

УДК 613.84.616.1/8

С.В. Колбасников, А.Г. Кононова, Н.О. Белова, О.В. Нилова, В.Э. Авакова, А.Г. Кузнецов

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ КУРЯЩЕГО ПАЦИЕНТА ВРАЧОМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины)
ФДПО и ординатуры*

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России

Одним из приоритетных направлений в деятельности врача первичного звена здравоохранения является профилактика сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Учитывая высокую распространенность табакокурения, врачи общей практики и участковые терапевты должны обладать необходимыми знаниями, грамотно и профессионально проводить профилактическую и консультативную работу с курящими. Авторами предложен алгоритм ведения курящего пациента на первичном амбулаторном уровне с учетом современных клинических рекомендаций.

Ключевые слова: табакокурение, никотиновая зависимость, мотивация к отказу от курения, врач первичного звена здравоохранения, профилактическое консультирование.

ALGORITHM OF THE PRIMARY CARE PHYSICIAN'S MANAGEMENT OF THE SMOKING PATIENT

S.V. Kolbasnikov, A.G. Kononova, N.O. Belova, O.V. Nilova, V.E. Avakova, A.G. Kuznetsov

Tver State Medical University

One of the priority directions in the activities of the primary health care physician is the prevention of cardiovascular and oncological diseases. Considering the high prevalence of tobacco smoking, general practitioners and local physicians should have the necessary knowledge to carry out preventive and consultative work with smokers competently and professionally. The authors proposed an algorithm for maintaining a smoking patient at the primary outpatient level, taking into account current clinical guidelines.

Key words: tobacco smoking, nicotine addiction, motivation to quit smoking, primary care physician, preventive counseling.

Табакокурение представляет серьезную опасность для здоровья населения, поскольку провоцирует развитие хронических неинфекционных заболеваний и является значимой проблемой современного здравоохранения. По оценкам экспертов, от болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирает до 500 тысяч человек, с употреблением табака связано от 10 до 17% потерянных лет потенциальной жизни [1–2]. Вместе с тем табакокурение – одна из основных модифицируемых причин смертности и инвалидности населения [2–3], в связи с чем врачи первичного звена здравоохранения должны обладать необходимыми знаниями при работе с курящими пациентами.

Эпидемиологические данные о распространенности курения важны для мониторинга эффективности мер, применяемых для снижения этого фактора риска. Так, согласно исследованию «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS – Global Adult Tobacco Survey, 2016), регулярно курят 30,5% (36,4 млн) взрослых: 49,8% мужчин и 14,5% женщин, а постоянными пользователями электронных сигарет являются 9,7% населения 40 стран [4]. Россия при этом занимает лидирующие позиции, хотя распространенность потребления табака среди взрослого населения значительно снизилась: с 39,4% в 2009 году до 30,9% в 2016-м [5]. Исследование ЭССЕ-РФ, проведенное в 2012–2013 гг., показало близкие результаты: распространенность

курения в РФ составляла 27,7%: у мужчин – 43,5%, у женщин – 14,2% [6].

Заслуживает внимания факт достаточно высокой доли курящих, которые хотели бы отказаться от курения и самостоятельно либо уже пытались, либо пытаются бросить курить (в городе их 39,0%, в сельской местности – 38,6%) [6]. 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 табакокурения бросили курить 11,1%, через шесть месяцев оставались некурящими 8,1% [7].

Развитие психической и физической зависимости от никотина признается главным препятствием в борьбе с курением. Табачная зависимость – это болезнь, которая в МКБ-10 рассматривается как расстройство поведения, связанное с употреблением психоактивных веществ. При этом употребление табака шифруется как Z72.0, а табачная зависимость как F17.2 (диагностирует только нарколог). Очень трудно самостоятельно отказаться от табака, и медицинские работники должны уметь давать грамотные рекомендации по отказу от курения. Врачам первичного звена следует укреплять положительный имидж некурящих, мотивировать к отказу от курения и помогать лицам, употребляющим табак.

Население должно быть информировано, что курение вдвое увеличивает риск развития инфаркта миокарда и смертность от инсульта [8]. Табакокурение является причиной 30% всех смертей от онкологических заболеваний, оно увеличивает риск рака легких в 17 раз, рака полости рта – в 18 раз, рака гортани – в 11 раз, рака мочевого пузыря – в 2 раза. Риск развития хронических обструктивных заболеваний легких у курящих в 5–8 раз выше по сравнению с некурящими [1–2]. Другими заболеваниями, связанными с курением, являются облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, рак пищевода, желудка, поджелудочной железы, шейки матки, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, остеопороз, ранний климакс, бесплодие, преждевременное старение, замедление заживления ран и другие. Курение во время беременности повышает риск выкидышей, внутриутробных пороков плода, способствует низкой массе тела при рождении. У женщин, принимающих оральные контрацептивы, риск развития

инсульта повышается в 20 раз. На участке врача общей практики и терапевта особое внимание должно уделяться следующим группам населения – подросткам, беременным женщинам и женщинам, планирующим беременность, семьям, где есть маленькие дети, больным с хроническими неинфекционными заболеваниями, лицам, которым предстоит оперативное вмешательство.

Следует отметить, что среди бросивших курить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снижается до уровня никогда не куривших лиц через 3–5 лет после отказа от курения, а смертность от онкологической патологии – лишь через 8–10 лет [2–3]. Именно поэтому помощь в отказе от курения признана наиболее реальным и перспективным направлением профилактики преждевременной смертности и улучшения качества жизни.

Алгоритм действий врача общей практики (семейного врача) или участкового терапевта при работе с курящим пациентом представлен на рисунке.

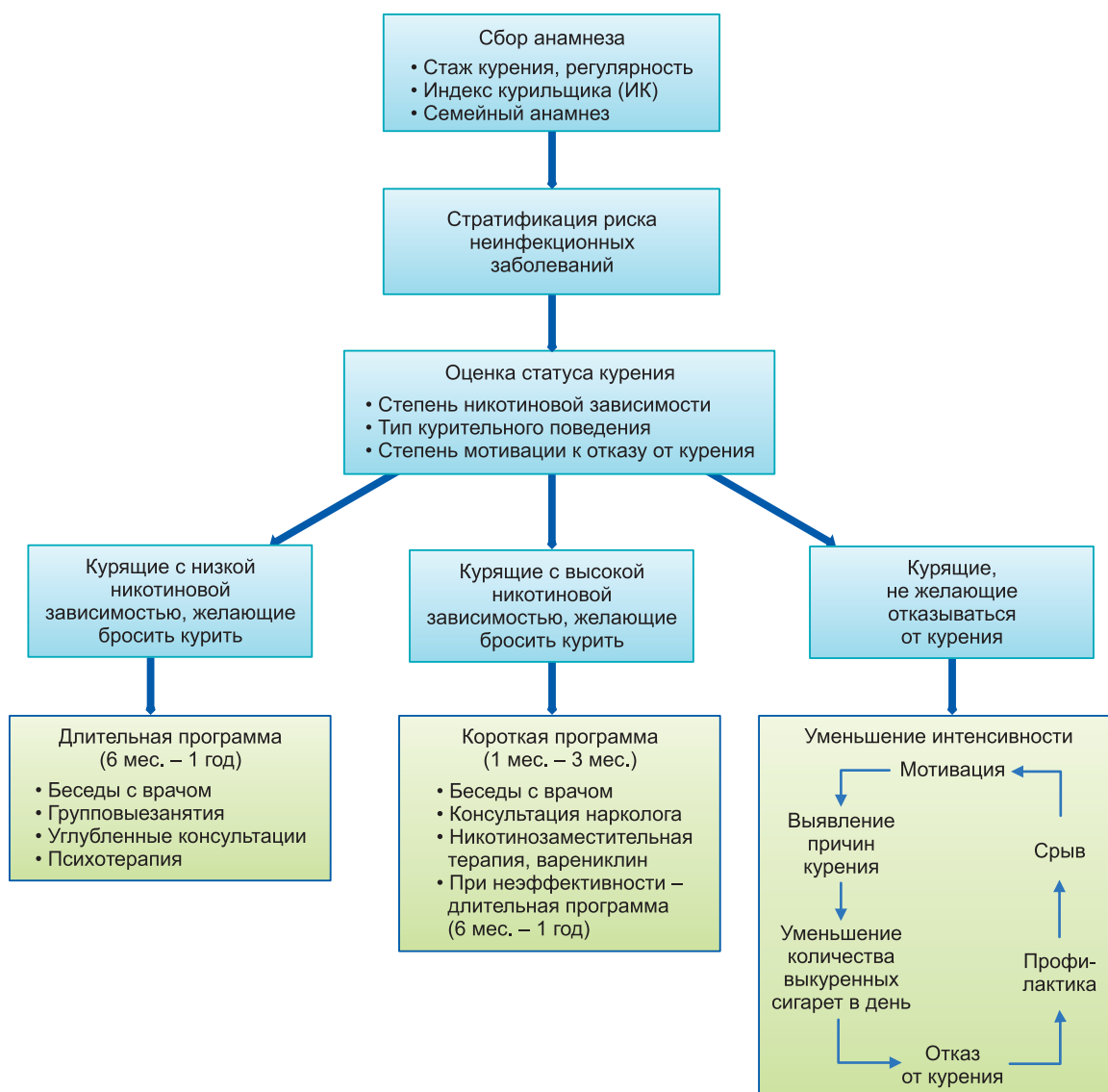


Рис. Алгоритм ведения курящего пациента врачом первичного звена

Во-первых, необходимо выяснить факт курения, его регулярность и продолжительность. Обязательно нужно уточнить, были ли попытки бросить курить. Все эти данные должны быть отражены в амбулаторной карте.

Семейный анамнез должен включать сведения о сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических заболеваниях, сахарном диабете у ближайших родственников.

Оценка табакокурения проводится по индексу курящего человека (ИК), который рассчитывается по следующей формуле: $ИК = (\text{число сигарет, выкуриваемых в день}) \times 12$. При интерпретации индекса следует принять во внимание, что $ИК > 140$ свидетельствует о том, что риск развития хронических обструктивных болезней легких крайне высокий. Расчет ИК необходимо проводить каждому курящему пациенту, приходящему на прием к врачу или поступающему в больницу, и результат оценки фиксировать в медицинской документации и сообщать пациенту.

На втором этапе необходимо провести стратификацию риска неинфекционных заболеваний у самого пациента и/или наличие сердечно-сосудистой (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей и др.), бронхолегочной (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма) и иной патологии.

Даже если жалобы отсутствуют, рекомендуется провести обследование, включающее липидограмму, пикфлоуметрию (а при подозрении на бронхообструкцию – спирографию) и электрокардиографическое обследование пациента.

Следующий этап – это оценка статуса курения, который включает определение степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема), оценку типа курительного поведения (тест Хорна) и оценку

степени мотивации к отказу от курения. Следует подчеркнуть, что анкетирование может проводить средний медицинский работник (медицинская сестра, фельдшер).

Оценка степени никотиновой зависимости проводится с помощью теста Фагерстрема (табл. 1).

Следует отметить, что чем выше никотиновая зависимость, тем выраженнее будут симптомы абстиненции при отказе от курения. Поэтому таким пациентам должна быть рекомендована медикаментозная терапия и/или консультация нарколога.

Оценка типа курительного поведения проводится с помощью анкеты Д. Хорна. Опрос по этой анкете позволяет выявить доминирующий тип курения, ситуации привычного поведения и причины курения (табл. 2).

При интерпретации данных анкетирования следует руководствоваться следующим: сумма баллов в числителе свыше 11 означает, что в знаменателе указан доминирующий тип курения; сумма в 7–11 баллов является пограничной; сумма ниже 7 баллов свидетельствует, что этот тип курения для пациента нехарактерен.

Согласно анкетированию, у пациента определяется доминирующий тип курительного поведения или сочетания различных типов.

«Стимуляция»: курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием – взбадривает, снимает усталость. Поэтому, когда он берется за какую-то работу, тут же возникает желание закурить. Курят, когда работа не ладится. Высокая степень психологической зависимости от никотина. Часто отмечаются симптомы астении и вегето-сосудистой дистонии.

«Игра с сигаретой»: курящий «играет» в курение. Ему важны «курительные» аксессуары (зажигалки, пепельницы, сорт сигарет). Нередко он стремится выпускать дым на «свой манер». В основном курят

Таблица 1

Тест Фагерстрема (оценка степени никотиновой зависимости)

| Вопрос | Ответ | Баллы |
|--|--------------------------|-------|
| 1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету? | В течение первых 5 минут | 3 |
| | В течение 6–30 минут | 2 |
| 2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено? | Да | 1 |
| | Нет | 0 |
| 3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? | Первая утром | 1 |
| | Все остальные | 0 |
| 4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день? | 10 и меньше | 0 |
| | 11–20 | 1 |
| | 21–30 | 2 |
| | 31 и более | 3 |
| 5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение последующего дня? | Да | 1 |
| | Нет | 0 |
| 6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день? | Да | 1 |
| | Нет | 0 |
| ИТОГО | | |

Примечание. Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов: 0–2 – очень слабая зависимость; 3–4 – слабая зависимость; 5 – средняя зависимость; 6–7 – высокая зависимость; 8–10 – очень высокая зависимость.

Таблица 2

Анкета Д. Хорна

| Оценка мотивации к курению проводится с помощью анализа ответов на следующие вопросы. Варианты ответов и оценка их в баллах: всегда – 5, часто – 4, время от времени – 3, редко – 2, никогда – 1. Отвечая на вопросы, обводите цифры кружком | | | | | |
|--|--------|-------|----------------|-------|---------|
| Варианты ответов | Всегда | Часто | Не очень часто | Редко | Никогда |
| А. Я курю, чтобы оставаться бодрым. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Б. Я получаю удовольствие в процессе курения от того, что держу сигарету в руках. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| В. Курение сигарет является приятным и расслабляющим. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Г. Я закуриваю сигарету, когда злюсь на кого-нибудь. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Д. Когда у меня заканчиваются сигареты, я не успокаиваюсь, пока не смогу их приобрести. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Е. Я курю автоматически, даже не осознавая этого. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Ж. Я курю для стимуляции, чтобы взбодриться. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| З. Часть удовольствия от курения сигарет составляют действия, выполняемые при закуривании. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| И. Я нахожу курение сигарет приятным. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| К. Когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а), я закуриваю сигарету. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Л. Когда я не курю сигарету, я очень четко осознаю этот факт. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| М. Я закуриваю сигарету неосознанно, когда предыдущая еще не потухла в пепельнице. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Н. Я закуриваю сигарету, чтобы почувствовать воодушевление, подъем. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| О. Когда я курю сигарету, часть удовольствия я получаю от вида выдыхаемого дыма. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| П. Больше всего курить мне хочется, когда я чувствую себя комфортно и расслабленно. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Р. Когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог, я закуриваю сигарету. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| С. Я испытываю непреодолимое желание курить, если не курю некоторое время. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Т. Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарета и не помню, как я закурил(а). | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| В приведенных ниже формулах над каждой буквой поставьте ту цифру, которую Вы обвели. Сложите эти цифры и проставьте их в числителе. | | | | | |
| 1. $\frac{\text{---} + \text{---} + \text{---}}{\text{А Ж Н}} = \frac{\text{---}}{\text{СТИМУЛЯЦИЯ}}$ | | | | | |
| 2. $\frac{\text{---} + \text{---} + \text{---}}{\text{Б З О}} = \frac{\text{---}}{\text{ИГРА С СИГАРЕТОЙ}}$ | | | | | |
| 3. $\frac{\text{---} + \text{---} + \text{---}}{\text{В И П}} = \frac{\text{---}}{\text{РАССЛАБЛЕНИЕ}}$ | | | | | |
| 4. $\frac{\text{---} + \text{---} + \text{---}}{\text{Г К Р}} = \frac{\text{---}}{\text{ПОДДЕРЖКА}}$ | | | | | |
| 5. $\frac{\text{---} + \text{---} + \text{---}}{\text{Д Л С}} = \frac{\text{---}}{\text{ЖАЖДА}}$ | | | | | |
| 6. $\frac{\text{---} + \text{---} + \text{---}}{\text{Е М Т}} = \frac{\text{---}}{\text{РЕФЛЕКС}}$ | | | | | |

в ситуациях общения, «за компанию». Курят мало, обычно 2–3 сигареты в день, то есть в сознании курильщика доминирует собственное «Я».

«Расслабление»: в основе курения по этому типу лежит ложное ощущение расслабления и отдыха после выкуренной сигареты. Курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» при отдыхе. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

«Поддержка»: этот тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдерживать гнев, преодолеть

застенчивость, собраться с духом, разобраться с неприятной ситуацией. Относятся к курению как к средству, уменьшающему эмоциональное напряжение.

«Рефлекс»: курящие не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают и сам факт его – курят автоматически, машинально. Человек может не знать, сколько выкуривает сигарет в день. Курят много: 35 и более сигарет в сутки, чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

«Жажда»: физическая привязанность к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация

никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам. Желание закурить настолько доминирует над всеми мыслями и чувствами человека, что, оказавшись без сигареты, он может попросить прикурить у совершенно незнакомых людей или среди ночи побежать в магазин. Как правило, таким пациентам требуется специализированная помощь для отказа от курения.

Анализ ответов позволяет врачу выделить факторы, предрасполагающие к курению, его причины и косвенно вид зависимости – психической или физической, что в дальнейшем позволяет разработать индивидуальный план отказа от курения.

Оценка степени мотивации к отказу от курения может быть проведена с помощью двух очень простых вопросов (ответы в баллах):

1. Бросили бы вы курить, если бы это было легко?
 - Определенно нет (0)
 - Вероятнее всего, нет (1)
 - Возможно, да (2)
 - Вероятнее всего, да (3)
 - Определенно да (4)
2. Как сильно вы хотите бросить курить?
 - Не хочу вообще (0)
 - Слабое желание (1)
 - В средней степени (2)
 - Сильное желание (3)
 - Однозначно хочу бросить курить (4)

При интерпретации результатов следует руководствоваться тем, что сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов составляет 8, минимальное – 0. Чем больше сумма баллов, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить. Сумма, превышающая 6 баллов, означает, что пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения, и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения. Сумма баллов от 4 до 6 означает слабую мотивацию, и пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации. Сумма баллов ниже 3 предполагает отсутствие мотивации, и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

Необходимо учитывать, что даже среди пациентов с высокой мотивацией отказ от курения в течение 1 года не будет 100%-ным. Это объясняется тем, что у многих пациентов развивается никотиновая зависимость высокой степени, преодоление которой может потребовать нескольких курсов лечения.

Таким образом, по результатам анкетирования можно разделить курящих пациентов на группы:

- 1) курящие с высокой никотиновой зависимостью, желающие бросить курить;
- 2) курящие с низкой никотиновой зависимостью, желающие отказаться от курения;
- 3) курящие, не желающие отказываться от курения.

С учетом этих групп врач первичного звена может разработать индивидуальный план реабилитации пациента (см. рисунок).

Виды консультаций по вопросам курения

Короткое профилактическое консультирование – беседа длительностью до 3 минут. Известно, что после совета врача прекратить курить от табака отказывается не менее 2% курильщиков, что оказывает статистически значимое влияние на здоровье населения. Повторные беседы и психологическая поддержка увеличивают этот показатель еще на 3% [9].

Методология короткой беседы врача предполагает следующий план обсуждения проблемы курения. Во-первых, для определения категории статуса курения следует задать сложный вопрос о курении табака, а не просто: «Вы курите?». При интерпретации ответа врач руководствуется тем, что некурящим считается тот, кто не курит совсем; постоянным курильщиком – выкуривший более 100 сигарет за всю жизнь и как минимум 1 сигарету за последние 28 дней; бывшим курильщиком – выкуривший более 100 сигарет за жизнь, но последние 28 дней не куривший. Во-вторых, следует посоветовать бросить курить, используя выявленные симптомы и функциональное состояние пациента. В-третьих, настоятельно рекомендовать лечение табачной зависимости и при согласии либо начать лечение, либо направить к специалисту.

Углубленное профилактическое консультирование – консультация продолжительностью свыше 10 минут. Его эффективность в 2–3 раза выше по сравнению с короткой беседой. Может проводиться индивидуально или в группах (школы здоровья).

Поведенческая помощь курящему пациенту включают методы самопомощи, индивидуальное поведенческое консультирование, групповые методы психологической поддержки (школы здоровья), гипнотерапию и аверсивную терапию.

Методы воздействия на табачную зависимость.

В их числе медикаментозные (никотинозаместительная терапия, агонисты никотиновых рецепторов – варениклин) [10–13] и немедикаментозные (психотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия) методы [9].

Никотинозаместительная терапия (НЗТ) предназначена для лиц с физической зависимостью от табака (выкуривающих более 10 сигарет в день). Эффективность использования различных форм НЗТ (жевательная резинка, ингалятор, пластырь, интраназальный аэрозоль) примерно одинакова. НЗТ при правильном проведении удваивает шансы бросить курить. Недостатками НЗТ являются диспепсия, раздражение слизистой оболочки рта, носа, кожи. НЗТ противопоказана лицам с недавно перенесенным острым инфарктом миокарда, инсультом, серьезными нарушениями сердечного ритма, эрозивно-язвенными поражениями желудочно-кишечного тракта, беременным женщинам. Многочисленные исследования по использованию НЗТ в лечении табачной зависимости, обобщенные в метаанализах, показали клиническую эффективность метода при лечении та-

бачной зависимости: НЗТ удваивает шансы курящих в успешном преодолении курения по сравнению с теми, кто не получал лекарственной терапии [14–15].

Варениклин (табл. 500 мкг) – препарат с доказанной эффективностью. Является селективным агонистом $\alpha 4\beta 2$ -холинорецепторов, уменьшает тягу к курению и облегчает абстинентный синдром. Схема лечения: за неделю до выбранной даты отказа от курения варениклин назначается по 1 мг 2 раза в день, лечение продолжается в течение последующих 12 недель. При рецидиве курс следует повторить. Несмотря на то что варениклин повышает вероятность отказа от курения в 2–3 раза [16], опыт применения препарата указывает на определенный риск с точки зрения развития сердечно-сосудистых осложнений. Так, данные метаанализа, основанного на 14 рандомизированных контролируемых исследованиях ($n = 8216$), указывают на достоверно высокий риск развития сердечно-сосудистых событий, связанных с применением варениклина [17].

Нортриптилин назначается за 10–28 дней до даты отказа от курения в первоначальной дозе 25 мг/сутки, далее по 75–100 мг. Побочными эффектами являются сухость во рту, сонливость, головокружение.

Если пациент не хочет отказываться от курения, врач первичного звена должен определить возможные барьеры (страх неудачи, удовольствие от курения и др.), разработать советы и вопросы для обсуждения с учетом анамнеза жизни, тревог и др., а также настойчиво предупреждать о негативных последствиях курения, описывать преимущества отказа от табака и повторять мотивационную информацию при каждой встрече.

Уровни консультирования для повышения мотивации пациента предполагают короткий совет при каждом визите и мотивационное интервьюирование (стратегия 5A для желающих бросить, стратегия 5R для немотивированных).

Методология стратегии 5A

Шаг 1: задать вопрос – обосновать вред курения (Ask).

Шаг 2: дать совет (Advise).

Шаг 3: оценить состояние – готовность продолжить курение или отказаться от него (Assess).

Шаг 4: оказать помощь (Assist).

Шаг 5: установить график визитов (Arrange).

Методология стратегии 5R

Шаг 1: обосновать вред курения (Relevance).

Шаг 2: определить риск для здоровья (Risks).

Шаг 3: определить положительные стороны отказа от табака (Rewards).

Шаг 4: определить трудности для отказа от табака (Roadblocks).

Шаг 5: повторять беседы (Repetition).

Способы повышения мотивации бросить курить, рекомендованные для использования в практике врача первичного звена здравоохранения:

- для каждого курящего подготовьте вопросы для обсуждения;

- при каждой встрече предупреждайте о последствиях курения, сообщайте о преимуществах отказа от табака;
- приглашайте на дополнительные консультации после отказа от курения;
- консультируйте членов семьи курящего.

Таким образом, табакокурение ассоциировано со значительным социально-экономическим ущербом, обусловленным как преждевременной смертностью, так и повышенными затратами системы здравоохранения. В этих условиях важной задачей медицинских работников первичного звена является оказание доступной и эффективной консультативной помощи всем курящим, а также проведение профилактики возврата к курению после отказа, особенно в течение первого года, когда высока вероятность рецидива.

Литература/References

1. FDA Statement. Statement from FDA Commissioner Scott Gottlieb, M.D., on pivotal public health step to dramatically reduce smoking rates by lowering nicotine in combustible cigarettes to minimally or non-addictive levels. March 15, 2018.

2. European Heart Network and European Society of Cardiology. European Cardiovascular Disease Statistics, 2012 edition.

3. Бойцов, С.А. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России / С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 4. – С. 6–13.

Bojcov, S.A. Ot profilakticheskoj kardiologii k profilaktike neinfekcionnyh zabojevanij v Rossii / S.A. Bojcov, R.G. Oganov // Rossijskij kardiologičeskij zhurnal. – 2013. – № 4. – S. 6–13.

4. Global Adult Tobacco Survey (GATS) – Russian Federation 2009 and 2016. Comparison fact sheet. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://whodc.mednet.ru/en/main-publications/borba-s-tabakom/2813/visit.html>.

5. Сахарова, Г.М. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: GATS 2009 и GATS 2016 / Г.М. Сахарова, Н.С. Антонов, О.О. Салагай // Наркология. – 2017. – № 7. – С. 8–12.

Saharova, G.M. Global'nyj opros vzroslogo nasele-niya o potreblenii tabaka v Rossijskoj Federacii: GATS 2009 i GATS 2016 / G.M. Saharova, N.S. Antonov, O.O. Salagaj // Narkologiya. – 2017. – № 7. – S. 8–12.

6. Муромцева, Г.А. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ / Г.А. Муромцева, А.В. Концевая, В.В. Константинов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 6. – С. 4–11.

Muromceva, G.A. Rasprostranennost' faktorov riska neinfekcionnyh zabojevanij v rossijskoj populyacii v 2012–2013 gg. Rezul'taty issledovaniya ESSE-RF / G.A. Muromceva, A.V. Koncevaya, V.V. Konstantinov [i dr.] // Kardiiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2014. – T. 13, № 6. – S. 4–11.

7. Яблонский, П.К. Организация консультативной телефонной помощи в отказе от табакокурения в Российской Федерации / П.К. Яблонский, О.А. Суховская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 1. – С. 30–33.

Yablonskij, P.K. Organizaciya konsul'tativnoj telefonnoj pomoshchi v otkaze ot tabakokureniya v Rossijskoj

Federacii / P.K. Yablonskij, O.A. Suhovskaya // Zdravooohranenie Rossijskoj Federacii. – 2014. – № 1. – S. 30–33.

8. *Von Hoff, K.* Progression of atherosclerosis in the ApoE–/– model: 12-month exposure to cigarette mainstream smoke combined with high-cholesterol/fat diet / K. Von Hoff, S. Lebrun, W. Stinn [et al.] // *Atherosclerosis*. – 2009. – Vol. 205. – P. 135–143.

9. *Mottillo, S.* Behavioral interventions for smoking cessation: a metanalysis of randomized controlled trials / S. Mottillo, K.B. Filion, R. Belisle [et al.] // *Eur Heart J*. – 2009. – Vol. 30. – P. 718–730.

10. *Fraser, D.* Five population based interventions for smoking cessation: a MOST trial / D. Fraser, K. Kobinsky, S.S. Smith [et al.] // *Trans. Behav. Med*. – 2014. – Vol. 4. – P. 382–390.

11. *Tran, K.* Pharmacologic-based Strategies for Smoking Cessation: Clinical and Cost-Effectiveness Analyses / K. Tran, K. Asakawa, K. Cimon [et al.] // *CADTH Technol Overv*. – 2012. – Vol. 2, № 3. – P. e2303.

12. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary // *Respir Care*. – 2008. – Vol. 53, № 9. – P. 1217–1222.

13. *Piper, M.E.* A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies /

M.E. Piper, S.S. Smith, T.R. Shlam [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 66. – P. 1259–1262.

14. *Stead, L.F.* Nicotin replacement therapy for smoking cessation / L.F. Stead, R. Perera, C. Bullen [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev*. – 2012. – Vol. 4. – CD 000146.

15. *Cahill, K.* Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation / K. Cahill, L.F. Stead, T. Lancaster // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2008. – 3. – CD 006103.

16. *Rigotti, N.A.* Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial / N.A. Rigotti, A.L. Pipe, N.L. Benowitz [et al.] // *Circulation*. – 2010. – Vol. 121. – P. 221–229.

17. *Singh, S.* Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis / S. Singh, Y.K. Loke, J.G. Spangler, C.D. Furberg // *CMAJ*. – 2011. – Vol. 183. – P. 1359–1366.

Колбасников Сергей Васильевич (контактное лицо) – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) ФДПО и ординатуры ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. (4822) 56-19-8; e-mail: kabinet208@mail.ru.

УДК 616.37-007.256-071

Т.Е. Джулай, К.С. Бурлаков, Г.А. Фукс

АБЕРРАНТНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТКИ С ДИСПЛАСТОЗАВИСИМЫМ ФЕНОТИПОМ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Представлен случай бессимптомного течения aberrантной поджелудочной железы, обнаруженной при эндоскопическом исследовании у пациентки молодого возраста с множественными висцеральными стигмами соединительно-тканной дисплазии.

Ключевые слова: aberrантная поджелудочная железа, диспластозависимый фенотип.

ACCESSORY PANCREAS IN THE PATIENT WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA-DEPENDENT PHENOTYPE: CLINICAL OBSERVATION

T.Ye. Dzhulay, K.S. Burlakov, G.A. Fuks

Tver State Medical University

A case of the asymptomatic aberrant pancreas detected during endoscopic examination in a young patient with multiple visceral stigmas of connective tissue dysplasia is presented.

Key words: accessory pancreas, connective tissue dysplasia-dependent phenotype.

Введение

Несмотря на значительный прогресс эндоскопических технологий, применяемых для дифференциальной диагностики неэпителиальных опухолей верхних отделов пищеварительного тракта, существуют сложности в интерпретации подслизистых образований стенки желудка [1–2].

Одним из подслизистых новообразований желудка может выступать aberrантная поджелудочная железа (АПЖ). Она представляет собой врожденную аномалию развития поджелудочной железы (ПЖ), характеризующуюся наличием добавочной ПЖ, не связанной с основным органом. Для обозначения АПЖ в литературе встречается также термин «хористом», предложенный С.А. Рейнбергом [3–6].