

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ
КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАФЕДРА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2025

УДК 613.84-085.814.1(075.9)

ББК 53.584я78

Р45

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.01.2024 г., протокол № 13

Авторы: ст. преп. Т. И. Грекова; д-р мед. наук, проф., зав. каф. рефлексотерапии А. П. Сиваков; канд. мед. наук, доц. С. М. Манкевич; канд. мед. наук, доц. Л. В. Подсадчик

Рецензенты: канд. мед. наук, врач-физиотерапевт Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии Г. В. Зобнина; каф. медицинской реабилитации Гродненского государственного медицинского университета

Рефлексотерапия никотиновой зависимости : учебно-методическое пособие / Т. И. Грекова, А. П. Сиваков, С. М. Манкевич, Л. В. Подсадчик. – Минск : БГМУ, 2025. – 22 с.

ISBN 978-985-21-1769-2.

Рассматриваются вопросы применения методов рефлексотерапии для коррекции никотиновой зависимости. Снижение уровня табакокурения во всем мире остается приоритетом здравоохранения.

Предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Рефлексотерапия» (учебная дисциплина «Частная рефлексотерапия»), повышения квалификации врачей-рефлексотерапевтов, врачей-реабилитологов, врачей-психотерапевтов, врачей общей практики.

УДК 613.84-085.814.1(075.9)

ББК 53.584я78

ISBN 978-985-21-1769-2

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2025

ВВЕДЕНИЕ

Потребление табака является ведущей причиной преждевременной смертности и потери трудоспособности в мире. В настоящее время курение получило чрезвычайно широкое распространение. Употребляет никотин приблизительно треть населения планеты. По данным ВОЗ, зависимым является каждый седьмой. Истинное количество активно курящих неизвестно, гораздо большее число людей подвергается воздействию табачного дыма в роли пассивных курильщиков. Так, например, более 700 тысяч жителей Европы ежегодно погибают от болезней, связанных с потреблением табака. Табакокурение считается основным модифицируемым фактором риска развития сердечно-сосудистых, респираторных, онкологических заболеваний, преждевременной инвалидности и смерти. Известно, что ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у курильщиков на 10 лет меньше, чем у некурящих; половина курильщиков потеряют 20 лет здоровой жизни, прежде чем умрут от связанных с табаком болезней.

Табачная зависимость — болезнь, и именно эта болезнь является основным стимулом потребления табака среди взрослых людей. Табачная зависимость связана с долгосрочным, ежедневным потреблением табачных продуктов (сигареты, трубки, сигары, биди, кальяны, жевательный табак и т. д.). Большинство курильщиков не могут прекратить курение по своей воле. Основным этиологическим фактором табачной зависимости является никотин. Доказано, что вдыхаемый никотин является наркотиком, способным вызвать зависимость такой же силы, как героиновая или кокаиновая.

РЕЙТИНГ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ПО СТЕПЕНИ ВРЕДНОСТИ

Рейтинг опасности наркотиков был составлен на основе опроса двух групп экспертов. В первую группу вошли 29 психиатров, специализирующихся на лечении от зависимости. Вторую группу экспертов составили специалисты в разных областях, таких как химия, фармакология, судебная медицина, эпидемиология, а также юристы и сотрудники правоохранительных органов. Вред того или иного вещества оценивали по девяти параметрам, характеризующим физический вред здоровью, физическую и психологическую зависимость, вред, наносимый обществу. Данные аналитического исследования были опубликованы в журнале *The Lancet* в 2011 г. (табл. 1).

Никотиновая (табачная) зависимость — клиническая форма патобиологического процесса, который характеризуется потерей мышления в сфере контроля «Я» над возникновением и прекращением воспоминаний

и представлений, желаний повторного курения табака с одновременным развитием клиники синдрома патологического влечения к курению табака, синдрома отмены, ремиссии и рецидивов.

Таблица 1

Топ-10 наркотических веществ по степени вредности

Место	Вещество	Место в соответствии с факторами опасности		
		Физический вред	Зависимость	Социальный вред
1	Героин	1	1	1
2	Кокаин	2	2	2
3	Барбитураты	3	5	4
4	Метадон	5	4	5
5	Алкоголь	11	6	3
6	Кетамин	4	10	6
7	Бензодиазепин	7	7	7
8	Амфитамины	6	8	9
9	Табак	14	3	12
10	Бупренорфины	8	9	11

Ведущие формы никотиновой зависимости:

- 1) идеаторная (составляет около 18 % курильщиков);
- 2) психосоматическая (составляет около 17 % курильщиков);
- 3) диссоциированная.

Идеаторная форма включает наличие мысленного и образного, а также вегетососудистого компонента в структуре влечения. Эта форма характеризуется ранним возрастным началом, постепенным увеличением толерантности, периодическим влечением, а также поздним осознанием зависимости.

Психосоматическая форма характеризуется сочетанием идеаторного, вегетососудистого, невротического компонентов. Для этой формы характерно начало курения в старшей возрастной группе, постепенное увеличение количества сигарет, курение натошак, ночью, проявление психосоматических расстройств (колебания артериального давления, сердцебиение, одышка, раздражительность). Пациент не может самостоятельно «бросить курить».

Диссоциированная форма включает в себя признаки идеаторной и психосоматической форм. Характерно раннее начало курения (10–15-летний возраст), очень короткий этап эпизодического курения. Пациенты часто курят натошак с большим разбросом в количестве выкуренных сигарет (от 4 до 30), курят активно, часто автоматически. Для этой формы присуще позднее осознание влечения.

Никотиновая зависимость (табакокурение) по МКБ-10 относится к рубрике F17 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака». Классификация:

F17.0 Острая интоксикация

F17.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление

F17.2 Синдром зависимости

F17.3 Абстинентное состояние (синдром отмены).

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И ПОЛИТИКА ВОЗ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА БОРЬБУ ПРОТИВ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКА

Сдерживать быстрый рост потребления табака — настоятельная необходимость здравоохранения во всемирном масштабе. Для достижения данной цели на 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 21 мая 2003 г. была принята Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, которую ратифицировали в 181 стране мира. Конвенция ВОЗ по борьбе против табака вступила в силу в Республике Беларусь в 2005 г. Данная Конвенция ВОЗ налагает определенные правовые обязательства на страны, присоединившиеся к договору. В ряду этих обязательств стоят следующие:

- защита политики общественного здравоохранения от коммерческих и других интересов табачной промышленности;
- принятие ценовых и налоговых мер по сокращению спроса на табак;
- защита людей от воздействия табачного дыма;
- регулирование состава табачных изделий; регулирование упаковки и маркировки табачных изделий;
- предупреждение людей об опасности табака; запрещение рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий;
- оказание помощи людям в предупреждении их привыкания к табаку;
- контроль за незаконной торговлей табачными изделиями;
- запрет на продажу табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними.

В постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. № 28 «О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы» включена реализация образовательных программ для различных групп населения по формированию приоритета здоровья и потребности в здоровом образе жизни; снижение потребления всех видов табачной продукции среди лиц в возрасте 18–69 лет до 27,4 %.

В Декрете Президента Республики Беларусь от 17 декабря 2002 г. № 28 (в редакции Декрета Президента Республики Беларусь от 24.01.2019 № 2) «О государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий» в главе 10 указан запрет на продажу табачных изделий, электронных систем курения, жидкостей для электронных систем курения, систем для потребления табака: на территориях и в помещениях, занимаемых организациями физической культуры и спорта; на территориях и в помещениях, занимаемых учреждениями образования, занимаемых театрално-зрелищными и культурно-просветительными организациями культуры; в помещениях, занимаемых организациями здравоохранения, санаторно-курортными и оздоровительными организациями. В главе 11 «Государственное регулирование курения (потребления) табачных изделий, использования электронных систем курения, систем для потребления табака» запрещается курение (потребление) табачных изделий, за исключением специально предназначенных для этой цели мест.

В соответствии с «Правилами пользования жилыми помещениями, содержания жилых и вспомогательных помещений», утвержденными постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 21 мая 2013 г. № 399, не допускается курение в местах общего пользования (на лестничных маршах и площадках, в лифтовых холлах, коридорах и т. п.), что обозначается специальными знаками запрета.

НИКОТИН, ЕГО СВОЙСТВА И МЕТАБОЛИЗМ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Никотин — алкалоид без цвета и запаха, входящий в состав растений семейства пасленовых, преимущественно табака. Наименование «никотин» происходит от латинского *nicotina tabacum*, в свою очередь получившего название от фамилии французского посла Жана Нико, который привез семена и листья табака из Португалии во Францию в середине XVI в. Никотин является одним из самых опасных ядов растительного происхождения. Человек погибает мгновенно, если дозу никотина из одной курительной трубки ввести в организм внутривенно. В момент затяжки температура на кончике сигареты достигает 900 °С. При курении происходит сухая перегонка табака, в результате чего образуются токсичные вещества (приблизительно 4000 компонентов), свыше 200 из них опасны для организма. Кроме никотина, это эфирные масла, окись углерода (угарный газ), углекислый газ, аммиак, табачный деготь, радиоактивные вещества, свинец, висмут, мышьяк, калий, а также масляная, уксусная, муравьиная, валериановая и синильная кислоты, сероводород, формальдегид, азот, водород, аргон, метан, цианистый водород

и т. д. Более 40 из них являются канцерогенами. Особую опасность несет радиоактивный изотоп полоний-210, большая часть которого накапливается в организме и способствует развитию раковых клеток.

В 1994 г. N. L. Benowitz и J. E. Henningfield определили потребление 5 мг никотина в день как «порог» для развития никотиновой зависимости, что означает, что пороговое значение достигнуто для тех, кто курит 5 или больше сигарет в день. Психоактивные свойства никотина тесно коррелируют с его концентрацией в плазме крови. При снижении сывороточной концентрации никотина у курильщиков возникает потребность в выкуривании сигареты, иначе возникает абстинентное состояние (раздражительность, нетерпеливость, агрессивность, тревога, дисфория или подавленное настроение, нарушение концентрации внимания, беспокойство). Поэтому целью курения может быть не только стремление получить удовольствие от эффектов никотина (в частности, под действием никотина увеличивается уровень дофамина в головном мозге), но и желание избавиться от симптомов абстинентного состояния. Таким образом, курильщик титрует дозу никотина до желаемого фармакологического эффекта. Из всех видов табачных изделий наиболее часто курящими людьми используются сигареты. В одной сигарете большинства промышленных сигаретных марок содержится 10–15 мг никотина, из которых в среднем 1–2 мг никотина абсорбируется курильщиком во время курения.

Второй по распространенности в мире формой употребления табака считается курение кальяна. Кальян (наргиле, шиша) — приспособление, которое обеспечивает использование угля для нагрева 10–200 г табака (без вкуса, подслащенного и/или ароматизированного) с содержанием никотина от 1,8 до 41,3 мг/г и прохождение табачного дыма через воду перед ингаляцией. Многие считают, что курение кальянного табака вызывает меньшую зависимость, менее вредно, более эстетически привлекательно и социально приемлемо, чем курение сигарет. Если сравнить количество и состав табачного дыма, образующегося в процессе выкуривания одной сигареты (в среднем 5 мин), то сеанс курения кальяна (в среднем 60 мин) генерирует в 40 раз больше табачного дыма, содержащего кроме никотина смолистые вещества, тяжелые металлы (мышьяк, хром и свинец), в 4 раза больше канцерогенных ПАУ, летучих альдегидов (формальдегида, ацетальдегида, акролеина, пропиональдегида, метакролеина) и в 35 раз больше СО. Ежедневное курение кальяна по поглощению никотина эквивалентно выкуриванию 10 сигарет в день. Недавний систематический обзор показал, что курение кальянного табака в значительной степени связано с раком легких, респираторными заболеваниями, низким весом ребенка при рождении и заболеваниями пародонта. Курение кальяна может увеличить риск передачи инфекционных заболеваний (герпес, гепатит, туберкулез и др.), не исключены ассоциации с раком

мочевого пузыря, носоглотки, пищевода, с бесплодием. Кроме того, для некоторых людей курение кальянного табака может стать предшественником курения сигарет.

В последнее время получили распространение, особенно в молодежной среде, электронные сигареты — электронные устройства для имитации табакокурения путем генерации пара, имеющего вид и вкус настоящего табачного дыма, который вдыхается пользователем. Как правило, жидкость, превращающаяся в пар, находится в картриджах электронных сигарет, которые заполнены никотином (от 0,1 до 34 мг/мл), ароматизаторами (имитирующими вкус и запах шоколада, клубники, мяты) и другими химическими веществами (например, нитрозаминами — канцерогенами). Нужно отметить, что пока нет клинических исследований, доказывающих безопасность электронных сигарет. Эксперты в области здравоохранения разных стран мира предупреждают потребителей о потенциальных рисках для здоровья, связанных с использованием электронных сигарет, которые могут увеличить никотиновую зависимость среди молодых людей и вовлечь в курение обычных табачных изделий; могут содержать токсичные для человека ингредиенты.

Никотин, содержащийся в любой табачной продукции, хорошо всасывается со слизистой оболочки полости рта (25–50 %), дыхательных путей (при глубоком вдохе — 90 % никотина), желудочно-кишечного тракта и кожных покровов. Уже через 10–20 с после вдыхания табачного дыма никотин достигает центральной нервной системы. Период полувыведения ($T_{1/2}$) никотина составляет около 2 ч. Большая часть никотина (90 %), попавшего в организм, подвергается биотрансформации в печени, также он метаболизируется в почках и легких. Интенсивность биотрансформации никотина зависит от этнической принадлежности, пола, пищевых привычек, генетических факторов, наличия беременности, заболевания почек и др.

МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Никотин быстро проникает через цереброваскулярный барьер и распространяется по мозговой ткани с высокой концентрацией в гипоталамусе, таламусе, среднем мозге, стволе и коре головного мозга. Он взаимодействует с никотиновыми холинэргическими рецепторами головного мозга, вегетативными ганглиями, нейромышечными синапсами. Активация никотиновых рецепторов вызывает высвобождение катехоламинов, включая ацетилхолин, норадреналин, дофамин, серотонин, бета-эндорфин и глутамат, что человек ощущает как наслаждение, повышение работоспособности, снижение тревоги, уменьшение голода. Никотиновая зависимость большей частью связана

с высвобождением дофамина. Достаточно быстро у курильщика появляется толерантность к никотину, исчезают его центральные токсические эффекты — тошнота, головокружение, слабость. Однако возбуждающее действие никотина длится недолго. С развитием толерантности начинается стойкое угнетение функций центральной нервной системы, и для поддержания их на привычном уровне требуется все большее количество никотина. В связи с этим курящий человек увеличивает количество выкуриваемых сигарет, чтобы получить тот же эффект или усилить его, то есть он начинает получать большее количество вредных веществ. Таким образом, развивающаяся в результате курения сигарет никотиновая зависимость способствует постоянно растущему поступлению в организм большого количества вредных веществ. При прекращении поступления никотина в организм развиваются симптомы отмены, которые достигают своего максимума через 48 ч после отказа и длятся 3–4 недели. Признаками синдрома отмены являются беспокойство, раздражительность, плохое настроение, повышение аппетита, затруднение с концентрацией внимания и страстное желание закурить.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Лечение никотиновой зависимости должно проводиться не только комплексно, но и индивидуально для каждого конкретного человека. Положительный результат от лечения может быть достигнут только в случае принятия человеком осознанного решения бросить курить. Выраженную табачную зависимость, от которой без лечения избавиться невозможно, регистрируют у 30–60 % курильщиков, но только 5 % курящих людей могут самостоятельно бросить курить.

Первым шагом в лечении табачной зависимости является выявление курящих лиц, оценка курения как фактора риска развития заболеваний и определение степени табачной зависимости. Оценка курения как фактора риска развития заболеваний проводится по индексу курящего человека. Он рассчитывается из количества сигарет, выкуриваемых в течение суток, которое необходимо умножить на 12 (число месяцев в году). Индекс курящего человека > 140 свидетельствует о высоком риске развития болезней курящего человека. Разработка индивидуальной программы отказа и медикаментозной помощи курильщику должна предусматривать дифференцированный подход с учетом формы никотиновой зависимости, степени никотиновой зависимости, поскольку эффективность методов избавления от курения обратно пропорциональна исходной выраженности никотиновой зависимости. Для определения степени никотиновой зависимости чаще всего используют опросник,

разработанный шведским врачом Карлом Фагерстремом (табл. 2), который определяет связь между индивидуальным баллом и тяжестью проявления абстинентного синдрома, то есть чем выше балл, тем сильнее будет проявляться абстиненция и тем труднее будет бросить курить без посторонней помощи.

Таблица 2

Тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро, после того как вы проснулись, вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин	3
	В течение 6–30 мин	2
	В течение 30–60 мин	1
	Через 1 ч	0
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 сигарета 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, или в течение остального дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

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

При отсутствии или легкой степени никотиновой зависимости (0 или менее 4 баллов по тесту Фагерстрема), что характерно для идеаторной формы никотиновой зависимости, для начала лечения рекомендуются немедикаментозные методы лечения, основанные на когнитивной и поведенческой терапии. При высокой степени никотиновой зависимости (5–8 баллов по тесту Фагерстрема), характерной для психосоматической и идеаторной форм, необходимо оценить потребность в никотинзаместительной фармакотерапии (Табекс), или не содержащей никотин антиникотиновой терапии (варениклин), или в антидепрессантах (бупропион).

Применение методов рефлексотерапии возможно при любой форме никотиновой зависимости, она может использоваться как основной, так и вспомогательный метод терапии. Комбинация методов рефлексотерапии с медикаментозной терапией, сочетание методов рефлексотерапии с психотерапией

позволяют получить оптимальный терапевтический эффект в случае тяжелой степени никотиновой зависимости. Методы рефлексотерапии оказывают регулирующее влияние на деятельность центральной и периферической нервной системы, оптимизируют деятельность вегетативной нервной системы и гормональной регуляции, способствуют нормализации нейромедиаторного баланса мозга.

Для получения максимально возможного результата от лечения никотиновой зависимости необходима твердая установка пациента на отказ от 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. Пациента и членов его семьи необходимо подготовить к тому, что отказ от курения приводит к некоторому изменению стиля поведения.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ МОТИВАЦИИ БРОСИТЬ КУРИТЬ

Оценка степени мотивации бросить курить 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.

Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов — 8, минимальное — 0. Чем больше сумма баллов, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить. Степень мотивации можно оценить следующим образом:

1. Сумма баллов больше 6 означает, что пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.

2. Сумма баллов от 4 до 6 означает слабую мотивацию, и пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации, и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.

ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ К КУРЕНИЮ

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):

А. Я курю, чтобы оставаться бодрым.

Б. Я получаю удовольствие в процессе курения от того, что держу сигарету в руках.

В. Курение сигарет является приятным и расслабляющим.

Г. Я закурываю сигарету, когда злюсь на кого-нибудь.

Д. Когда у меня заканчиваются сигареты, я не успокаиваюсь, пока не смогу их приобрести.

Е. Я курю автоматически, даже не осознавая этого.

Ж. Я курю для стимуляции, чтобы взбодриться.

З. Часть удовольствия от курения сигарет составляют действия, выполняемые при закуривании.

И. Я нахожу курение сигарет приятным.

К. Когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а), я закурываю сигарету.

Л. Когда я не курю сигарету, я очень четко осознаю этот факт.

М. Я закурываю сигарету неосознанно, когда предыдущая еще не потухла в пепельнице.

Н. Я закурываю сигарету, чтобы почувствовать воодушевление, подъем.

О. Когда я курю сигарету, часть удовольствия я получаю от вида выдыхаемого дыма.

П. Больше всего курить мне хочется, когда я чувствую себя комфортно и расслабленно.

Р. Когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог, я закурываю сигарету.

С. Я испытываю непреодолимое желание курить, если не курю некоторое время.

Т. Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарета и не помню, как я закурил(а).

Преобладающие факторы мотивации к курению оцениваются по сумме баллов:

1. Желание получить стимулирующий эффект от курения: А + Ж + Н.

2. Потребность манипулировать сигаретой: Б + З + О.

3. Желание получить расслабляющий эффект: В + И + П.

4. Использование курения как поддержки при нервном напряжении:
Г + К + Р.

5. Существует сильное желание курить (психологическая зависимость):
Д + Л + С.

6. Привычка: Е + М + Т.

Сумма баллов может варьировать от 3 до 15:

1. Слабая мотивация — до 7 баллов.

2. Средняя мотивация — 7–11 баллов.

3. Сильная мотивация — выше 11 баллов.

Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу и пациенту выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения.

СТРАТЕГИЯ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Пациенту необходимо предупредить свою семью, друзей, обычных партнеров по курению о том, что он бросает курить и просит у них поддержки и помощи. Пациент должен подготовить себя к возможности наступления симптомов отмены, особенно в первые недели отказа от курения. Необходимо убрать все сигареты и другие табачные изделия из привычных мест их нахождения. Пациент должен попросить членов семьи и своих коллег не оставлять сигареты на видных местах, а также по возможности не курить в его присутствии. Это очень важно, особенно в первые 3 недели отказа от курения. Бросив курить, пациент не должен выкуривать ни одной сигареты. Если это все же произошло, то попытка должна быть признана неудачной и пациент должен готовиться ко второй попытке. Поскольку очень часто алкоголь является причиной неудачной попытки бросить курить, пациенту необходимо рекомендовать значительно сократить или отказаться от приема спиртного, особенно в первые недели отказа от курения.

Перед началом курса рефлексотерапии пациент **не должен курить в течение 12–24 ч**, так как эффект процедуры и ее конечный результат зависят от выраженности проявлений абстинентного синдрома к моменту воздействия (желание курения должно ярко доминировать в поведении и сопровождаться симптомами идеаторного или психосоматического характера).

Методики лечения никотиновой зависимости методами рефлексотерапии предполагают активное использование точек ушной раковины. Это связано с уникальной иннервацией ушной раковины, которая обеспечена ветвями шейного сплетения (С2–С3), а также тройничного (V), лицевого (VII), промежуточного (VIII), языкоглоточного (IX) и блуждающего нервов (X).

Посредством этих афферентов осуществляются мощные нервные связи ушной раковины со специфическими и неспецифическими образованиями ствола и промежуточного мозга, чем можно объяснить не только локальные, органо-направленные реакции, но и общее неспецифическое действие аурикулярной рефлексотерапии на организм в целом.

Крайне существенно, что поток афферентной импульсации приходит в ствол мозга, где расположены ядра черепных нервов, тесно связанные с регуляцией висцеральных органов и внутренней среды организма (IX и X пары), а также образования ретикулярной формации ствола мозга, оказывающей регулирующее действие как в восходящем направлении (лимбико-ретикулярный комплекс, неокортекс), так и в нисходящем направлении (спинной мозг, периферические отделы соматической и вегетативной систем, эндокринный аппарат).

С. Г. Руднев и соавт. рекомендуют активно использовать кроме аурикулярных точек (АТ) и корпоральные точки акупунктуры (ТА), особенно при имеющейся сопутствующей патологии внутренних органов.

МЕТОДИКА НОЖЬЕ–БУРДИОЛЯ

Методика аурикулярной рефлексотерапии в рамках программы «Антитабак» разрабатывалась в лаборатории П. Ножье (P. Nogier) во Франции и названа методикой Бурдиоль по имени автора, предложившего этот способ воздействия для терапии табачной зависимости. Основным методом считается аурикулотерапия по Бурдиолью, и вспомогательным — симптоматическое воздействие на корпоральные точки в зависимости от ведущего синдрома.

Р. Бурдиоль рекомендует первоначально воздействовать на 8 точек ушной раковины по номерам: 0 (10), 1–7. Если пациент — правша, то иглы вводятся в правое ухо, причем в разные точки должны вводиться иглы из разного металла: в точки 0 (10), 1, 2 — серебряные, 3 — стальная, 4–7 — золотые или молибденовые. Если пациент — левша, то берутся аналогичные точки левого уха, но иглы должны быть другими: для точек 0 (10), 1, 2 — из золота или молибдена, 3 — из стали, 4–7 — из серебра. Если лечение не дает результата, в последующие сеансы дополнительно вводят еще серебряные иглы в точки 8 и 9. Выбор стороны воздействия часто сложен, и если после первого сеанса больной не отмечает эффект (отвращение к запаху табака, ощущение «запаха травы» при курении и т. д.), обычно рекомендуется вводить иглы в другую ушную раковину, соответственно поменяв и металл игл. При отсутствии акупунктурных игл из золота или серебра допустимо воздействие на АТ иглами из медицинской стали. Локализация точек уточняется так называемым транспортным методом. Ориентируясь на точки 10 и 1, транспортом определяют точки 2–7 (определяют проведением линии от точки Ножье мысленно

или с помощью транспортира до пересечения с вертикальной кромкой уха, другими словами — до пересечения с завитком по краю ушной раковины; первая линия проводится до нижнего края дарвинова бугорка, вторая — на уровне задней бороздки ушной раковины, затем линии с угловыми размерами 15°, 13°, 13°, 10°, 9°, 9°; расчет начинается с первой линии). По методике Бурдиоля для лечения табачной зависимости первой находится точка 10 (0) — нулевая точка Ножье, топографически соответствует АТ82. Первой укалывают точку 10, потом 1 и 7, и далее точки 2, 3, 4, 5, 6. Иглы вводят на 1,5–2 мм, стараясь не прокалывать хрящ ушной раковины (рис. 1). Дополнительно укалывают точки 8 и 9. Точка 8 (точка воли) располагается на пересечении линий, проведенных через переднюю часть межжелезковой вырезки и горизонтальной линии, соответствующей основанию мочки уха. Точка 9 (точка агрессии) находится на пересечении касательной линии к нижней части межжелезковой вырезки и вертикали, проведенной через АТ14.

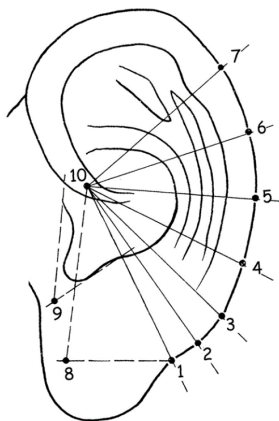


Рис. 1. Схема аурикулярной рефлексотерапии по методике Ножье-Бурдиоля

После введения всех игл пациенту дается около 5 мин отдыха. Затем он должен взять в руки заранее приготовленную сигарету, совершая привычные действия как при курении, уделить достаточное внимание восприятию запаха табака и пытаться мысленно имитировать курение с формированием образного воспоминания или представления табакокурения. В этот момент подкручиваются иглы до ощущения «возгорания», жжения и/или легкой боли таким образом, чтобы вызвать определенную вегетативную реакцию с формированием негативного восприятия запаха табака и акта курения. Таким образом достигается аверсивный (от лат. *aversio* — отвращение) эффект проводимой терапии.

Длительность сеанса 30–50 мин, желательно до появления металлического привкуса во рту.

При проведении данной методики в течение первых минут первой процедуры акупунктуры отмечается усиление вазоспастических реакций, отчетливо выраженных в бассейне синокаротидных артерий. Уже после первой акупунктурной стимуляции отмечается отвращение к запаху, вкусу табака, а также отсутствие прежнего удовлетворения от выкуренной сигареты. В связи с вазоспастическими реакциями данная методика как монотерапия проводится лицам молодого и среднего возраста. Следует опасаться осложнений при сердечно-сосудистой недостаточности, т. к. может быть резкое ухудшение общего состояния.

В исследованиях табачной зависимости С. Г. Руднев пришел к выводам и следующим рекомендациям: положительный эффект при рефлексотерапии табачной зависимости методом Ножье–Бурдиоля достигается в 66 % случаев, что подтверждается катамнестическими наблюдениями.

Основной курс лечения для купирования табачной зависимости должен состоять из 5 процедур; периодичность проведения процедур: первые 3 процедуры ежедневно, в дальнейшем — 2 раза в неделю.

С. Г. Руднев и соавт. рекомендуют дополнительно к этой схеме использовать и корпоральные ТА: VB1, VB7, VB8, GI4, GI19, GI20, инь-тан (PC3), шан-ин сян (PC14).

Дополнительные точки акупунктуры при сопутствующих соматических заболеваниях

При сочетании табакокурения с артериальной гипертензией рекомендуется включать в рецепт корпоральные ТА GI11, MC6, V11, V15; AT100, AT101, AT41, AT35; при сочетании никотиновой зависимости со стенокардией — корпоральные ТА VG20, VG24, C7, MC6, AT100, AT89, AT35; при сочетании с бронхиальной астмой — корпоральные ТА GI11, P7, VC21, R27, VG20, VG14, V13; AT101, AT13, AT102; при сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки — корпоральные ТА GI11, MC6, C7, E36; AT87, AT88, AT98 (С. Г. Руднев и соавт.).

Методика Борисовой

Методика Борисовой предполагает 5 ежедневных процедур. Экспозиция игл составляет 30 мин. На первой процедуре иглы вводятся в AT82, AT72₁, AT72₄, AT28. AT28 пролонгируется микроиглой на 7 дней. Пациент должен раздражать микроиглу 3–4 раза в день, особенно при желании закурить. На второй процедуре осуществляется воздействие на AT101, AT13, AT97,

АТ55, на третьей процедуре — АТ87 (или АТ88 при патологии двенадцатиперстной кишки), АТ51, АТ95. На четвертой процедуре иглы вводятся в АТ78, АТ22, АТ97. Курс лечения завершается пятой процедурой введением игл в АТ82, АТ72₁, АТ72₄, АТ34 (рис. 2).

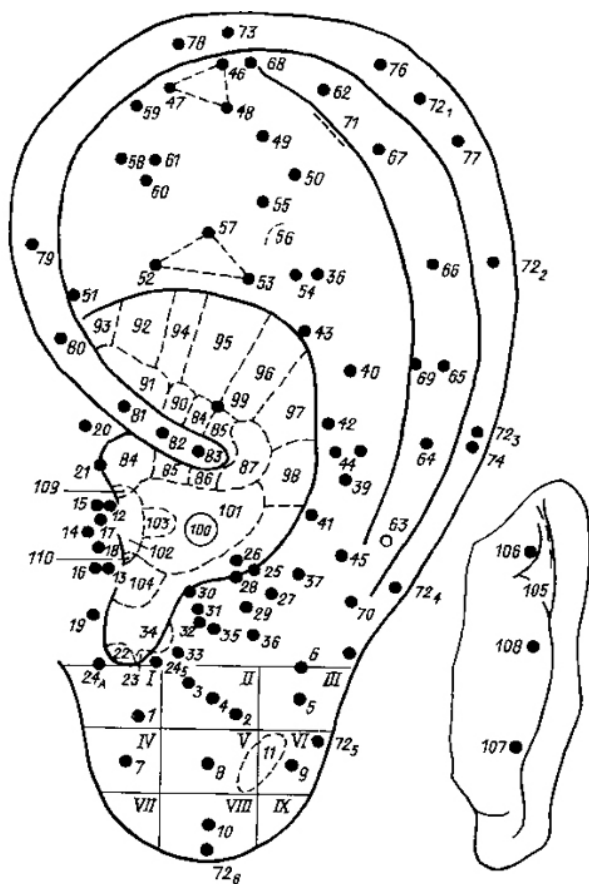


Рис. 2. Схема аурикулярных точек

Методика Ланца–Ионеску–Тырговиште

Методика Ланца–Ионеску–Тырговиште предполагает включение в схему лечения внеканальной точки РС15 (цзя-би), которая находится на границе хрящевой и костной частей боковой стенки носа (рис. 3).

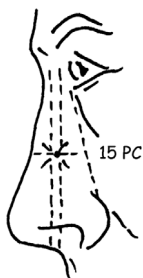


Рис. 3. Внеканальная точка PC15

Первая процедура предполагает воздействие на ТА PC15 в сочетании с PC3, время экспозиции 20–30 мин. Вторая процедура — при безуспешном первом сеансе — повторить точку PC15, одиночно или в сочетании с AT101, AT94, AT95 и AT55. Третья процедура — рецепт второй процедуры + «сезонные точки» (VB41 (весной), VB38 (летом), VB34 (в конце лета), VB44 (осенью), VB43 (зимой)). Оставляют микроиглы в точках AT101 и AT55 от 2 до 12 дней.

МЕТОДИКА Ю. В. ШВЕЦА

Сущность методики (Патент Российской Федерации): через 12–24 ч после последнего курения осуществляют введение игл в AT1, AT2, AT3, AT4, AT5, AT6, AT29 и в корпоральную точку GI4 с гомолатеральной стороны, а в точки AT0, AT55, AT101 — симметрично с обеих сторон на 40–120 мин, после чего вводят микроиглу в AT31 с гомолатеральной стороны на 7–10 дней. Введение акупунктурных игл осуществляют ежедневно в течение 7–10 дней, а при длительности интенсивного курения свыше 20 лет — по крайней мере в одну из точек на ведущей ушной раковине AT1, AT2, AT3, AT4, AT5, AT6, AT29, AT31, а в GI4 акупунктурные иглы вводят симметрично.

МЕТОДИКА КАФЕДРЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Процедуры проводятся ежедневно, время экспозиции 20–30 мин. Через 12–24 ч после последнего курения осуществляют введение игл в AT (см. рис. 2) ведущего уха AT82, AT55, AT72₁, AT72₄, AT28 (AT28 пролонгируется микроиглой до 7 дней). Во время процедуры обращается внимание пациента на снижение тяги к курению, наличие тепла или жара в ухе.

На второй процедуре проводится иглоукалывание в AT78, AT51, AT101, AT34, AT16, AT87 (при патологии двенадцатиперстной кишки осуществляется воздействие на AT88). Эмоционально лабильным и людям с большим стажем курения процедуру иглоукалывания можно повторить во второй половине дня.

Если отсутствует тяга к никотину, третья процедура будет последней и акупунктурные иглы вводятся в AT55, AT102, AT34, AT82. Если синдром абстиненции сохраняется, укалываются AT55, AT82, AT102, AT95, AT16, PC3 либо AT от 72₁ до 72₄ либо проводится электрорефлексотерапия завитка.

При отсутствии тяги к никотину на четвертой процедуре осуществляется воздействие на АТ51, АТ101, АТ78, если синдром абстиненции сохраняется, укалываются РС3, GI4 и АТ82, АТ97, АТ51, АТ101, АТ102, АТ16, точки воли и агрессии, проводится электрорефлексотерапия завитка.

Пятая процедура в любом случае будет последней, и укалываются АТ55, АТ100, АТ72₁, АТ72₄.

Визуально во время процедуры наблюдается гиперемия или цианоз уха. Чем более выражены данные проявления, тем лучше результат. Укалывают одно и то же ухо на протяжении 5 процедур. Терапию можно прекратить после одной процедуры, если у пациента появилось стойкое отвращение к табаку. При отсутствии положительного результата от пятидневного курса лечения рекомендуется повторный курс лечения через неделю.

Эффективность данной методики кафедры рефлексотерапии составляет 85–95 %. У 69 % обратившихся за помощью отмечались стойкое отвращение к табаку, полная ликвидация табачной зависимости. По катamnестическим данным более стойкие результаты были характерны для мужчин, у женщин в 30 % случаев отмечались рецидивы заболевания, что требовало повторных курсов рефлексотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Снижение уровня табакокурения во всем мире остается приоритетом здравоохранения. Курение в настоящее время рассматривается не как вредная привычка, а как хроническое заболевание, склонное к рецидивам даже спустя длительное время после отказа от табака. По-видимому, только комплексная терапия, включающая методы рефлексотерапии и психотерапии, медикаментозное лечение, позволит избавиться от данного вида токсикомании. Метод комплексной терапии предполагает серьезный настрой самого пациента и его мотивированное желание бросить курить, поэтому главным условием для успешного лечения никотиновой зависимости и устойчивой ремиссии является серьезное отношение пациента к лечению, его активное сотрудничество с врачом и тщательное выполнение всех рекомендаций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов, Н. С. Комплексное лечение никотиновой зависимости: возможности повышения эффективности / Н. С. Антонов, Г. М. Сахарова // Русский медицинский журнал. – 2019. – № 12. – С. 62–68.
2. Ануварбекова, А. А. Никотиновая зависимость и факторы, мотивирующие и поддерживающие ее / А. А. Ануварбекова, Т. У. Уланбекова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 12-2. – С. 257–261.
3. Зайцева, О. Е. Табачная зависимость и метаболизм никотина: есть взаимосвязь? / О. Е. Зайцева, Р. М. Масагутов, В. Л. Юлдашев // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-8. – С. 1612–1616.
4. Картограммы аурикулярных точек и их лечебно-диагностическое применение : учеб.-метод. пособие / С. М. Манкевич, А. П. Сиваков, Л. В. Подсадчик, С. С. Василевский. – Минск : БелМАПО, 2009. – 54 с.
5. Смирнов, В. К. Актуальные вопросы терапии табачной зависимости / В. К. Смирнов, О. И. Ермолова, О. И. Сперанская // Наркология. – 2010. – № 6. – С. 36–39.
6. Рефлексотерапия никотиновой зависимости : учеб.-метод. пособие / В. П. Заневский, А. П. Сиваков, С. М. Манкевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2008. – 16 с.
7. Руднев, С. Г. Рефлексотерапия табакокурения : дис. ... канд. мед. наук / С. Г. Руднев. – М., 1994. – С. 5–77.
8. Харенко, В. Н. Аурикулярная рефлексотерапия в комплексном лечении табачной зависимости / В. Н. Харенко, О. Т. Кутушев // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV, № 2. – С. 117–119.
9. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых : клинические рекомендации / А. Г. Чучалин, Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов [и др.] // Наркология. – 2018. – № 17 (3). – С. 3–21.
10. Шапкин, В. И. Рефлексотерапия : практ. руководство / В. И. Шапкин. – 2-е изд., стер. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Рейтинг наркотических веществ по степени вредности	3
Государственная политика Республики Беларусь и политика ВОЗ, направленные на борьбу против зависимости от табака.....	5
Никотин, его свойства и метаболизм в организме человека.....	6
Механизм формирования никотиновой зависимости.....	8
Комплексный подход к лечению никотиновой зависимости	9
Оценка степени мотивации бросить курить	11
Оценка мотивации к курению	12
Стратегия поведения пациента	13
Методика Ножье–Бурдиоля.....	14
Дополнительные точки акупунктуры при сопутствующих соматических заболеваниях.....	16
Методика Борисовой	16
Методика Ланца–Ионеску-Тырговиште.....	17
Методика Ю. В. Швеца	18
Методика кафедры рефлексотерапии	18
Заключение	19
Список использованной литературы.....	20

Учебное издание

Грекова Таисия Ивановна
Сиваков Александр Павлович
Манкевич Светлана Михайловна
Подсадчик Лариса Владимировна

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. П. Сиваков
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная вёрстка М. Г. Миранович

Подписано в печать 21.02.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Марафон Бизнес».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,05. Тираж 70 экз. Заказ 102.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.