

УДК 613.84:616.89-008.441.13/33

Е.В. Найдёнова, И.С. Лысый, Ю.В. Прокопчук, Т.А. Дычко

ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Цель – повысить эффективность оказания медицинской помощи пациентам с табачной зависимостью.

Материалы и методы. Проведен обзор литературы отечественных и зарубежных авторов, рекомендаций ВОЗ (2010), приказа МЗ Украины от 03.08.2012 г. № 601.

Результаты. Представлен алгоритм ведения пациентов: психологические аспекты консультирования, диагностики, немедикаментозного и медикаментозного лечения, последующего наблюдения с целью профилактики рецидивов.

Выводы. Предложенная тактика ведения пациентов с табачной зависимостью будет способствовать повышению эффективности оказания медицинской помощи на первичном уровне.

Ключевые слова: табакокурение, табачная зависимость, диагностика, лечение.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2013), табакокурение (ТК) является основной причиной смерти, болезней и обнищания. Около 6 млн человек ежегодно умирает от заболеваний, связанных с ТК, из них более 600 тыс. пассивных курильщиков. В Украине курит 36–41% взрослого населения, среди женщин детородного возраста – 25–35%, среди подростков – до 40%. Ежегодный прирост курящих составляет 100 тыс. человек [7]. За четверть века доля курящих женщин увеличилась в городе втрое, а за 20 лет в селе – почти в 17 раз, достоверно возросла интенсивность ТК [2]. Связанные с ТК болезни ежегодно приводят к смерти 120 тыс. человек, из них 37 тыс. мужчин в возрасте 37–69 лет. Экономический убыток составляет около 2 млрд долларов ежегодно [6].

Табачный дым (ТД) содержит более 4700 химических соединений, из которых 250 вредных, а более 50 канцерогенов, и 10^{15} свободных радикалов. ТД состоит из газообразной (оксида азота, CO_2 , CO , аммиак, формальдегид, бензол) и твердой (никотин, фенол, анилин, бензпирен, полоний 210) фракций. Отдельные частицы имеют размер менее микрона (наночастицы) и свободно проникают через альвеоло-капиллярную мембрану. Следовательно, масштабы губительного действия ТД на организм человека трудно представить [8].

Табакокурение является фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни, хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ), рака легкого, инфекций и гиперреактивности дыхательных путей, туберкулеза легких, остеопороза, язвенной болезни (ЯБ) желудка и

двенадцатиперстной кишки (ДПК), заболеваний кишечника. Доказана причинно-следственная связь между ТК и раком горла, нижней губы, пищевода, желудка, поджелудочной железы, селезенки, мочевого пузыря. ТК подавляет синтез половых гормонов, что ведет к нарушению репродуктивной функции. У курящих женщин чаще наблюдаются токсикозы во время беременности, выше риск невынашивания, преждевременных родов, мертворождений и материнской смертности при родах. Послеродовые осложнения возникают в 85% случаев, а новорожденные дети имеют вес на 200–250 г меньше, чем у некурящих женщин. ТК увеличивает детскую смертность на 40%, в том числе синдром внезапной детской смерти. Для ребенка ТД в 10–15 раз опаснее, чем для взрослого. ТК является сильным предиктором развития других зависимостей (алкоголизма и наркомании) особенно у подростков. У пассивных курильщиков повышается риск развития инфекций дыхательных путей, ХОЗЛ, бронхиальной астмы, заболеваний среднего уха, ИБС, рака легкого [4]. Отказ от ТК в 60, 50, 40 и 30 лет увеличивает продолжительность жизни на 3, 6, 9 и 10 лет [18].

Действия врача первичного звена при оказании помощи пациенту с табачной (никотиновой) зависимостью (ТЗ) регламентированы приказом МЗ Украины от 03.08.2012 г. № 601. Для практической деятельности ценными являются рекомендации Fiore М.С. и соавторов, утвержденные ВОЗ (2010) [3, 6].

1. Ask – спросить. Определить статус курения пациента и отнести его в одну из групп: никогда не курил, курил в прошлом, курит ежедневно, курит эпизодически. Данные о ТК (тип табачных изделий,

стаж, інтенсивність, предыдущие попытки отказаться от ТК и причины неудачи, готовность к отказу от ТК) должны быть занесены в медицинскую карту. Курящим пациентам и тем, кто отказался от ТК менее 5 лет назад, особенно при наличии табак-ассоциированных заболеваний, вопрос о курении задают на каждом визите. Курение кальяна, сигары или трубки является опасным, о чем необходимо информировать пациента [3].

2. Assess – установить диагноз. В МКБ-10 ТК находится в разделе «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака» (F 17). Никотин в ионизированном состоянии воздействует на специфические никотиновые ацетилхолиновые рецепторы головного мозга и стимулирует выброс дофамина – гормона удовольствия. Он ускоряет проведение нервных импульсов, уменьшает чувство голода, улучшает память и умственную деятельность. Снижение уровня дофамина стимулирует человека к деятельности, способствующей его повышению. По определению, ТЗ – совокупность поведенческих, когнитивных и физиологических явлений, которые развиваются после повторного употребления табака и включают сильное желание курить, трудности в контроле его употребления, продолжение употребления табака, несмотря на вредные последствия, повышение толерантности к никотину и физический «синдром отмены». Выявление преобладания психологического или физиологического компонента ТЗ является ключевым моментом для определения дальнейшей тактики лечения. Симптомы синдрома отмены появляются через 2–12 часов после выкуривания последней сигареты: раздражительность, тревожность, нервозность, двигательное возбуждение, тремор, подавленное состояние, нарушение концентрации внимания, страстное желание закурить, повышение аппетита и нарушение сна, усиление кашля и затруднения в отхождении мокроты. Они достигают максимума спустя 24 часа и уменьшаются в течение нескольких недель или месяцев. Рецидив ТК вполне сопоставим с таковым при отказе от употребления алкоголя или героина с максимальным риском в первые 3–6 недель и последующим постепенным его снижением. Для оценки степени ТЗ используется тест Фагерстрема. Пациенты, которые набрали >6 баллов, при попытке бросить курить будут испытывать синдром отмены. Если время общения с пациентом ограничено, то ему можно предложить три вопроса: выкуриваете ли Вы >10 сигарет в день? Выкуриваете ли Вы первую сигарету в течение первых 30 минут после пробуждения? Испытывали ли Вы

синдром отмены при предыдущих попытках отказа от ТК? Положительный ответ на любой из этих вопросов, а также ТК в ночное время позволяют предположить высокую степень ТЗ [12, 13, 20].

Для объективной оценки степени ТЗ используется определение никотина (период полужизни – 2 часа) или его основного метаболита котинина (период полужизни – 15–20 часов) в плазме, слюне и моче. У некурящих людей концентрация котинина составляет <10 нг/мл, у курильщиков – до 1000 нг/мл [12]. Определение СО в выдыхаемом воздухе служит объективным показателем адсорбции ТД в легких и уровня гипоксии тканей, позволяет рассчитать уровень карбоксигемоглобина (СОНб) артериальной крови [1]. Его определение значительно повышает мотивацию пациента к отказу от ТК, а для контроля и профилактики рецидивов используется мониторинг. Уровень СО, как правило, определяется в середине дня, у некурящих он составляет <4 ppm, у курящих – 10–20 ppm (2–5% СОНб) и снижается до нормы в первые 1–2 дня после отказа от ТК. Продукция СО при горении разных сигарет мало отличается (несмотря на значения, указанные на сигаретных пачках) [16].

Наиболее важным условием успешного отказа от ТК является мотивация и сила воли. Для оценки степени мотивации пациенту предлагается вопрос «Насколько важно для Вас бросить курить?» в соответствии с 10-балльной шкалой, где 10 баллов – «крайне важно», а 0 – «не имеет значения». Для оценки силы воли (самоэффективности) задается вопрос «Если Вы решили бросить курить, насколько Вы уверены, что это у Вас получится?», где 10 баллов – «полностью уверен, что получится», 0 – «полностью уверен, что не получится». Если пациент выбрал высокий бал при ответе на оба вопроса, необходимо назначить дату отказа от ТК; если мотивация сильна, но самоэффективность низкая, необходима поддержка и лечение; если самоэффективность высокая, но желание попытаться слабое, необходимо эффективное обучение; если оба ответа оценены низко, необходимо усилить мотивацию и самоэффективность. Курящим пациентам проводится спирометрия, так как объективная демонстрация ухудшения легочной функции усиливает мотивацию [11, 20].

3. Advise – советовать. Врач обязан дать пациенту совет по отказу от ТК с учетом возраста, пола, образования, степени мотивации. Рекомендации должны быть обоснованными, четкими, высказанными в авторитарной форме. Но если цель врача – изменить отношение пациента к

ТК, такая стратегия не будет оптимальной. Отказ от ТК обычно не является главной целью визита пациента к врачу, и ранее пациент уже получал рекомендации по прекращению ТК, но все попытки были безуспешными. Повторные неудачи могут настолько снизить самооценку пациента, что для сохранения баланса между поведением и отношением к себе он может отказаться от дальнейших попыток. Как правило, больной ожидает, что ему будут говорить о необходимости бросить курить в прямой и четкой форме, но это может вызвать явную или скрытую агрессию и неприятие. В подобных случаях вопрос о прекращении ТК следует обсуждать в дружелюбной, уважительной и убедительной манере. Совет врача будет более действенным, если он сам не курит. Исследования показали, что 5% пациентов могут прекратить ТК после совета врача без применения других методов лечения. Поощрительные почтовые письма могут повысить процент успешного отказа до 9%, совет, письма и амбулаторные посещения пациентом врача – до 13% [23, 9, 20].

Существует гипотеза, что чем тяжелее легочное заболевание, тем труднее пациенту отказаться от ТК, так как пациент считает ТК одним из немногих способов «повысить» качество жизни. Однако во многих исследованиях доказано, что отказ от ТК в любом возрасте является самой эффективной мерой предотвращения или замедления падения легочной функции и способствует продлению жизни [1, 8, 11, 17].

4. Assist – содействовать. При наличии у пациента намерения отказаться от ТК врач совместно с пациентом составляет план действий, объясняет возможные трудности и пути их преодоления, назначает дату отказа от ТК. Для облегчения симптомов синдрома отмены необходимо рекомендовать пациенту увеличить употребление минеральной воды, соков, щелочных отваров, заменить сахар мёдом. Важно раньше ложиться спать, так как допамин в организме максимально синтезируется с 22.00 до 24.00. Для пациентов с ХОЗЛ и низким индексом массы тела будет важным преимуществом увеличение веса на 4–5 кг в течение года после отказа от ТК. Для пациентов с избыточной массой тела сохранение легочной функции в результате отказа от ТК гораздо важнее нежелательного набора веса. Около 1/3 случаев увеличения веса после отказа от ТК связано со снижением базальной скорости метаболизма, а 2/3 – с повышением потребления калорий, поэтому в первые 2–3 месяца после прекращения ТК следует соблюдать диету [14]. Физические нагрузки облегчают процесс реадaptации при отказе от

ТК [10]. Пациент должен избегать ситуаций, которые могут спровоцировать рецидив: курящие компании, прием алкоголя, переядание [3].

Фармакотерапия ТЗ в сочетании с психологическими методами показана, если пациент выкуривает ≥ 10 сигарет в день. В Украине для лечения ТЗ используются никотинзаместительная терапия (НЗТ), антидепрессант бупропион и частичный агонист никотиновых ацетилхолиновых рецепторов варениклин, цитизин. Врач должен дать пациенту письменные инструкции для приема препарата, подобрать дозу, составить график визитов. Если в течение 2 недель пациент не отказался от ТК и не уменьшил количество сигарет, то необходимо снова оговорить мотивацию и лечение. Если ТК остается на том же уровне через 4 недели, то следует остановить лечение или направить пациента на консультацию к врачу-специалисту [6].

При анализе 105 плацебо-контролируемых рандомизированных исследований установлено, что при использовании НЗТ в течение 3 месяцев частота прекращения ТК через 6–12 месяцев возрастает на 7%, а добавление поведенческой поддержки повышает ее еще на 7–8%. Частота прекращения ТК в течение 1 года составляет 17% при использовании НЗТ и 10% – в контрольной группе [19]. При ежедневном выкуривании >20 сигарет назначается жевательная резинка 4 мг (8–12 подушечек в сутки) или пластырь трансдермальный (8 недель – 25, 2 недели – 15, 2 недели – 10 мг/16 часов). Если пациент выкуривает <20 сигарет, рекомендуется жевательная резинка 2 мг (8–12 подушечек) или пластырь (8 недель – 15, 4 недели – 10 мг/16 часов). По некоторым данным, постепенное снижение дозы НЗТ в пластыре не увеличивает эффективности по сравнению с быстрой его отменой [22]. При применении НЗТ часто встречаются местные реакции, которые уменьшаются или прекращаются в течение нескольких дней в результате развития местной толерантности. Также могут наблюдаться следующие симптомы: головная боль, головокружения, повышение слюноотделения, икота, тошнота, рвота, изжога и др. НЗТ противопоказана при повышенной чувствительности, остром инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии, стенокардии Принцметалла, неконтролируемой артериальной гипертензии, выраженной аритмии; с осторожностью назначается при обострении ЯБ желудка и ДПК, гиперфункции щитовидной железы, в период беременности и кормления грудью [3, 20]. Бупропион – селективный ингибитор обратного захвата норадреналина, допамина, при

минимальном влиянии на обратный захват серотонина; назначается пациентам, которые делают первую попытку отказаться от ТК, особенно при непереносимости НЗТ, отсутствии желания ее использовать или в случае рецидива после НЗТ [20]. Противопоказания: повышенная чувствительность, период беременности и кормления грудью, эпилепсия, судорожные припадки, опухоль головного мозга, булимия, анорексия, прием алкоголя. В настоящее время в Украине этот препарат не зарегистрирован. Варениклин способствует выделению дофамина, уменьшая тем самым проявления синдрома отмены. Препарат рекомендуется начинать принимать за неделю до предполагаемой даты отказа от ТК: в 1–3-е сутки – 0,5 мг 1 раз/сутки, 4–7-е сутки – 0,5 мг 2 раза/сутки, с 8 суток до окончания лечения – 1 мг 2 раза/сутки, курс – 12 недель. Нежелательные явления: тошнота, перепады настроения, головная боль, бессонница, диарея. Возможно появление немотивированной агрессии, суицидальных мыслей, ухудшение зрения и координации движений. В США препарат запрещен к применению у пилотов, диспетчеров, профессиональных водителей и военнослужащих. Противопоказания: повышенная чувствительность, беременность и лактация, почечная недостаточность, психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания и риск их развития, возраст до 18 лет [3].

Цитизин – агонист никотиновых ацетилхолиновых рецепторов. Не приводит к нарушению психофизиологического состояния, способности управлять транспортными средствами и работать с механизмами. ТК на фоне приема цитизина приводит к появлению симптомов передозировки: неприятный вкус во рту, головная боль, тошнота, головокружение, что заставляет пациента уменьшить количество сигарет. В первые 3 дня препарат назначается по 1 таблетке через каждые 2 часа (6 таблеток/сутки). При положительной динамике с 4-го по 12-й день рекомендуется по 1 таблетке через каждые 2,5 часа (5 таблеток/сутки), с 13-го по 16-й день – по 1 таблетке через каждые 3 часа (4 таблетки/сутки), с 17-го по 20-й день – по 1 таблетке через каждые 5 часов (3 таблетки/сутки), с 21-го по 25-й день – по 1 таблетке каждые 6–8 часов (1–2 таблетки/сутки). На 5-й день лечения ТК необходимо прекратить. Нежелательные явления: сухость во рту, нарушение аппетита, изменение вкусовых ощущений, тошнота, запор, головная боль и другие. Противопоказания: повышенная чувствительность, острый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия, аритмия, недавно перенесенное нарушение мозгового

кровообращения, выраженный атеросклероз, артериальная гипертензия, кровотечения из крупных сосудов, отек легких, обострение ЯБ желудка и ДПК, бронхиальная астма, беременность и лактация. К назначению препарата существует ряд ограничений. В возрасте до 18 и старше 65 лет его можно использовать только после тщательной оценки соотношения пользы и риска [3].

Необходимо рекомендовать пациенту полностью отказаться от ТК в назначенный день, так как постепенное сокращение количества сигарет часто приводит к рецидиву ТК. В совместном европейском антисмокинг-исследовании (CEASE) доказано, что полное отсутствие ТК в течение 1-й недели после отказа от него является сильным прогностическим фактором стабильного воздержания в течение 1 года, которое достигается у 25% курильщиков, в отличие от 4% пациентов, куривших на 1-й неделе [15]. Сокращение количества выкуриваемых сигарет может рассматриваться как шаг к полному отказу от ТК. Уменьшение потребления сигарет пациент может компенсировать более эффективным выкуриванием каждой из них (глубже, дольше, чаще затягиваясь), что может быть подтверждено мониторингом уровня СО [21].

При использовании технических средств (электронной сигареты) отсутствует вредное влияние ТД, можно регулировать концентрацию никотина. Однако сохранение традиционного ритуала курения может препятствовать полному излечению от ТЗ [5].

5. Arrange follow up – следить. Для стойкого отказа от ТК пациенту необходима помощь и поддержка. Консультации должны быть не реже 1 раза в 2 недели в течение первого месяца, 1 раз в 3 недели в течение второго и третьего месяцев (с назначением даты визита). В последующие три месяца график составляется индивидуально. При каждой встрече доктор должен внимательно расспросить о всех возможных трудностях, связанных с отказом от ТК, выразить уверенность в способности пациента полностью отказаться от ТК и готовность оказать ему необходимую помощь. Между 4-й и 7-й неделями отказа от ТК нередко наблюдается плохое настроение, а не истинная депрессия, что требует психологической поддержки [17]. Врач должен предупредить пациента, что иногда симптомы отмены могут сохраняться в течение длительного времени или может возникнуть более сильное желание закурить, чем сразу после отказа от ТК. Эти знания помогут пациенту удержаться от рецидива. Частота успешного отказа от ТК через 1 год после лечения составляет 15–35%. До стабильного прекращения

ТК могут иметь место несколько неудачных попыток. Даже после полного прекращения ТК в течение нескольких лет может сохраняться пристрастие к никотину, что подтверждается рецидивами ТК у бывших курильщиков, выкуривших хотя бы 1 сигарету спустя несколько лет после прекращения ТК. В случае рецидива врач должен помочь пациенту выяснить его причину, предложить способы ее избежания в будущем, оценить степень соблюдения рекомендаций и повысить мотивацию. Через 2–3 месяца следует начать новую попытку лечения ТЗ с целью избавиться от нее навсегда [20].

Выводы

Таким образом, использование последовательного алгоритма: установление статуса ТК, диагностика и оценка степени ТЗ, рекомендации (совет) отказаться от ТК, ведение пациента в период отказа от ТК с использованием фармакотерапии, оказание психологической поддержки и профилактика рецидивов будут способствовать повышению эффективности успешного лечения ТЗ в практике семейного врача.

Литература

1. Антонов Н. С. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих / Н. С. Антонов, Г. М. Сахаров // Терапевтический архив. – 2009. – № 3. – С. 82–84.
2. Кваша Е. А. Особенности и динамика табакокурения среди городского и сельского населения Украины / Е. А. Кваша // Сердце і судини. – 2008. – № 2 (22). – С. 61–66.
3. Кваша Е. А. Практические рекомендации по преодолению табачной зависимости у пациентов / Е. А. Кваша, И. С. Зозуля // Український мед. часопис. – 2013. – № 2 (94). – С. 63–67.
4. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання тютюну : наказ МОЗ України від 21.09.2009 р. № 681 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
5. Сидоренко Г. И. Современные аспекты борьбы с табакокурением: исчерпаны ли все возможности? / Г. И. Сидоренко, А. В. Фролов // Кардиология. – 2010. – № 9. – С. 88–89.
6. Стандарти медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів : наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 601 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
7. Табак. По материалам информационного бюллетеня ВОЗ № 339, 2013 // Therapia. – 2013. – № 9. – С. 88–89.
8. Чучалин А. Г. Табакокурение и болезни органов дыхания / А. Г. Чучалин // Русский мед. журнал. – 2008. – № 22. – С. 1477–1481.
9. Calverley P. M. A. Chronic obstructive pulmonary disease / P. M. A. Calverley, P. Walker // Lancet. – 2003. – Vol. 362. – P. 1053–1061.
10. Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke / M. Ussher, P. Nutciata, M. Cropley, R. West // Psychopharmacology. – 2001. – Vol. 158. – P. 66–72.
11. Effect of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁: The Lung Health Study / N. R. Anthonisen, J. E. Connett J. P. Kiley [et al.] // JAMA. – 1994. – Vol. 272. – P. 1497–1505.
12. Etter J. F. Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers / J. F. Etter, T. V. Duc, T. V. Perneger // Am. J. Epidemiol. – 2000. – Vol. 151. – P. 251–258.
13. Fagerstron K. O. Time of first cigarette; the best single indicator of tobacco dependence. Monaldiarch / K. O. Fagerstron // Chest. Dis. – 2003. – Vol. 59. – P. 95–98.
14. Filosov C. Smoking cessation and weight gain / C. Filosov, M. C. Fernades Pinilla, A. Fernandez-Cruz // Obes. Rev. – 2004. – Vol. 5. – P. 95–103.
15. Hight dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rate results from the European CEASE-trial / P. Tonnesen, P. Paoletty, G. Gustavsson [et al.] // Eur. Resp. J. – 1999. – Vol. 13. – P. 238–246.
16. Javors M. A. Cut-off level for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking / M. A. Javors, J. P. Hatch, R. Lamb // Addiction. – 2005. – Vol. 100. – P. 159–167.
17. Kim H. Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression / H. Kim, M. E. Kunik, V. A. Mocnary // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 465–471
18. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctor / R. Doll, R. Peto, J. Borecham, I. Sutheriaand // Br. Med. J. – 2004. – Vol. 328. – P. 1529–1533.
19. Nicotine replacement therapy for smoking cessation / C. Silagy, T. Lancaster, L. Stead [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2004. – Vol. 3. – CD000146.

20. *Smoking cessation in patients with respiratory disease: a high priority, integral component of therapy* / P. Tonnesen, L. Carrozzi, K. O. Fagerstro [et al.] // *Eur. Resp. J.* – 2007. – Vol. 29. – P. 390–417.
21. *Smoking reduction promotes smoking cessation: Result from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up* / P. Wennike, T. Danielson, T. Landfeldt [et al.] // *Addiction.* – 2003. – Vol. 98. – P. 109–114.
22. *Tonnesen P. Cutting down smoking then stopping with nicotine replacement therapy an innovative approach to smoking cessation* / P. Tonnesen, T. Daniellson / *Thorax.* – 2005. – Vol. 60 (Suppl. II). – 136 p.
23. *Treating tobacco use and dependence* / J. E. Anderson, D. E. Jorenby, W. J. Scott, M. C. Fiore // *Chest.* – 2002. – Vol. 121. – P. 932–941.

Дата поступлення рукопису в редакцію: 17.03.2015 г.

Тактика діагностики та лікування тютюнової залежності в практиці сімейного лікаря

*О.В. Найдьонова, І.С. Лисий,
Ю.В. Прокопчук, Т.О. Дычко*

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Мета – підвищити ефективність надання медичної допомоги пацієнтам з тютюновою залежністю.

Матеріали та методи. Проведено огляд літератури вітчизняних та зарубіжних авторів, рекомендацій ВООЗ (2010), наказу МОЗ України від 03.08.2012 р. № 601.

Результати. Наведено алгоритм ведення пацієнтів: психологічні аспекти консультування, методи діагностики, немедикаментозного та медикаментозного лікування, подальшого спостереження з метою профілактики рецидивів.

Висновки. Запропонована тактика ведення пацієнтів з тютюновою залежністю сприятиме підвищенню ефективності надання медичної допомоги на первинному рівні.

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, діагностика, лікування.

Tactics of diagnosis and treatment of tobacco dependence in the family physician practice

*O.V. Naydionova, I.S. Lysy,
Yu.V. Procopchuk, T.O. Dychko*

Odessa national medical university, Odessa, Ukraine

Purpose – to improve the delivery of medical care in addressing tobacco dependence.

Materials and methods. Review of national and foreign authors publications, WHO recommendations (2010), the order Ministry of Health Ukraine of 03.08.2012 № 601.

Result. Algorithm of patient's supervision represented as following: psychological aspects of medical consultations, diagnostic methods, non-drug and drug treatment, patient's follow up to prevent relapses.

Conclusions. Proposed tactics of tobacco dependence will increase efficiency of medical care in general practice.

Key words: smoking, tobacco dependence, diagnosis, treatment.

Ведомости про авторов

Найдьонова Елена Викторовна – к.мед.н., ассистент кафедры общей практики и медицинской реабилитации Одесского национального медицинского университета; Валиховский переулок, 2, г. Одесса, 65026, Украина.

Лысый Игорь Станиславович – к.мед.н., доц. кафедры общей практики и медицинской реабилитации Одесского национального медицинского университета; Валиховский переулок, 2, г. Одесса, 65026, Украина.

Прокопчук Юлия Викторовна – к.мед.н., доц. кафедры общей практики и медицинской реабилитации Одесского национального медицинского университета; Валиховский переулок, 2, г. Одесса, 65026, Украина.

Дычко Татьяна Александровна – клинический ординатор кафедры общей практики и медицинской реабилитации Одесского национального медицинского университета; Валиховский переулок, 2, г. Одесса, 65026, Украина.