

К вопросу о разработке стандартов лечения табачной зависимости применительно к учреждениям наркологического и психоневрологического профиля

- ТЕТЕНОВА Е.Ю.** к.м.н., руководитель группы по изучению проблем табачной зависимости у подростков и лиц молодого возраста
ФГБУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России, Москва
- НАДЕЖДИН А.В.** к.м.н., зав. отделением детской наркологии ФГБУ Национальный научный центр наркологии
Минздравсоцразвития России, Москва; e-mail: tizercin@inbox.ru
- КОЛГАШКИН А.Ю.** руководитель группы прикладных интернет-технологий в наркологии
ФГБУ Национальный научный центр наркологии Минздравсоцразвития России, Москва

В обзорно-аналитической работе представлено обоснование необходимости разработки стандартов оказания помощи при табачной зависимости в лечебных учреждениях наркологического и психоневрологического профиля.

Ключевые слова: табакокурение, табачная зависимость, никотинзаместительная терапия, стандарты лечения

Введение

Проблеме табакокурения (ТК) как в мире, так и в нашей стране в последние годы уделяется большое внимание. Российская Федерация ратифицировала Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) 3 июня 2008 г. [26, 28]. В соответствии с принятыми обязательствами разработана и утверждена распоряжением Правительства РФ от 23.09.2010 г. «Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010—2015 годы» (№1563-р) [27]. Также был принят План мероприятий по реализации данной Концепции, в соответствии с которым в 2011 г. был разработан проект Федерального закона «О защите здоровья населения от последствий потребления табака» [24]. С 2009 г. функционирует Координационный совет по борьбе против табака при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации [17]. Субъектам РФ для реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан страны, включая сокращение потребления алкоголя и табака, Постановлениями Правительства Российской Федерации №413 было выделено средств на сумму 454,3 млн руб. в 2009 г., в 2010 г. — 350 млн руб., в 2011 — 485 млн руб., в 2012 г. выделено 300 млн руб. [10, 12, 13, 14]. Примечательно, что в качестве одного из показателей результативности предоставления этих субсидий будет учитываться доля курящих табак среди населения [20]. К сожалению, органы управления здравоохранением не располагают собственными статистическими данными по распространённости ТК и отработанным механизмом сбора необходимой информации. Нет чётких маркеров и опорных показателей для сравне-

ния, указывающих на те или иные тенденции в распространённости ТК. Цифры, которыми обычно оперируют специалисты, взяты из различных опросов населения, выполненных при поддержке международных организаций. Например, по данным GATS (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака), в России постоянно курят табак 43,9 млн чел., или 39,1% взрослого населения страны. Эти данные были получены в 2009 г. при опросе лиц старше 15 лет [3].

В настоящее время помощь зависимым от табака в российских лечебных учреждениях в лучшем случае ограничивается мотивационным консультированием *ad hoc* с рекомендациями по прекращению или снижению ТК, как правило, не подкреплёнными назначением патогенетически обоснованной терапии. На основании научных публикаций этой деятельностью занимаются центры здоровья, а также пульмонологи, кардиологи, онкологи, часто сталкивающиеся с заболеваниями внутренних органов, обусловленными курением [1, 2, 4, 7, 8, 30, 31]. По ряду причин как объективного, так и субъективного характера учреждения по оказанию наркологической помощи населению никогда не уделяли должного внимания лечению синдрома зависимости от табака, несмотря на то, что эта нозология входит в раздел «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ» МКБ-10 (F 17.xx). Очевидно, что содержание этого раздела классификации находится в рамках профессиональной компетенции врача психиатра-нарколога. Также следует принимать во внимание, что у больных наркологических и психоневрологических учреждений наблюдается более высокий процент табачной зависимости (ТЗ) по сравнению с общей популяцией [5]. С другой стороны, в действующем Приказе Минздрава

России от 28.04.1998 N 140 «Об утверждении Стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» нет раздела, посвящённого лечению ТЗ [16]. В настоящее время на официальном сайте Минздравсоцразвития опубликованы «Проекты стандартов медицинской помощи по наркологии», где также не рассматривается ТЗ [25]. Вместе с тем, «Порядок оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» включает ТЗ в перечень заболеваний, при которых оказывается наркологическая помощь [19]. Это очевидное несоответствие необходимо устранить в ближайшее время, в ходе окончательного утверждения вышеуказанных Стандартов. Это особенно актуально в свете того, что с 2013 г. качество медицинской помощи будет оцениваться, согласно ст. 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с учётом Порядков оказания помощи и Стандартов медицинской помощи [29].

Цель и задачи

В связи с вышесказанным, целью настоящей работы стала разработка предложений по организации медицинской помощи лицам с зависимостью от табака (никотина) в учреждениях наркологического и психоневрологического профиля. Осуществление данной цели включает следующие задачи:

- анализ зарубежного опыта организации лечения ТЗ;
- анализ используемых методов лечения ТЗ в практике работы лечебных учреждений нашей страны;
- выявление основных проблем при разработке проекта стандартов лечения ТЗ;
- разработка вопросов организации амбулаторной помощи в условиях ЛПУ наркологического и психоневрологического профиля.

Зарубежный опыт организации лечения ТЗ

Согласно данным доклада ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2008 г., в некоторых странах были созданы специализированные службы по вопросам прекращения курения табака, например в Венгрии (100 учреждений) и в Мексике (140 учреждений) [6].

В Германии используется проводимое врачом мотивационное интервьюирование, в том числе включающее в себя рекомендации отказаться от курения и консультацию по способам прекращения курения.

Психотерапевтические подходы используются в совокупности с никотинзаместительной терапией бупропионом и варениклином, которые помогают преодолеть симптомы никотиновой абстиненции. Кроме того, рекомендуется литература, содержащая популярные психотерапевтические и психокоррекционные знания. Для пациентов доступны телефонные кон-

сультации и интернет-сайты, где представлена необходимая информация о научно обоснованных методах лечения ТЗ. Подобное комплексное воздействие обеспечивает ремиссию в течение года у 40% курильщиков. Немецкой медицинской ассоциацией с 2008 г. сертифицирована программа дополнительного медицинского образования Tabakabhaengigkeit (Табачная зависимость). Стоимость курса лечения ТК может составлять от 80 до 500 евро. Следует учесть, что больничные кассы в Германии не оплачивают расходы на медикаменты для лечения от ТЗ, отсутствует система вознаграждения врачей, помогающих пациентам бросить курить. Однако в последнее время раздаются призывы рассматривать лечение ТК как часть лечения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), чтобы расходы покрывались за счёт обязательного медицинского страхования [32].

В США национальные принципы лечения ТЗ были сформулированы в 1996 г., в форме руководства по клинической практике «Лечение табакокурения и зависимости», которое пересматривалось в 2000 и в 2008 гг. Оно было основано на исчерпывающем обзоре и анализе научной литературы 1975—2007 гг. и результатах более чем 50 метаанализов [33, 34].

Данное руководство было разработано в помощь врачам, руководителям здравоохранения, специалистам страховых компаний для правильной оценки индивидуальных характеристик потребителей табака и обеспечения эффективных мер лечения ТЗ. Первыми шагами в этом процессе являются выявление и оценка тяжести употребления табака, что позволяет разделить пациентов на 3 группы:

- 1-я группа пациентов — это те, кто хочет бросить курить;
- 2-я группа — это те, кто желает бросить курить, но не сразу, т.е. у них ещё недостаточная мотивация;
- 3-я группа — те, кто недавно бросил употребление табака и нуждается в профилактике рецидивов.

В руководстве представлены лучшие и наиболее экономически эффективные подходы к лечению. Клиницистам советуется поощрять каждого пациента, который готов бросить курить, и использовать для терапии рекомендуемые лекарственные препараты. Исключения составляют медицинские противопоказания например, методы лечения, для которых нет достаточных доказательств эффективности (использование электронных сигарет), или конкретные группы населения, например беременные женщины, подростки. Как правило, при этом используются индивидуальные и групповые консультации. Также эффективным способом поддержания мотивации зарекомендовало себя консультирование по телефону. Следует обратить внимание, что отдача от подобного вида воз-

действия на пациента возрастает с увеличением интенсивности лечения.

Лекарственными препаратами первого ряда, надёжно увеличивающими процент долгосрочного воздержания от курения, являются средства для никотинозаместительной терапии (НЗТ) (жевательная резинка, ингалятор, пластырь, спрей), варениклин, бупропион. В случае, если пациент пока не желает прекращать ТК, рекомендуется мотивационная психотерапия.

Лечение ТЗ значительно более клинически и экономически эффективно, чем лечение болезней, вызванных ТК. Финансовое обеспечение этого лечения увеличивает число отказов от курения.

В Великобритании подходы к оказанию помощи курильщикам во многом подобны вышеприведённым. Врачи во время обычной консультации предоставляют информацию и назначают эффективные препараты или направляют пациентов к специалистам по отказу от курения, обеспечивающим психотерапевтическую поддержку (в группах или индивидуально) для курильщиков и лекарственную терапию, если это возможно. Специалисты, работающие с беременными женщинами и подростками, предоставляют им надлежащую консультативную и психотерапевтическую поддержку. Все медицинские работники, участвующие в оказании помощи по лечению ТЗ, должны способствовать пациентам в использовании НЗТ и, в случае необходимости, бупропиона. Основным руководящим принципом является терапевтическая интервенция на уровне первичной медико-санитарной помощи. Медицинские работники должны делать запись о текущем состоянии курения пациента, не менее одного раза в год советовать бросить курить. Некоторых пациентов, не имеющих доступа к врачам, может консультировать уполномоченный представитель среднего медицинского персонала.

Мультицентровое исследование, проведённое в 12 европейских странах, показало, что, в целом, только 36% медицинских работников сообщили, что всегда консультируют пациентов по отказу от курения. Доля врачей общей практики, использующих более энергичную терапию и назначение лечения, как правило, ещё ниже, и варьирует между странами. Это отражает целый ряд факторов, обусловленных наличием различных стратегий лечения и национальных политик по этому вопросу. Так, норвежские врачи в 2002 г. сообщили, что они в 52% случаев предлагали своим пациентам бупропион, а в 32% обеспечивали консультативную помощь. В то же время, в Германии наиболее распространённой формой помощи среди врачей общей практики является личная консультация (82%), затем назначение НЗТ (62%) и бупропиона (51%). В Великобритании же наиболее частыми

формами вмешательства были раздача информационных листовок (57%), предоставление консультаций врача (41%) и медсестры (41%) [35].

Факторами, влияющими на эффективность консультативной работы врачей, являются их личное отношение к проблеме ТК и осведомлённость о методах лечения. Распространённость курения среди врачей общей практики в Европе варьирует в разных странах. Специальные исследования выявили следующие показатели: 48,5% в Словакии, 44,2% в Болгарии. Это контрастирует, например, с Эстонией, Финляндией, Германией, Словенией, Швецией, Англией и Уэльсом, где результаты исследования выявили примерно на 10% меньше случаев регулярного курения в этой профессиональной группе. Около трети болгарских и греческих врачей курили в присутствии своих пациентов. Это показывает, что некоторые врачи не считают обязательным быть для больных примером здорового образа жизни. Как правило, курящие врачи дают советы по прекращению курения реже, чем их некурящие коллеги. Часть специалистов-медиков считает, что консультации, касающиеся образа жизни пациента, выходят за рамки их профессиональных задач. В последнее время в этом вопросе отмечаются положительные перемены: сейчас только 9% врачей общей практики в Норвегии не считают своей работой консультацию пациентов по поводу курения по сравнению с 29% в 1999 г. Это, скорее, отражает влияние изменений национальных стратегий борьбы против табака после 1999 г. [35].

Интересны данные английского исследования, показавшего, что только 35% врачей практиковали интервенции, направленные на отказ от курения у своих пациентов. В свою очередь, многие врачи воспринимают эту работу как неблагодарную и не заслуживающую каких-либо усилий. Более того, в Ирландии некоторые врачи выразили мнение, что совет по отказу от курения может повредить отношениям между врачом и пациентом, особенно если это касается неизлечимо больных, у которых отказ от табака существенно не улучшил бы их состояния [35].

И, наконец, обзор показывает, что знания врачей в отношении использования конкретных методов и процедур, направленных на прекращение ТК, достаточно ограничены. Отсутствуют также необходимые навыки. Исследование, проведённое в Италии, показало, что 81% врачей не знал методов отказа от курения, основанных на мотивационной интервенции, или не считал их эффективными и только 22% считали себя должным образом проинформированными о НЗТ. Кроме того, есть свидетельства того, что ряд врачей общей практики неправильно назначали дозы НЗТ. Тем не менее, исследование, проведённое в 2006 г. и опубликованное в Великобритании, пока-

зало, что продолжительность лечения, как и дозы препаратов, в целом, соответствуют руководящим принципам лечения ТК.

Обобщая, можно отметить, что активность врачей общей практики в Европе в вопросах лечения ТЗ в разных странах является переменной. Она часто ниже, чем было рекомендовано Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) [35]. Специальные знания врачей общей практики, их навыки и отношение к проблеме являются очень важным фактором в организации помощи при лечении ТЗ. Обучение медицинских работников выступает в качестве приоритетной задачи, тем более что большая часть врачей приветствует продолжение образования в этой области. С другой стороны, обучение само по себе не может быть достаточным фактором для преодоления всех препятствий на пути обеспечения антитабачных интервенций в повседневной практике врача любой специальности. Вопреки распространённому мнению, финансовая составляющая также не является барьером для реализации медицинских антитабачных программ [35].

Методы лечения ТЗ в медицинских учреждениях нашей страны

Принимая во внимание высокую степень «закрытости» медицинских учреждений как государственного, так и частного секторов здравоохранения, корректное изучение применяемых форм и методов лечения ТЗ не представляется возможным. Администраторы различного уровня неохотно идут на контакт с исследовательскими организациями, оценивающими деятельность соответствующих лечебных заведений. Негосударственные учреждения вообще недоступны для подобных наблюдений. Тем не менее, поиск информации, содержащейся в открытых источниках, позволяет с достаточной степенью уверенности изучить и проанализировать те «методы лечения», которые предлагаются лицам, страдающим ТЗ.

С целью решения задачи исследования были изучены результаты, предоставленные поисковой системой Google в ответ на поисковый запрос «лечение табакокурения в Москве». По результатам был сформирован приведённый ниже список клиник, предоставляющих медицинские услуги по лечению ТЗ, расположенных по убыванию релевантности, содержащий также информацию о предлагаемых ими терапевтических решениях. Необходимо отметить, что информацию по лечению ТЗ предоставляли только коммерческие лечебные учреждения. Структуры государственной системы здравоохранения либо недостаточно активно позиционируют информацию о подобной деятельности, либо вообще ею не занимаются.

1. «Лечение табакокурения методом кодирования». <http://www.dar-med.ru/?page=tabakokurenje>.

2. «Метод А.Р. Довженко — панацея центра ДАР в Москве, где лечение табакокурения проходит как индивидуально, так и в группах». http://www.dobrovolskiydar.ru/lechenie_tabakokurenija.

3. «Методика состоит в одной внутримышечной инъекции, в состав которой входят микродозы нескольких медицинских препаратов, разрешённых и давно используемых в различных областях медицины в России. Основное «ноу-хау» состоит в правильном подборе препаратов и их доз, т.е. при совместном введении они способны устранить тягу к никотину, а также помогают избежать синдром отмены, который развивается у курильщиков и не позволяет многим из них самостоятельно бросить курить. Препараты не вызывают привыкания и через 8—12 ч полностью выводятся из организма. Получаем необходимый результат — тяги как не бывало. Метод использует последние достижения современной медицины и основан на глубоком знании биохимических процессов формирования никотиновой зависимости в организме человека». <http://www.tabu.ru/>.

4. «В своей работе мы не используем медикаментозных препаратов, не применяем сомнительных методик и техник. Метод, применяемый в нашем центре, имеет ряд преимуществ перед другими способами избавления от никотиновой зависимости, и главное его достоинство в том, что он не требует применения каких-либо медикаментозных препаратов и прохождения долгих курсов лечения. Побороть никотиновую зависимость в центре «Гервед» можно всего за 1—2 сеанса. Более 90% клиентов центра, воспользовавшихся методикой, сразу же смогли легко избавиться от зависимости». <http://www.gerved.ru/p/tobacco.aspx>.

5. «В клинике (Преображение) успешно применяется программа оказания квалифицированной медицинской помощи лицам, желающим избавиться от никотиновой зависимости. Курс начинается с консультации врача-специалиста. В зависимости от стадии зависимости, индивидуальных особенностей личности подбирается комплексная терапия. Медикаментозная терапия направлена на полное очищение организма от продуктов распада никотина. Физиотерапевтические процедуры направлены на улучшение фона настроения. Психотерапия направлена на нейтрализацию патологического рефлекса к курению, уменьшение психологической тяги, работу с личностью. Заместительная терапия (препараты, вызывающие отвращение к табачному дыму и снимающие напряжение)». <http://www.narcologia.ru/smokes-lechenie.html>.

6. «Сеанс корпоральной и аурикулярной рефлексотерапии, установка микроигл длительного ношения

в определённые активные точки ушной раковины (2—3 процедуры)». <http://www.diagnozcentr.ru/services/alkogol/>

7. «Психологический сеанс (тренинг), в результате которого Вы обучаетесь эффективным психологическим инструментам (упражнениям) — метод Шичко. Выполняя эти упражнения, Вы моделируете поведение, восприятие, чувства некурящего человека. А потом и становитесь таковым. В результате чего у всех участников курса происходит отказ от употребления табака в день проведения тренинга (50%) или в течение суток после него (50%). Сеанс длится 5—7 ч». <http://www.stoptabak.ru/methodics/brosit-kurit/podrobno-o-metode-shichko>.

8. «Разработанный доктором Семёновым подход позволяет человеку преодолеть собственную зависимость от алкоголя или табака «ВСЕГО ЗА 1 СЕАНС». Во многих случаях дело сводится к сугубо психологическому мероприятию, так как при этом никакие медицинские средства не используются». <http://www.narco.mcvita.ru/>.

9. «Мы используем только те методы лечения табакокурения, которые уже доказали свою эффективность, а именно: психотерапию; рефлексотерапию (иглоукальвание, электропунктура, точечный массаж); медикаментозную терапию (лекарственные препараты, инъекции, применение современных и эффективных лекарств); гомеопатические средства лечения табакокурения». <http://www.alcogolizm.ru/tobacco/>.

10. «Лечение табакокурения методом НЛП» (НЛП — нейролингвистическое программирование — прим. авторов). http://www.medhelp-clinic.ru/psy_kurenje.shtml.

11. «В нашей клинике применяется и собственная методика, разработанная квалифицированными психологами». <http://www.samdoctor.ru/info/423.html>.

Для объективизации оценки полученной информации авторы прибегли к помощи группы экспертов из числа врачей психиатров-наркологов, имеющих практический опыт лечения ТЗ методами, согласующимися с принципами доказательной медицины. Из 11 клиник только одна (<http://narcologia.ru/smokes-lechenie.html>) предлагает, среди прочих, методы, признанные эффективными международным медицинским сообществом. С другой стороны, одно упоминание этих методов в рекламных объявлениях лечебного учреждения ещё не свидетельствует о том, что они применяются своевременно и корректно. В остальном ситуация складывается достаточно удручающая — 10 медицинских центров столицы, предлагающих услуги по помощи при ТЗ, используют методы, находящиеся вне рамок современной медицинской науки. Они не имеют ничего общего с рекомендациями ВОЗ, их эффективность не подтверждена

корректными клиническими испытаниями, проведёнными на основании стандартов GCP. Можно предположить, что большинство предлагаемых методов разнообразного «кодирования», иглоукальвания, массажа и так далее не имеет адекватно оформленных разрешительных документов Минздравсоцразвития России. Состояние российской клинической практики в области помощи страдающим от ТК можно смело назвать неадекватным, создающим широкие возможности для массового обмана потребителей указанных медицинских услуг. Ситуация усугубляется тем, что фактически в нашей стране не проводится работа по предоставлению услуг по прекращению курения табака в рамках первичной медико-санитарной помощи, как это рекомендует ВОЗ [6, 36]. Не разработаны стандарты лечения ТЗ.

Подходы к разработке стандартов лечения ТЗ

Как известно, стандарт медицинской помощи позволяет установить объём лечебно-диагностических мероприятий, основанных на существовании общепризнанных подходов к диагностике и лечению заболеваний, обязательных для выполнения врачом.

Стандарты составляются на основании национального стандарта РФ «Протоколы ведения больных. Общие положения. ГОСТ Р 52600-2006» [9]. Любой стандарт состоит из простых, сложных и комплексных медицинских услуг, номенклатура которых утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Однако данный приказ, по сути, представляет собой список, не расшифровывающий конкретное содержание медицинских услуг, что делает затруднительным его использование для формирования стандартов [18]. С этой целью ранее можно было воспользоваться перечнями медицинских услуг, составляющих сложную или комплексную медицинскую услугу, определённых Приказом Минздрава РФ от 16 июля 2001 г. №269 [15]. Однако в настоящий момент на официальном сайте Минздравсоцразвития РФ размещены проекты приказов о признании утратившими силу следующих приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 16 июля 2001 г. №268 «О введении в действие Отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги» и от 10 апреля 2001 г. №113 «О введении в действие Отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» [21, 22, 23]. В связи с этим можно прогнозировать возникновение ряда серьёзных трудностей при разработке стандартов медицинской помощи вообще и при ТЗ в частности, если вместо отменяемых нормативных документов, регламентирующих содержание сложных и

комплексных медицинских услуг, не будет предложена их адекватная замена.

По нашему мнению, в перечень медицинских работ и услуг для диагностики и лечения ТЗ должны включаться: приём врача психиатра-нарколога первичный, приём врача-терапевта первичный, приём врача-психотерапевта первичный, регистрация и расшифровка ЭКГ, функциональное тестирование лёгких, пульсоксиметрия. Включение в стандарт инструментальных диагностических методов обосновывается следующим положением. Задачами исследования функции внешнего дыхания являются раннее выявление нарушений дыхания на доклинической стадии, оценка обоснованности и эффективности проводимого лечения. Методика спирометрии широко известна и стандартизована, достаточно проста, необременительна для больного и, что весьма актуально, имеет относительно невысокую стоимость одного исследования. Она способна выявить нарушения дыхания на начальной стадии заболевания и доказательно выделить группы респираторного риска.

«Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких» пересмотра 2006 г. во второй главе «Ущерб от ХОБЛ» приводит данные опубликованных исследований, посвящённых распространённости заболевания в различных странах [2]. Так, примерно у четверти взрослых лиц в возрасте 40 лет и старше имеется ограничение скорости воздушного потока, соответствующее стадии I (лёгкая ХОБЛ) или выше. Представлены данные о том, что ХОБЛ (стадия I или выше) значительно чаще встречается у курильщиков или куривших в прошлом пациентов по сравнению с некурящими, у лиц старше 40 лет по сравнению с лицами до 40 лет и чаще у мужчин, чем у женщин. Во всех главах документа подчёркивается, что сигаретный дым является самым распространённым из известных факторов риска ХОБЛ и устранение этого фактора риска служит важным этапом её профилактики и лечения. Доказано, что дисфункции легочно-сердечной системы, возникающие у курильщиков, проявляются: снижением эффективности адаптации к нарушениям кислородотранспортной функции крови, поэтому использование пульсоксиметрии служит оптимальным методом её оценки [1, 2, 4].

Регистрация электрокардиограммы также является обоснованным методом диагностики, так как при ТК отмечаются изменения вариабельности сердечного ритма. Некоторые нарушения ритма и функции проводимости служат относительным противопоказанием для медикаментозного лечения ТК [4].

Кроме того, наглядность результатов спирографии и пульсоксиметрии обладает мощным психотерапевтическим эффектом, мотивирующим на отказ от курения.

Подходы к организации помощи при ТЗ в условиях ЛПУ наркологического и психоневрологического профиля

В настоящей работе мы не рассматриваем вопросы лечения ТЗ у больных с иными нозологиями, находящихся на стационарном лечении в наркологических и психоневрологических ЛПУ. Представляется целесообразным начать обсуждение вопросов организации помощи при ТЗ в амбулаторных условиях, когда пациент обращается именно по поводу ТЗ. По нашему мнению, в наркологических диспансерах целесообразно выделить отдельный кабинет для консультации и лечения пациентов с табачной зависимостью, что необходимо для разделения потоков больных и минимизации социальной стигматизации. Приём пациентов должен осуществлять врач психиатр-нарколог, прошедший, в рамках программ повышения квалификации, дополнительное обучение по вопросам профилактики и терапии ТЗ. В остальном структурная организация, стандарт оснащения и штатное обеспечение наркологических/психоневрологических диспансеров позволяет в полном объёме выполнить международные требования к оказанию эффективной медицинской помощи при ТЗ.

Предполагаются возможными два варианта организации работы по оказанию амбулаторной помощи лицам, страдающим ТЗ.

Вариант 1. Пациент обращается в наркологическое учреждение после консультации в центре здоровья, где есть техническая возможность исследовать функцию внешнего дыхания, сделать пульсоксиметрию (простой неинвазивный метод мониторинга процентного содержания гемоглобина, насыщенного кислородом), записать ЭКГ, получить консультацию терапевта и психиатра-нарколога.

Вариант 2. Пациент обращается сразу в наркологический диспансер. В этом случае необходимо обеспечить выполнение медицинских услуг для диагностики заболевания. Стандарт оснащения наркологического диспансера позволяет проводить все предлагаемые нами к включению в стандарт медицинской помощи при ТЗ диагностические процедуры, за исключением пульсоксиметрии, так как пульсоксиметр не входит в стандарт оснащения, который утверждён Приказом Минздравсоцразвития №225н от 09.04.2010 «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» [19]. Учитывая то, что минимальная стоимость пульсоксиметра составляет 3 тыс. руб., распространение и использование данной аппаратуры зависит не от экономических возможностей лечебных учреждений, а от инициативности и заинтересованности конкретного руководителя ЛПУ.

Особое внимание следует уделить вопросу тщательной проработки перечня учётной документации, используемой в наркологическом диспансере, для того чтобы исключить возможность случайной и неправомерной постановки на диспансерный учёт пациентов с ТЗ с соответствующим ограничением в правах.

Необходимо упомянуть, что лечение ТЗ в учреждениях наркологического профиля относится к специализированной медико-санитарной помощи и, согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. №856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» [11], финансирование должно осуществляться за счёт бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации. Таким образом, ЛПУ наркологического и психоневрологического профиля должны информировать население о возможности получения бесплатной медицинской помощи при отказе от курения.

Заключение и выводы

Зарубежная практика по лечению ТЗ свидетельствует о необходимости широкого внедрения в систему российского здравоохранения консультирования пациентов по вопросам лечения и профилактики ТЗ.

Знания врачей и практический опыт лечения ТЗ являются обязательным фактором в организации эффективной помощи при ТК.

В нашей стране не используется имеющийся потенциал сети наркологических учреждений, в особенности для лечения резистентных случаев никотиновой зависимости и сочетаний табакокурения с другими наркологическими и психиатрическими заболеваниями.

Необходимы разработка и утверждение стандартов оказания помощи при ТЗ, которые будут использоваться в учреждениях наркологического и психоневрологического профиля.

Вопросы организации помощи при ТЗ в наркологических учреждениях требуют очень тщательной проработки. Это продиктовано необходимостью недопущения необоснованной постановки на диспансерный учёт пациентов с ТЗ. Необходима разработка эффективных коммуникационных стратегий, направленных на предотвращение стигматизации лиц, обращающихся в наркологические учреждения по поводу ТЗ.

Список литературы

1. Вихирева О.В. Лечение табачной зависимости с помощью никотинозаместительной терапии как один из методов снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 2003. — 124 с.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотра 2006 года) — Режим доступа: <http://zdrav.tomsk.ru/export/sites/ru.tomsk.zdrav/Patient/profilaktika/06/hobl.pdf>

3. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), Российская Федерация, 2009. — Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, World Health Organization. — 2009. — 171 с.

4. Гноевых В.В. Дисфункции пульмо-кардиальной системы при табакокурении у лиц молодого возраста и хронические обструктивные заболевания легких: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — Ульяновск, 2007. — 267 с. Режим доступа: <http://www.disserscat.com/content/>

5. Голенков А.В. Табакокурение при шизофрении: частный вопрос или глобальная проблема? // Наркология. — 2010. — №11. — С. 57—64.

6. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. — Режим доступа: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtrc_download/ru/index.html

7. Левшин В.Ф. Курение и табакизм: патогенез, диагностика и лечение. — М.: Анахарсис, 2005. — 128 с.

8. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Зекрина Н.А., Колгашкин А.Ю. Лечение и диагностика никотиновой зависимости // Наркология. — 2011. — №10. — С. 84—94.

9. Национальный стандарт РФ «Протоколы ведения больных. Общие положения. ГОСТ Р 52600-2006» — Режим доступа: <http://vsegost.com/Catalog/30/301>

10. Постановление Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. N 413 г. Москва «О финансовом обеспечении в 2009 г. за счёт ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2009/05/22/budjet413-dok.html>

11. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. N 856 г. Москва «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/10/28/medpomosh-dok.html>

12. Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. N 1166 г. Москва «О финансовом обеспечении за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/01/13/zog-dok.html>

13. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1157 г. Москва «О финансовом обеспечении в 2010 г. мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2010/01/22/finans-zoj-dok.html>

14. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. N 1237 г. Москва «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/01/14/antialko-dok.html>

15. Приказ Минздрава РФ от 16 июля 2001 г. N 269 «О введении в действие Отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав.» Режим доступа: <http://www.anest-cfo.ru/news/DoctorRights/Service.TXT>

16. Приказ Минздрава РФ от 28.04.1998 N 140 «Об утверждении Стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» — Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXR;n=321602>

17. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.02.2009 N 44 «О создании координационного совета по борьбе против табака при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» — Режим доступа: <http://bestpravo.ru/rossijskoje/jl-dokumenty/n3b.htm>

18. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»- Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/sra/117>
19. Приказ Минздравсоцразвития России №225ан от 9 апреля 2010 г. Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации. — Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/1043/?ernd=1274074618127>
20. Проект приказа Минздравсоцразвития России от 31 января 2012 г. Об утверждении формы отчёта о достижении значений показателей результативности предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, и порядка представления указанного отчёта» — Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/projects/1423>
21. Проект приказа Минздравсоцразвития России от 6 апреля 2012 г. О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 2001 г. №268 «О введении в действие Отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги» — Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/projects/1554>
22. Проект приказа Минздравсоцразвития России от 6 апреля 2012 г. О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 апреля 2001 г. №113 «О введении в действие Отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» — Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/projects/1553>
23. Проект приказа Минздравсоцразвития России от 6 апреля 2012 г. О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 2001 г. №269 «О введении в действие Отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав» — Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/projects/1552>
24. Проект Федерального закона «О защите здоровья населения от последствий потребления табака» — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/08/19/antitabak-site-dok.html>
25. Проекты стандартов медицинской помощи по наркологии. — Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/standards/projects/narcology> (опубликовано на сайте в 13:11, 21/02/2012)
26. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. — Режим доступа: http://datadepot.10gb.ru/beztaba-ka01/who_ftc_russian.pdf
27. Распоряжение от 23 сентября 2010 г. №1563-р О Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 — 2015 годы» — Режим доступа: <http://government.ru/gov/results/12407/>
28. Федеральный закон от 24.04.2008 N 51-ФЗ О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» — Режим доступа: <http://bestpravo.ru/federalnoje/xg-dokumenty/h1k.htm>
29. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
30. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Практическое применение программ по лечению табачной зависимости // РМЖ — 2002; Т4, №10. — С. 149—53.
31. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости // РМЖ — 2001, Т.21, №9. — С. 904—910.
32. Batra A. Treatment of Tobacco Dependence // Dtsch Arztebl Int. — 2011. — №108 (33). — P. 555—564.
33. Fiore M.C. US Public Health Service clinical practice guideline treating tobacco use and dependence // Respir. Care. — 2000. — №45. — P. 1200—1262.
34. Fiore M.C., Jaen C.R., Baker T.B. et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
35. Stead M., Angus K. et al. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review British Journal of General Practice. — 2009 — №59 (566). — P. 682—690.
36. WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2003.

ON THE ISSUE OF TOBACCO DEPENDENCY TREATMENT STANDARDS FOR SUBSTANCE ABUSE AND NEUROPSYCHIATRIC INSTITUTIONS

TETENOVA E.J.

M.D., PhD, Head, Child and Adolescent Tobacco Addiction Research Branch,
National Scientific Research Center for Drug Addiction, Moscow

NADEZHIN A.V.

M.D., PhD, Chief, Department for Child and Adolescent Drug Addiction,
National Scientific Research Center for Drug Addiction, Moscow, e-mail: tizercin@inbox.ru

KOLGASHKIN A.J.

Head, Applied Web Technology Team, National Scientific Research Center for Drug Addiction, Moscow

The purpose of the paper is to substantiate the need to develop nicotine dependence treatment standards for substance abuse and neuropsychiatric institutions.

Key words: tobacco smoking, tobacco dependence, nicotine substitution therapy, treatment standards