

**РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ)****Н.Е. Найденова<sup>1</sup>, Е.Н. Лобыкина<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»  
634063, г. Томск, ул. И. Черных, 96<sup>2</sup> ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России  
654005, г. Новокузнецк, просп. Строителей, 5

Цель исследования – анализ консультативной помощи взрослому населению по отказу от курения в Центре здоровья с оценкой эффективности применения консультационной системы «Лечение курящего человека». Материалы и методы. Консультативная помощь по отказу от курения в отделении «Центр здоровья» ОГАУЗ «ТОКБ» организована в форме индивидуального и группового консультирования. Проведена выкипировка данных из медицинских карт взрослого населения в возрасте 18–86 лет, прошедшего в 2012 и 2013 гг. обследование в Центре здоровья. Всем курящим лицам при обращении проведено базовое обследование, измерение содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе на анализаторе Micro CO, дана оценка уровня никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), проведено анкетирование для определения готовности к отказу от курения. С ноября 2013 г. проводится компьютерное тестирование с использованием консультационной системы «Лечение курящего человека» (ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России). Проведена выкипировка данных из консультационной системы «Лечение курящего человека» 98 курящих лиц, обратившихся в Центр здоровья с ноября 2013 г. по март 2014 г. Результаты. Распространенность табакокурения среди мужчин и женщин, обратившихся в Центр здоровья г. Томска, достоверно меньше общероссийских данных. Курящие женщины среднего возраста чаще, чем курящие мужчины, обращаются за помощью в отказе от курения. В результате группового и индивидуального консультирования за исследуемый период бросили курить 10 % женщин и 18 % мужчин. Снизили интенсивность курения 16 % женщин и 21 % мужчин. Продолжают курить 74 % женщин и 61 % мужчин. Заключение. Организация медицинской помощи по отказу от курения в первичном звене здравоохранения является чрезвычайно перспективным направлением профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Индивидуальное консультирование с использованием компьютерного тестирования «Лечение курящего человека» является доступной формой получения профилактической консультативной помощи для населения, желающего отказаться от курения. Использование компьютерных систем улучшает качество оказания медицинской помощи: позволяет автоматизировать весь процесс диагностики статуса курения, включая определение типа курительного поведения и индекса курящего человека, автоматизирует процесс составления программы по отказу от курения.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, табакокурение, консультативная помощь, отказ от табакокурения.

**ВВЕДЕНИЕ**

Табакокурение (ТК) представляет серьезную опасность для здоровья населения, провоцируя развитие хронических неинфекционных заболеваний [1, 2], является одной из причин

развития атеросклероза и, как следствие, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [3–5]. Известны четкий вазоспастический и атерогенный эффекты курения [6]. В связи с этим снижение интенсивности курения или полный отказ

**Найденова Надежда Евгеньевна** – врач-методист, зав. Центра здоровья, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения администрации Томской области по медицинской профилактике, e-mail: okb-zdor@trecom.tomsk.ru; nadiet@rambler.ru

**Лобыкина Елена Николаевна** – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой общей гигиены и эпидемиологии

от этой привычки имеют огромное значение в профилактике и лечении данной патологии во всем мире (Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control 2011). Проблема табакокурения особенно актуальна для России. Россия лидирует в мире по распространению курения – курят 43,9 млн взрослых граждан (60,2 % мужчин и 21,7 % женщин), что составляет почти 40 % населения страны [7].

Вещества табачного дыма – никотин и смолы – изменяют функции тромбоцитов, эндотелия, гладкой мышцы кровеносных сосудов и макрофагов, влияют на активность ферментов антиоксидантной системы, повышая количество окисленных липидов и воздействуя на экспрессию генов [8]. Реактивные компоненты табачного дыма вызывают окислительную модификацию липопротеинов низкой плотности [9], причем одновременно угнетается активность параоксоназы, защищающей липопротеины от окисления [10]. В результате у курильщиков, активных и пассивных, создается состояние хронического окислительного стресса, при котором повреждаются мембранные липиды, цитозольные белки и ядерные нуклеиновые кислоты [8]. Нарушение функций клеток и изменение активности ферментов способствует формированию атеросклеротических бляшек [8].

Выявление и коррекция факторов риска ССЗ на индивидуальном и групповом уровнях в РФ осуществляются в основном в рамках первичной медико-санитарной помощи (центры здоровья, отделения, кабинеты медицинской профилактики), и, в первую очередь, в центрах здоровья.

Центры здоровья (ЦЗ) созданы и функционируют в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Ресурсы ЦЗ позволяют дать комплексную оценку факторов сердечно-сосудистого риска и выявлять не только лиц с «предгипертонией», но и лиц с первичной вегетативной дисфункцией, функциональной нестабильностью миокарда и с субклиническим атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей [11].

Ранее, при анализе распространенности факторов риска ССЗ среди посетителей ЦЗ на территории Томской области нерациональное питание зафиксировано у 63,3 %, повышение АД – у 51,3 %, курение – у 19,8 % [12], избыточная масса тела выявлена у 62,3 %, повышенный уровень холестерина отмечен у 44,1 % [13]. Физически активными считали себя менее половины (42,5 %) посетителей ЦЗ [12]. Курение наиболее распространено среди пациентов в возрасте 30–39 лет, в более старшем возрасте

распространенность данного фактора значительно снижается [13].

Специальные исследования показывают, что 60 % всех курильщиков высказывают желание бросить курить [14]. Однако самостоятельно, без какой-либо помощи удается отказаться от табакокурения только 5 % желающих бросить курить [15]. Остальные нуждаются в поддержке при отказе от курения. В связи с этим организация доступной и эффективной медицинской помощи в отказе от курения является одним из перспективных направлений.

Установлено, что для оказания медицинской помощи по отказу от курения эффективны как индивидуальные, так и групповые занятия [16–19]. Эффективность краткого консультирования, как единственного вида вмешательства, на уровень смертности изучалась в 20-летнем рандомизированно-контролируемом исследовании среди курильщиков-мужчин с повышенным риском кардиореспираторных болезней [20]. Исследование показало, что по сравнению с контрольной группой в группе лиц, получивших краткий совет по отказу от курения, уровень смертности от инфаркта миокарда ниже на 13 %. При применении индивидуального поведенческого консультирования по сравнению с кратким консультированием вероятность отказа от курения возрастает еще в 1,4 раза [16].

Применение групповых занятий для преодоления табакокурения способно увеличить вероятность отказа от курения в 1,9 раза по сравнению с программами самопомощи [17]. По сравнению с индивидуальным консультированием, превосходство групповых занятий по преодолению табакокурения не доказана [21].

В настоящее время выделены факторы, определяющие эффективность консультативной помощи в отказе от курения, это – прошлый опыт в отказе от курения, степень табачной зависимости, уровень мотивации на отказ от курения и методы, принимаемые для прекращения курения [22].

С 2011 г. для жителей РФ организован и успешно функционирует консультативный телефонный центр помощи в отказе от потребления табака. Результаты его работы показали, что через месяц после однократной консультации по отказу от ТК бросили курить 11,1 %, через шесть месяцев оставались некурящими 8,1 % [23].

Одним из направлений деятельности ЦЗ, в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления

алкоголя и табака», является профилактика табакокурения, повышение мотивации посетителей к отказу от курения и оказание помощи в отказе от потребления табака.

В связи с этим была поставлена цель: провести анализ деятельности Центра здоровья с последующей оценкой эффективности применения консультационной системы «Лечение курящего человека» при оказании медицинской помощи взрослому населению по отказу от курения.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведена выкипировка данных из медицинских карт взрослого населения в возрасте 18–86 лет, прошедшего в 2012 г. ( $n = 6754$ ) и 2013 г. ( $n = 8124$ ) обследование в Центре здоровья ОГАУЗ «ТОКБ» г. Томска (учетная форма № 0-25 ЦЗ/у). Всем курящим лицам при обращении в ЦЗ проводилось базовое обследование, в том числе измерение содержания угарного газа (СО) в выдыхаемом воздухе на анализаторе Misco СО, оценка уровня никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), анкетирование для определения готовности к отказу от курения.

Консультативная помощь по отказу от курения в отделении «Центр здоровья» ОГАУЗ «ТОКБ» организована в форме индивидуального и группового консультирования (школа здоровья) и включает: разработку индивидуальной тактики отказа от курения в зависимости от статуса курения, согласование с пациентом даты отказы от курения; направление в школу здоровья на повторный прием в ЦЗ для динамического наблюдения, при необходимости – направление для лечения табачной зависимости в наркологический диспансер г. Томска. С ноября 2013 г. при индивидуальном консультировании проводится тестирование с использованием консультационной системы «Лечение курящего человека» (КС) (разработчик – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России).

Консультационная система «Лечение курящего человека» включает автоматизированную диагностику, определение статуса курения и составление программы по отказу от курения, планирование лечения пациента от никотиновой зависимости.

В КС автоматически проводится оценка уровня никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), готовности к отказу от курения, определяется тип курительного поведения по анкете Д. Хорна, проводится автоматический расчет индекса курящего человека (пачка/лет) (ИК). Принимали во внимание, что ИК более 10 – достоверный фактор риска ССЗ и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Результаты измерения содержания СО в выдыхаемом воздухе на анализаторе Misco СО вводятся в программу. Нормой является содержание угарного газа от 0 до 6 ppm, умеренно повышенное содержание СО фиксируется при значениях 7–10 ppm, высокое – от 11 до 20 ppm, крайне высокое – более 20 ppm.

Возможно внесение в базу данных КС и результатов спирометрии. Индивидуальная программа по отказу от курения составляется автоматически на основании результатов диагностики и курительного статуса.

Особенности программы «Лечение курящего человека»: простой интерфейс, возможность ведения картотеки пациентов, набор тестов по оценке состояния пациента, оценка состояния бронхолегочной системы, возможность выбора препарата, составление гибкого графика лечения, подробный отчет о состоянии пациента, встроенная справочная система.

Проведена выкипировка данных из консультационной системы «Лечение курящего человека» 98 курящих лиц, обратившихся в ЦЗ с ноября 2013 г. по март 2014 г. Оценка эффективности использования КС осуществлялась проведением телефонного и индивидуального консультирования через 1–3 мес.

Для статистической обработки результатов использовался пакет статистических программ Statistica 8.0 производства StatSoft-Russia. Применялись стандартные методы вариационной статистики. Для каждого показателя, измеряемого по количественной шкале, определяли среднее значение ( $M$ ), стандартную ошибку ( $m$ ) и отклонение ( $\sigma$ ), интервал вариации (минимум и максимум). Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале «наличие/отсутствие», определяли частоту выявления показателя (%). Достоверность различий средних величин оценивали с использованием  $t$ -критерия Стьюдента; достоверность различий относительных величин – с использованием критерия  $\chi^2$ . Использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для всех видов анализа статистически достоверным считали значения  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При комплексном обследовании в 2012–2013 гг. обратившегося в ЦЗ взрослого населения выявлено 17,7–18,5 % курящих ( $n = 1198$ ,  $n = 1499$  соответственно). В 2012 г. среди курящих женщины составили 55,4 % ( $n = 664$ ), мужчины – 44,6 % ( $n = 534$ ). Средний возраст курящих женщин 42,8 года (32,1–52,8), мужчин – 42,8 года (29,2–54,6).

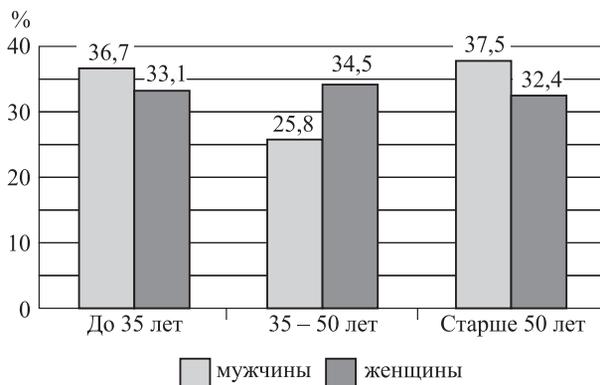


Рис. 1. Возрастно-половой состав курильщиков, обратившихся в ЦЗ в 2012 г.

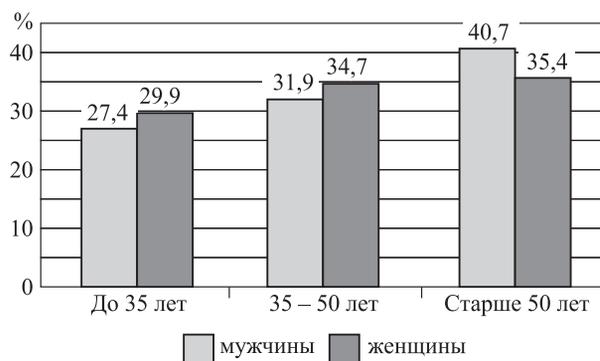


Рис. 2. Возрастно-половой состав курильщиков, обратившихся в ЦЗ в 2013 г.

Наибольшее количество курящих, обратившихся за консультативной помощью в ЦЗ в 2012 г., отмечено у мужчин в возрастной группе до 35 лет (36,7 %) и старше 50 лет (37,5 %), у женщин – в возрастной группе 35–50 лет (34,5 %) (рис. 1).

В 2013 г. среди обратившихся выявлено больше (по сравнению с 2012 г.) курящих мужчин (48,2 %,  $n = 722$ ), доля женщин, наоборот, снизилась (51,8 %,  $n = 777$ ). Средний возраст курящих женщин – 45,7 года (34,1–55,1), мужчин – 44,2 года (33,5–53,8).

Наибольшее количество курящих, обратившихся за консультативной помощью в ЦЗ в 2013 г., отмечено у мужчин в возрастной группе старше 50 лет (40,7 %), у женщин – в возрастной группе старше 50 лет (35,4 %) и в группе 35–50 лет (34,7 %) (рис. 2).

Установлено, что распространенность табакокурения в ЦЗ в 2012 г. среди мужчин составила 34,4 %, в 2013 г. – 33,2 %. Распространенность табакокурения у женщин, обратившихся в Центр здоровья, в 2012 г. составила 12,8 %,

в 2013 г. – 13,1 % (рис. 3). По данным нашего обследования, в Центре здоровья в г. Томске распространенность ТК среди мужчин и женщин достоверно меньше общероссийских данных ( $p > 0,05$ ) (см. рис. 3).

Таким образом, соотношение курящих мужчин и женщин (приблизительно 1 : 1) заметно отличается от такового в общей популяции взрослых курильщиков, которое составляет приблизительно 4 : 1 [24]. Курящие женщины среднего возраста чаще, чем курящие мужчины, обращаются за помощью в отказе от курения.

Анализ результатов тестирования с помощью консультационной системы «Лечение курящего человека» 98 курящих лиц, обратившихся в ЦЗ, показал, что доля мужчин составила 39 %, женщин – 61 %. Возраст получивших консультативную помощь варьировал от 19 до 64 лет, средний возраст –  $40,4 \pm 10,3$ . Большинство пациентов было в возрасте до 50 лет: до 35 лет – 36 % и в возрасте 35–50 лет – 38 %, соответственно, в возрасте старше 50 лет – 26 %.

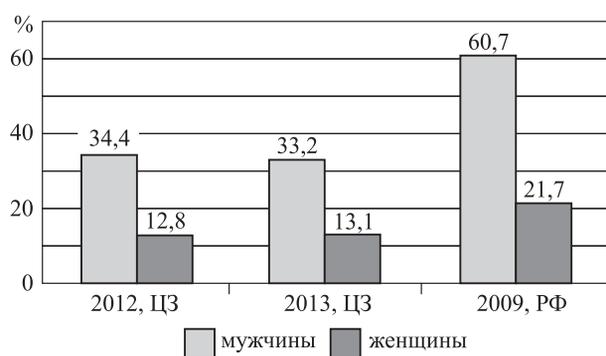


Рис. 3. Распространенность табакокурения у мужчин и женщин, обратившихся в ЦЗ в 2012–2013 гг., и РФ в 2009 г.

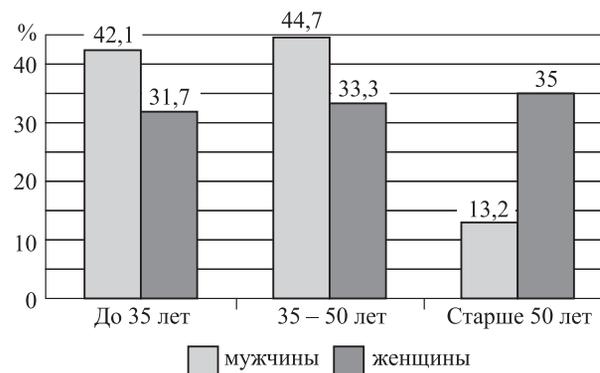


Рис. 4. Возрастно-половой состав курильщиков, проконсультированных с использованием КС

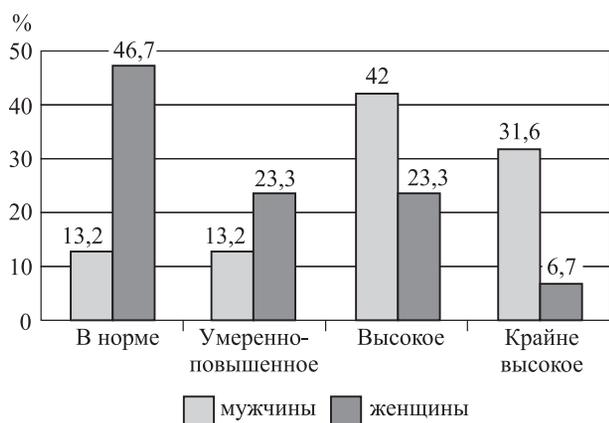


Рис. 5. Уровень содержания угарного газа в выдыхаемом воздухе у обследованных курильщиков

Возрастно-половой состав прошедших тестирование курильщиков представлен на рис. 4.

Распределение по статусу курения: индекс курящего человека пачка/лет более 10 выявлен у 56,1 %, менее 10 – у 43,9 %. В связи с тем что индекс курящего более 10 свидетельствует о наличии фактора риска ХОБЛ, у большинства подвергнутых тестированию курильщиков можно предполагать наличие этого заболевания, и именно этот фактор может усилить мотивацию к принятию решения по отказу от курения.

Содержание угарного газа в выдыхаемом воздухе крайне высокое у 16 %, высокое – у 31 %, умеренно повышенное – у 19 %, в норме – у 34 %. Основными факторами, которые определяют индивидуальные показатели CO, являются количество выкуриваемых сигарет в день, глубина и частота затяжек в процессе курения [22]. Установлены достоверные различия в содержании угарного газа в выдыхаемом воздухе у мужчин и женщин ( $p < 0001$ ). Содержание CO у мужчин достоверно выше, чем среди женщин. Крайне высокое содержание CO в выдыхаемом воздухе (более 20 ppm) было у 31,6 % мужчин и у 6,7 % женщин (рис. 5). Среди женщин процент лиц с низким содержанием CO в выдыхаемом воздухе (менее 6 ppm) был достоверно выше, чем среди мужчин, – 46,7 и 13,2 % соответственно (см. рис. 5) ( $p = 0,00013$ ). Эти данные подтверждают известную закономерность о том, что мужчины курят с большей интенсивностью, чем женщины [22, 25, 26].

Более половины курильщиков (55,1 %) имели слабую и очень слабую никотиновую зависимость (рис. 6). Очень высокая степень выявлена у 4,1 % лиц, высокая – у 16,3 %, средняя – у 24,5 % курильщиков.

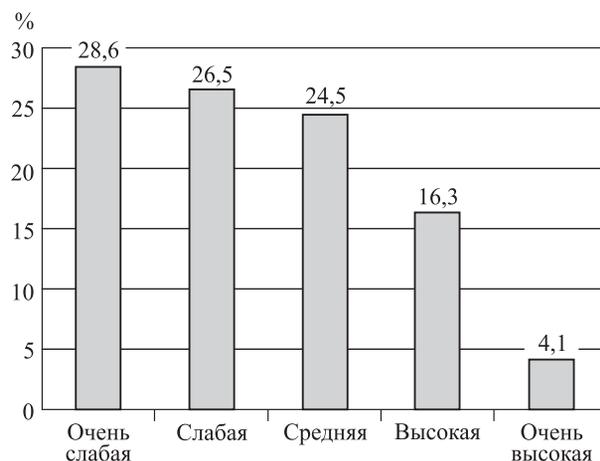


Рис. 6. Оценка степени никотиновой зависимости

Существенных различий между мужчинами и женщинами по степени никотиновой зависимости установлено не было ( $p > 0,05$ ) (рис. 7), хотя по содержанию угарного газа в выдыхаемом воздухе выявлены достоверные различия у мужчин и женщин ( $p < 0001$ ) (см. рис. 5). То есть при меньшей интенсивности ТК у женщин или количестве выкуриваемых сигарет в день никотиновая зависимость у женщин развивается в такой же (не в меньшей степени) степени, как и у мужчин. Эти данные близки к данным литературы [22] и могут быть связаны с большей чувствительностью женщин к определенным воздействиям никотина [27].

У мужчин выявлены достоверные различия по степени никотиновой зависимости в разных возрастных группах ( $p = 0,04$ ) (рис. 8). В возрастной группе до 35 лет у мужчин преобладает очень слабая степень никотиновой зависимости (18,4 %), в группе 35–50 лет – высокая (18,4 %)



Рис. 7. Распределение степени никотиновой зависимости среди мужчин и женщин

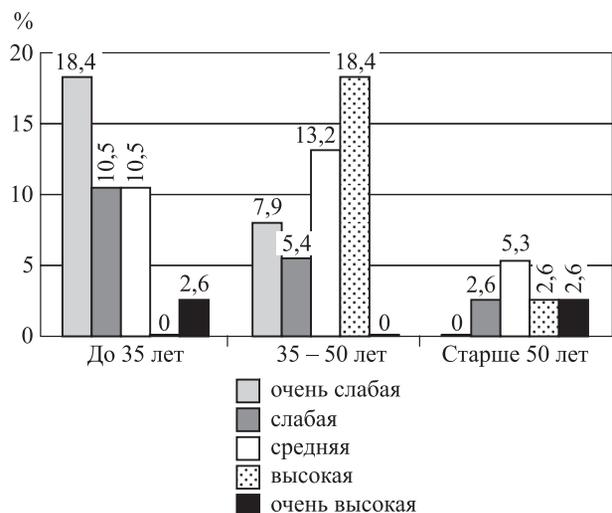


Рис. 8. Распределение степени никотиновой зависимости среди мужчин в зависимости от возраста

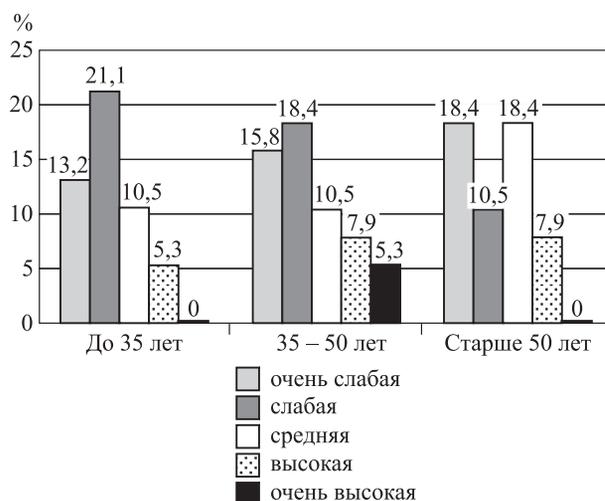


Рис. 9. Распределение степени никотиновой зависимости среди женщин в зависимости от возраста

и средняя (13,2 %), в группе старше 50 лет – средняя (5,3 %).

С увеличением возраста у мужчин увеличивается процент курильщиков со средней и высокой степенью зависимости: чем меньше возраст – тем больше процент курильщиков со слабой (10,5 %) и очень слабой (18,4 %) зависимостью. Следует отметить, что и в молодом возрасте (до 35 лет) доля мужчин с очень высокой степенью никотиновой зависимостью (2,6 %) не отличалась от таковой в старшей возрастной группе и, соответственно, с большим стажем курения.

У женщин достоверных различий по степени никотиновой зависимости в разных возрастных группах не выявлено ( $p = 0,37$ ) (рис. 9).

В возрастной группе женщин до 35 лет преобладает слабая степень никотиновой зависимости (21,1 %), 35–50 лет – слабая (18,4 %) и средняя (13,2 %), в группе старше 50 лет – средняя (18,4 %) и слабая (18,4 %).

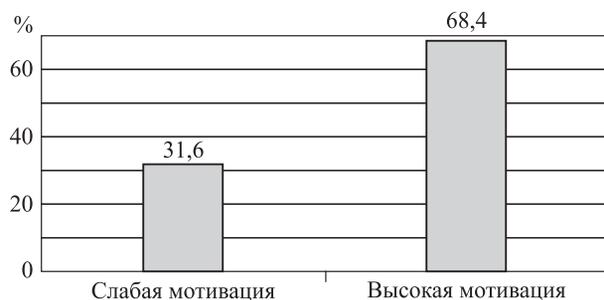


Рис. 10. Распределение курильщиков в зависимости от степени мотивации бросить курить и готовности к отказу от табакокурения

Готовность к отказу от курения выразило большинство протестированных курильщиков – 68,4 % (высокая мотивация). В то же время 31,6 % курильщиков показали недостаточную (низкую) готовность к отказу от курения (слабая мотивация) (рис. 10).

По степени мотивации бросить курить существенных различий между мужчинами и женщинами установлено не было ( $p > 0,05$ ) (рис. 11). Не выявлено также достоверных различий в разных возрастных группах среди мужчин и женщин по готовности к отказу от курения ( $p > 0,05$ ).

Мотивация к курению у большинства курильщиков (64,3 %) связана с несколькими факторами. Анализ типов курительного поведения выявил преобладание таких типов, как «рефлекс» у 15,3 %, «стимуляция» у 11,2 %, «игра с

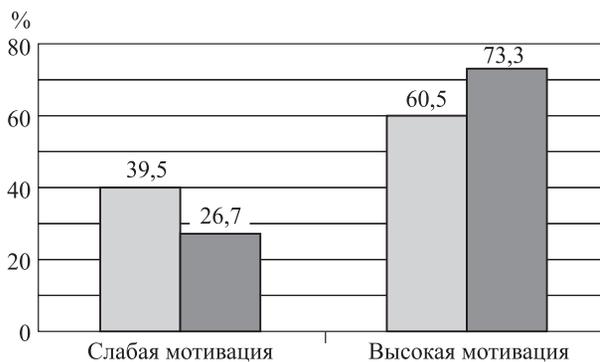


Рис. 11. Распределение мужчин и женщин в зависимости от степени мотивации бросить курить и готовности к отказу от табакокурения



Рис. 12. Распределение типов курительного поведения у участников исследования

сигаретой» у 9,2 % (рис. 12). Достоверных гендерных, а также различий в возрастных группах по типам курительного поведения не выявлено ( $p > 0,05$ ) (см. рис. 11).

Изучение статуса курения у участников исследования выявило положительную корреляционную зависимость у мужчин между возрастом и индексом курящего человека ( $r = 0,679$ ;  $p < 0,05$ ) и степенью никотиновой зависимости ( $r = 0,392$ ;  $p < 0,05$ ); у женщин – только между возрастом и индексом курящего человека ( $r = 0,429$ ;  $p < 0,05$ ). Соответственно, с возрастом увеличивается доля лиц с высоким курительным индексом, максимумом после 51 года. А среди мужчин – с увеличением возраста возрастает и доля лиц с высокой степенью никотиновой зависимости.

У мужчин и женщин установлена корреляционная связь между степенью никотиновой зависимости и следующими параметрами: индексом курящего человека (у мужчин  $r = 0,821$ ;  $p < 0,05$ ; у женщин  $r = 0,359$ ;  $p < 0,05$ ), содержанием угарного газа в выдыхаемом воздухе (у мужчин  $r = 0,374$ ;  $p < 0,05$ ; у женщин  $r = 0,285$ ;  $p < 0,05$ ).

У мужчин выявлена положительная корреляционная связь между содержанием угарного газа в выдыхаемом воздухе и индексом курящего человека ( $r = 0,501$ ;  $p < 0,05$ ), что также подтверждается литературными данными о влиянии количества выкуриваемых сигарет в день на показатели СО у мужчин [22].

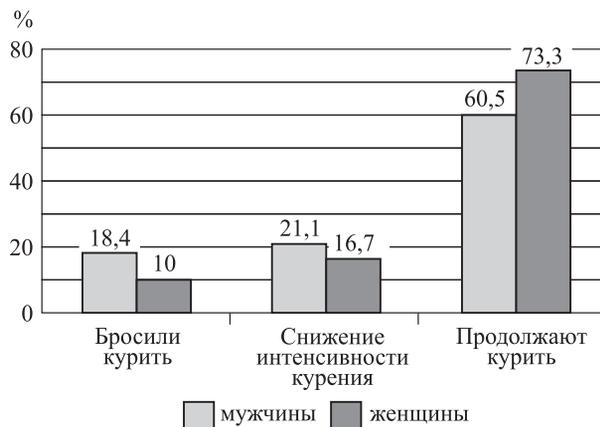


Рис. 13. Оценка эффективности консультативной помощи при отказе от курения с использованием КС

Использование КС в исследуемой группе курильщиков при групповом и индивидуальном консультировании способствовало следующим результатам: за исследуемый период бросили курить 13,2 %, снизили интенсивность курения 18,4 %. Однако продолжают курить 68,4 %. Эти показатели согласуются с данными других исследователей, которые оценивали эффективность мероприятий по отказу от курения [22, 23].

Изучение гендерных особенностей состава курильщиков показало, что бросили курить 10 % женщин и 18,4 % мужчин. Снизил интенсивность курения 16,7 % женщин и 21,1 % мужчин. Продолжают курить 73,3 % женщин и 60,5 % мужчин (рис. 13). Достоверных различий в результатах по полу не выявлено ( $p = 0,113$ ).

Результаты помощи в отказе от курения в зависимости от пола и возраста представлены в таблице.

Чаще всего отказывались от курения мужчины в возрасте 35–50 лет (4,1 %) и в возрасте до 35 лет (3,1 %), чем в возрасте старше 50 лет (0 %) ( $p = 0,01$ ). Вероятно, это связано с тем, что у мужчин старшей возрастной группы более сильная никотиновая зависимость и чаще был неудачный опыт отказа от ТК.

Результаты консультативной помощи взрослому населению в отказе от курения

Возраст, лет	Мужчины			Женщины		
	продолжают курить, %	снижение интенсивности, %	бросили курить, %	продолжают курить, %	снижение интенсивности, %	бросили курить, %
До 35	10,2	3,1	3,1	13,3	5,1	1,0
35–50	12,2	1,0	4,1	14,3	3,1	3,1
Старше 50	1,0	4,1	0,0	17,3	2,0	2,0

Достоверных различий в результатах консультативной помощи в отказе от курения среди женщин разных возрастных групп не выявлено ( $p = 0,57$ ). Среди женщин в возрасте 35–50 лет бросили курить 3,1 %, в возрасте старше 50 лет – 2 %, в возрасте до 35 лет – 1 %.

#### ВЫВОДЫ

1. Организация медицинской помощи по отказу от ТК в первичном звене здравоохранения является чрезвычайно перспективным направлением профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Одним из путей совершенствования оказания медицинской помощи по отказу от курения в первичной медико-санитарной помощи для населения молодого и среднего возраста, желающего отказаться от курения, является использование компьютерного тестирования «Лечение курящего человека» (разработчик – ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России).

3. Использование КС улучшает качество оказания медицинской помощи: позволяет автоматизировать весь процесс диагностики статуса курения, включая определение типа курительного поведения и индекса курящего человека, автоматизирует процесс составления программы по отказу от курения, не требует дополнительных затрат и специальной подготовки медицинского персонала, позволяет вести динамическое наблюдение за пациентами.

4. В исследуемой группе бросили курить 13,2 %, снизили интенсивность курения 18,4 %. Установлены достоверные различия в содержании угарного газа в выдыхаемом воздухе у мужчин и женщин. Существенных различий между мужчинами и женщинами по степени никотиновой зависимости установлено не было.

5. Выявлена положительная корреляционная зависимость у мужчин между возрастом и индексом курящего человека и степенью никотиновой зависимости; у женщин – между возрастом и индексом курящего человека, что необходимо учитывать при формировании и активной профилактической работе именно в возрастных группах старше 50 лет.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М. и др. Курение – основная причина высокой смертности россиян // Вестн. РАМН 2002. № 9. С. 40–45.
2. Шальнова С.А., Деев А.Д. Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011. Т. 10, № 6. С. 5–10.
3. Von Holf K., Lebrun S., Stinn W. et al. Progression of atherosclerosis in the ApoE–/– model: 12-month exposure to cigarette mainstream smoke combined with high-cholesterol/fat diet // *Atherosclerosis*. 2009. Vol. 205. P. 135–143.
4. Gairola C.G., Howatt D.A., Dougherty A. Dietary coenzyme Q10 does not protect against cigarette smoke-augmented atherosclerosis in apoEdeficient mice // *Free Rad Biol. Med.* 2010. Vol. 48. P. 1535–1539.
5. Liang L.-R., Wong N.D., Shi P. et al. Cross-sectional and longitudinal association of cigarette smoking with carotid atherosclerosis in Chinese adults // *Prev. Med.* 2009. Vol. 49. P. 62–67.
6. Стулин И.Д., Гуревич К.Г., Солнский Д.С. и др. Термография и ультразвук в оценке курения как фактора риска сердечно-сосудистой патологии // *Оптический журн.* 2013. Т. 80, № 6. С. 68–71.
7. Глобальный опрос взрослого населения о потребности табака (GATS). Российская Федерация. М., 2009. 172 с.
8. Монгирдиене А., Вижелиене Д., Куршветене Л. Воздействие никотина и смол, находящихся в табачном дыме, на процесс атерогенеза // *Кардиология*. 2012. № 9. С. 87–93.
9. Vincent H.K., Powers S.K., Stewart D.J. et al. Obesity is associated with increased myocardial oxidative stress. Dept. of Exercise Sport Sci., Center Exercise Sci., Univ. of Florida, Gainesville, USA // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 1999. Vol. 23. P. 67–74.
10. Sen-Banerjee S., Siles X., Campos H. Tobacco Smoking Modifies Association Between Gln-Arg192 Polymorphism of Human Paraoxonase Gene and Risk of Myocardial Infarction // *Arterioscler. Thromb. Vascular. Biology.* 2000. Vol. 20. P. 2120–2128.
11. Авдеева М.В. Комплексная оценка факторов кардиоваскулярного риска с использованием ресурсов центров здоровья // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2012. № 11 (3). С. 47–52.
12. Кобякова О.С., Старовойтова Е.А., Куликов Е.С. и др. Модель посетителя центров здоровья Томской области и распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей центров здоровья // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2014. № 1. С. 16–20.
13. Старовойтова Е.А., Кобякова О.С., Куликов Е.С. и др. Распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди посетителей центров здоровья // *Профилактик. медицина*. 2013. № 4. С. 40–44.
14. Levshin V., Drogavichiv V. et al. Epidemiology of smoking and some determinants of smoking behavior. The Growing Epidemic // *Proc. of the Tenth World Conf. on Tobacco or Health. China: Springer*, 1997. P. 51–54.
15. Coleman T. Special groups of smoker // *Br. Med. J.* 2004. Vol. 328 (7439). P. 575 – 577.
16. Lancaster T., Stead L.F. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review). The Cochrane Library 2008, Iss. 4.
17. Stead L.F., Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Review). The Cochrane Library 2009, Iss. 2.
18. Raupach T., Schafer K., Konstantinides S., Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardio-

- vascular system: a change in paradigm // Eur. Heart J. 2006. N 27. P. 386–392.
19. Rice V.H., Stead L.F. Nursing interventions for smoking cessation // Cochrane Database Syst. Rev. 2004. N 1. P. CD001188.
  20. Rose G., Colwell L. Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results // J. Epidemiol. Commun. Health. 1992. N 46. P. 75–77.
  21. Ramos et al. Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. BMC Public Health, 2010.
  22. Левшин В.Ф., Слепченко Н.И., Чарквиана Г. Опыт проведения и оценка эффективности консультативной помощи в отказе от курения // Профилактика. медицина. 2011. № 3. С. 28–34.
  23. Яблонский П.К., Суховская О.А. Организация консультативной телефонной помощи в отказе от табакокурения в Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. № 1. С. 30–33.
  24. Камардина Т.В. Современное состояние проблемы табакокурения и возможные пути ее решения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. № 5. С. 46–58.
  25. Левшин В.Ф., Слепченко Н.И. и др. Результаты обследования курильщиков, мотивированных на отказ от курения // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. 2004. № 4. С. 24–30.
  26. Matos E. Loria D. et al. Smoking behavior and its determinants among women in Concordia, Argentina // Nicotine Tob. Res. 2004. Vol. 6, N 1. P. 103–108.
  27. Sofuoglu M., Mooney M. Subjective responses to intravenous nicotine: greater sensitivity in women than in men // Exp. Clin. Psychopharmacol. 2009. Vol. 17, N 2. P. 63–69.

### ROLE AND OPPORTUNITIES FOR HEALTH CENTER IN CORRECTION OF RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE (CASE STUDY POPULATION PROVISION OF ADVICE TO STOP SMOKING)

N.E. Naydenova<sup>1</sup>, E.N. Lobykina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Tomsk regional clinical hospital  
634063, Tomsk, I. Chernykh str., 96

<sup>2</sup> Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine  
654005, Novokuznetsk, Stroiteley av., 5

The purpose of the study – analysis of advice to the adult population smoking cessation in the health center to assess the effectiveness of counseling system «Treatment of the smoker». Materials and methods. Advice on smoking cessation in the department of «Health Center» Tomsk regional clinical hospital is organized in the form of individual and group counseling. Vykipirovka data from medical records of the adult population aged 18–86 years, held in 2012 and 2013 in the (HC) was conducted. All persons handling smokers conducted baseline survey, measurement of carbon monoxide in exhaled air analyzer Micro CO, assessment of the level of nicotine dependence (test Fagerstema) and questionnaires to determine readiness to quit smoking. Since November 2013 conducted testing using computer consulting system «Treatment smoker» («Research Institute of Pulmonology» FMBA of Russia). Vykipirovka data from the counseling system «Treatment smoker» smoking 98 persons who applied to (HC) from November 2013 to March 2014 was carried out. Results. The prevalence of smoking among men and women attending (HC) Tomsk, GFR was significantly less than nationwide data. Smoking middle-aged women are more likely than male smokers to seek help in quitting smoking. As a result, group and individual counseling during the study period had quit smoking 10 % of women and 18 % men. 16 % of women and 21 % men reduced the intensity of smoking. 74 % of women and 61 % continue to smoke. Conclusion. Organization of medical care for smoking cessation in primary care is an extremely promising avenue for prevention and treatment of cardiovascular diseases. Individual counseling with computer-based testing «Treatment smoker» is available form of obtaining preventive advice for people wanting to quit smoking. Using the (CS) improves the quality of care: allows you to automate the entire process of diagnosis smoking status, including determining the type of smoking behavior and smoker index, automates the process of drawing up programs for smoking cessation.

**Keywords:** cardiovascular disease, risk factors, smoking, counseling, smoking cessation.

Статья поступила 9 октября 2014 г.