

лись, как бросить курить (78%), можно ли прекращать курение постепенно, снижая число выкуриваемых сигарет (5%), не вредно ли прекращать курение во время беременности (2%), интересовались действием различных лекарственных препаратов (9,5%), расспрашивали про возможности работы службы (5,5%). Длительность консультации составляла от 4 до 25 минут.

Примерно половина звонков (54,3%) поступили от курильщиков, которые хотели получить консультативную телефонную поддержку при отказе от ТК, включающую консультации психолога и врача на протяжении первого месяца после отказа, при этом, как правило, звонил специалист КТЦ курильщику, который заранее давал свое согласие на участие в программе помощи в отказе от ТК. Телефонная поддержка оказывалась курильщикам, готовым отказаться от ТК, т.е. имеющих среднюю и высокую степени мотивации к отказу от ТК, и определивших день отказа от курения. Длительность первой консультации составляла 20-40 минут, чаще всего один курильщик получил 5 консультаций. Первая консультация проводилась до отказа от курения, иногда за 2-3 дня до предполагаемой даты отказа от ТК. Время её проведения предварительно согласовывалось, при этом допускалось до 3 попыток дозвона на указанный абонентом номер. Вторая консультация планировалась в день отказа от ТК, третья – через 2 – 3 дня после отказа от ТК, четвёртая и пятая – соответственно, через 7 – 9 дней и 14 – 16 дней после прекращения курения. Для некоторых экс-курильщиков при угрозе срыва предлагались дополнительные короткие консультации в среднем по 5-10 минут.

В ходе консультаций, специалистом КТЦ проводилась оценка мотивации курения, социально-бытовых, физических и материальных факторов, связанных с потреблением табака. На основании полученной информации составлялся индивидуальный план помощи в отказе от ТК. С курильщиком проводилась когнитивно-поведенческая поддержка, направленная на управление желанием закурить, на купирование синдрома отмены, управление отрицательными эмоциями, на профилактику ситуаций, predisposing к рецидиву курения. Обсуждались фармакологические методы лечения никотиновой зависимости. Специалист КТЦ рекомендовал обращение к врачу за назначением рецептурных лекарственных препаратов в случае наличия психических заболеваний, ком-

плексной зависимости или соматических заболеваний в стадии обострения или декомпенсации, при сильной никотиновой зависимости с выраженным синдромом отмены.

Эффективность работы КТЦ в настоящее время можно проанализировать на основе 3-х месячного наблюдения. Опыт предыдущих попыток отказа в этой группе наблюдения показал, что 92% из них пытались на протяжении последних 5 лет отказаться от курения, при этом 70,6% делали эти попытки более 2 раз.

Результаты исследования эффективности когнитивно-поведенческой терапии по телефону показали, что не смогли отказаться от ТК на срок более 1 суток 15% курильщиков (второе меньше, чем ранее, до обращения в КТЦ), а отказ от курения в течение 3 месяцев был достигнут в 28,5% случаев (ранее, в течение прошлых попыток, максимальный период воздержания в течение 3 месяцев и более был отмечен в 12% случаев). В 1,7% случаев курильщики снизили число выкуриваемых сигарет (не менее, чем в 2 раза). Длительность воздержания менее 3 месяцев (от 2 суток до 2,5 месяцев) была в 37,9% случаев; результат неизвестен (отсутствие связи) – в 31,9% случаев.

Таким образом, проведенное исследование первых месяцев работы консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака показало востребованность такой помощи и эффективность ее оказания, при этом телефонное сопровождение при отказе от ТК может быть как самостоятельным видом помощи, так и дополнять медицинскую врачебную помощь.

ПРИМЕНЕНИЕ 24-ЧАСОВОГО ПЛАСТЫРЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*О.А. Суховская, А.Г. Козырев,
В.Д. Куликов, Н.Д. Колпинская*

НИИ пульмонологии, г. Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова

Ведущим механизмом табачной зависимости является фармакологическая зависимость, развивающаяся в связи с нейробиохимическими эффектами никотина. Именно поэтому у многих длительно курящих людей развивается выраженный синдром отмены, препятствующий отказу от курения и способствующий рецидиву. Для повышения эффективности лечения в настоящее время разработаны как нико-

тинсодержащие, так и безникотиновые средства.

Широко распространённой формой никотинзаместительной терапией (НЗТ) является трансдермальная терапевтическая система (ТТС), (никотиновый пластырь). Доступные в РФ ТТС выпускаются в дозировках 15, 10 и 5 мг никотина, выделяемых за 16 часов применения (от пробуждения до отхода ко сну), или 21, 14, 7 мг – за 24 часа. Несколько дозировок пластыря позволяет достичь соответствия степени никотиновой зависимости пациента, а также последовательно снижать поступление никотина в организм в ходе лечения.

Наклеивание пластыря на целые сутки, включая ночное время, более эффективно контролирует желание курить в утреннее время и, более того, улучшает качество сна после прекращения курения.

Цель исследования: изучить эффективность лечения никотиновой зависимости с помощью ТТС 24-часового применения.

Материалы и методы.

В исследование были включены 37 курильщиков, в т.ч. 17 мужчин и 20 женщин, средний возраст которых составил $46,0 \pm 2,1$ лет, стаж курения – $26,5 \pm 1,9$ лет, выкуривавших ежедневно по 23 ± 2 сигареты. Всем пациентам после короткой поведенческой терапии (10-минутная индивидуальная беседа) было назначено лечение ТТС 24-часового применения в дозе 21 мг/сут. Через 6 нед. от начала лечения назначалась форма выпуска с выделением 14 мг/сут, через 8 нед. от начала лечения – 7 мг/сут.

Перед началом лечения у пациентов оценивались статус курения, в т.ч. никотиновая зависимость (тест Фагерстрёма), мотивация к отказу от курения, тип курительного поведения (тест Хорна), а также уровни тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS). Проводились опрос и скрининговое медицинское обследование для исключения возможных противопоказаний к проведению никотин-заместительной терапии. Все пациенты подписывали информированное согласие.

После первичного обследования пациенты повторно анкетировались на этапах 2, 4, 8 и 12 недель от начала применения препарата. Отказ от курения подтверждался путём исследования уровня угарного газа в выдыхаемом воздухе.

Результаты и обсуждение.

Через 2 недели после начала лечения 14 пациентов полностью прекратили курение, 21 человек снизили число выкуриваемых сигарет

(не менее, чем в 2 раза), два пациента продолжали курить с прежней интенсивностью.

Большинство пациентов, не куривших на этапе 12 недель, отличались высокой дисциплиной, продолжая использование препарата до конца исследования: на этапе 2 недель – в 100% случаев, 4 недель – в 89%, 8 и 12 недель – в 72%. Для сравнения, соответствующие величины для пациентов, которые к 12 неделям смогли только снизить число сигарет, составили 100, 67, 22 и 22% случаев. Как правило, рецидив курения ассоциировался с прекращением наложения пластыря. К концу исследования 18 пациентов (49%) не курили, 9 (24%) снизили число выкуриваемых сигарет, оставшиеся 10 человек (27%) курили с прежней интенсивностью.

В двух случаях лечение было прекращено преждевременно из-за побочных эффектов, развившихся к этапу 4 недель (обострение хр. гастрита и сыпь в области наложения пластыря), но к этому времени (как и в дальнейшем, на этапе 12 недель) пациенты уже не курили. Ещё три человека описывали лёгкое жжение в месте наложения пластыря, не явившееся основанием для прекращения лечения.

Проведенный анализ степени никотиновой зависимости, числа выкуриваемых в день сигарет, мотивации к отказу от курения и мотивации курения не выявил значимых различий между группой прекративших курение и снизивших число выкуриваемых сигарет. Пациенты, прекратившие курить или существенно снизившие число выкуриваемых сигарет к этапу 2 недель, характеризовались меньшими исходными уровнями депрессии ($5,4 \pm 0,5$ баллов) и тревоги ($7,2 \pm 1,7$ баллов) по сравнению с продолжавшими курить (уровень депрессии $= 5,9 \pm 0,8$ баллов, тревоги $= 9,1 \pm 0,9$ баллов), $p < 0,05$. Стаж курения у пациентов, снизивших число выкуриваемых сигарет на этапе 12 недель ($35,7 \pm 2,8$ лет), был выше в сравнении с той же величиной как у лиц, продолжавших курить ($23,4 \pm 2,9$ лет), так и отказавшихся от курения полностью ($23,7 \pm 2,8$ лет), $p < 0,05$.

Как показало исследование, прогностическим критерием воздержания от курения к 12 неделе был полный отказ от табакокурения с началом лечения или в первые две недели использования ТТС. Продолжение курения, пусть даже с выкуриванием меньшего числа сигарет в течение дня, через один – два месяца от начала терапии уже не ассоциировалось с полным отказом от табака через 10 недель. Если учесть, что лица, не курившие к этапу 12 недель, не отличались существенно по своим характери-

стикам от тех, кто продолжал курить, можно предположить, что более успешной у пациентов оказывалась установка на полный и моментный отказ от табака, а не на постепенное снижение числа выкуриваемых сигарет. Вероятно, в случае постепенного прекращения курения рационально обсуждать с пациентом предельный срок полного отказа от табака. С другой стороны, продолжение курения через несколько недель применения ТТС является, вероятно, указанием на целесообразность использования других методов лечения никотиновой зависимости. Следует отметить удовлетворительную переносимость назначавшейся ТТС. Развивавшиеся побочные эффекты были нечастыми и преимущественно касались кожных реакций, в сравнении с гастроинтестинальными осложнениями.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЦ Г. ЗАВОДОУКОВСКА

А.А. Шестаков, А.Г. Синяков, М.М. Наумов, И.И. Власов

МОЦ, г. Заводоуковск
Тюменский ООД

Тюменская область является сложным субъектом Российской Федерации, в состав которого входят два северных автономных округа; Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский, а также юг Тюменской области. Юг Тюменской области занимает около 160 тысяч квадратных километров. На его территории проживает 1 миллион 343 тысяч человек, преимущественно (64%) это жители 5 крупных городских округов. Юг Тюменской области представлен 22 муниципальными районами, преимущественно аграрными, с невысокой плотностью населения, но активно развивающейся инфраструктурой, в том числе транспортной сетью. Первичное звено здравоохранения в Тюменской области представлено 23 областными больницами, расположенными в соответствующих муниципальных районах. В каждой областной больнице имеется первичный онкологический кабинет. Кроме того, на территории Юга Тюменской области развернуто 70 смотровых кабинетов (33 мужских и 37 женских). Специализированная медицинская помощь оказывается в ГБУЗ ТО «Онкодиспансер».

Рак молочной железы (РМЖ) и рак легкого (РЛ) дают самую высокую заболеваемость и смертность среди злокачественных новообра-

зований (ЗНО). На юге Тюменской области показатели заболеваемости и смертности этих локализаций представлены следующим образом (на 100 тыс. населения). Заболеваемость РМЖ: 2009 г. – 56,98; 2010 г. – 70,23; 2011 г. – 68,03. Смертность при РМЖ: 2009 г. – 27,71; 2010 г. – 24,95; 2011 г. – 12,39. Заболеваемость РЛ: 2009 г. – 47,41; 2010 г. – 36,28; 2011 г. – 43,06. Смертность при РЛ: 2009 г. – 32,69; 2010 г. – 31,97; 2011 г. – 25,45.

На протяжении нескольких лет неуклонно возрастает количество пациентов обращающихся в Тюменский областной онкологический диспансер (ТООД).

Динамика посещений поликлиники ТООД (тыс. человек): всего – 2009 г. – 100; 2010 г. – 116; 2011 – 129. Из них доля первичных: 2009 г. – 17; 2010 г. – 20; 2011 г. – 18. Маммологический прием: 2009 г. – 11; 2010 г. – 13; 2011 г. – 15; торокальный прием: 2009 г. – 8; 2010 г. – 9; 2011 г. – 9.

Наряду с увеличением посещений увеличивается и количество исследований всех диагностических служб. Количество исследований в ТООД (тыс.): УЗИ, ЭКГ: 2009 г. – 34; 2010 г. – 38; 2011 г. – 42; рентгеновские методы: 2009 г. – 52; 2010 г. – 69; 2011 г. – 77; клинко-диагностическая лаборатория: 2009 г. – 61; 2010 г. – 81; 2011 г. – 113.

Таким образом, прирост посещений поликлиники составил за три года 2009-2011 гг. – 29%, маммологический прием – 36%, торокальный прием – 12,5%. Прирост исследований диагностических служб; УЗИ, ЭКГ – 23,5%, рентген – 48%, Клинко-диагностическая лаборатория – 85%. Возросшие объемы требуют все больших людских и материальных затрат, как на обследование пациентов группы риска, так и пациентов с хронической патологией. Категория этих пациентов могла быть обследована на уровне первичного звена, с формированием узкой группы, нуждающейся в дифференциальной диагностике в условиях ТООД.

Материал и методы.

В целях приближения специализированной онкологической помощи населению отдаленных территорий области, повышения эффективности работы онкологической службы и снижения заболеваемости и смертности населения Тюменской области от злокачественных новообразований в 2009 году организовано 2 межрайонных онкологических центра в гг. Ишиме и Тобольск. В 2011 году открыт межрайонный онкологический центр в г. Заводоуковске. За межрайонными онкологическими