



Профессор В. К. Милькаманович

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ЗЛОБОДНЕВНАЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Белорусский государственный университет

В экономически развитых странах табакокурение является основной причиной многих смертей от ишемической болезни сердца (30–40%) и онкологических заболеваний (30%). Если рассмотреть структуру всех смертей от онкологических заболеваний, то среди взрослых людей курение служит главной причиной всех смертей от рака легких, трахей и бронхов, губ, ротовой полости и гортани, пищевода. В меньшей степени является фактором, провоцирующим развитие рака почек, поджелудочной железы, почек, желчного пузыря и желудка.

Курение также четко связано с развитием эмфиземы, хронического бронхита, стенокардии, инсульта, вызывает внезапную смерть, аневризму аорты и заболевания периферических сосудов, а также другие серьезные патологии внутренних органов.

Особо губительное действие курение оказывает на молодой организм. У лиц, начавших курить в юношеском возрасте, отмечается высокий риск возникновения не только рака легких и мочевого пузыря, но и рака желудка. Не исключено отрицательное влияние табачного дыма на половые клетки плода у курящих женщин.

Самое неприятное – то, что курильщик опасен для окружающих. У женщин, имеющих курящего мужа, риск развития злокачественных опухолей возрастает вдвое. В еще большей степени он увеличивается у детей курящих родителей.

Ежегодно от связанных с курением болезней умирают более 5 млн человек. Каждые 7 с в мире преждевременно умирает курильщик. В среднем каждый курильщик сокращает свою жизнь на 7–9 лет.

Стоит отметить, что в Европе в среднем курят гораздо больше, чем жители обеих Америк, Африки или Азии. И даже высокая стоимость сигарет не является помехой. К примеру, австрийским курильщикам пачка из 20 сигарет обходится в 3,1 евро, немецким – в 4,44 (здесь курят 26,7% населения).

В Республике Беларусь по данным социологического исследования курят 64% мужчин и 20% женщин. В возрасте от 14 до 18 лет курят 48% опрошенных. Среди городских жителей курят 37% опрошенных и 33% в селе. Ежедневно в Республи-

ке Беларусь умирает 42 человека из-за болезней, связанных с курением табака. В год это составляет 15 500 человеческих жизней.

Курение распространилось в Европе с середины XVI в. Табак был завезен из Америки Колумбом, где его употребляло коренное население. Когда табак был впервые завезен в Европу, его рекомендовали даже для медицинских целей. Он считался профилактическим средством против многих заболеваний, но вскоре взгляды изменились, его осуждали как пагубное зло.

Так, царь Михаил Романов (XVII в.) сурово наказывал курильщиков: их казнили, а имущество отбирали в пользу государства; тому же, кто продавал табак, было велено «драть ноздри и резать носы».

В Оксфорде находится гравюра, на которой изображена смертная казнь за курение в Англии в XVI в.: на площади выставлены отрубленные головы курильщиков с трубками во рту.

До второй половины XIX в. было мало научных данных относительно результатов воздействия курения. Только в 1950 г. в Великобритании и США были опубликованы работы, в которых сравнивалась распространенность курения у больных раком легкого (в некоторых исследованиях – раком полости рта, глотки или гортани и лиц контрольной группы).

В одной из таких работ был сделан вывод о том, что курение является причиной 90% всех случаев рака легкого. Было доказано, что риск рака легкого тем выше, чем больше табачных изделий выкуривает человек и чем продолжительнее курение. Таким образом, из 10 больных раком легкого 9 заболевают по собственной вине, то есть в силу невежества или слабой воли. Если бы все мужчины США бросили курить, то общая смертность только от рака легкого у них снизилась бы на 40%.

Показательно, что представители некоторых племен Новой Гвинеи – поголовные курильщики с 5–7-летнего возраста – часто заболевают раком легкого и туберкулезом. Напротив, у парсов (жителей Бомбея), религия которых запрещает курение, рак легкого встречается исключительно редко.

При выкуривании сигареты курительщик не только получает определенную дозу никотина, а также 4000 вредных веществ, которые содержатся в табачном дыме. Страшную опасность для здоровья представляет так называемая смолка.

Смолка – это продукт сгорания табака при высокой температуре, возникает на конце сигареты в момент затяжки. Опасны не только содержащиеся в смолке сильные канцерогены (ПАУ, бензпирен, нитрозосоединения, мышьяк), но и сам никотин: он усиливает влияние канцерогенов. В табаке имеются радиоизотопы: полоний-200, радий-226, свинец-210, калий-40. При выкуривании 1,5 пачки сигарет в день курительщик в течение 1 года получает дозу радиации, эквивалентную 300 рентгенологическим обследованиям грудной клетки. Данная «смесь» имеет разрушительное воздействие на многие системы организма.

Легкие – это главная мишень действия содержащихся в дыме канцерогенных веществ и радионуклидов. Вдыхаясь с поверхности легких, они попадают в кровяное русло и с током крови поступают в различные органы, фильтруются через почки и выводятся с мочой.

После попадания в организм курительщика никотин быстро распространяется в крови человека. Достаточно всего 7 с после вдыхания табачного дыма, чтобы никотин преодолел гематоэнцефалический барьер и достиг мозга.

Никотин можно считать самым действенным наркотиком по скорости формирования патологической зависимости к нему. Если ввести непосредственно в вену дозу этого яда, содержащуюся всего в одной сигарете, она будет смертельной.

Никотин изолирует и мгновенно разрушает витамины С, А, Е, группы В, что приводит к хроническому гипо- и авитаминозу. Это один из механизмов преждевременного старения.

Табачные смолы оседают на стенках сосудов, ухудшая транспортировку многих веществ и кислорода. Ухудшаются кровообращение, работа сердечно-сосудистой системы, нарушаются обменные процессы, что может приводить к мутациям.

Считается, что на земле живет две человеческие популяции: одна – курительщики, другая – некурящие (можно выделить и третью – тех, кто недавно бросил курить). Такое деление основывается на «специфических особенностях гормонально-обменного статуса» людей. Эти особенности включают нарушение усвоения глюкозы тканями организма, уменьшение чувствительности к инсулину, увеличение содержания холестерина и ЛПВП – белков крови, препятствующих отложению холестерина на стенках сосудов. Так, после приема одной и той же пищи у курящего концентрация холестерина в крови увеличивается в большей степени,

чем у некурящего, то есть риск развития склероза сосудов у первого выше.

У курящих раньше стареют подкорковые центры головного мозга, регулирующие половую функцию.

У курящих женщин атрофируются яичники и на 1–2 года раньше прекращаются месячные, быстрее развивается остеопороз («разрежение» костей).

У длительно курящих изменяется даже внешний облик. Это обычно худощавые люди с сухой морщинистой кожей, запавшими глазами, сиплым голосом. Всем хорошо известен факт снижения массы тела у заядлых курительщиков – свидетельство нарушения усвоения питательных веществ пищи в результате интоксикации организма (бросил курить – начал поправляться).

Уменьшение массы тела сочетается с определенной особенностью фигуры – увеличением окружности талии и уменьшением полноты бедер. Это является результатом перераспределения жировых депо в пользу так называемого верхнего отложения жира, которое сохраняется даже у бросивших курить.

Поскольку «верхний тип» жиросложения считается особо опасным в отношении диабета, атеросклероза и некоторых злокачественных опухолей, то люди, начавшие курить, попадают в своеобразную западню, поскольку как начало курения, так и его прекращение способствуют изменению топографии жировых депо.

Курение не только нарушает усвоение пищи. При сгорании никотина образуются вторичные амины, которые быстро растворяются в слюне и поступают в желудок. Там они реагируют с нитритами, содержащимися в ветчине и колбасах, в результате образуются мощные канцерогены – нитрозамины, которые вызывают рак печени, желудка и других органов.

Одним из наиболее неблагоприятных эффектов курения является усиление процессов перекисного окисления липидов, входящих в состав всех клеточных мембран, в первую очередь тех органов, которые непосредственно контактируют с дымом. Разрушение клеточных мембран значительно усиливается, если курительщик мало употребляет витаминов антиоксидантного действия и каротинов.

Никотин и окись углерода отрицательно влияют на развивающиеся гонады (половые клетки). Исследования по выявлению токсического влияния продуктов курения на репродуктивную функцию показали, что у женщины, которая выкуривает 40 и более сигарет в день, примерно на треть снижена вероятность зачатия. При наступлении беременности у курящих женщин процент невынашивания значительно выше, чем у некурящих, а досрочные роды бывают в 7% случаев против 1,4% у некурящих.

Наблюдение, реабилитация и уход

Адаптация недоношенных детей протекает с различными проблемами, которые порой оставляют след на всю оставшуюся жизнь. У длительно курящих женщин зачастую дети рождаются с внутриутробной задержкой развития.

Доказано: плод «курит» вместе со своей неразумной мамой и при этом находится в более неблагоприятных условиях, чем она. В фетальной (плодовой) крови, в сосудах пуповины также присутствует никотин, а концентрация карбоксигемоглобина вдвое выше, чем в крови матери.

Плацента хорошо проницаема для никотина. Окись углерода проникает через плаценту методом простой диффузии. Накапливаясь в плаценте, никотин оказывает сосудосуживающее действие на сосуды маточно-плацентарного круга кровообращения. Поэтому курение беременной является одним из факторов, приводящих к гипоксии плода – кислородному голоданию. В организм плода кровь поступает недостаточно насыщенной кислородом, питательными веществами и в недостаточном количестве. В результате страдают все органы и ткани – они закладываются, развиваются и живут фактически в условиях экологической катастрофы. В условиях гипоксии нарушается обмен веществ, образуется много недоокисленных продуктов обмена. В условиях этой экологической катастрофы, созданной самой матерью, плод может погибнуть. Или «потребовать» преждевременного появления на свет. Или родится ребенок с аномалиями и пороками развития – чаще это пороки сердца и головного мозга.

Почти все дети от курящих матерей рождаются с низкой массой тела, они меньше ростом и с маленькой окружностью головы. Часто они имеют внешние особенности развития, которые объединяют в понятие «синдром внутриутробного курения». Для таких детей характерны пронзительный крик, более частые приступы младенческих колик, повышенный мышечный тонус и повышенная возбудимость, нарушения предречевого развития, реакции на звуковые стимулы к концу первого года жизни.

У этих детей чаще обычного бывают периоды беспокойства, причем, как правило, в одно и то же время суток, отмечаются протест на умывание и купание, безразличное отношение к матери, когда малыша берет на руки посторонний человек. У них чаще выявляются крайние формы поведения – безразличие или сильные эмоции.

Для детей курящих матерей уже в раннем возрасте характерны невнимательность, импульсивность и бесполезная сверхактивность, даже уровень умственного развития у них ниже среднего.

У детей, чьи матери курили при беременности, на 40% повышается риск развития аутизма – состояния, при котором человек не может контакти-

ровать с окружающей действительностью и ориентируется исключительно на мир собственных переживаний. Доказано, что виной этому является гипоксия мозга плода.

Дети женщин, куривших во время беременности, на треть чаще, чем все остальные, к 16 годам рискуют заполучить сахарный диабет или ожирение.

У мальчиков, родившихся от курящих матерей, яички имеют меньшие размеры, а концентрация сперматозоидов в сперме в среднем на 20% ниже, чем у остальных детей.

Примерно 25% беременных женщин продолжают курить и после рождения ребенка.

При исследовании грудного молока курящих женщин в нем обнаруживалось различное количество никотина в зависимости от интенсивности курения. В литературе описаны случаи отравления никотином новорожденных, матери которых курили в период лактации.

Для детей, которые сосут «прокуренное» молоко, характерны изменения окраски кожных покровов, брадикардия (урежение сердцебиения), апноэ (остановка дыхания), рвота после кормления, парез кишечника и т. д.

Если в доме курят, то ребенок вдыхает до 15% общего количества дыма и до 85% вредных продуктов, образующихся при сгорании сигареты. Установлено, что при пассивном курении имеется риск задержки роста ребенка, повышения частоты развития синдрома внезапной смерти, более частых отитов, инфекций верхних и нижних дыхательных путей, более раннего развития астмы и ее течения с частыми обострениями, нарушения функции легких.

Главной мерой борьбы с табакокурением является отказ курящего человека от курения. Эксперты ВОЗ полагают, что эффективная борьба с курением позволит снизить количество случаев рака в мире на 1 млн в год.

Табакокурение вызывает зависимость, которую чрезвычайно трудно преодолеть. Большинство курящих осознают, что никотин вредит их здоровью, и выражают желание бросить курить, но только 7% удается выдержать без курения 1 год. Огромную силу зависимости иллюстрирует тот факт, что около 50% больных после инфаркта, резекции легких и трахеотомии начинают курить. Большинство курильщиков не могут отказаться от табака по собственной воле.

Опасным является и то, что употреблению наркотиков почти всегда предшествует употребление табака и алкоголя. Это объясняется тем, что употребление одних психоактивных веществ фактически снимает запрет на употребление других. У курящих людей переход на более сильный модулятор – наркотик – происходит в 8 раз чаще, чем у некурящих.

Есть прямая взаимосвязь между курением и алкоголизмом. Курение провоцирует употребление спиртного, но есть данные и о существовании обратной связи – 90% алкоголиков являются заядлыми курильщиками.

Специфика табакокурения состоит в следующем:

✓ Начало табакокурения всегда связано с неприятными ощущениями. Одни люди, испытав неприятные ощущения, больше не возобновляют пробы, другие же, имеющие привычку дистанцироваться от своего тела, продолжают курить.

✓ Табакокурение предполагает участие другого. Когда два человека или более курят вместе, они словно обмениваются символами: разделяют друг с другом свой мир, их принимают, они приобретают определенный социальный статус, принадлежат определенной группе людей (поэтому курение способствует установлению доверительных отношений).

✓ Табакокурение как поведенческий акт связано с ритмичностью. Дыхание как бы регулируется курением, делается произвольным, ставится под сознательный контроль. Это дает иллюзию обладания временем внутри себя, то есть контроля себя, своего тела. Ритмичность табакокурения дает иллюзию предсказуемости будущего. Поэтому часто в качестве выгоды курения называют расслабляющий эффект, снятие стресса, успокоение.

Борьба с табакокурением – длительный и сложный процесс. Для этого составляется индивидуальная программа по снижению употребления табака и усилению мотивации к отказу от курения. Все участники программы должны знать, что даже неудачная попытка отказа от курения приводит к значительному снижению уровня употребления сигарет.

Вначале необходимо определить форму табачной зависимости, чтобы подобрать наиболее эффективный способ отказа от курения.

Условно выделяют две основные формы зависимости от курения: психосоциальную (нефармакологическую) и никотиновую (фармакологическую).

Табакокурение программируется в сознании людей с детства. Благодаря наблюдению за курящими взрослыми в сознание ребенка это явление жизни входит как естественное. Подрастая, он начинает моделировать поведение взрослых. Под воздействием рекламы у него складывается впечатление, что курят все, следовательно, в этом нет ничего плохого. После сформированной запрограммированности начинается употребление.

И хотя табакокурение вызывает массу негативных явлений: физиологических, социальных, экономических – благодаря воздействию запрограммированности, включающей в себя искаженные факторы морально-этического и социального плана, через которые осуществляется выражение лич-

ности (взрослость, мужество, подражание героям), все преодолевается, и происходит привыкание. Употребление вырабатывает привычку, а привычка побуждает к употреблению.

В дальнейшем человек от табакокурения начинает получать удовольствие, в его сознании складывается представление, что без него жизнь неполноценна и даже невозможна – вырабатывается установка. Привычка приводит к установке, когда человек уже не мыслит своей жизни без курения. В то же время установка активизирует привычку за счет выработанной в сознании человека убежденности в невозможности дальнейшей жизни без табака. Все звенья формулы обладают четкой устойчивой связью. Именно поэтому курильщикам трудно отказаться от привычки.

Из представленной формулы следует, что любая социальная привычка, развившаяся у человека, может быть устойчиво исключена только снятием запрограммированности, несмотря на произошедшие у него функциональные и даже органические изменения.

Психосоциальная (нефармакологическая) зависимость связана с особенностями личности курильщика. В основе этой формы лежит стремление искусственным путем изменить свое психическое состояние. Здесь нет фармакологической потребности в никотине. Само курение не системно, без глубоких затяжек. Однако самостоятельно избавиться от психосоциальной формы табакокурения практически невозможно. Поэтому такому пациенту нужно оказывать регулярную психологическую помощь и поддержку в отказе от курения. В первую очередь речь идет о так называемой поведенческой терапии, когда медицинская сестра, лечащий врач либо специалист по социальной работе во время посещения рекомендуют пациенту бросить курить. Эту медицинскую рекомендацию затем постоянно поддерживают члены семьи зависимого человека и его друзья. Помимо беседы все они активно работают с пациентом с помощью контрольных телефонных звонков, писем, дополнительных посещений и т. п.

Установки на здоровый образ жизни будут более эффективными, если они направлены на всю семью в целом, а не на отдельного человека. Нужно также обсуждать риск от пассивного курения для детей, имеющих курящих родителей.

Эмоциональная подготовка для прекращения курения – одна из самых масштабных и трудных задач. Многие курильщики ловят себя на том, что ощущают прекращение курения как потерю. Для некоторых пациентов прекращение курения сравнимо с потерей друга или, по крайней мере, с потерей поддержки. С целью преодоления таких чувств необходимо подготовить пациента к процессу прекращения курения и жизни без сигарет.

Наблюдение, реабилитация и уход

Вот несколько психотерапевтических советов:

- заручитесь поддержкой семьи и друзей;
- помните, что вы подвергаетесь риску закурить сигарету, когда у вас есть свободное время;
 - измените стереотип поведения с целью уменьшения риска курения;
 - заполняйте свое время делами, которые усложняют процесс курения;
 - увеличьте физическую активность, причем это может быть не только полный комплекс упражнений, подойдут любые физические упражнения (например, разминка), которые смогут отвлечь вас от курения;
 - избегайте провоцирующих ситуаций; если вы одиноки, то подвергаетесь риску закурить, чтобы найти утешение, в таком случае идите куда-то, позвоните кому-нибудь, отвлеките себя чем-либо;
 - приведите дополнительные доводы, почему вам хочется бросить курить, напомните себе обо всех преимуществах жизни без сигарет;
 - получите общественную поддержку, расскажите своим друзьям и членам семьи, что чувство скуки – это фактор риска для вас, обратитесь к ним за помощью, когда вас одолевает скука;
 - награждайте себя тем, что откладываете деньги, которые вы не потратили на сигареты;
 - доставьте себе дополнительное удовольствие, делайте то, что вам особенно приятно (читайте, гуляйте и т. д.);
 - повторяйте себе, что вы приносите своему организму пользу;
 - скажите себе, что вы улучшаете свое здоровье, здоровье своих детей и близких тем, что не курите.

Для устранения психологической зависимости можно также рекомендовать консультации психолога и психотерапевта.

При *никотиновой (фармакологической) зависимости* организм привыкает и требует поддержания определенной концентрации никотина в крови. Курильщики регулируют ее глубиной и частотой затяжек.

Некоторые специалисты называют табакокурение бытовой никотиновой токсикоманией, причем одной из наиболее упорных и трудно поддающихся лечению, определяемой возникшим болезненным пристрастием к никотину.

Физиологическая зависимость от табакокурения – это состояние, при котором индивид продолжает курить, потому что отказ от курения вызывает чувство дискомфорта и при увеличении срока воздержания становится причиной развития синдрома отмены (абстинентного синдрома).

На пути к зависимому поведению или никотиновой токсикомании индивид проходит определенные стадии.

Первая стадия характеризуется исчезновением при табакокурении неприятных ощущений в организме и появлением навязчивого труднопреодолимого желания курить. У курильщика появляется чувство якобы повышающейся при курении работоспособности, улучшения самочувствия. Продолжительность первой стадии различна и зависит от индивидуальных особенностей организма и центральной нервной системы курильщика.

Вторая стадия характеризуется тем, что влечение к табакокурению принимает навязчивый характер. Для этой стадии никотиновой токсикомании характерно возникновение нервно-психологических нарушений, таких как повышенная раздражительность, утомляемость, ухудшение внимания, неусидчивость, снижение аппетита, а также появление головных болей, потливости, неприятных нарушений в области сердца, возникающих при длительных перерывах в курении и исчезающих при введении очередной дозы никотина.

Третья стадия характеризуется тем, что на этом этапе бросить курить уже довольно трудно. Стиль курения, принятый в курящей компании, начинает восприниматься как естественный и нормальный, окончательно формируя психологическую готовность к не критическому восприятию обычаев курильщиков. Курение становится все более частым.

Табакокурение становится самостоятельным мотивом поведения, оно начинает побуждать самостоятельную деятельность. Происходит процесс, который называется «сдвиг мотива на цель», формируется новый мотив, который побуждает к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность – потребность в табакокурении. Сдвиг мотива на цель ведет за собой осознание этого мотива. Табакокурение приобретает определенный личностный смысл.

Табачной зависимости присущ ряд специфических черт, отличающих ее от других видов токсикомании. При ней не развивается ярко выраженных психических нарушений и изменений личности, что, очевидно, и делает этот вид патологического пристрастия социально терпимым.

Кроме того, при никотинизме роль психологических факторов в становлении пристрастия выше, чем при любой другой токсикомании.

При никотиновой (фармакологической) зависимости следует рекомендовать заместительную терапию препаратами, содержащими никотин. Основная цель их использования заключается в предотвращении синдрома отмены (абстиненции).

Синдром отмены может проявляться следующими симптомами: ухудшением настроения, чувством беспокойства, тревоги, раздражительности, повышением аппетита, нарушением сна и концентрации, головной болью, запорами, сухостью

и болью в горле, усталостью, кашлем, учащенным сердцебиением, потливостью, иногда болями в области сердца.

Применение никотинсодержащих препаратов должно сопровождаться поведенческой терапией с целью активного воздействия на «привычку» курить.

На фармацевтическом рынке имеются никотинсодержащая жевательная резинка, трансдермальный никотиновый пластырь, никотинсодержащий назальный спрей, никотинсодержащий ингалятор и др.

Каждая лекарственная форма никотинсодержащих препаратов для заместительной терапии имеет свои преимущества и недостатки, однако существенных различий в их эффективности не выявлено. В среднем применение никотинсодержащих препаратов увеличивает частоту прекращения курения в 3–4 раза.

Никотинсодержащая жевательная резинка выпускается в дозировке 2 и 4 мг, имеет нейтральный, мятный и апельсиновый вкус. Никотин в ней связан с клейкой основой. Важно правильно обучить пациента использовать ее для предотвращения побочных эффектов проглатываемого никотина. Правильная техника жевания заключается в следующем: подушечку кладут в рот и медленно разжевывают (приблизительно 10 жевательных движений), пока не почувствуют специфический вкус (горький, перечный или мятный в зависимости от вида резинки). Затем подушечку помещают за щеку до исчезновения вкуса. Таким образом, чередуя жевание и простое удержание, каждую подушечку приходится держать во рту около 25–30 мин. Из подушечки поглощается около 50% никотина (из подушечки с дозой 2 мг пациент получает 1 мг никотина). Жевательная резинка с дозой никотина 2 мг показана курильщикам со слабой и средней степенью никотиновой зависимости, лица с тяжелой степенью зависимости должны начинать с 4 мг. Рекомендуемая продолжительность лечения – 12 недель, при тяжелой степени зависимости – до 1 года. Лечение начинается с назначения 2–4 мг активного вещества, в течение 3 месяцев обычно расходуется 8–12 жевательных пластинок. Лечение можно прекратить при употреблении 1–2 жевательных резинок в день.

Трансдермальный никотиновый пластырь – более удобный способ дозирования, не требующий частого применения. Содержит 15 мг никотина, наклеивается на кожу плеча или бедра утром и удаляется на время сна. Никотин высвобождается в дозе 0,9 мг/ч; пиковая концентрация достигается через 6 ч.

Терапевтический уровень никотина в плазме достигается на 2–3-й день применения, когда

риск возобновления курения наиболее высок. Курс лечения – около 3 месяцев. Затем применяется пластырь, содержащий 10 мг вещества, через 3 месяца – 5 мг.

Никотиносодержащий назальный спрей является быстрым и эффективным способом доставки никотина, наиболее близким к сигарете. При его применении наблюдается наиболее быстрое поступление никотина в системный кровоток, что крайне важно при лечении синдрома отмены. Назначается пациентам с тяжелой степенью никотиновой зависимости. Каждая доза назального спрея содержит 0,5 мг никотина. После применения одной дозы содержание никотина в плазме через 10 мин достигает уровня 8 нг/мл. Рекомендовано использовать 1–2 дозы/ч с максимальным увеличением до 5 мг/ч или 40 мг/день. Продолжительность терапии – 6–8 недель с постепенным снижением частоты использования до полной отмены.

Одно из основных преимуществ никотинсодержащего ингалятора заключается в том, что при его применении имитируется процесс курения. Ингалятор состоит из мундштука и пластикового картриджа, содержащего 10 мг никотина и 1 мг ментола (для снижения раздражения слизистой оболочки дыхательных путей). В процессе ингаляции из картриджа высвобождается около 4 мг никотина. При использовании данного ингалятора максимальное количество активного вещества оседает в ротовой полости, не попадая в нижние дыхательные пути. Продолжительность терапии – от 3 до 6 недель, при тяжелой степени зависимости – 6–12 недель.

Одним из эффективных методов купирования состояния отмены при длительном употреблении никотина является рефлексотерапия (иглоукалывание, акупунктура). Этот метод лечения пришел к нам из Китая, где с успехом используется более 2000 лет.

Комбинация психотерапии и рефлексотерапии потенцируют действие друг друга и заметно повышают результат лечения, особенно в группе психосоциальной формы табачной зависимости.

В лечении никотиновой зависимости чаще всего используется только аурикулярная методика курсами из 3–5 сеансов по 30 мин. Перед акупунктурой за 8–10 ч пациент не курит. Лечение проводится путем введения 3–7 коротких тонких (аурикулярных) игл обычно в одно ухо на глубину до 2 мм.

Иннервация ушной раковины уникальна, ей принадлежат афферентные нервы соматического и висцерального происхождения. Ушная раковина снабжена ветвями таких нервов, как тройничный, лицевой, блуждающий, языкоглоточный, и ветвями шейного сплетения (большой ушной и малый затылочный нервы).

Наблюдение, реабилитация и уход

Процедура иглокальвания вызывает мощную импульсацию по пяти направлениям, стимулирует симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, вызывает активацию лимбико-ретикулярного комплекса центральной нервной системы, обеспечивающего регуляцию висцероэндокринных функций организма с выбросом эндорфинов.

Уже после первого сеанса иглокальвания у большинства курильщиков исчезает тяга к курению, появляется неприятие табачного дыма.

Это проявляется тем, что при попытке закурить, вдыхании дыма возникает тошнота (иногда рвота), головокружение, неприятные ощущения во рту и другие явления дискомфорта.

В период лечения табачной зависимости необходимо больше употреблять продуктов питания, содержащих никотин: баклажаны, красные и особенно зеленые помидоры, цветную капусту, картофель.

Рекомендуется вместо черного чая пить зеленый (5–6 чашек в день). Можно настоять в термосе в течение суток плоды шиповника (1 столовая ложка на 0,5 л воды), настой выпивать в течение дня. Полезно ежедневно пить отвар сухой смеси из листьев крапивы, подорожника, мяты, вишни, малины, земляники, ромашки, иван-чая, зверобоя (заваривать 1 столовую ложку смеси в заварочном чайнике).

Уменьшить физиологическую и психологическую зависимость от табака можно с помощью успокаивающих и мобилизующих дыхательных упражнений.

Успокаивающее дыхание – дыхание диафрагмального типа, выполняемое в темпе, регулируемом пациентом при счете, равном 1 с.

Приведем цифровую запись упражнения. Первая цифра – продолжительность вдоха, вторая – продолжительность выдоха, в скобках указана продолжительность паузы:

4–4–(2), 4–5–(2), 4–6–(2), 4–7–(2), 4–8–(2), 4–8–(2), 5–8–(2), 6–8–(3), 7–8–(2), 8–8–(4), 8–8–(4), 7–8–(3), 6–7–(3), 5–6–(2), 4–5–(2).

Мобилизующее дыхание:

4–(2)–4, 5–(2)–4, 6–(3)–4, 7–(3)–4, 8–(4)–4, 8–(4)–4, 8–(4)–5, 8–(4)–6, 8–(4)–7, 8–(4)–8, 8–(4)–8, 8–(4)–7, 7–(3)–6, 6–(3)–5, 5–(2)–4.

Если пациентам указанная дыхательная гимнастика кажется трудной, то можно рекомендовать быстрое, поверхностное дыхание через рот в течение нескольких минут. Такое дыхание может снять напряжение гортани, глотки, диафрагмы, брюшного пресса, тревогу, улучшить настроение.

С заместительной целью также используется манипулирование различными предметами (перебирание четок, работа с эспандером и т. п.).

Назначение психотропных лекарств при табачной зависимости играет вспомогательную роль в отличие от методов психотерапии. Это связано с тем, что пристрастие к табаку носит преимущественно психологический характер.

Лечение психотропными средствами должно быть направлено на снятие тягостных явлений абстиненции у курильщика. Вид лекарства и его дозировка подбираются строго индивидуально с учетом симптоматики и индивидуальной переносимости.

В случаях, сопровождающихся тревогой, раздражительностью, бессонницей, используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда (седуксен, феназепам, лоразепам и др.), а также фитотранквилизаторы (настои валерианы, пустырника и других трав).

Если абстиненция характеризуется симптомами вялости, утомляемости, снижения работоспособности, показаны средства со стимулирующим эффектом (ноотропил, настойка женьшеня, экстракт элеутерококка).

При признаках депрессии назначаются антидепрессанты. Некоторые авторы особенно рекомендуют доксепин (синекван), при агрессивности, дисфории малые дозы «поведенческого» нейрореплетика неуплетила. Не следует забывать и о витаминотерапии, показанной всем больным.

Таким образом, борьба с табачной зависимостью всегда должна быть комплексной, сочетающей в себе несколько различных методов. Лечение лишь одним методом дает существенно худшие результаты.

Использованная литература

1. Заневский В. П. Комбинированная терапия никотиновой зависимости / В. П. Заневский, А. В. Копытов, В. П. Максимчук // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 1(3). – С. 51–56.
2. Милькаманович В. К. Сестринская помощь в медико-социальной адаптации пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / В. К. Милькаманович, Р. В. Кучко // Медицинские знания. – 2018. – № 3. – С. 6–14.
3. Основы медицинской профилактики: учеб.-метод. пособие. – Новосибирск, 2016. – 204 с.
4. Основы социальной медицины: учебник / под ред. А. В. Мартыненко. – М., 2018. – 375 с.
5. Пильщикова В. В. Профилактика заболеваний: учеб. пособие / В. В. Пильщикова [и др.]. – Краснодар, 2016. – 224 с.