

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР



ВСЕСОЮЗНЫЙ
НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОЙ
И МЕДИКО-
ТЕХНИЧЕСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ

Социальная гигиена и организация здравоохранения

Экспресс-информация

ИЗДАЕТСЯ С 1971 г.
ВЫХОДИТ ЕЖЕМЕСЯЧНО

ВЫПУСК 9

МОСКВА 1988

УДК 614.2(048)

27. Медико-психологические виды помощи при табакокурении.

Обзор литературы

А.Н. Бабурин

Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова

Ни у кого уже не вызывает сомнений тот факт, что курение является одним из основных факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой, бронхолегочной и пищеварительной систем организма [15, 62], а прекращение курения с течением времени снижает степень этого риска [74, 75]. Исходя из этого, Комитет экспертов ВОЗ рассматривает борьбу с курением как первейшую задачу профилактической медицины, реализация которой принесет огромную и неоднозначную пользу [6].

К такому же выводу пришли Н.В. Кисилева и А.В. Прохоров [9], анализируя работы по медицинским и социально-экономическим аспектам табакокурения.

По данным опросов, в настоящее время курильщики в 42—95% случаев хотят бросить курить [56, 58], и большинство из них (60—78%), пытались это сделать хотя бы один раз [34, 59].

Было показано, что высокая частота рецидивов табакокурения в той или иной мере обусловлена сформировавшимся у курильщика синдромом зависимости от никотина, личностными особенностями, некоторыми социально-демографическими характеристиками, ситуационными факторами, а также нестойкой мотивацией к воздержанию от курения [74, 77].

Физиологическая зависимость была описана как состояние, при котором индивидуум продолжает курить потому, что отказ от курения вызывает чувство дискомфорта и при увеличении срока воздержания становится причиной развития абстинентного синдрома, для которого характерны непреодолимое желание закурить, чувство беспокойства, раздражительность, тревога, депрессия, недомогание, нарушения сна, работы пищеварительного тракта, головная боль, агрессивность, рассеянное внимание, снижение умственной работоспособности, ухудшение психомоторной координации, в ряде случаев — снижение частоты сердечных сокращений и артериального давления, увеличение во сне продолжительности стадии быстрого движения глаз, повышение температуры кожи пальцев, увеличение числа медленных волн на электроэнцефалограмме, снижение уровня адреналина в плазме крови [33, 66].

Эти симптомы могут появиться через несколько часов или дней и держаться недели и даже месяцы, но наиболее выраженными они бывают, как правило, в 1—3-ю неделю воздержания от курения [67].

По данным С.П. Олейникова и соавт., разного рода жалобы на ухудшение самочувствия после отказа от курения предъявляли 61,2% человек [13].

После стихания явлений физиологической абстиненции на первый план выдвигаются психологические проблемы: действие старых условных рефлексов, связанных с курением, отрицательное влияние других курильщиков, стрессовые, кризисные ситуации [34, 67]. Имеются также данные, что лицам с поведенческим типом А, низкими показателями социально-психологической адаптации, интрапсихического контроля, самоуважения, экстравертированным, невротичным (тревожным) труднее бросить курить [16, 21, 73].

К социально-демографическим характеристикам, затрудняющим отказ от курения, относят молодой возраст, низкий уровень образования, тяжелый физический труд, низкую заработную плату (а соответственно и годовой доход), пассивное проведение досуга, беспечное отношение к состоянию своего здоровья и отрицательное отношение к физической культуре [4, 14].

Важную роль в процессе отвыкания от курения многие исследователи придают наличию и степени выраженности у курильщика соответствующей мотивации [12, 40].

М. Russell [66] считает нецелесообразным лечить от курения лиц со слабо сформированной мотивацией, а также не имеет смысла убеждать в необходимости воздержания от курения высокомотивированных курильщиков. Этой же точки зрения придерживается Комитет экспертов ВОЗ по борьбе с курением [23].

Упомянутое выше свидетельствует о том, что существуют^{1*} физиологические, психологические и психосоциальные проблемы табакокурения, а между тем до сих пор нет общепризнанной концепции этого феномена. Отсюда становится понятным многообразие методов, программ и кампаний по борьбе с курением.

На сегодняшний день используются разные методы лечения табакокурения, в том числе лекарственная терапия, акупунктура, психотерапия и их разнообразные комбинации.

Лекарственная терапия помогает только что бросившему курить человеку преодолеть проявления абстинентного синдрома.

В этих целях назначаются:

препараты, вызывающие у курильщика отвращение к табачному дыму (подкожное введение 1% раствора апоморфина гидрохлорида, полоскание полости рта растворами нитрата серебра—0,25%, сульфата меди — 0,1%, колларгола — 1%, протаргола — 1%, таннина — 1—2%, сульфата железа—0,5%, перманганата калия — 0,1%, отварами корневища змеевика — 10,0—200 мл, плодов черемухи обыкновенной — 10,0—200 мл или жевание ее молодых побегов, смазывание десен эвкалиптовым маслом);

средства, способные имитировать действие никотина в организме (гидрохлорид анабазина по 0,003 г в составе пленок с полиангидроглюкуроновой кислотой на бумажной или тканевой основе, жевательной резинки, в таблетках; гидрохлорид лобелина по 0,002 г в составе таблеток «Лобесил»; цитизин по 0,0015 г в составе обоих видов упомянутых выше пленок и комбинированного препарата «Табекс»);

никотин в чистом виде, который вводится неингаляционным путем, что позволяет избежать иступления в легкие множества вредных веществ, образующихся при сгорании табака (жевательная резинка с 0,004 г никотина — «Никорет»);

седативные средства и транквилизаторы;

• стимулирующие средства — настойки женьшеня, заманихи, лимонника, аралии; жидкие экстракты—родиолы, левзеи; пантокрин, а также фенамин и меридил;

витамины — масляные растворы ретинола и токоферола ацетата, аскорбиновая и никотиновая кислоты, витамины группы В, поливитамины.

Вяжущие средства для полоскания полости рта широко не использовались и их эффективность сомнительна [64].

Применение лобелина гидрохлорида и его аналогов оказалось неэффективным [67].

Эффективность транквилизаторов ниже, чем у плацебо, которое может способствовать отказу от курения в 25% случаев практически без рецидивов на протяжении года [23].

Неэффективными оказались такие препараты, как меридил, амизил, мепробамат, фенотарбитал, фенамин и др. [63].

Высказывалось предположение, что только никотин, вводимый в организм неингаляционным путем, может заменить табакокурение [64]. Для этих целей в настоящее время за рубежом используется жевательная резинка с никотином.

По данным ряда исследований, с ее помощью удалось добиться отказа от курения в 30—47% случаев спустя год после ее употребления [54].

При изучении сравнительной эффективности лечения табакокурения жевательной резинкой с никотином и жвачкой—плацебо было установлено, что применение первой обеспечивало воздержание от курения в течение 12 мес в 30% случаев, а использование второй — в 20% [65].

В рандомизированном исследовании дважды слепым методом были оценены с помощью определения концентрации окиси углерода в выдыхаемом воздухе результаты терапии табакокурения у 60 человек никотиновой жевательной резинкой и 53 резинкой-плацебо при участии всех 113 человек в групповой психотерапии. Оказалось, что в первом случае воздерживающихся от курения в течение года было 38,3%, а во втором — 22,6% [71]. А. Blum [30], сравнивая эффективность использования жевательной резинки с никотином в сочетании с врачебными рекомендациями и без них, больший эффект отмечал в первом случае.

Было показано, однако, что жевание резинки, содержащей никотин, способствует выбросу в кровь больших доз катехоламинов и, следовательно, оно противопоказано или должно использоваться с осторожностью у людей с нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы [70]. Кроме того, противопоказано применение жевательной резинки с никотином при беременности, лактации, недавнем инфаркте миокарда, аритмии, ангине, заболеваниях нижнечелюстного сустава. Из-за развития побочных явлений с большой осторожностью ее рекомендуют использовать у лиц с пептической язвой, инсулинозависимым диабетом и гипертиреозом [58]. Возможны и такие побочные эффекты, как икота, тошнота, рвота и головная боль. Сообщается также о развитии в ряде случаев привыкания к никотиновой жевательной резинке [70].

Между тем, как показал В.И. Метелица [11], применение антеникотинных биоразлагаемых полимерных пленок, содержащих анабазин или цитизин, не вызывает подъема артериального давления или увеличения частоты сердечных сокращений, не влияет на частоту приступов стенокардии у больных ишемической болезнью сердца и не изменяет сердечного ритма по данным суточного ЭКГ-мониторирования. Что же касается их эффективности, то непосредственный полный отказ от курения наблюдался у 56% стационарных больных (23 из 41) и 28,6% практически здоровых лиц (6 из 21), получавших антеникотинные пленки в амбулаторных условиях.

Таким образом, лекарственная терапия не обеспечивает долговременный отказ от курения, но она может быть использована как вспомогательный метод [67].

В последнее десятилетие как метод борьбы с курением большой интерес стала вызывать акупунктура. Однако по этому вопросу в научной литературе имеется мало сведений, к тому же они не содержат объективных критериев успешного лечения.

В 1982 г. в Австралии было проведено исследование, которое показало, что акупунктура снижает проявления синдрома отмены, а также повышает возможности терапии при сочетании с другими методами отвыкания от курения. Результаты этого исследования были следующими: 95% из 194 человек бросили курить после 3 сеансов акупунктуры, через год процент воздерживающихся от курения снизился до 34, а спустя 2 года сократился до 30; 85% пациентов сообщили, что акупунктура способствовала облегчению абстинентного синдрома [43].

В исследовании Э.И. Зборовского и соавт. [8] в 5-дневном курсе лечения хронического никотинизма у 50 курильщиков, выбранных из неорганизованной популяции мужчин 40—59 лет Минска, наблюдаемой в Белорусском НИИ кардиологии, с помощью аурикулоakupунктуры в течение первой недели после вмешательства отказались от курения 50 человек (100%), а через 12 мес некурящими остались только 13 человек (26%).

Г.С. Борисова [2] сообщила о результатах аналогичного лечения в группе лиц, не входивших в популяцию, но активно добивавшихся возможности прохождения курса аурикулоakupунктуры. Согласно ее данным, из 80 больных, прошедших полный курс лечения, после года наблюдения 54 человека (67,4%) продолжали воздерживаться от курения.

A. Musk и R. Shean [56] считают, что иглоукалывание не является надежным средством, избавляющим от привычки к курению.

Значительное число работ посвящено психотерапии табакокурения. И это не случайно, так как большинство курильщиков нуждаются в дополнительном мотивировании к отказу от курения, изменении установок в отношении этой привычки и обучении более адаптивным формам поведения. В этих целях используются рациональная психотерапия, поведенческая и гипнотерапия, релаксационный тренинг, биообратная связь, гипноз.

Рациональная психотерапия направлена на изменение психологических установок в отношении табакокурения, а также на повышение уровня социально-психологической компетентности курильщика. Было показано, что простое предупреждение курящих о необходимости отказаться от этой привычки, ее пагубных последствиях и совет, как от нее избавиться, способствовали лишь в 5% случаев полному воздержанию от курения в течение года [56].

Важность подобного рода мероприятий обусловлена прежде всего тем, что осведомленность населения о вреде курения все еще остается недостаточной. Так, согласно данным, опубликованным в 1985 г. федеральной торговой комиссией США [76], половина опрошенных лиц не знали, что курение является причиной большинства случаев рака легких, и 1/3 не связывали курение с сердечными приступами. Аналогичные данные были получены в отношении курения и развития эмфиземы легких [52]. Однако R. Rogers [67], анализируя ряд исследований, основанных на использовании метода убеждения, констатировал в подавляющем большинстве случаев изменение установок в отношении этой привычки при отсутствии попыток снизить число выкуриваемых сигарет или бросить курить. Таким образом, изменение установок без дополнительных мер не ведет к отказу от курения.

Поведенческая терапия используется с целью изменения стереотипов поведения курильщика для облегчения отвыкания его от курения. Модификация поведения достигается путем применения системы положительных и отрицательных подкреплений с помощью специальных приемов из арсенала бихевиоральной терапии. Наибо-

лее широко используется метод «самоуправления», основанный на самоконтроле и контроле внешних стимулов к курению.

Было замечено, что поведение человека может меняться, если на какой-либо его компонент он обратит особое внимание [64]. Исходя из этого, изъявившим желание бросить курить рекомендуется письменно регистрировать каждую выкуренную сигарету, а также где, когда и почему они выкурены, насколько было выражено при этом желание закурить [27].

Предлагается также проводить детализированный анализ обстоятельств, провоцирующих курение, способов приобретения и хранения сигарет (покупаются блоками или по одной пачке, куда кладутся, в чем их носят и т. п.), самого процесса курения (его продолжительность, число и глубина сделанных затяжек) [41]. На основе этого анализа в дальнейшем разрабатываются конкретные меры профилактики рецидивов курения.

Для установления ясной цели и принятия твердого решения в период подготовки к отказу от курения предлагается также проанализировать разрушающее действие на организм компонентов табачного дыма, оценить свои возможности в преодолении ожидаемых трудностей при отказе от курения, составить список доводов в пользу этого отказа, почаще перечитывать и дополнять его [27]. После принятия решения бросить курить рекомендуется обдумать и другое решение — когда именно это сделать и каким образом. На выбор предлагаются два способа отказа от курения — одномоментный и постепенный. Целесообразность того или иного выбора определяется при этом тем, что, в отличие от лиц, выкуривающих среднее число сигарет, которым, как было установлено, проще отказаться от курения сразу, чем постепенно, для злостных курильщиков данная зависимость имеет обратный характер [37, 40]. Вместе с тем подчеркивается, что для большинства умеренно курящих лиц, бросающих курить одномоментно, интенсивность и продолжительность периода ухудшения самочувствия были меньше, чем у тех, кто постепенно сокращал число выкуриваемых сигарет [13]. Тем, кто отдает предпочтение постепенному отказу от курения, советуют воспользоваться методикой лечения табакокурения, основанной на постепенном снижении поступления никотина в организм за счет последовательного перехода к курению все более слабых сортов сигарет [51].

На этапе выкуривания сигарет с минимальным содержанием никотина предлагают одномоментно бросить курить или с этой же целью применить методику контролируемого курения [67]: постепенное сокращение числа выкуриваемых сигарет, уменьшение глубины и длительности затяжек, увеличение времени между затяжками, выкуривание части сигареты.

Успешно используется система самоограничений, последовательное применение которых способствует полному отказу от курения, особенно у пунктуальных людей [12, 68].

Приводим список этих правил:

1. Не курите натошак, старайтесь как можно дальше отодвинуть момент закуривания первой сигареты.

2. Не курите за полтора—два часа до приема пищи.
3. Не курите сразу после еды.
4. При возникновении желания закурить повремените с его реализацией и постарайтесь чем-либо себя занять или отвлечь.
5. Постарайтесь заменить курение легкими физическими упражнениями, прогулками.
6. Замените сигарету стаканом сока, минеральной воды, жевательной резинкой, несладкими фруктами.
7. Всякий раз, беря сигарету, кладите пачку подальше от себя.
8. Не носите с собой зажигалку или спички.
9. После каждой затяжки опускайте сигарету.
10. Перестаньте глубоко затягиваться.
11. Выкуривайте сигарету только до половины.
12. Прекращайте курить, как только в вашем присутствии кто-нибудь закурит.
13. Покупайте каждый раз не больше одной пачки сигарет.
14. Покупайте сигареты разных марок, а не только свои любимые.
15. Старайтесь как можно дольше не открывать новую пачку сигарет.
16. Курите стоя или сидя на неудобном стуле..
17. Не курите, когда руки заняты каким-либо делом.
18. Перестаньте курить на работе.
19. Перестаньте курить в квартире.
20. Не курите на улице.
21. Не курите, когда ожидаете чего-то (телефонного звонка, автобуса на остановке и т. п.).
22. Не курите, когда смотрите телевизор, слушаете музыку, пьете кофе и т. д.
23. В часы отдыха выбирайте наиболее приятное для Вас занятие, но не курите.
24. Когда у Вас кончились сигареты, ни у кого их не заимствуйте.
25. Отказывайтесь от каждой предложенной Вам сигареты.

В начале из этого списка выбираются 3—4 наиболее легких правила и они неукоснительно выполняются. Затем, по мере их соблюдения, переходят к осуществлению следующих 1—2 самоограничений, и так до тех пор, пока они себя не исчерпают.

Выбор первого дня воздержания от курения следует сделать с учетом того, чтобы в этот день практически не было обстоятельств, побуждающих закурить. Предлагается об этом дне оповестить родственников, коллег, друзей, людей, с которыми приходится часто встречаться, с тем чтобы они всячески поддержали это начинание.

В последнее время все чаще в этих целях стали использовать процедуру установления соглашения-обязательства между терапевтом или другими значимыми лицами из ближайшего окружения. Контракт предполагает взаимоотношение между поведением и его последствиями типа: «Если___то...». Соглашение активно обсуждается заключающими его сторонами, и затем берутся обязательства по его выполнению. Примером подобного рода контрактов могут

быть частично возмещаемые денежные взносы, поощрение бросивших курить поездкой в другой город и др. [62, 67].

Наконец, на стадии воздержания от курения рекомендуется тщательно соблюдать выработанные ранее собственные меры профилактики его рецидивов, использовать явные, неявные или просто вербальные самонаграды, избегать употребления алкоголя и кофе. Следует отметить, что использование методики самоконтроля может увеличить число случаев выбывания курильщиков из программы по прекращению курения. Так, по данным R. Moss и соавт. [55], показатели отсева для двух групп курильщиков, которых обучали в процессе терапии табакокурения методике самоконтроля, составили 40 и 60%, а в группе сравнения, где эта методика не использовалась, выбыли 10% участников. Кроме того, было показано, что применение этой методики вызывает у человека значительные трудности по сокращению числа выкуриваемых сигарет с уровня 10—12 штук в день и ниже, так как каждая последующая сигарета при ее выкуривании доставляет большее удовольствие и от нее очень трудно отказаться [67].

Условнорефлекторная терапия табакокурения основана на выработке отрицательного условного рефлекса. Типичным примером такого лечения может служить процедура нанесения курильщику в качестве наказания за курение электрического разряда в момент извлечения им сигареты из специального портсигара. Было показано, что применение этой методики может быть полезно на начальном этапе многокомпонентного лечения [67].

С целью отучения от курения используются также аверсионные методики, вызывающие реакцию отвращения к табачному дыму [38, 69]. Предпосылкой к использованию этих методик послужило наблюдение, которое свидетельствует об уменьшении или трансформации позитивных аспектов почти любого бихевиорального стимула в негативные в случае частого и (или) интенсивного их предъявления [29].

Сущность методики быстрого курения заключается в том, что курильщику предлагается делать затяжки каждые 6 с и фиксировать свое внимание на появляющихся у него негативных явлениях: головокружении, тошноте, слабости, сердцебиении и прочих симптомах. Когда он будет уже не в состоянии сделать очередную затяжку, ему предлагают несколько раз вдохнуть чистого воздуха и снова повторить процедуру до достижения физического отвращения к табачному дыму [39].

Другой разновидностью аверсионного курения является методика насыщения. Она состоит из процедур выкуривания сигарет в 2-3-кратном размере больше обычного в течение короткого периода времени (20—45 мин.) [40]. Существуют также разные модификации этих методик: длительная задержка в легких табачного дыма, обдувание лица человека теплым отработанным дымным воздухом и др. [51].

Для выработки отвращения к табачному дыму была предложена также методика скрытой сенситизации, основанная на систематическом использовании в воображении представлений процесса

курения в сочетании с его негативными проявлениями [67]. Если у человека воображение развито недостаточно, то используют наглядные аверсионные стимулы: слайды, пахучие вещества и т. п. Показано, правда, что данная методика чаще способствует уменьшению числа выкуриваемых сигарет, чем полному отказу от курения [64].

К аверсионным способам лечения табакокурения относят также методику, использующую сенсорную депривацию. P. Suedfeld и F. Ikard [69], применив эту методику, добились отказа от курения через год в 27% случаев (10 из 37), тогда как в контрольной группе к концу года не курили лишь в 11,4% (4 из 35) случаев. J. Deaton [36] сообщает, что после периодических трансляций санитарно-просветительных передач о вреде курения курильщики, находившиеся в течение суток в темных тихих комнатах, сократили потребление сигарет на 68%. Сеансы аверсионного курения проводятся ежедневно до тех пор, пока курильщик не будет полностью воздерживаться от курения. Обычно бывает достаточно провести 2—3 таких процедуры. Показана эффективность аверсионного курения: 6-месячная ремиссия наблюдается в 20—30% случаев [51]. Однако аверсионное курение небезопасно, так как оно повышает содержание в крови окиси углерода и никотина и тем самым способствует нарушению функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем [44, 53].

Гипноз в качестве метода борьбы с курением применяется давно, но до сих пор нет строгих научных доказательств целесообразности его использования в этих целях [56]. В литературе показано, что при гипнотерапии табакокурения показатели отказа от курения варьируют от 4 до 88% через 6 мес после ее применения [46]. Столь значительная разница полученных результатов объясняется, по-видимому, применением различных суггестий, а также разнообразием типов личности подвергнутых гипнозу. Для успешного проведения гипноза необходимо не только индивидуализировать суггестии, но и учитывать дополнительное мотивирование пациента к отказу от курения [24].

В целях купирования состояний, сопровождающихся тревогой и тем самым провоцирующих курение, применялась так называемая систематическая десенситизация [41]. Для устранения ощущения тревоги использовались разные соперничающие с ней физиологические реакции. В самом простом случае торможение тревоги достигалось путем мышечного расслабления.

Следует упомянуть в этой связи, что применение аутогенной тренировки и биологической обратной связи в целях предотвращения рецидивов курения адекватно оценены еще не были [32].

Наряду с этим отмечается огромный интерес многих исследователей к использованию в борьбе с курением средств массовой информации. Это и понятно, поскольку имеются многочисленные свидетельства того, что в 64—95% случаев люди, бросившие курить, обходились без всякого лечения [7, 35], и $\frac{2}{3}$ из тех, кто хочет отказаться от курения, не прибегают для этих целей к услугам специализированных медицинских клиник [42]. По

другим данным, эти клиники охватывают всего лишь 0,2% лиц, изъявивших желание бросить курить [31]. Таким образом, средствам массовой информации принадлежит определенная роль в повышении осведомленности населения относительно вреда курения, мотивировании курильщиков к преодолению этой привычки и содействию в осуществлении такого намерения.

В настоящее время, например в США, средствами массовой информации осуществляется не менее 40 программ и кампаний по борьбе с курением [42]. Почти все они используют телевидение, радио и печать. В Сиднее (Австралия) в результате подобной кампании, проводившейся с июля по ноябрь 1983 г., число курильщиков уменьшилось на 83 тыс. человек (2,8%) [45].

Было показано, что использование для отказа от курения и последующего воздержания от него печатных материалов в качестве самопомощи способствовало достижению успеха у 5 из 36 участников (14%) через 6 мес после ознакомления с этими материалами [57]. Сообщается также о том, что спустя 3 мес после просмотра видеофильмов на тему борьбы с курением около 14% курильщиков отказались от этой привычки [45]. Печатные материалы и фильмы, используемые в программах по прекращению курения, в наиболее общем виде содержат информацию о его причинах, механизмах развития привыкания к никотину, вредном влиянии компонентов табачного дыма на организм человека, способах прекращения и предупреждения рецидивов курения, путях формирования здорового образа жизни. В большинстве передач принимают участие лица, которые бросили курить, следуя указаниям соответствующих программ. Особо отмечается эффективность дискуссионных групповых передач [42].

Однако в исследовании, проведенном в Великобритании, согласно проекту предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний при сравнении эффективности индивидуального консультирования и самопомощи, основанной на использовании санитарно-просветительных материалов, было показано, что через 12 лет в первом случае бросили курить 65%, во втором—36%, а в контрольной группе — 35% лиц, охваченных исследованием [26]. Из этого следует, что средства массовой информации в борьбе с курением носят, как правило, вспомогательный характер.

Ввиду того, что большое число тех, кто по тем или иным причинам предпринял попытку бросить курить, нередко вновь, спустя некоторое время закуривают, значительное место в борьбе с рецидивами курения отводится мероприятиям, поддерживающим ремиссию. К ним относятся повторные врачебные консультации, сеансы гипноза, акупунктуры, курсы фармакотерапии, лечебное питание, специальные физические упражнения, телефонные контакты и переписка между участниками групповой поведенческой терапии, поддержка со стороны ближайшего окружения бывшего курильщика из числа некурящих, использование навыков адаптивного поведения, выработанных во время основного курса лечения [28, 73].

Описанные способы и средства борьбы с курением оказались более эффективными при их сочетании.

Так, В.С. Маракулин и соавт. [10] в условиях госпиталя и санатория провели лечение 232 человек, используя методику аутогенной тренировки по Шульцу, и 388 человек, применяя сочетание этой методики с назначением табекса по схеме. По завершении курса аутогенной тренировки в 53% случаев последовал отказ от курения, а в результате комбинации аутотренинга с приемом табекса — в 70%. Н.К. Фуфина [20], применив на протяжении 10—12 сеансов у 170 курящих больных во время коллективной гипнотерапии аверсионное курение в сочетании с внушением отвращения к табачному дыму, добилась стойкой ремиссии спустя 3 года в 48,5% случаев. З.М. Акзамова [1], применив в условиях санатория у 135 человек рациональную психотерапию в комбинации с назначением медикаментов (лобелии, цитизин, табекс, лобесал), добилась того, что 53 человека (39,3%) отказались от курения, 88 — уменьшили число выкуриваемых сигарет и только 4 продолжали курить с прежней интенсивностью. С.М. Сенченко [17] при использовании комплекса индивидуальной психотерапии, групповой гипнотерапии и фармакотерапии получил у 24 из 70 человек (34,2%) ремиссию более 3 мес. Отсутствие рецидивов курения у 24 человек автор связывает с тем, что 20 из них подверглись специфическому воздействию, названному им «парадоксальной психотерапией». Суть ее заключается в том, что психотерапевт, начиная с 3—4-го сеанса индивидуальной психотерапии, предлагает курильщику отказаться от дальнейших усилий по преодолению привычки к табакокурению. Автор указывает, однако, что данный метод противопоказан при сильной астенизации больного, невысоком уровне интеллекта и наличии психотической симптоматики. С.В. Сорока [18] сообщает, что в результате комплексного лечения табакокурения, бесед санитарно-просветительного характера с демонстрацией кинофильмов соответствующей тематики, более интенсивного курения пациентом в течение недели, 5—7 сеансов эмоционально-стрессовой психотерапии на фоне подкожного введения 1% водного раствора апоморфина в дозе 0,1—0,3 мл, групповой психотерапии (1 раз в 2 нед в течение 45—60 дней), назначения некоторым больным с выраженной абстиненцией седативных препаратов в течение 10—15 дней, у 16 из 51 человека (31,3%) длительность ремиссии составила более двух лет. А.И. Голованов [3] добился полного отказа от курения у 91,9% больных (125 из 136) непосредственно после комплексного применения рациональной психотерапии, аутогенной тренировки и аурикулоакупунктуры. На основании анализа специальных опросных карт, полученных от 102 человек через 8—12 мес после лечения, он выявил, что 98 продолжали воздерживаться от курения, а четверо закурили снова.

Часто используется сочетание методик самоконтроля и самонаблюдения. В одной такой программе 27% курильщиков бросили курить через 4 года после ее проведения [36].

Иногда комбинируются методики самоконтроля и аверсионные методики, что увеличивало эффективность терапии. Так, J. Rognierleau и соавт. [60], применившие для борьбы с табакокурением среди своих пациентов комбинированное лечение, включающее методики стимульного контроля и групповую поддержку, в 61% случаев добились отказа от курения через 8 занятий, а спустя год не наблюдалось рецидивов в 32% случаев.

При сравнении трех методов, используемых по отдельности и в сочетании: стимульный контроль (в комбинации с учебным материалом Американской пульмонологической ассоциации), быстрое курение (неоднократно повторяемые на протяжении 48 ч процедуры непрерывного 25-минутного курения) и программу поддержки некурения, основанную на самовознаграждениях и наказаниях, было установлено, что в результате вмешательства, объединяющего методики стимульного контроля и поддержки, отказались от курения от 70 до 100% курильщиков, а спустя год не курили только 14—50%. При совместном использовании всех 3 методов была получена долговременная ремиссия в 50% случаев [50].

Программа, основанная на использовании средств санитарного просвещения, методики десенситизации, модификации поведения, состоящая из четырех 90-минутных занятий на протяжении недели, позволяет в 32—40% случаев отказаться от курения [49].

Еще в одной программе по борьбе с курением среди 22 курильщиков, безуспешно пытавшихся в течение 5 лет бросить курить и имеющих высокую степень риска развития ишемической болезни сердца, на протяжении 5 дней проводилась терапия с использованием стимульного контроля, релаксации и модификации «пищевого поведения». В результате через год 50% из них не курили [61].

Сообщается также о применении транзакционного анализа, гештальт-терапии, психодрамы, бихевиоральной терапии, медитации, убеждения и релаксации для лечения табакокурения у 39 человек, не сумевших самостоятельно бросить курить. После 9 групповых занятий 47% из них заявили, что полностью отказались от курения, но спустя 3 мес их процент снизился до 36 [72].

В недавней работе D. Altman и соавт. [25] сравнивались три программы. Одна состояла из 8 одночасовых групповых занятий (первые 5 занятий проводились 1 раз в неделю, последние 3—1 раз в 2 нед) и включала поведенческую модификацию, глубокую мышечную релаксацию и социальную поддержку. Другая основывалась на использовании средств массовой информации и розыгрыше через 6 нед лотереи с престижными призами для участников программы, в назначенный день бросивших курить. Третья программа базировалась на самостоятельном использовании участниками с целью отказа от курения пособий по самопомощи.

Через 2 мес после участия в данных программах установлено, что наибольший показатель бросивших курить был среди участников первой программы — 35%, во второй программе он составил 22%, а в третьей — 21%.

J. Elder и соавт. [38] оценивают две программы борьбы с курением, **используя** методику аверсионного курения и в качестве дополнительного стимула — розыгрыш лотереи с призами. В случае, когда лотерея разыгрывалась среди всех участников группового занятия (включавшего сообщения общего характера о вреде курения, способах его преодоления, процедуру аверсионного курения) независимо от результатов этого участия, через 9 мес, по данным самоотчетов, было 17% некурящих.

В другой программе к розыгрышу лотереи были допущены только те лица, кто либо в результате групповых занятий, либо без посторонней помощи бросили курить. Среди них спустя 6 мес не курили 14,2%. Сообщения об отказе от курения в этой программе верифицировались с помощью теста на содержание окиси углерода в выдыхаемом воздухе.

Борьба с курением как составная часть программ многофакторной профилактики ИБС включает также комплекс мероприятий: модификацию поведения, средства санитарного просвещения, социальную поддержку и, что особенно важно, непрерывное наблюдение.

В программе борьбы с курением, предложенной С.П. Олейниковым [12], проводимой как составная часть многофакторной профилактики ИБС, состоящей из лекции-беседы санитарно-просветительного характера, групповых и индивидуальных собеседований с использованием брошюр самопомощи и основанной на применении методик стимульного контроля, было получено 20,2% стойкого отказа от курения при 2-летнем наблюдении.

Аналогичный результат (21% ремиссий через 2 года после вмешательства) был получен Л.В. Гринченко, В.И. Звягинцевым [5] в программе борьбы с курением на санаторном этапе профилактики ИБС. Данная программа в отличие от предыдущей включала в себя обучение приемам саморегуляции и в некоторых случаях суггестивные воздействия. Результаты обеих программ основаны на данных самоотчетов.

Как сообщают N. Hymowitz и соавт. [48], в трех завершенных проспективных клинических исследованиях по предотвращению кардиологических заболеваний у **курильщиков** были получены следующие показатели долговременного воздержания от курения: 30% спустя 5 лет после вмешательства (исследование в Осло), 50% через 3 года в Стэнфордской программе и 55% — в Лондонском рандомизированном исследовании эффективности рекомендаций по борьбе с курением.

По данным G. Hughes и соавт. [47], в 46% случаев отмечено воздержание от курения через 48 мес после мероприятий, направленных на прекращение курения среди участников исследования по борьбе с множественными факторами риска. Через 4 года после вмешательства в сыворотке крови у бросивших курить уровень тиоцианата снизился со 153,1 до 82,5 мкмоль/л.

В рандомизированном исследовании Гарвардского центра по борьбе с множественными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и, в частности, с курением, проведенном на 182 боль-

ных ишемической болезнью сердца и состоящем из еженедельных 10 групповых занятий с использованием средств санитарного просвещения, модификации поведения и эффектов групповой динамики при периодическом контроле уровня холестерина крови, артериального давления, интенсивности курения (с помощью определения содержания тиоцианата в крови) через 4 года не курили 38% больных [28].

Сравнивая эффективность вариантов комбинированного лечения табакокурения, можно прийти к следующему заключению: в тех программах, где их участники на собственном опыте осознавали пагубное влияние курения на организм и как альтернативу — преимущества отказа от этой привычки, благодаря периодически повторяющимся медицинским освидетельствованиям состояния их здоровья и биохимическому контролю за интенсивностью курения, успех закономерно был выше.

Заканчивая обзор работ по борьбе с курением, следует, к сожалению, признать, что их результаты малосопоставимы. Причиной этого является наличие в данных исследованиях ряда погрешностей: нередко отсутствует контрольная группа; некоторые исследования проводятся на малочисленных группах; как правило, результаты работ основываются на анализе данных самоотчетов, а не на показаниях биохимических методов контроля содержания никотина и его метаболитов в организме; нередко результаты определяются на основании анализа ответов лишь тех, кто смог сообщить об этом исследователю; сообщения о результатах терапии часто носят произвольный характер (одни приводят сведения о тех, кто бросил курить в начале курса лечения, другие — в конце; продолжительность ремиссии оценивают в одних случаях через 2—3 мес, в других спустя 6 мес, в третьих — через год); нередко процент случаев успешного лечения выводится из числа завершивших полный курс лечения и не учитываются лица, выбывшие в процессе терапии; иногда результаты основываются не на фактах отказа от курения, а на данных о числе выкуриваемых сигарет.

Суммируя изложенное выше, легко заметить, что самые успешные программы по борьбе с курением основаны на объединении разных методов, причем основным их элементом является обучение пациента самоконтролю и саморегуляции.

В этих программах придается особое значение групповой форме работы, использованию средств массовой информации, повышению социально-психологической компетентности курящего, созданию стойкой положительной мотивации курильщиков к отказу от курения и последующему воздержанию от него, продуманному плану мероприятий по изменению поведения курильщика и формированию здорового образа жизни, вовлечению его в активную борьбу с собственной привычкой, врачебному контролю за ходом процесса отвыкания на всех этапах лечения, мерам профилактики рецидивов курения.

Между тем еще мало уделяется внимания дифференциации программ в зависимости от типа курения, его клинических разновидностей, форм табачной зависимости, вариантов патологи-

ческого влечения к курению и типа его течения, индивидуальных особенностей курильщиков и уровня их социально-психологической адаптации, личностных реакций на заболевание. К этому перечню условий повышения эффективности программ борьбы с курением и предотвращения раннего выбывания участников из этих программ следует добавить отмеченную ранее необходимость адекватной оценки характера подкреплений, обуславливающих «поведение курильщика», а также хорошего эмоционального контакта между врачом и участником программы [22].

Таким образом, в настоящее время одной из важнейших медицинских задач является создание более совершенных методов и программ борьбы с курением с учетом установленных закономерностей.

Список литературы

1. Акзамова З.М.//Сборник научных работ врачей санаторно-курортных учреждений системы грузинского республиканского совета по управлению курортами профсоюзов.—Тбилиси, 1985.—С. 187—190.
2. Борисова Г.С.//Физические факторы и технические средства в медицине.—Минск, 1986.—С. 106—108.
3. Голованов А.И.//Воен.-мед.журн.—1987.—№ 4.—С. 62—62.
4. Гоштаутас А.А., Баубинене А.В., Ругявичюс М.З., Грабаускас В.И.//Кардиология.—1981.—№ 9.—С. 100—102.
5. Гринченко Л.В., Звягинцев В.И.//Лечение и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в санаторно-курортных учреждениях.—М., 1984.—С. 19—22.
6. Доклад Комитета экспертов ВОЗ.—М., 1988.—63 с.
7. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с курением.—М., 1980.—95 с.
8. Зборовский Э.И., Таланин В.И., Борисова Г.С.//7-й республиканский съезд терапевтов БССР.—Минск, 1984.—С. 65—66.
9. Кисилева Н.В., Прохоров А.В.//Тер. арх.—1987.—№ 9.—С. 145—151.
10. Маракулин В.С., Комаров В.М., Чуприн В.В.//Воен.-мед. журн.—1984.—№ 1.—С. 55—58.
11. Метелица В.И.//Бюл. ВКНЦ АМН СССР.—1987.—№ 10.—С. 109—112.
12. Олейников С.П. Борьба с курением при проведении многофакторной профилактики ишемической болезни сердца: Дис... канд. мед. наук.—М., 1981.—218 с.
13. Олейников С.П., Чазова Л.В., Глазунов И.С.//Кардиология.—1982.—№ 8.—С. 18—23.
14. Олейников С.П., Чазова Л.В., Глазунов И.С. и др.//Тер. арх.—1983.—№ 1.—С. 57—60.
15. Радбиль О.С., Комаров Ю.М.//Курение.—М., 1988.—160 с.

16. Рожанец Р.В., Копина О.С, Заржецкая Н.Ю. и др.//Кардиология.—1987.—№ 8.—С. 37—42.
17. Сенченко СМ.//Актуальные вопросы наркологии.—Харьков, 1985.—С. 222—224.
18. Сорока С.В.//Актуальные вопросы наркологии.—Харьков, 1985.—С. 224—225.
19. Спасова В., Тотева С.//Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии.—М., 1986.—С. 220—223.
20. Фуфина Н.К.//Актуальные вопросы наркологии.—Душанбе, 1984.—С. 206—208.
21. Храмелашвили В.В., Зайцев В.П., Джагиннов Е.А., Лебедев В.Б.//Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза.—Каунас, 1983.—С. 252—253.
22. Храмелашвили В.В., Лебедев В.Б.//Научный обзор/ВНИИМИ.—М., 1986.—53 с.
23. Хроника ВОЗ.—1979,—Т. 33, № 7.—С. 337—339.
24. Agee L.//J. Amer. Soc. psychosom. dent. Mod.—1983.—Vol. 30, № 4.—P. 111—126.
25. Altman D., Flora J., Formann S. et al.//Amer. J. publ. Hlth.—1987.—Vol. 77, № 2,—P. 162—165.
26. Bauer R., Heller R., Challa S.//Amer. J. Epidemiol.—1985,—Vol. 121, № 4.—P. 563—569.
27. Benfari R.//Prevent. Med.—1981.—Vol. 10, № 4,—P. 426—442.
28. Benfari R., Eaker E.//J. clin. Psychol.—1984.—Vol. 40, № 4.—P. 1089—1097.
29. Bernstein D., McAlister A.//Addict. Behav.—1976.—Vol. 1, № 2.—P. 89—102.
30. Blum A.//Ann. intern. Med.—1984.—Vol. 101, № 1.—P. 121—123.
31. Chapman S.//Lancet.—1985.—Vol. 1, № 8483,—P. 918—919.
32. Choy D., Lutzker L., Meltzer L.//Amer. J. Med.—1983.—Vol. 75, № 6,—P. 1033—1036.
33. Clinical opportunities for smoking intervention. A guide for the busy physician.—Washington, 1986.—31 p.
34. Cummings K., Jaen C, Giovino G.//Prevent. Med.—1985.—Vol. 14, № 2.—P. 195—202.
35. Cutter G., Oberman M., Kimmerling R., Oberman A.//J. cardiopulmonary Rehabil.—1985.—Vol. 5, № 7.—P. 332—340.
36. Deaton J.//Milit. Med.—1983,—Vol. 148, № 9.—P. 750—753.
37. Ebert R., McNabb E.//Arch. intern. Med.—1984.—Vol. 144, № 8.—P. 1558—1559.
38. Elder J., McGraw S., Rodrigues A.//Prevent. Med.—1987.—Vol. 16, № 2.—P. 221—234.
39. Eraker S., Becker M., Strecher V.//Amer. J. Med.—1985.—Vol. 78, № 5.—P. 817—825.
40. Essentials of preventive medicine.—Oxford, 1984.—227 p.

41. Fielding J.//N. Engl. J. Med.—1985.—Vol. 313, № 9.—P. 555—561.
42. Flay B.//Amer. J. publ. Hlth.—1987.—Vol. 77, № 2.—P. 153—160.
43. Fuller J.//Med. J. Austr.—1982.—Vol. 1, № 1.—P. 28—29.
44. Hall R., Sachs D., Hall S.//Behav. Ther.—1979.—Vol. 10, № 3,—P. 249—259.
45. Hallett R.//Prevent. Med.—1986.—Vol. 15, № 3.—P. 213—231.
46. Holroyd J.//Int. J. clin. exp. Hypn.—1980.—Vol. 28, № 4.—P. 341—357.
47. Hughes G., Hyraowitz N., Ockene J. et al.//Prevent. Med.—1981.—Vol. 10, № 4,—P. 476—500.
48. Hymowitz N., Laquatra I., Karl S.//J. Med. Soc. N. J.—1984.—Vol. 81, № 6.—P. 487—490.
49. Kramer J.//Patient Couns Hlth Educ—1982.—Vol. 4, № 2,—P. 89—94.
- 50. Lando H.//Addict. Behav.—1982.—Vol. 7, № 2,—P. 143—154.
51. Lichtenstein E.//J. Consult. clin. Psychol.—1982.—Vol. 50, № 6.—P. 804—819.
52. Luoto J.//Publ. Hlth Rep.—1983,—Vol. 98, № 1.—P. 34—39.
53. Miller L., Schilling A., Logan D., Johnson R.//N. Engl. J. Med.—1977.—Vol. 297, № 11.—P. 590—592.
54. Morgan J.//Mt Sinai J. Med.—1986.—Vol. 53, № 2.—P. 149—151.
55. Moss R., Prue D., Lomax D., Martin J.//Addict. Behav.—1982.—Vol. 7, № 4.—P. 381—385.
56. Musk A., Shean R.//Wld Hlth Forum.—1986.—Vol. 7, № 1.—P. 86—87.
57. Nepps M.//Addict. Behav.—1984,—Vol. 9, № 3.—P. 291—294.
58. Orleans G.//Annu. Rev. Med.—1985.—Vol. 36.—P. 51—61.
59. Pierce J., Dwyer T., Frape G. et al.//Med. J. Austr.—1986.—Vol. 144, № 7.—P. 341—347.
60. Pomerleau O., Adkins D., Pertschuk M.//Addict. Behav.—1978,—Vol. 3, № 2.—P. 65—70.
61. Powell D., Arnold C.//N. Y. State J. Med.—1982.—Vol. 82, № 10.—P. 1435—1438.
62. Prevent. Cardiol.—London, 1984,—P. 123—144.
63. Psychopharmacology in the practice of medicine.—N.Y., 1977.—P. 483—498.
64. Review and evaluation of smoking control methods: the United States and Canada, 1969—1977,—Washington, 1978.
65. Schneider N., Jarvik M., Forsythe A. et al.//Addict. Behav.—1983,—Vol. 8, № 3.—P. 253—261.
66. Smoking and arterial disease.—London, 1981,—P. 276—288.
67. Smoking and health: A report of the Surgeon General.—Washington, 1979.
68. (Sttord M.) Стоппард М.//Бросим курить: Пер. с англ.—М., 1986,—80 с.

69. Suedfeld P., Ikard F. // J. consult, din. Psychol.—19/4.— Vol. 42, № 5.— P. 888—895.
70. The pharmacologic basis of therapeutics. 7th ed.—N.Y., 1985.
71. Tennesen P., F, \ d V., Hansen M. et al. // N. Engl. J. Med.— 1988.—Vol. 318, № 1.—P. 15—18.
72. Toseland R., Kabat D., Kemp K. // Soc. Work Res. Abstr.— 1983.—Vol. 19, •№ 1.— P. 12—19.
73. Tunstall C, Ginsberg D., Hall S. // Int. J. Addict.— 1985.— Vol. 20, № 6—7.—P. 1109—1112.
74. Ueshima H., Tataru K., Asakura Sh. // Amer. J. Epidemiol.— 1987.—Vol. 125, № 1.—P. 62—72.
75. Vial W. // Amer. J. med. Sci.— 1986.— Vol. 291, № 2.— P. 130—142.
76. Warner K. // N. Engl. J. Med.— 1985.— Vol. 312, № 6.— P. 384—388.
77. West R. // J. psychosom. Res.— 1984.—Vol. 28, № 5.— P. 379—386.

Ответственные за выпуск

М.И. КАРАЧУНСКАЯ, В.Н. КОЛМЫКОВА

Редактор *А.Ю. Есипова*

Корректор *М.Ю. Каждан*

Набор подготовлен на фотонаборной автомате ФА
с использованием неполнокодовой перфоленты

Подписано к печати 1.08.88. Л-53121. Формат 60X90/16.

Офсетная печать. Печ. л. 1,25; уч.-изд. л. 1,31.

Тираж 3970 экз. Публикаций 1. Заказ № 738. Цена 20 коп.

Издание Всесоюзного научно-исследовательского института
медицинской и медико-технической информации
Министерства здравоохранения СССР

Адрес: 109240. Москва, Ж-240, Москворецкая набережная, 2а.

Отпечатано в ПК ВНИИМИ. 119285. Москва, 2-й Мосфильмовский пер., 5.