранения этого эффекта варениклин лучше принимать после еды, запивая стаканом холодной воды. При сильной тошноте возможно снижение дозировки или прием средств, направленных на борьбу с тошнотой.
8. Клинически выявленных взаимодействий с другими лекарственными препаратами не выявлено. Применение при беременности и кормлении грудью не изучено.
9. **Противопоказания:** почечная недостаточность, возраст до 18 лет, беременность и период лактации, повышенная чувствительность к компонентам препарата, сердечно-сосудистые заболевания, психические расстройства в анамнезе.

**10. Сочетание варениклина и НЗТ недопустимо.**

### **Никотинзамещающая терапия (НЗТ)**

1. Никотинзамещающий пластырь (15мг, 10мг, 5 мг)
2. Никоретте, Никоретте мент - жевательная резинка (2мг, 4 мг):
3. Ингалятор с водным раствором никотина (10 мг).

НЗТ назначается для уменьшения симптомов отмены (абстинентного синдрома).

**Монотерапия НЗТ** показана при средней степени никотиновой зависимости (5-6 баллов по тесту Фагерстрема).

**Комбинированная терапия НЗТ** - при высокой и очень высокой степени зависимости (7 и более баллов по тесту Фагерстрема). Терапия должна состоять из двух компонентов (доказана низкая эффективность монотерапии при никотиновой зависимости высокой степени): **а) базовый препарат: пластырь** (от наибольшей концентрации к наименьшей по 3 недели каждой дозировки. При необходимости можно пролонгировать длительность лечения до 3 месяцев и каждой ступени до 4-6 недель) и **б) препарат экстренной помощи: жевательная резинка** - каждые 2 часа) или **ингалятор** (выбор препарата в зависимости от индивидуальных особенностей, стереотипа и привычек пациента).

В среднем курс лечения составляет 10-12 недель.

**Никоретте (жевательная резинка).**

Рекомендации по применению: полностью отказаться от курения во время приема резинки; выполнять точно технику жевания: резинку жевать медленно до появления «перцового вкуса». Затем расположить за щекой, чтобы никотин лучше адсорбировался в слизистую ротовой полости. В течение 30 мин. чередовать жевание и «держание за щекой». Не использовать резинку после исчезновения вкуса и повторно. За 15 мин. до и во время жевания не использовать кофе, сок (кислые напитки), т.к. они влияют на всасывание никотина. Резинку необходимо использовать регулярно каждые 2 часа, не пропуская прием (у тяжелых курильщиков) или дополнительно при страстном желании закурить.

Побочные эффекты: слабые, проходящие симптомы во рту, горле, желудке, связанные с проглатыванием никотина и для профилактики побочных эффектов необходимо использовать резинку строго по инструкции.

#### **Никотиновый пластырь.**

Рекомендации по применению: начать терапию лучше в прохладное время года; пластырь наклеивается сразу же после пробуждения и отклеивается перед сном, т.к. обычно ночью пациенты не курят и поступление никотина в ночное время может нарушать сон пациента; пластырь накладывается на любое место без волос, исключая область сердца.

Побочные эффекты: кожные реакции (местное раздражение – до 50% больных). При незначительном раздражении можно эпизодически использовать любую гормональную мазь (гидрокортизоновая, триамцинолоновая), менять местоположение пластыря. При индивидуальной непереносимости (5% пациентов отмечают сильную реакцию) требуется отмена пластыря.

**Никотиновый ингалятор.** Соответствует резинке Никоретто 2 мг. Ингалятор имеет картриджи в дозе 10 мг. Картридж используется несколько раз и заправляется в ингалятор максимально на сутки.

Рекомендации по применению: ингалятор используется каждые 2 часа или дополнительно «по требованию».

Побочные эффекты: кашель, першение в носоглотке, слезотечение. При невыносимых симптомах требуется отмена препарата.

**Общие противопоказания к НЗТ:** гиперчувствительность к никотину и ментолу, нестабильная стенокардия, острый период инфаркта миокарда, при недавно перенесенном инфаркте миокарда (4 недели назад), шунтирование или ангиопластика в анамнезе, неконтролируемая артериальная гипертония, выраженные нарушения сердечного ритма; для жевательной резинки: обострение язвенной болезни, стоматиты, эзофагиты, патологии височно-нижнечелюстного сустава, зубные протезы.

**Ограничения НЗТ:** беременность и период лактации, побочные действия препарата.

Назначать НЗТ необходимо осторожно, взвесив все «за и против»: беременных женщин надо проинформировать о необходимости отказа от курения без применения медикаментозных препаратов. В случае безуспешных попыток решение о проведении ПЗТ принимается после оценки риска курения и проводится с применением малых доз и под контролем врача.

Для подростков в возрасте до 18 лет НЗТ применяется только под контролем врача.

#### **Коррекция обострения никотин ассоциированного заболевания.**

При курении 1 пачки в день в течение более 10 лет пациенту необходимо провести клиническое обследование и оценку функции внешнего дыхания с целью выявления гиперреактивности бронхов или бронхиальной обструкции.

*При выявлении бронхиальной обструкции в программу лечения следует включить:*  
**бронхолитики:** бета<sub>2</sub>-адреномиметик пролонгированного действия (формотерол – оксис, форадил) или ультрапролонгированного действия (индакатерол - омбрез) и М-холиноблокатор пролонгированного действия (тиотропия бромид - спирива). Длительность приема данных препаратов составляет от 1 до 3 месяцев или дольше в зависимости от выраженности гиперреактивности бронхов и бронхообструктивного синдрома.

Всем пациентам с выявленным хроническим бронхитом или ХОБЛ, для профилактического и корригирующего лечения обострения заболевания, в первые 4 недели отказа от курения табака целесообразно применение **муколитиков**: *ацетилцистеина*, как препарата, обладающего доказанной высокой муколитической, антиоксидантной, антиоксидантной активностью, позволяющей воздействовать на реологические свойства мокроты, способствуя ее отхождению и антиоксидантный стресс. Необходимо учитывать и противопоказания к назначению муколитиков (сопутствующая патология, возраст, беременность, лактация) и применять другие препараты (*амброксол, бромгексин, карбоцистеин*).

В качестве профилактического и корригирующего лечения **эффективна комбинация**: *формотерола фумарата (Форадил)* в дозе 24 мкг в день *и/или тиотропия бромид (Спирива)* в дозе 18 мкг в сутки и *ацетилцистеина (Флуимуцил Замбон 600)* в дозе 600 мг или 1200 мг в сутки, позволяющая избежать снижения скоростных легочных объемов и уменьшения выраженности респираторных симптомов, что приводит к более быстрому улучшению самочувствия во время отказа от курения. Это будет воспринято пациентом как дополнительный стимул к тому, чтобы оставаться некурящим и, соответственно, к увеличению эффективности отказа от табака.

Проведя литературный обзор отечественной и зарубежной литературы, мы не получили научных доказательств эффективности следующих методов лечения табакозависимости при их самостоятельном применении: *иглорефлексотерапии, гомеопатии, гипноза, «кодирования», приема биологически активных добавок, фитотерапии, а также Табекса (цитизина)*, относящегося к аверсивной терапии.

## **Поведенческое консультирование и другие методы психологической поддержки**

повышают эффективность методов, направленных на преодоление никотиновой зависимости.

**К поведенческому консультированию относятся:**

- 1) **технология краткого консультирования** (вероятность отказа от курения у лиц, получивших краткое консультирование в 1,7 раз выше, по сравнению с теми, кто не получал совета по отказу от курения);
- 2) **раздача печатных информационных материалов или дальнейшее систематическое наблюдение, при применении краткого консультирования**, могут достоверно увеличить вероятность отказа от курения в 3,1 раза.
- 3) **технология индивидуального поведенческого консультирования**. При применении индивидуального поведенческого консультирования по сравнению с кратким консультированием, вероятность отказа от курения возрастает еще в 1,4 раза.
- 4) **групповое консультирование**. Эффективность: уровень общей смертности был ниже на 7%, уровень смертности от инфаркта миокарда – ниже на 13% и уровень смертности от рака легких – ниже на 11% по сравнению с контролем.
- 5) **технология «Школа здоровья»**. Применение групповых занятий для преодоления табакокурения способно увеличить вероятность отказа от курения в 1,9 раз по сравнению с программами самопомощи.

**Поведенческая психотерапия** - обучение пациента «самоконтролю» и «самоуправлению» включает проведение нескольких сеансов индивидуальных или групповых консультаций с обсуждением всех аспектов, сопровождающих отказ от курения: двойственное отношение к курению, симптомы отмены, роль окружения. При необходимости нужно запланировать медикаментозное лечение и длительное наблюдение.

**Поведенческая терапия включает:**

- а) анализ мотивации отказа от курения и ее изменения;
- б) ведение дневника мыслей, чувств и поведения, а также стимулов и способов преодоления «тяги» к табаку;
- в) реструктурирование образа жизни и приобретение новых занятий.

## **Часть 2. АЛКОГОЛЬ: МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ.**

### **Актуальность проблемы.**

Потребление алкоголя и зависимость от него – сложные особенности поведения, вызываемые такими факторами как: генетический и биологический отклик, окружающая среда, стадии развития - с детства по раннюю молодость.

**Токсические эффекты алкоголя** обусловлены прямым и косвенным действиями. Прямое токсическое действие включает: мембранотропное ( $> Na$ ;  $< K^{!!}$ ;  $< Mg^{!!}$ ), конформационное и взаимодействие с неэстерифицированными жирными кислотами.

Опосредованные токсические эффекты включают метаболическое действие и токсические эффекты ацетальдегида и продуктов его метаболизма: угнетение дыхательной цепи митохондрий, нарушение энергетических процессов (*изменение редокс-состояния (НАД/НАДН)*), нарушение структурной организации и функциональной активности белков плазмы и форменных элементов крови, клеточных элементов эндотелия сосудов, тканей, утрату специфической активности мет-, лей- энкефалинов и бета-эндорфина, связывание с дофамином и норадреналином, взаимодействие с производными триптофана и триптамина с формированием тетрагидро-бета-карболинов, выступающих в качестве естественных лигандов бензодиазепиновых и опиатных рецепторов, активирующее влияние на секреторное звено нерогуморальной и эндокринной систем регуляции с формированием каскада вторичных нарушений в деятельности органов и систем (ингибирует синтез клеточных и секреторных белков печени, сердца, скелетных и гладких мышц, селезенки, поджелудочной железы), оксидативный стресс (активизирует перекисное окисление липидов мембран).

### **Алкоголизм**

- распространенное, комплексное заболевание. Генетическая предрасположенность расценивается как 60% вероятность развития хронического алкоголизма. Наследственная предрасположенность может выражаться в увеличении количества определенных рецепторов. При увеличении экспрессии *дофаминергических рецепторов* D2 более вероятно пристрастие к алкоголю, а при увеличении D4-рецепторов – к наркомании. Окружающая среда может формировать склонность к алкоголизму с вероятностью до 40%. Гены и средовые факторы взаимодействуют в очень сложных схемах. Более того, исходная «алкогольная» неоднородность людей генетически детерминирована и поддерживается системой этанол-ацетальдегид.

### **Эндогенный алкоголь (ЭЭ).**

Установлено, что **эндогенный алкоголь (ЭЭ)** – необходимый метаболит для нормальной жизнедеятельности организма. В организме существуют определенные взаимодействия между ЭЭ и ацетальдегидом. Подтверждением этого являются следующие факты: 1) абсолютное содержание ЭЭ среди всех субстратов – участников обмена этанола; 2) животные, предпочитающие этанол, содержат более низкий уровень ЭЭ; 3) ЭЭ образуется в слизистой кишечника. Эндогенный алкоголь (ЭЭ) имеет постоянную концентрацию в крови, выполняет транспортную функцию, метаболизируется теми же ферментами, что и экзогенный этанол. Для поддержания комфортного состояния фермента алкоголь-дегидрогеназы необходимо 7-9 г. алкоголя в сутки. При этом за счет ЭЭ обеспечивается 25% естественного калоража, необходимого человеческому организму. В норме содержание ЭЭ в 1000 раз больше, чем очень низкое, но очень важное содержание ацетальдегида ( $\approx 0,19 \times 10^{-9}$ ). Концентрация ЭЭ у каждого человека генетически детерминирована. Эндогенная поддержка состава алкоголя зависит в определенной степени от состава пищи (включая сладкие продукты питания) и осуществляется микробиотой кишечника. Вит С, АТФ, кокарбоксылаза, инсулин увеличивают концентрацию эндогенного алкоголя и, тем самым, уменьшают тягу к выпивке.

**Основной путь метаболизма** алкоголя связан с воздействием на него фермента алкогольдегидрогеназы (ADH), превращающей этанол в потенциально токсический

ацетальдегид, который, в свою очередь, быстро метаболизируется альдегиддегидрогеназой (ALDH) в безвредный ацетат (концентрация ацетальдегида в клетке тысячекратно ниже, чем алкоголя). Интоксикационный уровень алкоголя в крови взрослого человека равняется 80 mg% или 17.4 mM, а нормальный уровень ацетальдегида у людей - 40 µgram% или 9 µM. Когда уровень ацетальдегида возрастает, возникает рост потенциала для токсических реакций и человек может ощущать неприятные симптомы.

**Алькогольдегидрогеназа** (содержащаяся в печени и в меньших количествах во всех тканях организма) за 1ч метаболизирует 7-10 г этанола. Активность АДГ у детей по сравнению со взрослыми 2 раза выше. Среди народов, у которых на протяжении тысячелетий алкоголь не являлся артефактом пищевой культуры активность АДГ в 10 раз выше, чем среди населения с «цивилизованной» питьевой культурой, а следовательно, количество ацетальдегида при употреблении алкогольных напитков возрастает в значительно большей степени. Нехватка АДГ (занятой алкоголем) сказывается на всех видах обмена и приводит к уменьшению концентраций тестостерона (на 50%) и инсулина. Исходя из этого, при алкогольной интоксикации не рекомендуется вводить раствор глюкозы без инсулина.

**Ацетальдегид** - активный метаболит обмена алкоголя. Области мозга, в большей степени повреждаемые ацетальдегидом, включают mesolimbic dopamine system (ventral tegmental area, nucleus accumbens, and prefrontal cortex), amygdala, striatum, hippocampus.

Ацетальдегид вызывает психологическую зависимость, стимулируя в лимбической системе центр поощрения, а воздействуя на ЦНС провоцирует форму агрессивного опьянения.

Необходимо отметить, что алкоголь и продукты его метаболизма (ацетальдегид) в большей степени воздействуют на допамин-содержащие и серотонин-содержащие нейроны в мозге человека.

**С уровнем ацетальдегида** связано 3 состояния: а) при *недостатке* ацетальдегида страдают пластические и регуляторные процессы и это ведет к развитию феномена *предпочтения как способа метаболической самокоррекции*; б) при нормальном уровне ацетальдегида организм испытывает метаболический комфорт и *потребности в дополнительном приеме этанола нет*; в) при избыточном накоплении ацетальдегида развивается аверсионное действие, ограничивающее прием этанола.

**У детей**, родившихся в семье алкоголиков, исходно низкая концентрация ацетальдегида, который в нормальных концентрациях совершенно необходим для окислительно-восстановительных реакций, для тканевого дыхания, окислительного фосфорилирования. При недостатке ацетальдегида резко снижаются когнитивные функции, поэтому эти дети останутся «тупыми» на всю оставшуюся жизнь.

**Опасные побочные продукты цепи метаболизма алкоголя.** Ацетальдегид может связываться в клетках с протеинами, генерируя гибридные молекулы, известные как аддукторы; провоцирует оксидативное воспаление, а также опухоль-индуцирующие вещества, включая реактивные радикалы кислорода и аддукторы в результате взаимодействия ацетальдегида или реактивных радикалов кислорода с ДНК.

#### **Маркеры употребления алкоголя.**

В клинической практике часто используется анализ ферментов – ГГТ, АЛТ и АСТ, - показателей токсического действия алкоголя и его метаболитов и поражения внутренних органов. Токсические эффекты алкоголя, как и всякие токсические эффекты, строго дозозависимы. Лабораторное наблюдение за систематическим употреблением алкоголя крайне актуально для: *профессионального отбора* и диспансеризации лиц «опасных профессий», контроля *качества ремиссий у больных алкоголизмом*. Однако специфичность и чувствительность доступных тестов варьирует в зависимости от пола, возраста, сопутствующей патологии, и нет ни одного показателя, который бы отвечал критериям «идеального маркера». Кроме того, при длительной ремиссии многие показатели активности лабораторных маркеров хронической интоксикации алкоголем, возвращаются к норме.

**Для диагностики хронической интоксикации алкоголем чаще всего используют следующие параметры:**

1. Повышение активности ГГТ;
2. Одновременное увеличение активности ГГТ, АСТ и АЛТ при опережающем повышении активности АСТ;
3. Тромбоцитопению (при бытовом употреблении алкоголя);
4. Повышение уровня щелочной фосфатазы;
5. Повышение уровня мочевой кислоты;
6. Повышение активности лактатдегидрогеназы;
7. Обнаружение так называемого «алкогольного метаболического синдрома» - гипертриглицеридемии, гиперхолестеринемии (преимущественно за счет ЛВП) и жирных кислот - одновременно и без сопутствующих грубых нарушений печени и поджелудочной железы;
8. Увеличение среднего корпускулярного объема эритроцитов – СКОЭ (одновременное увеличение ГГТ и СКОЭ, кроме интоксикации алкоголем, может быть при злоупотреблении бензодиазепинами и В<sub>12</sub>-дефицитной анемии); макроцитоз у пьющих останется навсегда;
9. Увеличение в крови этанола. При этом отсутствие признаков опьянения при содержании 150 мг% алкоголя в крови свидетельствует о повышении толерантности и чрезвычайной зависимости от алкоголя.
10. Определение в крови продуктов сцепления ацетальдегида с дофаминами – тетрагидроизохинолинов,
11. Повышение уровня активности АДГ (алкогольдегидрогеназы) – тем больше, чем длительнее срок злоупотребления алкоголем.

Интегрально учитывая все маркеры алкогольного опьянения итальянские врачи

(Флери и соавт., 1984) подозревают систематическое употребление алкоголя с точностью до 100%, если: активность ГГТ повышена более чем 40 ед/л, СКОЭ – более чем 98 мкм куб., т.е. речь идет о глубине поражения.

**Чрезвычайно важно** помнить, что несмотря на то, что средние уровни ГГТ колеблются в пределах от 7-10 до 42-48 ед/л у мужчин и от 5-7 до 35 ед/л у женщин, подозрение на регулярное злоупотребление алкоголем вызывает превышение активности ГГТ величины средней нормы (выше  $15 \pm 3$  ед/л). Привычное пьянство диагностируется при показателях ГГТ около  $28-35 \pm 6-10$  ед/л. Повторные приемы алкоголя вызывают превышение допустимых в норме колебаний величины средней нормы на  $\pm 0,6$  ед/л.

**Таким образом**, в энзимодиагностике привычного пьянства самым чувствительным критерием является повышенная относительно средней нормы и колеблющаяся в течение 2-х разового определения активность ГГТ на фоне нормоферментемии!

**Например:** если верхний предел ГГТ - 46 ед/л, а верхний предел величины средней нормы – 24 ед/л., то это уже этап систематического употребления алкоголя.

**Тестом на недавнее употребление алкоголя** служит метод рН-метрии, выявляющий переокисление или закисление внутренних сред организма (нужно учитывать сотые доли значения: например рН – 7,33).

**CDT – новый маркер хронического злоупотребления алкоголем.**

В последние годы все большую популярность приобретает новый биологический маркер злоупотребления алкоголем – **карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT)**, обладающий более высокими аналитическими характеристиками, позволяющими отнести его к «идеальному маркеру» хронической алкогольной нагрузки. В организме человека, злоупотребляющего алкоголем, соотношение изоформ трансферрина изменяется в сторону повышения низкосиалирированных изоформ - карбогидрат-дефицитного трансферрина становится более  $\Sigma > 1,3\%$  (в норме -  $\Sigma < 1,3\%$ ). Таким образом, количественная оценка CDT позволяет выявить хроническую алкогольную нагрузку.

**Диагностические преимущества CDT.** У большинства пациентов, страдающих заболеваниями печени, уровень CDT остается в пределах нормы. Исключение составляют пациенты с тяжелым декомпенсированным циррозом, хроническим гепатитом с высокой

активностью и редким наследственным заболеванием – CDG-синдромом. **В целом, методы, основанные на определении CDT, демонстрируют очень высокую специфичность – 90-95%.**

Благодаря достаточно короткому периоду полураспада (в среднем 4 недели) CDT также пригоден для контроля абстиненции в ходе терапии алкогольной зависимости. В клинике внутренних болезней снижение уровня CDT во время пребывания в стационаре (контролируемая абстиненция) является одним из наиболее специфичных маркеров алкогольной этиологии заболевания (гепатобилиарной системы, ЖКТ, ССС и др.)

**Метод определения CDT капиллярным электрофорезом полностью автоматизирован и применим для массовых скрининговых исследований.**

**Международный опыт более, чем 20-летнего практического использования CDT в странах Западной Европы и США:**

- Профессиональная диспансеризация (транспортные компании, TOP-менеджеры, атомные станции и др. «опасные» профессии), в т.ч. крупнейшая ж/д компания Франции (SNCF), «Swedish transport Agency», «Emirates Airlines», «London transport Agency» и др.
- Выявление и мониторинг терапии больных алкоголизмом, диагностика рецидивов (Скандинавия);
- Подготовка к хирургическому вмешательству, принятие решения о трансплантации органов (Великобритания, Франция);
- Возврат водительского удостоверения, изъятого по причине вождения в состоянии алкогольного опьянения, принятие решения о пожизненном лишении прав (Скандинавия, Великобритания, США);
- Страхование (США)

**Возможные мероприятия, уменьшающие токсические эффекты алкогольных напитков.**

На фоне приема жирной пищи алкоголь всасывается хуже. Вода и сок лимона активируют ферменты печени и способствуют уменьшению степени опьянения, улучшая обмен ацетальдегида. Лимонная и янтарная кислоты эффективны для отрезвления при передозировке алкогольных напитков. Возможен прием 1 таблетки **лимонтара** (содержащего янтарную и лимонную кислоты) на 100,0 воды. Глицин (алкопротектор) рекомендуется по 1 таблетке, принимаемой под язык, на следующий день после употребления алкоголя. Глицин связывается с остатками ацетальдегида, улучшает тканевое дыхание; необходим детям, рожденным от родителей алкоголиков на протяжении всей жизни.

Необходимо отметить, что при ежедневном употреблении алкогольных напитков истощается активность ЛДГ и АлДГ и каталазная резервная система. Для активация каталазной ферментной системы при остром и подостром алкогольном опьянении применяется 4,0 аскорбиновой кислоты в 500,0 физиологического р-ра в/в.

Для уменьшения влечения к алкоголю, помимо сладкой пищи, рекомендуется прием алкопротектора биотридина (комбинация глицина, витамина В<sub>6</sub> и пиридоксальфосфата) по 1 таблетке 5-7 дней по 2 раза в день.

**Проблема потребления алкоголя в России.**

Потребление алкоголя в пересчёте на душу населения в России - более 18,5 л. По данным ВОЗ потребление алкоголя, превышающее 8 л на душу населения, представляет опасность для генофонда нации. 80% потребляемого спиртного приходится на крепкие алкогольные напитки. Каждый 1 л подушного алкоголя уносит дополнительно к естественной убыли населения 132 тыс. человек, 11 месяц ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и 4 месяца у женщин. Последствия потребления алкоголя угрожает безопасности личности, общества и нашего государства.

**ОСНОВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ДЕТЕЙ И СЕМЬИ**

Увеличение числа больных с наиболее тяжёлыми формами алкоголизма и тяжелыми соматическими расстройствами. Алкоголизм приобрёл характер «семейной болезни», что

создаёт необходимость вовлечения всей семьи в лечебный процесс и объединение усилий различных служб (социальной, медицинской и др.). Увеличивается рост числа больных алкоголизмом женщин. Соотношение мужчин и женщин 6 : 1 (в конце 80-х годов - 10 : 1). Увеличивается число больных алкоголизмом женщин молодого возраста и более раннее приобщение к алкоголю (12-15 лет). Для женщин характерно быстрое формирование и более тяжёлое течение болезни, ранние изменения личности. Алкоголизм у женщин труднее поддаётся лечению

#### **Проблемы потребления пива школьниками и студентами России.**

По данным Института возрастной физиологии в 1989 г. регулярно (несколько раз в неделю) употребляли пиво 5% школьников и 7% студентов. Сегодня регулярно пьют пиво 25% школьников и более 60% студентов. 60% младших школьников оценивают рекламу пива как положительную. Пиво заменяет российским школьникам и студентам лимонад. В последние годы количество потребляемого пива выросло резко, а потребление крепких алкогольных напитков не уменьшилось вовсе. На страну накатывается волна пивного алкоголизма. Наше общество должно противостоять хорошо организованным пивоварам, имеющим годовой доход 5,5 млрд. долларов.

#### **Основные понятия.**

- **Опасное потребление алкоголя** – уровень потребления алкоголя, который может нанести вред, если человек этим злоупотребляет. Например, мужчина в неделю потребляет 350 г. и более в пересчёте на чистый спирт (35 и более единиц или стандартных доз), а женщина 210 г и более (21 и более единиц или доз).
- Верхний предел самого **низкого уровня риска** для мужчин составляет 140-280 г алкоголя в неделю в пересчёте на чистый спирт, предел для женщин, которые более подвержены токсическому воздействию алкоголя, меньше 140 г в неделю, тот же уровень для молодых и пожилых.
- **Стандартная доза** 8-12 г алкоголя в пересчёте на чистый спирт – это примерно 250 мл пива или 125 мл вина, или 25 мл крепких напитков (водка и др.).

#### **Виды злоупотребления алкоголем**

- Употребление большого количества алкоголя («**бытовое пьянство**») и в результате этого поражение различных органов (печень и др.).
- Злоупотребление алкоголем, вызывающее **психические и соматические нарушения**
- **Алкогольная зависимость** – неспособность вести нормальный образ жизни с тяжёлыми социальными последствиями, тяжёлыми последствиями для здоровья. Страстное желание выпить (физическая зависимость от алкоголя) пересиливает поведенческие «сдерживающие реакции». Человек не может самостоятельно бросить пить.

#### **Факторы риска развития алкогольной зависимости**

- Употребление алкоголя
- Влияние других психотропных веществ (никотин и др.)
- Злоупотребление алкоголем в семье
- Принадлежность к мужскому полу в сочетании с молодым возрастом, отсутствием семьи
- Систематическое употребление 5 и более стандартных доз алкоголя (60 мл чистого спирта); пребывание в состоянии опьянения по крайней мере 1 раз в неделю
- Семейный или социокультурный фон, благоприятствующий злоупотреблению алкоголем
- Восприятие злоупотребления алкоголем как нормального явления
- Повышенная чувствительность к алкоголю
- Неблагополучие общества (экономическое, идеологическое, нравственное)

#### **ВЛИЯНИЕ ЧРЕЗМЕРНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ**

- Алкогольная кардиомиопатия (аритмии, расширение всех камер сердца, снижение сердечного выброса)

- «Праздничное сердце» (аритмии у здоровых людей после одномоментного употребления большого количества алкоголя)
- Артериальная гипертензия (возникает при потреблении более 3 доз алкоголя ежедневно)
- Острый и хронический панкреатит (наиболее частая причина развития заболевания - злоупотребление алкоголем)
- Жировой гепатоз, гепатит, цирроз печени
- Псевдокиста поджелудочной железы (осложняется кровотечением и присоединением инфекции)
- Эзофагит, гастрит
- Заболевание тонкой кишки (кровоизлияния, синдром мальабсорбции, диарея)
- Риск развития злокачественных заболеваний возрастает в 10 раз. Чаще поражаются органы головы и шеи, пищевод, печень, желудок, молочные железы
- Миопатии - набухание и болезненность мышц, определяемые на глаз гипотрофия мышц конечностей, живота и височных мышц
- Энцефалопатия Вернике (атаксия, офтальмоплегия, апатия, спутанность сознания)
- Синдром Корсакова
- Периферическая нейропатия (у 5-15 % лиц, злоупотребляющих алкоголем)
- Синдром алкогольной отмены или абстинентный синдром (психомоторное возбуждение, сильный тремор, потливость, бессонница, эпилептические припадки, делирий). Развивается через 12-96 ч после прекращения приёма алкоголя
- Атрофия яичек и бесплодие у мужчин. Снижение эректильной способности
- У женщин - аменорея, сморщивание яичников, спонтанный аборт
- Панцитопения вследствие подавления костного мозга, часто гиперспленизм
- Иммунодефицитные состояния, вследствие подавления кроветворения в костном мозге и прямого воздействия алкоголя на лейкоциты

#### **Основные последствия потребления алкоголя для женщин, детей и семьи**

- Развитие алкогольного синдрома плода
- У трети всех детей, рождённых матерями-алкоголиками обнаруживается олигофрения
- Значительная часть детей погибает в первые 2 года жизни
- Резкое увеличение числа подростков больных алкоголизмом, нарастание у них числа алкогольных психозов, что ранее регистрировалось крайне редко

#### **АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА**

- Нарушение строения лицевого черепа и врождённые уродства
- Недоразвитие различных отделов мозга
- Умственная отсталость
- Уменьшение массы и размеров тела

#### **Эффективность профилактического вмешательства**

##### **Польза отказа от спиртных напитков больным, злоупотребляющим алкоголем:**

- У 30% пациентов происходит обратное развитие кардиомиопатии
- Артериальное давление снижается
- Обратное развитие миопатии
- Обратное развитие заболеваний системы гемопоза, иммунной системы
- Обратное развитие жирового гепатоза

#### **ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

##### **Основные стратегии профилактики алкоголизма.**

- Национальная политика профилактики алкоголизма. Законодательное регулирование цен, ограничений рекламы, времени места продажи спиртных напитков. Содействие просвещению населения.

- Санитарное просвещение и информирование населения относительно опасности алкоголя для здоровья, его психического и социального вреда.
- Выявление опасных и вредных случаев употребления алкоголя сотрудниками первичного звена здравоохранения. Информирование и мотивирование пациентов об изменении своих привычек потребления алкоголя.
- Короткие вмешательства, проводимые сотрудниками первичного звена здравоохранения.

Алкогольная зависимость слишком часто выявляется с опозданием. Так как все пациенты, злоупотребляющие алкоголем, обращаются к врачу общей практики с различными жалобами, то именно ему принадлежит главная роль в выявлении лиц, чрезмерно потребляющих алкоголь и в профилактике развития алкогольной зависимости.

#### **Проблемы выявления пациентов, чрезмерно потребляющих алкоголь.**

- Лица с алкогольной зависимостью сами не обращаются к врачам, так не осознают свою проблему и не считают, что алкоголь ведёт их к гибели.
- Они не уверены в эффективности лечения.
- Опасаются, что факт злоупотребления алкоголем станет известен окружению и скрывают его.
- Зачастую получаемая информация является заведомо неточной. Поэтому нередко американские врачи руководствуются старым правилом: максимальное количество выпитого спиртного, сообщаемого пациентом, умножается на пять.

*При подозрении на злоупотребление алкоголем следует опросить не только самого пациента, но и его супругу или других родственников и близких.*

#### **Алкогольную зависимость можно заподозрить по любой из жалоб:**

- Постоянная тревога или напряжение.
- Юридические или семейные проблемы.
- Головные боли или периоды нарушения сознания.
- Частые падения или лёгкие травмы.
- Хроническая депрессия.
- Бессонница.
- Судорожные припадки.
- Неопределённые желудочно-кишечные нарушения.

#### **ИНФОРМАТИВНОСТЬ МАРКЕРОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

- гиперемия лица с расширением сети кожных капилляров, обложенный язык, увеличение околоушных желез,
- увеличение печени, жировая дистрофия печени,
- тремор, гипергидроз, полинейропатия,
- венозное полнокровие конъюнктивы, телеангиоэктазии,
- мышечная атрофия, контрактура Дюпюитрена,
- гинекомастия,
- дефицит массы тела,
- транзиторная артериальная гипертензия,
- Повышение лабораторных показателей: СКОЭ, ГГТ, щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ.

#### **Последствия опасного употребления алкоголя**

- Формирование зависимости у взрослых (через 7 - 10 лет).
- Появление висцеропатий (через 2 года).
- Формирование алкоголизма у подростков (через ½ года).
- Финансовые потери государства (до 1,7 трлн. руб).
- Высокая частота (до 80% от общего числа) убийств.
- Высокая частота (30-40%) внезапной кардиальной смерти.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОПРОСА**

- Спрашивать у всех пациентов об употреблении алкоголя как бы между прочим, вместе с вопросами о питании и курении.
- Лучше спросить: «Когда Вы выпивали в последний раз?», а не «Вы употребляете спиртные напитки?» Так пациенту будет труднее ответить, что он вообще не пьёт
- Обязательно выяснить, сколько времени пациент проводит за рюмкой и сколько денег тратит на спиртное.
- Количество употребляемого алкоголя следует оценивать в миллилитрах в сутки в пересчёте на чистый спирт.

### **Основные вопросы**

- Когда Вы выпивали последний раз?
- Нравится ли Вам алкогольные напитки?
- Сколько Вы выпиваете за день? За неделю?
- Что Вы предпочитаете пить?
- Выпиваете ли по уграм?
- Завтракаете?
- Когда в последний раз у Вас было похмелье?
- С кем предпочитаете пить (с друзьями, родственниками)?
- Пьёте ли в одиночку?
- Сколько времени обходитесь без спиртного?
- Сколько Вам нужно выпить, чтобы опьянеть?
- Как на Вас действует алкоголь?
- Не приходилось ли Вам пить ночью, чтобы успокоиться?

Для успешного использования опросников необходимо доверие и полная откровенность пациента. Большинство опросников основано на Мичиганском скрининговом тесте по выявлению алкоголизма (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST), но они трудоёмки.

Четыре вопроса CAGE теста (приложение 1) помогают выявить злоупотребляющих алкоголем в 85-93 % случаев.

Для определения количества употребляемого алкоголя подростками можно использовать опросник AUDIT (первые три вопроса; приложение 2).

Опрос подростка должен носить доверительный характер и продемонстрировать своё понимание желания пациента сохранить свою тайну. При обнаружении у подростка признаков злоупотребления алкоголем ему необходимо рекомендовать обратиться к наркологу.

## **ЗАДАЧИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У ПАЦИЕНТА ФАКТА ЧРЕЗМЕРНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

- Убедить пациента, что он относится к категории людей, которым угрожает пагубное злоупотребление алкоголем.
- Создать у пациента готовность изменить свой образ жизни.
- Выбрать стратегии, соответствующие уровню мотивации изменить образ жизни
- Оказать помощь пациенту при принятии решения.
- Рекомендовать пациенту и членам его семьи чтение литературы об алкоголизме.

### **Собеседование**

– эффективный метод профилактики алкогольной зависимости. Собеседование - метод воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем; проводится 3-4 раза с интервалом несколько недель.

• Собеседование обычно эффективно у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками (или находящихся на грани злоупотребления), у которых ещё не возникли серьёзные проблемы,

связанные с алкогольной зависимостью. Важно чтобы пациент осознал, что он злоупотребляет алкоголем.

- Собеседование состоит из ответов на вопросы, дискуссией и рекомендацией по уменьшению потребления спиртных напитков до различного уровня.
- Результаты клинического и лабораторного обследования также служат эффективным средством воздействия.
- Если пациент не уменьшил потребление спиртных напитков после собеседования в течении 3 месяцев наблюдения, его необходимо направить к наркологу.

### **Вопросы, обсуждаемые во время собеседования**

Общая оценка ситуации - количество алкоголя, употребляемого еженедельно, его влияние на здоровье, проблемы связанные с употреблением алкогольных напитков во время работы и повышение толерантности к алкоголю.

- Результаты лабораторных исследований (печёночные ферменты и др.).
- Сравнение алкоголя, употребляемого пациентом со средним уровнем его потребления в обществе и уровнем потребления его знакомых или друзей, ведущих здоровый образ жизни.
- Возможная смена круга общения, знакомство с непьющими людьми.
- Заболевания, связанные с употреблением алкоголя - артериальная гипертензия, ожирение, заболевания печени, нервной системы, сексуальные расстройства, головные боли, повышенный травматизм.
- Преимущества снижения дозы алкоголя: снижение толерантности и риска развития алкогольной зависимости, сохранение здоровья, уменьшение расходов
- Способы оценки уровня употребления алкоголя пациентом; пределы за которыми возникают злоупотребление спиртными напитками, методы снижения потребления алкоголя; обеспечение обучающей литературой
- Чёткие ограничения для пациента количества спиртных напитков в течении дня, в неделю, в месяц. Пациент не должен выпивать несколько дней подряд
- Назначить время следующего собеседования через 2 недели. В течении этого времени пациенту рекомендуется вести дневник учёта количество выпиваемого, общего состояния, результатов анализов и возникающих проблем.

### **Краткий план первого собеседования (5-10 мин).**

- Рекомендации снизить употребление алкоголя до безопасного уровня (для мужчин не более 140-280 г в нед. в пересчёте на чистый спирт, для женщин не более 140 г в нед.).
- Описание преимущества отказа от алкоголя.
- Обеспечение обучающей литературой.
- Рекомендация вести дневник.
- Согласование последующего собеседования.
- Лицам с симптомами выраженной алкогольной зависимости предлагается госпитализация (в наркологическое, терапевтическое, психосоматическое отделения).

### **Второе и последующие собеседования**

- Просмотр дневника.
- Совместный анализ возникших трудностей, рекомендации.
- Одобрение и поддержка пациента.
- Если пациент не пришёл на собеседование, звонить и выяснять, что ему помешало.

### **Собеседования эффективны при следующих условиях:**

- Раннее выявление злоупотребления алкоголем.
- Желание пациента бросить пить.
- Взаимопонимание между врачом и пациентом, готовность сотрудничать с врачом.
- Поддержка со стороны семьи и друзей.

### **Партнёры врача общей практики по профилактике алкогольной зависимости:**

- Члены семьи пациента.

- Общество анонимных алкоголиков.
- Педагоги.
- Врачи психиатры-наркологи.
- Клинические психологи, социальные психологи.
- Участковые милиционеры.
- Представители различных религиозных конфессий.

#### **Список рекомендуемых процедур**

1. Постоянно спрашивать всех подростков и взрослых (в возрасте от 16 до 74 лет), которые приходят на консультацию по любой причине, об их привычках потребления алкоголя.
2. Спрашивать пациентов с признаками артериальной гипертензии и депрессии относительно потребления ими алкоголя.
3. Вести запись в медицинской документации о потребляемом алкоголе (количество и частоту) для всех пациентов, которые регулярно потребляют его.
4. Рекомендовать не начинать потреблять спиртные напитки тем, кто раньше никогда не употреблял алкоголь.
5. Не рекомендовать регулярный приём алкоголя с целью профилактики ИБС.
6. Не должны выпивать совсем: страдающие заболеваниями печени, депрессиями, психозами, артериальной гипертензией.
7. Принимающие некоторые лекарственные препараты (метронидазол, седативные, трициклические антидепрессанты, парацетамол и др.).
8. Управляющие станками и транспортными средствами.
9. Во время работы с огнеопасными, токсическими и другими опасными веществами или оборудованием.
10. Рекомендовать пациентам, злоупотребляющим алкоголем, снизить его потребление до реально низкого (желательно менее двух стандартных доз в день), либо полностью отказаться от него. Наблюдать за пациентом, чтобы укрепить его мотивацию.
11. Применять короткие мотивационные собеседования, особенно для тех, кто потребляет алкоголь в опасном для здоровья количестве и имеет связанные с этим проблемы, помогать им изменить их привычку.
12. Направлять пациентов с признаками алкогольной зависимости к наркологу.
13. Быть образцом для подражания.

Согласно «Европейскому плану по борьбе с потреблением алкоголя», принятому ВОЗ, к 2005-2015 гг. все страны Европейского региона должны разработать и внедрить:

- эффективный механизм для мониторинга и оценки уровней потребления алкоголя,
- установленные показатели вреда, который может быть нанесен алкоголем,
- мониторинг ответных действий, предпринимаемых на уровне разработки и осуществления политики борьбы с потреблением алкоголя.

#### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Какие компоненты входят в состав никотинового аэрозоля?
2. Перечислите проявления токсического действия никотина на организм человека.
3. Почему возникает физическая зависимость от табака?
4. Как проявляется физическая и психическая зависимость от табака?
5. Как проявляется синдром отмены табака?
6. Перечислите заболевания, возникновение которых коррелирует с табакокурением.
7. Какие медицинские проблемы, в т.ч. терапевтические, могут возникать у курящего пациента с бронхолегочной патологией.
8. Что такое пассивное курение и как оно влияет на организм детей и взрослых - пассивных курильщиков.
9. Как влияет активное курение на организм женщины репродуктивного возраста и на плод при беременности?

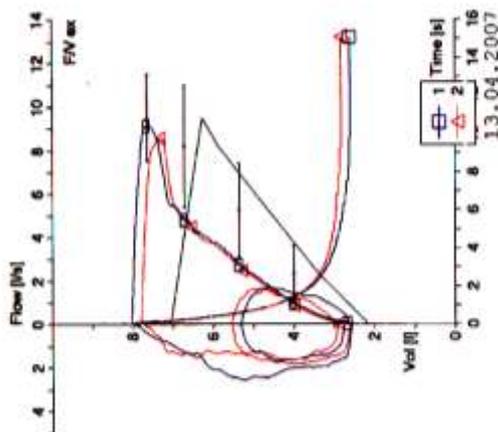
10. Как проводится скрининг курения табака в центрах здоровья (специализированных кабинетах по отказу от курения)?
11. Как определяется индекс курящего, его интерпретация?
12. Как оценивается степень никотиновой зависимости?
13. Как оценивается степень мотивации отказа от курения?
14. Какие критерии входят в понятие «статус курения»?
15. Назовите принципы лечения табачной зависимости.
16. Какие никотин-замещающие препараты Вы знаете?
17. Препарат варениклин (чампикс), его механизм действия?
18. Назовите принципы коррекции никотин ассоциированного заболевания, например ХОБЛ, при лечении табачной зависимости?
19. Перечислите основные принципы профилактики курения табака.
20. Какова физиологическая концентрация этанола в организме человека и его роль в биохимических процессах?
21. На какие системы выражено действие этанола при приеме в дозе, превышающую физиологическую?
22. Какие ферменты участвуют в метаболизме этанола?
23. Каково значение эндогенного алкоголя на метаболические процессы в организме?
24. В чем состоит генетическая предрасположенность к алкоголизму?
25. Какие последствия приема алкогольных напитков беременной?
26. Назовите самые частые заболевания внутренних органов алкогольного генеза?
27. Почему отказ от употребления этанола становится трудно переносимым в ряде случаев?
28. Назовите основные стадии развития алкоголизма как болезни.
29. Какие типичные случаи практического приобщения людей к алкоголю Вы знаете?
30. Чем обусловлено и как проявляется «агрессивное опьянение»?
31. Как влияет злоупотребление алкоголем на отношения в семье?
32. Модели социального вмешательства в алкоголизм?
33. В чем суть поведенческой модели социального вмешательства в алкоголизм?
34. Ваше отношение к концепции «алкоголик – больной человек»?
35. Ваша оценка состояния социального контроля алкоголизации в России.
36. Какова роль врача общей практики в профилактике и лечении больных с алкогольным пристрастием.
37. Каковы цели «Европейского плана по борьбе с потреблением алкоголя» до 2015 года?

### **Клиническая задача №1.**

**Пациентка И.**, 62 года. Стаж курения – 42 года. Степень никотиновой зависимости – 6 баллов. Интенсивность курения – 20-30 сигарет в день.

**Жалобы** на кашель, мокроту, одышку.

- СО выдыхаемого воздуха – 18 ppm, НbСО – 3,7%.
- Мотивация к отказу от курения – 8 баллов.
- На фоне курения проведена проба с бронхолитиком (см. кривую «поток-объем»).



**Диагноз:** Хроническая обструктивная болезнь легких средней степени тяжести. Никотиновая зависимость.

**Тактика:** выбрана длительная лечебная программа с целью полного отказа от курения:

- **Никотинзаместительная терапия:**

*Пластырь Никоретте* 10 мг - 1 - 3 недели.

*Жевательная резинка Никоретте* 2 мг - 3 шт./день

- 3-6 недель: ж/резинка 2 мг - 3-4 шт./день

- 7-9 недель: ж/резинка 2 мг - 1-2 шт./день (по потребности)

- с 10 недели: ж/резинка - 0

- **Лечение хронической обструктивной болезни легких:**

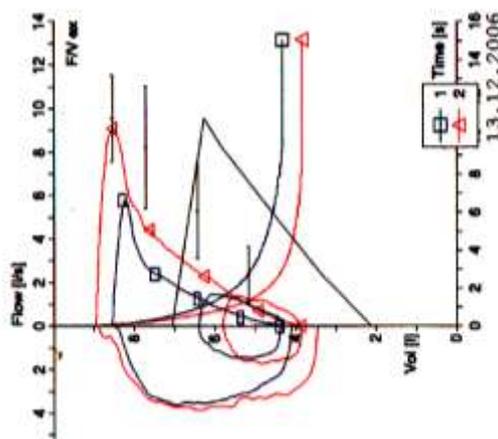
Форадил - 24 мкг/день

Спирива - 1 вд/день

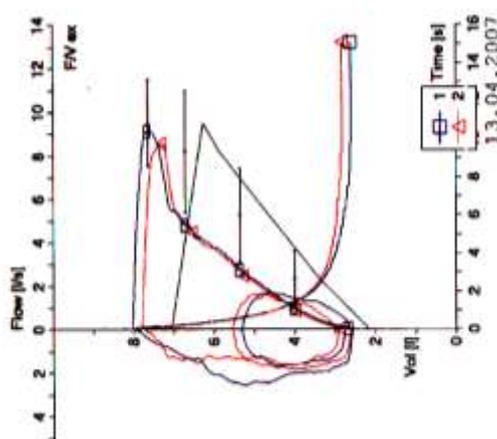
Флуимуцил - 600 мг

- **Симптомы отмены:** беспокойство, тревога, раздражительность.

- Афобазол по 1 табл. 3 раза в день



До лечения



Через 5 месяцев лечения

## Клиническая задача №2.

Пациентка К., 52 лет, инженер, обратилась к врачу с **жалобами** на периодическую тяжесть в правом подреберье, тошноту и приступы слабости. Из анамнеза известно, что указанные жалобы стали появляться около года назад, часто связаны с приемом алкоголя и погрешностями в диете. Заболевания печени, желтуху в анамнезе отрицает. Периодически употребляет алкоголь, что связывает с частыми стрессовыми ситуациями на работе. Не курит. **Объективно.** Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета, отмечается небольшая гиперемия лица, отеков нет. Температура тела 36.6.

Вес 78 кг. Рост 180 см (ИМТ 24,1). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 140/80. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень + 1 см от края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. При пальпации край ее закруглен, чувствительный, эластичен. Симптом «поколачивания» с обеих сторон отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный оформленный.

**Вопросы к задаче:**

1. *Какие исследования необходимо назначить на первом этапе для уточнения причин жалоб:*

- А. АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, общий билирубин
- Б. Общий холестерин, триглицериды, альбумин, протромбин крови
- В. КТ брюшной полости
- Г. УЗИ брюшной полости
- Д. Биопсия печени

При обследовании были получены следующие результаты: Б/х крови: АЛТ - 39 МЕ, АСТ - 47 МЕ, ГГТП - 180 МЕ, ЩФ - 43 МЕ, общий билирубин - 20 мкмоль/л, общий холестерин - 5,1 ммоль/л, триглицериды - 2,3 ммоль/л. Уровень протромбина и альбумина в норме. УЗИ брюшной полости: признаки стеатоза печени (гепатомегалия, «яркая печень»).

2. *Какие исследования необходимо дополнительно провести для уточнения диагноза:*

- А. Направить больную на биопсию печени
- Б. Маркеры вирусных гепатитов В и С
- В. Провести КТ печени
- Г. Оценить количество употребляемого алкоголя
- Д. Оценить наличие сопутствующих заболеваний, в т.ч. связанных с алкоголем

Маркеры вирусных гепатитов обнаружены не были. Больная около 10 лет 2-3 раза в неделю употребляла крепкие спиртные напитки (коньяк, виски) в количестве до 200 г на прием.

3. *Учитывая наличие признаков стеатоза печени, умеренного повышения уровня АСТ и ГГТП у пациентки, употребляющей алкоголь, при отсутствии маркеров вирусного гепатита и признаков нарушения белкосинтетической функции печени наиболее обоснованным диагнозом является:*

- А. АБП, алкогольный стеатоз
- Б. АБП, цирроз
- В. АБП, алкогольный стеатогепатит
- Г. АБП, острый алкогольный гепатит

4. *Клинический диагноз: АБП.*

Отсутствие яркой клинической симптоматики и признаков нарушения синтетической функции печени свидетельствует против наличия цирроза и острого алкогольного гепатита. Хотя точно разграничить простой алкогольный стеатоз печени и алкогольный стеатогепатит возможно только с помощью биопсии. В данном случае возможно обойтись без ее выполнения. Принципиальной разницы в дальнейшей лечебной тактике это не создаст.

5. *Больной необходимо дать следующие рекомендации:*

- А. Прекращение употребления алкоголя
- Б. Прием поливитаминов
- В. Гипокалорийная и гипохолестериновая диета
- Г. Эссенциале форте Н (2 капсулы 3 раза в сутки, 3 месяца)
- Д. Полноценная диета с достаточным содержанием белка и витаминов.

**Эталон ответа:**

У больной легкая форма АБП, которая при адекватной этиотропной и патогенетической терапии может полностью регрессировать. Необходимо настойчиво рекомендовать больной прекратить употреблять алкоголь, разъяснить основные принципы диетотерапии, назначить гепатопротектор (Эссенциале форте Н) и поливитамины. При соблюдении всех рекомендаций (особенно отказа от алкоголя) этих мер будет вполне достаточно для предупреждения прогрессирования заболевания и, прежде всего, фибротического процесса.

## **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ: «КУРЕНИЕ»**

**1. К какой группе веществ относится никотин?**

- а) опиаты
- б) органическое вещество
- в) алкалоид растительного происхождения
- г) нитрозами

**2. Наиболее клинически важные свойства никотина это:**

- а) короткий период полураспада
- б) развитие толерантности
- в) развитие зависимости
- г) все перечисленное

**3. Основным механизмом действия никотина, приводящим к положительной стимуляции ЦНС, является:**

- а) стимуляция вегетативной нервной системы
- б) высвобождение дофамина
- г) стимуляция симпатической нервной системы

**4. С какими рецепторами соединяется никотин?**

- а)  $\beta$ -2
- б)  $\alpha$
- г)  $\alpha_2$ - $\beta_4$ -рецепторы

**5. Положительным стимулирующим воздействием никотина на ЦНС является:**

- а) ощущение удовольствия
- б) расслабление
- в) вазоконстрикция
- г) повышение кислотности желудочного сока

**6. Период полураспада никотина составляет:**

- а) 30 минут
- б) 40-60 минут
- в) 90-120 минут
- г) 24 часа

**7. Какой основной метаболит никотина?**

- а) котинин
- б) мочевины
- в) вода

**8. Какое количество веществ находится в табачном дыме?**

- а) 1000
- б) 2000
- в) более 3000 веществ

**9. Основным патогенетическим механизмом воздействия СО на организм является:**

- а) соединение с гемоглобином
- б) повреждение эпителия бронхов
- в) повышение кислотности желудочного сока
- г) повышение агрегации тромбоцитов

**10. Курение табака это:**

- а) вредная привычка
- б) хобби
- г) фактор риска
- д) болезнь
- е) все перечисленное

**11. Для каких заболеваний курение табака является фактором риска?**

- а) болезни глаз
- б) ХОБЛ

- в) рак пищевода
  - г) рак легкого
  - д) все перечисленные
- 12. Является ли пассивное курение фактором риска?**
- а) да
  - б) нет
- 13. Как на бронхолегочную систему влияет табакокурение?**
- а) вызывает замедление развития легких у детей и подростков
  - б) вызывает преждевременное падение функции легких
  - в) ускоряет темп падения функции легких
  - г) все перечисленное
- 14. Для каких онкологических заболеваний курение табака является фактором риска?**
- а) рак пищевода
  - б) рак молочной железы
  - в) рак легкого
  - г) рак гортани
  - д) для всего перечисленного
- 15. Какая распространенность табакокурения среди всего населения в РФ?**
- а) 30%
  - б) 40%
  - в) около 50%
- 16. Какие факторы наиболее сильно влияют на распространенность табакокурения в РФ?**
- а) возраст
  - б) пол
  - в) уровень образования
  - г) доход
  - д) все перечисленные
- 17. С какого возраста, как правило, начинают курить в РФ?**
- а) с 5 лет
  - б) с 8 лет;
  - в) с 10 лет
  - г) с 13 лет
- 18. Какие формы табака являются более безопасными?**
- а) бездымный табак
  - б) кальян
  - в) жевательный табак
  - г) все формы табака являются вредны
- 19. Как часто в мире умирают люди от болезней, связанных с употреблением табака?**
- а) каждые 6,5 секунд
  - б) каждые 10 секунд
  - в) каждые 30 секунд
  - г) каждые 60 секунд
- 20. Сколько в среднем лет жизни теряет курящий человек?**
- а) 3-5 лет
  - б) около 10 лет
  - в) 14 и более лет
- 21. Падение какого показателя ФВД является диагностически важным для ХОБЛ?**
- а) ОФВ1
  - б) МОД
  - в) ЖЕЛ
  - г) ПСВ25

**22. Какие основные синдромы нарушения функционального состояния легких развиваются у курящих людей?**

- а) обструктивный
- б) гиперреактивность
- г) нарушение дыхания во время сна
- д) все перечисленное

**23. Какие изменения функционального состояния сосудов развиваются у курящих людей?**

- а) парадоксальная вазоконстрикция
- б) парадоксальная вазодилатация
- в) стойкий вазоспазм
- г) стойкая вазоконстрикция
- д) все перечисленные

**24. Какие заболевания сердечно-сосудистой системы наиболее часто развиваются у курящего человека?**

- а) артериальная гипертензия
- б) ишемическая болезнь сердца
- в) инсульт
- г) облитерирующий эндартериит
- д) все перечисленные

**25. Перечислите основные симптомы депрессии при отказе от табака?**

- а) снижение настроения, тоска
- б) утрата интересов, способности получать удовольствие
- в) повышенная раздражительность
- г) головная боль
- д) все5 перечисленное

**26. Какая длительность отказа от табакокурения соответствует эффективному лечению табачной зависимости?**

- а) 1 месяц
- б) 3 месяца
- в) 6 месяцев
- г) 12 месяцев

**27. Какой метод лечения никотиновой зависимости является наиболее эффективным?**

- а) акупунктура
- б) лазерная терапия
- в) поведенческая и фармакотерапия
- г) гипноз

**28. Какие фармакологические препараты эффективны для лечения никотиновой зависимости?**

- а) никотинзаменительная терапия или чампикс (варениклин)
- б) антидепрессанты + витамин С
- в) Табекс (цитизин)+ антидепрессанты

**29. Наиболее эффективной терапевтической комбинацией для лечения никотиновой зависимости являются:**

- а) гипноз + поведенческая терапия
- б) групповые занятия + физическая реабилитация
- в) фармакотерапия + физическая реабилитация
- г) фармакотерапия + поведенческая терапия + профилактика сопутствующих заболеваний

**30. Как скоро после отказа от табакокурения появляются симптомы отмены?**

- а) через 6 часов
- б) через 12 часов
- в) через 24 часа

**31. Механизм действия варениклина:**

- а) частичный агонист никотиновых рецепторов
- б) антагонист никотиновых рецепторов

**32. Влияет ли степень мотивации к отказу от табакокурения на эффективность лечения?**

- а) да
- б) нет

**33. При какой степени никотиновой зависимости (по тесту Фагерстрема) обязательно требуется назначение фармакологической терапии?**

- а) при любой
- б) выше 3 баллов
- в) выше 5 баллов

**34. Перечислите основные положительные изменения после отказа от табакокурения:**

- а) улучшение обоняния
- б) повышение переносимости физической нагрузки
- в) улучшение вкуса
- г) нормализация сна
- д) все перечисленные

**35. При формировании индивидуального плана лечения необходимо учитывать:**

- а) степень никотиновой зависимости
- б) сопутствующие заболевания
- в) степень мотивации к отказу от курения
- г) мотивация к курению
- е) только степень мотивации к отказу от курения
- д) все перечисленное

**36. Выберите наиболее эффективные меры, приводящие к снижению распространенности потребления табака среди населения:**

- а) увеличение цены на сигареты
- б) запрет курения в общественных местах
- в) предоставление более полной информации для потребителя
- г) запрет любой рекламы
- д) крупные предупредительные надписи о здоровье на пачках сигарет
- е) организация медицинской помощи по отказу от курения
- ж) все перечисленное

**37. Какой основной международный документ направлен на снижение потребления табака в мире?**

- а) Варшавская декларация по снижению потребления табака
- б) Европейская стратегия по борьбе против табака
- в) Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

**38. Какие законы РФ направлены на борьбу против табака?**

- а) Федеральный закон об ограничении курения табака
- б) технический регламент по табаку
- в) закон о рекламе
- г) административный кодекс
- д) все перечисленные

**39. Какова вероятность развития ХОБЛ в результате табакокурения у генетически предрасположенных пациентов?**

- а) 50%
- б) 70%
- в) 90%
- г) 100%

- 40. Во сколько раз истинная распространенность ХОБЛ превышает данные официальной медицинской статистики?**
- а) в 2 раза
  - б) в 5 раз**
  - в) в 10 раз
- 41. Какая часть населения РФ подвергается ежедневному пассивному курению?**
- а) 10%
  - б) 30%**
  - г) 60%
- 42. Какую площадь пачки сигарет должны занимать предупреждающие надписи о вреде табака?**
- а) передняя сторона – 4%, задняя сторона – 10%
  - б) передняя сторона – 30%, задняя сторона – 30%
  - в) передняя сторона – 50%, задняя сторона – 50%**
- 43. Какая эффективность самостоятельного отказа (без поведенческой и фармакотерапии) от потребления табака?**
- а) 3 - 5%
  - б) 6 - 10%
  - в) 11 - 15%
- 44. Какое предельно допустимое содержание смолы в одной сигарете с фильтром принято в РФ?**
- а) 10 мг
  - б) 12 мг
  - в) 20 мг**
- 45. Перечислите формы никотинсодержащих препаратов:**
- а) жевательная резинка
  - б) пластырь
  - в) ингалятор
  - г) все перечисленные
- 46. К побочным эффектам варениклина относятся:**
- а) сухость во рту
  - б) тошнота
  - в) необычные сновидения
  - г) головокружение
  - д) все вышеперечисленное
- 47. Какова длительность приема варениклина?**
- а) 2 недели
  - б) 6 недель
  - в) 12 недель**
- 48. Возможно ли применение никотинзаместительной терапии при лечении беременных женщин и детей?**
- а) да
  - б) нет**
- 49. Тактика ведения пациента при неудачной попытке отказа от курения:**
- а) запретить на время отказ от курения
  - б) назначить повторный курс лечения**
  - в) направить пациента к психиатру
  - г) увеличить дозу лекарственных препаратов
- 50. Ассертивное поведение:**
- а) позволяет добиться цели любой ценой
  - б) присуще большинству пациентов до развития болезни
  - в) самодостаточное поведение, не зависящее от мнения окружающих**

- г) дает возможность управлять другими людьми
- д) свойственно, преимущественно, представителям власти

### Ответы к тестовым заданиям: «курение»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	а	18	г	35	д
2	г	19	г	36	ж
3	б	20	в	37	в
4	г	21	а	38	д
5	а	22	д	39	г
6	а	23	д	40	б
7	а	24	д	41	в
8	г	25	д	42	б
9	а	26	г	43	а
10	е	27	в	44	в
11	д	28	а	45	г
12	а	29	г	46	д
13	г	30	а	47	в
14	д	31	а	48	б
15	в	32	а	49	б
16	д	33	в	50	в
17	в	34	д		

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ: «АЛКОГОЛЬ»

1. Наследственная предрасположенность к алкоголизму зависит от повышенного количества в головном мозге **ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИХ** рецепторов типа:
  - а) Д4
  - б) Д2
2. Наследственная предрасположенность к наркомании зависит от повышенного кол-ва в головном мозге **ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИХ** Рецепторов типа:
  - а) Д4
  - б) Д2
3. Фармакологические эффекты алкогольных напитков обусловлены:
  - а) Этанолом
  - б) Ацетальдегидом
  - в) Синергическим взаимодействием этанола и ацетальдегида
4. У детей, родившихся от алкоголиков, экспрессия ацетальдегида (необходимого для окислительно-восстановительных реакций):
  - а) Увеличена
  - б) Уменьшена
  - в) Не изменена
5. При систематическом употреблении алкоголя более информативно повышение активности:
  - а) ГГТ
  - б) АСТ
  - в) АЛТ
  - г) ЩФ
6. При систематическом употреблении алкоголя средний корпускулярный объем эритроцитов (СКОЭ):

- а) *Снижен*  
б) *Не изменен*  
в) *Повышен*
- 7. При алкогольном гепатите и желтухе уровень мочевого к-ты:**  
А) *Повышен*  
Б) *Понижен,*  
В) *Не изменен*
- 8. При вирусном гепатите и желтухе уровень мочевого к-ты:**  
а) *Повышен*  
б) *Понижен*  
в) *Не изменен*
- 9. Употребление алкоголя влияет на метаболизм в головном мозге следующим образом:**  
а) *Заметно усиливает*  
б) *Заметно редуцирует*  
в) *Не изменяет*
- 10. У пьющих дислипидемия характеризуется следующим:**  
а) *> липопротеинов низкой плотности,*  
б) *> липопротеинов очень низкой плотности,*  
в) *> хиломикронов,*  
г) *> холестерина и липопротеинов высокой плотности*
- 11. Формирование зависимости от алкоголя (алкоголизм) у взрослых происходит в среднем через:**  
а) *1-2 года*  
б) *3-6 лет*  
в) *7 - 10 лет*  
г) *10-12 лет*
- 12. Формирование зависимости от алкоголя (алкоголизм) у подростков происходит в среднем через:**  
а) *½ года*  
б) *1-2 года*  
в) *3-4 года*  
г) *5-7 лет*
- 13. При употреблении одинаковой дозы алкоголя степень симптомов похмелья:**  
а) *не зависит от пола*  
б) *более выражена у мужчин*  
в) *более выражена у женщин*
- 14. Правильно ли утверждение, что только употребление крепких спиртных напитков может привести к синдрому похмелья?**  
а) *да*  
б) *нет*
- 15. Употребление красного вина может вызвать головную боль у некоторых людей, потому что красное вино:**  
а) *Содержит танины,*  
б) *Содержит антиоксиданты,*  
в) *Содержит гистамин,*  
д) *Содержит эфиры*
- 16. В отношении синдрома похмелья верным является одно из следующих утверждений:**  
а) *Прием кофе ведет к большей дегидратации и может ухудшить симптомы похмелья*  
б) *Прием кофе тонизирует нервную систему и может уменьшать симптомы похмелья*
- 17. К основным клинико-морфологическим формам АБП не относят:**  
а) *Алкогольный стеатогепатит*

- б) Алкогольный цирроз
- в) Острый алкогольный гепатит
- г) Билиарный цирроз печени
- д) Алкогольный стеатоз печени

**18. Среди пациентов, злоупотребляющих алкоголем, цирроз печени выявляется в:**

- а) 15% случаев
- б) 80% случаев
- в) 10–20% случаев
- г) 40–60% случаев

**19. Фактором риска быстрого развития алкоголизма служит:**

- а) Неполноценное питание,
- б) Женский пол,
- в) Генетический полиморфизм метаболизирующих этанол ферментов
- г) Прием гепатотоксичных препаратов

**20. Особенности естественного течения АБП являются все, кроме:**

- а) Яркая клиническая симптоматика выраженного на ранних стадиях заболевания
- б) Часто скрытое развитие фиброза и цирроза печени
- в) Возможность развития острого алкогольного гепатита в любой фазе патологического процесса
- г) Относительно доброкачественное течение заболевания

**21. Ферментами, метаболизирующими алкоголь, являются все, кроме:**

- а) Алкогольдегидрогеназа печени,
- б) Цитохром Р-450,
- в) Алкогольдегидрогеназа желудка и тонкого кишечника,
- г) Каталазы пероксисом гепатоцитов,
- д) Альдегиддегидрогеназа печени.

**22. Основным ранним морфологическим признаком АБП является:**

- а) Жировая дистрофия гепатоцитов
- б) Тельца Меллори
- в) Некроз гепатоцитов
- г) Воспалительная инфильтрация печеночных долек
- д) Апоптоз гепатоцитов
- е) Фиброз.

**23. Относительно безопасным для печени суточным уровнем потребления этанола для лиц мужского пола является:**

- а) Менее 30г
- б) Менее 40г
- в) Менее 50г
- г) Менее 20г
- д) 40–50г

**24. Основными принципами лечения АБП являются:**

- а) Снижение массы тела
- б) Назначение гепатопротекторов
- в) Воздержание от приема алкоголя
- г) Низкокалорийная диета
- д) Все перечисленное

**25. Механизм действия Эссенциале при АБП включает:**

- а) Ингибирование перекисного окисления липидов
- б) Уменьшение жировой дистрофии
- в) Антифибротический эффект
- г) Нормализация структуры мембран гепатоцитов
- д) Все перечисленное

## Ответы к тестовым заданиям «алкоголь»

№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ	№ вопроса	ответ
1	а	18	г	35	д
2	г	19	г	36	ж
3	б	20	в	37	в
4	г	21	а	38	д
5	а	22	д	39	г
6	а	23	д	40	б
7	а	24	д	41	в
8	г	25	д	42	б
9	а	26	г	43	а
10	е	27	в	44	в
11	д	28	а	45	г
12	а	29	г	46	д
13	г	30	а	47	в
14	д	31	а	48	б
15	в	32	а	49	б
16	д	33	в	50	в
17	в	34	д		

### Самостоятельная работа студента и оценочные средства:

1. Выписка рецептов на никотинсодержащие препараты и чампикс (*рецепт форма 107-1/у*).
2. Оценить показатели ФВД у курильщика (*протоколы спирограмм курильщиков, больных ХОБЛ и ХОБ*).
3. Выбрать лечебную программу при разной степени мотивации к отказу от курения, назначить никотин заместительную терапию курильщику (*клинические задачи*).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная литература

1. Ющук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: Учеб. пособие/ Под ред. Н.Д. Ющука. М.: Издательство «Перо».- 2012. - 659 с. (*электронный вариант для самоподготовки*).
2. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКТБ). - 2004. - 285 с.
3. Оказание медицинской помощи по снижению профилактике и отказу от курения: Методические рекомендации. Организация-разработчик ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России. - Москва, 2012. – 42с. (*электронный вариант для самоподготовки*).
4. Моисеев В.С., Гармаш И.В., Огурцов П.П., Кобалава Ж.Д., Шелепин А.А. Алкогольная болезнь. Поражение внутренних органов / Москва, - 2014.
5. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты). - М. - 1990.
6. Коротаев А.В., Халтурина Д.А. Алкоголизм, наркомания и демографический кризис в России и мире. Россия и современный мир. 2005. - № 1 (46). - С.77-90.

### Дополнительная литература

7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12. 2009 г. №2128-р «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года».

8. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике: Методические рекомендации. М., 2010. - 31с. (*электронный вариант для самоподготовки*).
9. Антонов Н.С. Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни // Тер. Архив. - 2009. - № 3. - С.82-87.
10. Алексеенко С.Н., Горбань В.В., Бурба Л.В. и др. Опыт создания учебно-методического профилактического инфраструктурного подразделения в медицинской образовательной среде // Мат. регион. межвузовская учебн.-метод. конф. с международным участием «Инновации в образовании».- Краснодар. - 2014. - С.29-31.
11. Кукес А.Е., Маринин В.Ф., Гаврисюк Е.В. Табачная зависимость и ее лечение // Врач.- 2009. - №4. - С.4-7.
12. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением. Проф. забол. И укреп. Здоровья.- 2003 – №2 – С.44-50.
13. Карр Аллен. Легкий способ бросить пить. Добрая книга. – Москва. - 2007 - 115с. ISBN 978-5-98124-191-8.
14. Левин Б.М. Социальные факторы потребления алкогольных напитков //Алкоголь и здоровье населения России 1900 - 2000 /Под ред. А.К.Демина, М.: ООО «Политек» - 1998.

### **Литература, используемая авторами**

15. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: Страновой отчет. Всемирная организация здравоохранения, 2010. - С.171.
16. Рослый И.М., Абрамов С.В., Агаронов В.Р., Иванов А.В., Шуляк Ю.А. Биохимия и алкоголизм (i): метаболические процессы при алкоголизме. Вопросы наркологии. - 2004. - № 2. - С.70-77.
17. Litt J. How to provide effective smoking cessation advice in less than a minute without offending the patient //Aust Fam Physician. 2002. - V.31, N12. - P.1087-1094.
18. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004. - №3. CD000146.
19. Clapp P., Bhave S.V. and Hoffman P.L. How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: A pharmacological perspective. Alcohol Research & Health. 2008. - T31. - №4. – С.310–339.

### **Электронные ресурсы**

1. МКБ - X (<http://www/mkb10.ru>).
2. Научно-практический журнал. «Профилактическая медицина». - 2010. - Т.13. - №6.- 40с. ([www.mediasphera.ru](http://www.mediasphera.ru)): тематика журнала посвящена вопросам эпидемиологии курения, лечения табачной зависимости, контроля и профилактики табакокурения в практическом здравоохранении.
3. Руководство по контролю и мониторингу табачной эпидемии. ВОЗ 1998 (<http://www.adic.org.ua/nosmoking/books/tob-epid/index.html>).
4. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/StrategicPlan/NIAAASTRATEGICPLAN.htm>
5. Clapp P., Bhave S.V., and Hoffman P.L. How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: A pharmacological perspective //Alcohol Research & Health. 2008. – Т.31. - №4. – С.310–339.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1.

#### Установка цели отказа от курения.

Формулирование и принятие для себя цели отказа от курения может помочь пациенту в период отказа от курения контролировать свое поведение и противодействовать триггерам, приводящим к курению. Цели могут быть связаны со здоровьем или другими приоритетами.

1. Мой организм начнет восстанавливаться сразу же после отказа от курения.
2. У меня будет больше энергии, я буду лучше себя чувствовать физически
3. У меня будут более белые зубы и здоровые десна, пройдет кашель и дыхание станет легче.
4. У меня снизится риск развития рака, инфаркта миокарда, инсульта, эмфиземы, хронического бронхита, катаракты и других заболеваний.
5. У меня снизится риск нарушения фертильности, преждевременных родов и рождение ребенка со сниженным весом.
6. Я не буду больше обкуривать своих родных и друзей.
7. Я буду гордиться собой.
8. Я стану примером для своих детей и родственников.
9. Я хочу сохранить работу, на которой запрещено курить.
10. Я хочу чувствовать себя свободным от сигарет.

### Приложение 2.

#### Анализ триггеров и желаемых последствий потребления табака.

Для того, чтобы понять триггеры и желаемые последствия потребления табака, поведенческая терапия использует, так называемый, функциональный анализ, в процессе которого ищутся *ответы на следующие вопросы:*

1. Насколько сильно я действительно хочу бросить курить?
2. Что заставляет меня потреблять табак? (Какие триггеры? Какие желаемые последствия потребления табака?)
3. Какой предыдущий опыт отказа от курения и рецидив курения?
4. Смогу ли я противостоять симптомам отмены?

*Для анализа собственного курения пациентом наиболее часто используется методика, которая включает следующее:*

- В ежедневном журнале пациент фиксирует где, когда, зачем он/она курит, свое настроение и ощущения при каждом случае курения, а также значение этого курения для пациента (табл. 1).
- Пациент заполняет таблицу баланса решений, в которой в отдельных столбцах он/она перечисляет преимущества и вред отказа от курения и его продолжения (табл. 2). Пациент в ежедневном дневнике записывает методы, которые, как ему кажется, наилучшим образом помогают избежать или справиться с симптомами отмены (табл. 3).

Таблица 1

#### **Пример ежедневного журнала для анализа собственного курения**

Номер сигареты	Время	Степень желания закурить*	Место	Кто был со мной	Настроение
Пример	10:45	3	Работа	Коллеги	Стресс
1					
2					
3					
4					

\* 1 - нет желания, 2 - слабое, 3 - среднее, 4 - сильное, 5 - непреодолимое

**Таблица баланса решений**

Продолжить курение		Отказ от курения	
Положительное (За)	Отрицательное (Против)	Положительное (За)	Отрицательное (Против)
Все останется прежним	Здоровье продолжит ухудшаться	Я перестану дышать угарным газом	У меня будут симптомы отмены

Таблица 3.

**Пример таблицы способов избежать или справиться с симптомами отмены**

Ситуация	Способы
Свободное время	Посещать места, где не курят: спортивный клуб, библиотеку, музей, магазины и т.д. Заняться активной деятельностью: интенсивная ходьба или бег на улице, катание на велосипеде, плавание и т.д.
Работа	Занять свои руки: - держать резиновый мячик, ручку или монету, Занять рот: - использовать жевательную резинку, жевать хлебные палочки, сухарики и т.д. Не курить «за компанию».
Поход в гости	- в течение первого месяца отказа от табака избегать похода в гости, где традиционно курят, - избегать употребления спиртных напитков: - пить больше воды и сока с низким содержанием сахара, - не употреблять кофе и крепкий чай
Дома	Отвлекать свои мысли: - читать книги, разгадывать кроссворды - заняться вязанием, вышиванием - писать письма, статьи
Стресс	Сменить род занятия: - дома - вымыть посуду, убрать квартиру - на работе - заняться работой на компьютере, систематизировать книги.

**Приложение 3.****Сохранять поведение некурящего человека.**

Пациент переопределяет (переустанавливает) сигналы, приводящие к курению, на другие действия, например, выпить стакан воды, что-то рисовать (см. табл.). Очень важно помочь пациенту переопределить роль потребления табака в контексте ЦЕЛЕЙ ЖИЗНИ.

**Пример таблицы замены курения на другие действия**

Вместо курения...	Я буду
После еды	Убирать со стола, чистить зубы, прогуливаться
Во время езды в машине	Слушать радио, ехать разными дорогами или ездить на городском транспорте
Когда пью кофе	Заменяю кофе соком, чаем или водой; буду менять время для кофе-паузы
На вечеринке	Держаться некурящих гостей и держать руки занятыми

**Не допускать пораженческих мыслей.**

Иногда у пациентов появляются мысли, которые могут увести их в противоположном направлении от цели, в частности, отказа от курения. Обычно появляются следующие мысли:

1. Я сделаю только одну (последнюю) затяжку.
2. Курение — это часть меня.
3. У меня все равно ничего не получится, почему бы мне не начать курить снова сейчас?
4. Ничто другое не приносит мне удовольствие.
5. Я заслужил, чтобы доставить себе маленькое удовольствие.
6. Я не могу быть самим собой в семье и с друзьями.
7. Мне все равно.
8. Я получил гораздо более серьезные проблемы, поэтому мне необходимо курить.
9. Я брошу курить позже.

**Подготовка к симптомам отмены.**

Противостоять симптомам отмены гораздо проще, если заранее подготовиться к их появлению. Пациент может использовать следующие ответные реакции:

1. Думать о том, что ему не нравится курить.
2. Если желание бросить курить снижается, то надо снова рассмотреть те положительные результаты отказа от табака, которые пациент планировал достичь.
3. Вспомнить все негативные последствия продолжения курения.
4. Запланировать для себя какое-либо поощрение, если ему/ей удастся успешно справиться с ситуацией, имеющей высокий риск курения. Для борьбы с симптомами отмены можно также запланировать для себя конкретные действия, представленные в таблице.

***Пример таблицы действий, направленных на преодоление симптомов отмены***

Действие	Пример действий
Заменить сигарету чем-то другим	Жевать морковь или сельдерей, соленья, семечки, яблоки, изюм и т.д.
Составить список дел, которые можно делать, если захочется курить	Систематизировать файлы на компьютере, удалить ненужные сообщения из мобильного телефона, позвонить другу
Глубоко дышать	Сделать 10 медленных глубоких дыханий, задержать дыхание перед последним выдохом и выдохнуть медленно. Расслабиться.
Заняться уборкой	Вымыть посуду, пропылесосить квартиру, вымыть машину
Двигаться	Выйти на улицу или перейти в другое помещение, изменить род занятий или заменить собеседника

**CAGE – тест**

1. Вам когда-нибудь говорили, что Вы должны меньше выпивать или вообще перестать пить? (**C**ut down)
2. Вы когда-нибудь чувствовали раздражение или злость, если кто-то критиковал Вас за излишнее употребление спиртных напитков? (**A**nnoyed)
3. Были ли моменты, когда Вы чувствовали свою вину или сожалели о поступках, которые совершали в состоянии опьянения? (**G**uilty)
4. Вы когда-нибудь принимали алкоголь по утрам для улучшения самочувствия (состояния нервной системы)? (**E**ye openet)

**Тест положителен при двух положительных ответах**

**Анкета АУДИТ (краткий вариант)**

**Информация для пациента.** 1 стандартная доза алкоголя: 25 мл крепких спиртных напитков (водка, коньяк); или 125 мл вина; или 250 мл пива.

1. Как часто вы употребляете напитки, содержащие алкоголь?

- (0) Никогда;
- (1) Не чаще 1 раза в месяц;
- (2) 2-4 раза в месяц;
- (3) 2-3 раза в неделю;
- (4) Не менее 4 раз в неделю.

2. Сколько стандартных доз Вы выпиваете в тот день, когда пьете?

- (0) 1-2 дозы;
- (1) 3-4 дозы;
- (2) 5-6 доз;
- (3) От 7 до 9 доз;
- (4) Не менее 10 доз.

3. Как часто вы выпиваете 6 и более доз за один раз?

- (0) Никогда;
- (1) Реже 1 раза в месяц;
- (2) Ежемесячно;
- (3) Ежемесячно;
- (4) Ежедневно или почти ежедневно.

**Информация для врача общей практики**

При работе с подростками анкета даёт возможность сделать заключение о количестве потребляемого алкоголя и решить вопрос о направлении его при необходимости к наркологу. Однако установленных норм относительно безопасного потребления алкоголя для них нет.

При работе со взрослыми к группе низкого риска относят мужчин, потребляющих за один раз не более 4-х стандартных доз алкоголя или женщин, потребляющих не более 2-х стандартных доз.

**ОПРОСНИК ПО АЛКОГОЛИЗМУ**

Актуальный опросник для самодиагностики. Мичиганский тест (Michigan Alcoholism Screening Test, **MAST**), 24 вопроса. (ПОЛ, ВОЗРАСТ)

Достоверность, как и у любого опросника, невысокая, однако как повод задуматься - вполне подойдет. По сути, это те же вопросы, которые задает нарколог на приеме.

1. Как вам кажется, вы пьете нормально? (под «нормально» имеется в виду, что вы пьете меньше или столько же, сколько большинство других).

Ответ «НЕТ» — 2 балла.

2. Случалось ли вам проснуться после выпивки и обнаружить, что вы можете вспомнить только часть вечерних событий?

Ответ «ДА» — 2 балла.

3. Случалось ли вашей жене (мужу), родителям или другим близким родственникам высказывать беспокойство по поводу вашего отношения к алкоголю?

Ответ «ДА» — 1 балл.

4. Можете ли вы на вечеринке удовольствоваться только одной-двумя рюмками?  
Ответ «НЕТ» — 2 балла.
5. Случалось ли вам испытывать чувство стыда из-за своего отношения к спиртному?  
Ответ «ДА» — 1 балл.
6. Как считают ваши друзья или родственники – вы пьете как большинство других людей или больше?  
Ответ «БОЛЬШЕ» — 2 балла.
7. Можете ли вы прекратить пить, когда захотите?  
Ответ «НЕТ» — 2 балла.
8. Случалось ли вам посещать собрания Анонимных Алкоголиков?  
Ответ «ДА» — 5 баллов.
9. Случалось ли вам, подвыпив, вступать в драку?  
Ответ «ДА» — 1 балл.
10. Случалось ли так, что из-за спиртного у вас возникали проблемы в отношениях с женой (мужем), родителями или другими близкими родственниками?  
Ответ «ДА» — 2 балла.
11. Случалось ли вашей жене (мужу), родителям или другим близким родственникам обращаться к кому-либо за помощью в связи с вашим пьянством?  
Ответ «ДА» — 2 балла.
12. Случалось ли вам из-за выпивки расставаться с друзьями или подругами?  
Ответ «ДА» — 2 балла.
13. Случались ли у вас осложнения на работе из-за выпивки?  
Ответ «ДА» — 2 балла.
14. Случалось ли вам терять работу из-за пьянства?  
Ответ «ДА» — 2 балла.
15. Случалось ли пренебрегать своими обязательствами перед семьей или работой в течение двух или более дней подряд из-за того, что вы были пьяны?  
Ответ «ДА» — 2 балла.
16. Можно ли сказать, что вы довольно часто выпиваете до полудня?  
Ответ «ДА» — 1 балл.
17. Предупреждал ли вас врач, что у вас проблемы с печенью? Цирроз?  
Ответ «ДА» — 2 балла.
18. Случалось ли вам после основательного запоя впасть в белую горячку, то есть испытывать сильную дрожь, слышать голоса или видеть то, чего в реальности не существует?  
Ответ «ДА» — 2 балла.

19. Случалось ли вам обращаться за помощью по поводу собственного пьянства?

Ответ «ДА» — 5 баллов.

20. Случалось ли вам лежать в больнице из-за пьянства?

Ответ «ДА» — 5 баллов.

21. Бывало ли так, что из-за спиртного у вас возникали проблемы с психикой и вас помещали в психиатрическую больницу?

Ответ «ДА» — 2 балла.

22. Случалось ли вам обращаться за помощью к психиатрам или к другим врачам, к священнику или кому-либо еще из-за обострения эмоциональных проблем под влиянием пьянства?

Ответ «ДА» — 2 балла.

23. Случалось ли вам быть задержанным за управление автомобилем в нетрезвом виде?

Ответ «ДА» — 2 балла.

24. Случалось ли вам попадать под арест (даже на несколько часов) из-за ненадлежащего поведения в нетрезвом виде?

Ответ «ДА» — 2 балла.

**Результаты:** 5 или более баллов, набранных по результатам теста, с достаточно большой вероятностью свидетельствуют о том, что тестируемый балансирует на грани алкоголизма.

Конечно, иногда эти же баллы могут набрать и обычные люди, в зависимости от стечения тех или иных обстоятельств. Например, на заседание группы Анонимных Алкоголиков можно прийти в качестве журналиста или привести своего родственника. А в том, что они могут бросить пить, когда захотят, уверено подавляющее большинство алкоголиков.

***Поэтому итоговую оценку результатов все равно должен проводить врач.***

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

*Кафедра поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики (семейной  
медицины) ФПК и ППС*

***В.В. Горбань, И.С. Корольчук***

**ТАБАКОКУРЕНИЕ: ПРОФИЛАКТИКА И ПОМОЩЬ В ОТКАЗЕ ОТ  
ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.**

**АЛКОГОЛЬ: МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ.  
ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ.**

*Учебно-методическое пособие  
к практическим занятиям по поликлинической терапии для студентов  
старших курсов лечебного факультета*

Отпечатано в ООО «Пресс-Имидж»  
г. Краснодар, ул. Красноармейская 66, оф. 112  
Тел/факс 8 (861) 253-44-75

Отпечатано методом цифровой печати  
Подписано в печать 5.10.2015 г.  
Тираж **200 экземпляров.**