

Заневский В.П., Копытов А.В., Максимчук В.П.

Комбинированная терапия никотиновой зависимости. Журнал «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология». №1, 2011. с. 51-56.

## **КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Улучшение качества жизни людей – один из приоритетов государственной демографической политики Республики Беларусь. Важнейшим направлением здравоохранения в достижении этой цели является формирование здорового образа жизни населения, как важнейшего составляющего сохранения и укрепления здоровья нации.

Состояние здоровья и продолжительность жизни людей обусловлены особенностями образа жизни человека. Наиболее негативное влияние на здоровье оказывают такие факторы как курение, пьянство, алкоголизм, наркомания, токсикомания, нерациональное питание и малоподвижный образ жизни.

Курение существенно влияет на показатель преждевременной смертности населения Беларуси. Оно является причиной 30 – 40 процентов всех смертей от ишемической болезни сердца, 30 процентов – от онкологических заболеваний (из числа заболевших раком легких 97 процентов – активные курильщики). Ежедневно страна теряет 42 человека из-за болезней, связанных с курением табака. В год это составляет 15,5 тыс. человеческих жизней. Курит почти половина взрослого населения Беларуси (41,6 процента). (Национальная Программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2006 – 2010 годы. Подпрограмма: «Формирование здорового образа жизни»).

Курение распространилось в Европе с середины XVI века. Табак был завезен из Америки Колумбом, где его употребляло коренное население. Вскоре курение распространилось по всему миру. Когда табак был впервые

завезен в Европу, его рекомендовали даже для медицинских целей. Он считался профилактическим средством против многих заболеваний, но вскоре взгляды изменились и целесообразность использования табака стала вызывать споры и его осуждали как пагубное зло столь так же часто, как и восхваляли его за профилактическую ценность. Однако до второй половины 19 века было мало научных данных относительно результатов воздействия курения. Только в 1950 г. в Великобритании и США были опубликованы конкретные работы, в которых сравнивалась распространенность курения у большого числа больных раком легкого (или в некоторых исследованиях раком полости рта, глотки или гортани) и лиц контрольной группы. В одной из этих работ был сделан вывод о том, что «курение является одной из причин и важным фактором в возникновении и развитии рака легкого», и с этого началась современная эра изучения влияния курения на здоровье людей. В настоящее время курение и другие формы потребления табака – наиболее хорошо доказанные причины развития заболеваний, распространенных в современном обществе.

Табак представляет собой смесь, содержащую большое число различных химических веществ, у многих из которых выявлены канцерогенные или мутагенные свойства. Известно, что большинство канцерогенных агентов, содержащихся в табачном дыме, находятся в фазе частиц. Некоторые из нитрозосоединений встречаются только в табачном дыме. Смола, образующаяся в результате пиролиза табака, содержит канцерогенные химические вещества и это позволяет предположить, что путем снижения в дыме горящей сигареты уровня одной из этих фракций можно добиться снижения канцерогенной активности всей смеси в целом. Очевидно, что табачный дым останется канцерогенным и в том случае, если будет содержать меньше смолы. Никотин, как известно, не является канцерогенным соединением. В низкой концентрации используется в медицинской практике. При курении никотин стимулирует выброс в кровь гормонов надпочечников, что приводит к стимуляции работы сердца, спазму

сосудов, и в первую очередь артерий нижних конечностей. Коварство табачного дыма усугубляется еще и тем, что окись углерода из табачного дыма, попав в организм, образует стойкое соединение с гемоглобином эритроцитов, способствует развитию атеросклероза крупных сосудов и в итоге усугубляется гипоксия органов и тканей.

В зависимости от типа сигареты или другого табачного изделия дым может содержать 30 мг и более «смолы» и 3,0 мг никотина, а в сигарете с высокоэффективным фильтром – 0,5 мг «смолы» и 0,05 мг никотина.

Известно, что у курильщиков вырабатывается привыкание к табаку, а длительное воздержание от курения вызывает синдром абстиненции и поэтому отказаться от этой привычки достаточно трудно. Простое объяснение тому – нейрофармакологическое действие никотина, однако эта привычка может частично объясняться психологическими и поведенческими аспектами. Процесс курения является частью социального поведения, в некоторых обстоятельствах помогает преодолеть неловкость и служит развлечением. Для курильщика привлекательны и внешние проявления курения, а именно: манера держать сигарету, процесс выпуска дима, набивания трубки табаком и т.д.

Выделяют виды табакокурения. Так при никотиновом типе курения (фармакологическая зависимость) организм привыкает и требует поддержания определенной концентрации никотина в крови. «Курильщик» регулирует ее глубиной и частотой затяжек. В таких случаях лечение бывает нередко трудным. Психический, психосоциальный тип курения (нефармакологическая зависимость) характеризуется заметно выраженной зависимостью, которая связана с характерологическими особенностями личности. Этот вид зависимости наиболее трудно поддается лечению. Пристрастие – это легкая степень зависимости. У этих пациентов нет фармакологической потребности в никотине и заметной психической зависимости. Часто это молодые люди, короткий стаж курения. Само курение не системно, без глубоких затяжек. Объясняют: «Надо занять руки», «Так

быстрее летит время», «Устанавливается более тесный контакт при общении». Наиболее благоприятный тип для лечения.

Несмотря на тот факт, что основные вредные воздействия курения на здоровье хорошо известны уже на протяжении многих лет, однако и сейчас трудно понять: почему курение продолжает оставаться одной из важных проблем здравоохранения? Ответ на этот вопрос, вероятно, неоднозначен.

С одной стороны, это испытываемая людьми трудность отказа от привычки, которая прочно укоренилась в их культуре и повседневной жизни. Большинство людей полагают, что принятие решения о курении – их личное дело, и такой выбор весьма распространен. Они получают от этого удовлетворение, снятие напряжения, легкую эйфорию и в то же время не в состоянии осознать или принять во внимание доказательства непрерывного нарастания связанной с курением опасности. Курильщик полагает, что в любой момент сможет отказаться от этой вредной привычки. Но это не так.

Среди разнообразных методов избавления от этой вредной привычки одно из ведущих мест занимает рефлексотерапия (иглоукалывание, акупунктура). Этот метод лечения пришел к нам из Китая, где с успехом используется более 2000 лет. Рефлексотерапия – метод, который не оказывает побочных влияний на организм человека, не связан с фармакологической нагрузкой.

В лечении зависимостей, в т.ч. и никотиновой, широко используются различные психотерапевтические методики. Комбинация психотерапии и рефлексотерапии, несомненно, усиливают друг друга и заметно повышают результат лечения, особенно в группе психосоциального типа курения. В предварительной беседе с пациентом вербальному влиянию на результат лечения должно отводиться важное место. У пациента должна быть четкая мотивация к прекращению курения. В беседе необходимо одобрить это желание, усилить мотивацию, например, путем выявления у пациента

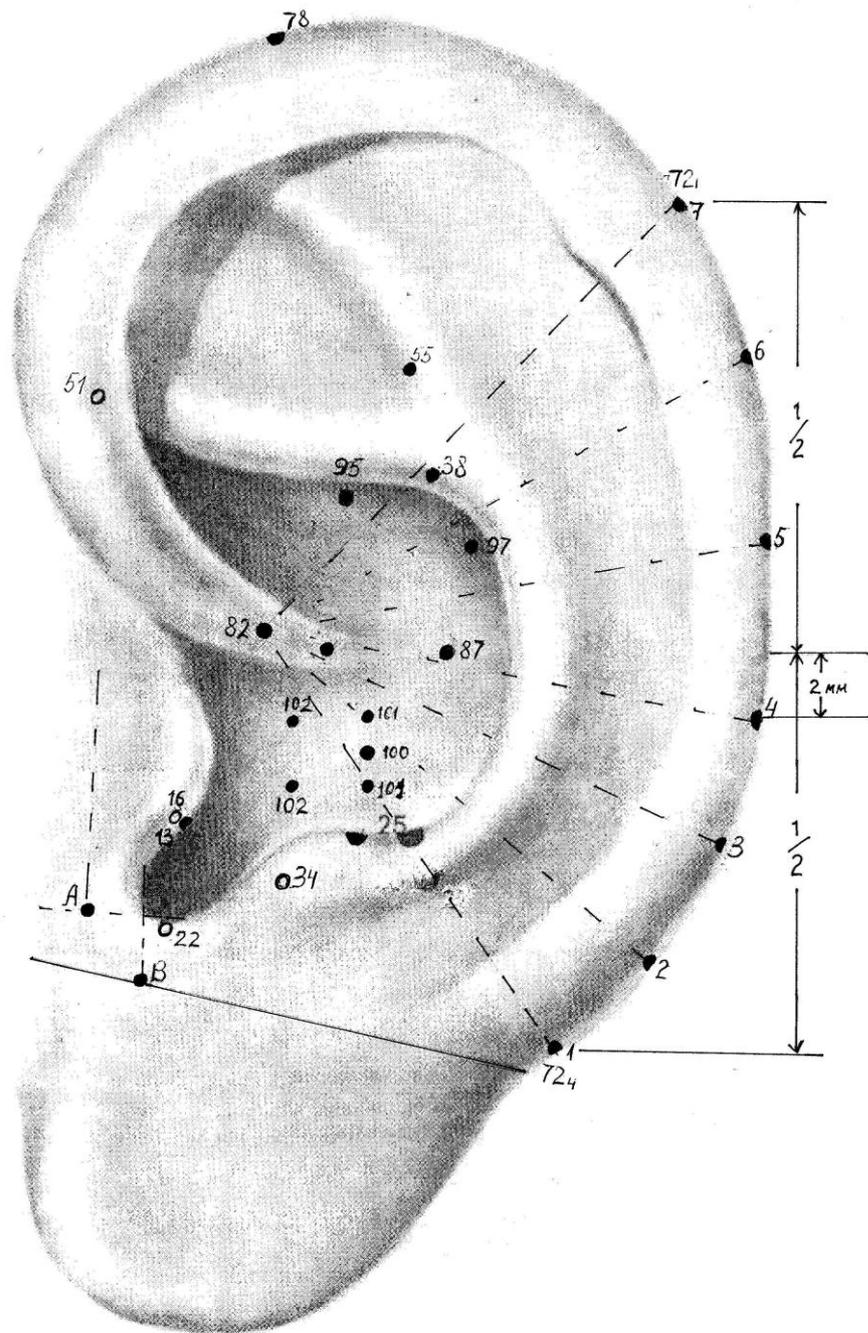
нарушений здоровья в связи с курением, описать их дальнейшее развитие, подчеркнуть влияние на близких, экономический эффект и др. Важно объяснить суть метода лечения, ощущения курильщика во время процедуры и после. Необходимо привлечь пациента к активному участию в процессе лечения, путем периодического воздействия на активную точку уха, учетом своих ощущений, изменений в здоровье. Всегда хорошие результаты наблюдаются при одновременном лечении группы пациентов.

Важное условие лечения – воздержание от курения в течение 10-24 часов перед первым сеансом. В этом случае пациент приходит к врачу с клиническими признаками абстинентного синдрома. К концу процедуры эти симптомы снимаются, что положительно влияет на настроение пациента и результаты дальнейшего лечения. Начинать курс лечения лучше всего в начале рабочего дня и лучше с понедельника, через 30 мин – 2 часа после легкого завтрака. В лечении никотиновой зависимости врач-рефлексотерапевт чаще всего использует только аурикулорефлексотерапию. Иннервация ушной раковины уникальна, ей принадлежат афферентные нервы соматического и висцерального происхождения. Ушная раковина снабжена ветвями таких нервов, как тройничного, лицевого, блуждающего, языкоглоточного и ветвями шейного сплетения (большой ушной нерв, малый затылочный нерв).

Процедура иглоукалывания вызывает мощную импульсацию по пяти направлениям, стимулирует симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, вызывает активацию лимбико-ретикулярного комплекса центральной нервной системы, обеспечивающего регуляцию висцероэндокринных функций организма с выбросом эндорфинов. Все это позволяет быстро купировать абстинентный синдром. При этом у большинства пациентов вырабатывается также неприятие к табаку. Это проявляется тем, что при попытке закурить, вдыхании дыма возникает тошнота (иногда рвота), головокружение, неприятные ощущения во рту и др. явления дискомфорта.

Лечение проводится путем введения 3 – 7 коротких тонких (аурикулярных) игл обычно в одно ухо на глубину до 2 миллиметров. Уже после первого сеанса иглоукалывания у большинства курильщиков исчезает тяга к курению, появляется неприятие табачного дыма. Количество сеансов (продолжительность лечения) определяется врачом и назначается от 1 до 5, что связано со стажем и типом курения, личностными особенностями обратившегося.

Рефлексотерапию никотиновой зависимости обычно проводят по одной из известных схем лечения с использованием точек, представленных на рисунке 1. Из них важнейшими в лечении зависимостей являются точки **82**, **72<sub>1</sub> - 72<sub>4</sub>**, **28**.



С учетом опыта лечения более 90 курильщиков, разработана методика рефлексотерапии никотиновой зависимости. Суть ее заключается в постепенном наращивании количества и силы раздражения точек различных зон уха, а при отсутствии положительного результата после первых двух-трех сеансов, добавления воздействия на корпоральные точки. С целью повышения раздражающего эффекта точек уха можно использовать воздействие знакопеременным импульсным током с частотой 15 – 30 Гц на точки нисходящей части завитка, АТ82. Сила тока при применении

электропунктуры или электроакупунктуры подбирается по индивидуальным ощущениям.

Иглы вводят у «правшей» в правое ухо, у «левшей» – в левое, на 20 – 30 мин.

1-я процедура. Укалываются следующие точки: **82, 55, 72<sub>1</sub>, 72<sub>4</sub>** и **28** (с последующей пролонгацией действия этой точки на 7 дней «кнопочной» иглой или шариком). Во время процедуры обращается внимание пациента на снижение тяги к курению, наличие чувства «тепла, жара» в ухе. После процедуры пациенту рекомендуется не курить и избегать мест курения. Периодически необходимо раздражать «кнопку» в ухе путем массирования ее, особенно при возникновении желания закурить.

2-я процедура. Укалываются точки **78, 51, 101, 34, 16, 87** или **88**. 2-й или 3-й день является обычно переломным в лечении. Эмоционально лабильным и людям с большим стажем курения можно повторить сеанс во 2-й половине дня.

3-я процедура. У пациентов с отсутствием тяги и прекратившим курение эта процедура будет последней. Укалываются точки **55, 102, 34, 82** и предлагается на следующий день явиться для контроля. Другим - укалываются точки **55, 82, 102, 95, 16** и корпоральная **РС 3**, проводится электрораздражение либо укалывание точек завитка уха от **72<sub>1</sub>** до **72<sub>4</sub>**.

4-я процедура. При положительном результате эта процедура будет последней. Укалывают точки **51, 101, 78**. У пациентов с сохранившейся тягой к курению укалывают корпоральные точки **РС 3, GI 4** и аурикулярные: **82, 97, 51, 101, 102, 16**, а также точки «воли – «В» и «агрессии – «А», проводят электрораздражение завитка.

5-я процедура – заключительная, укалывают точки: **55, 100, 72<sub>1</sub>, 72<sub>4</sub>**.

«Предусмотренные» ощущения у больного во время процедуры: чувство распирания, жара в ухе, ощущение как будто «ухо натерли». Визуально наблюдается гиперемия или цианоз уха, которые проходят через 25-30 мин. Чем ярче эти ощущения, тем лучше результат. Если их нет - прогноз хуже.

При отсутствии желаемого результата от пятидневного лечения, рекомендуется проведение повторного курса через 1 неделю.

Эффективность нашей методики лечения никотиновой зависимости составляет 87-95%. У 72% обратившихся за помощью отмечалась выработка стойкого отвращения к запаху табачного дыма, полная ликвидация влечения к курению. У 28% пациентов сформировалось индифферентное отношение к никотину, чувство безразличия в окружении курящих, что также позволило прервать в последующем условный рефлекс патологической зависимости. По катамнезу более стойкие результаты отмечались у мужчин, женщины в 15% случаев давали рецидивы, что требовало повторных курсов РТ.

Таким образом, табакокурение - самая распространенная, подрывающая здоровье населения, зависимость. Курение – фактор риска развития многочисленных заболеваний, усугубления тяжести любого заболевания. На пути к здоровому образу жизни рефлексотерапия позволяет пациенту быстро и эффективно избавиться от вредной привычки курения табака.

### ***СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ***

1. Тимофеев М.Ф. Акупунктура и алкоголизм. М.: Изд-во МГУП. 1999. - 119 с.
2. Рефлексотерапия при табакокурении, алкоголизме, наркоманиях и ожирении: Метод. реком. /Дробышева Н.А.: М.: РГМУ, 1997. - 48 с.
3. Василенко А.М., Осипова Н.Н., Шаткина Г.В. Лекции по рефлексотерапии: Учебное пособие. – М., 2002. – 374 с.
4. Песиков Я.С. Атлас клинической аурикулотерапии. – М., 2000. – 460с.
5. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. – М.: АО «Московские учебники и Картолитография», 2000. – 400 с.

6. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. - М., «МЕДпресс-информ», 2004. – 286 с.
7. Шнорренбергер К.К. Терапия акупунктурой. - М., «Valbe», 2003. – 325с.
8. Хоанг Бао Тяу, Ла Куенг Ниеп. Иголкавание. - М., 1988. – 430 с.
9. У. Ланца. Классическая акупунктура. - М.– 1979. – 171 с.