

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

**Республиканский центр укрепления здоровья и массовой
коммуникации**

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Клиническое руководство

Бишкек 2023

Клиническое руководство по диагностике и лечению табачной зависимости при беременности утверждено Приказом МЗ КР № 542 от 11.05.2023 г.

Клиническая проблема:

Активное и пассивное табакокурение во время беременности

Название документа:

Клиническое руководство по диагностике и лечению табачной зависимости при беременности

Этапы оказания помощи:

Первичный, вторичный, третичный уровень оказания медицинской помощи

Цель создания руководства:

Создание единой системы по диагностике, лечению и профилактике табачной зависимости при беременности, основанной на принципах доказательной медицины. Руководство направлено на выявление, отказ и профилактику потребления табака и пассивного курения во время беременности и кормления грудью.

Целевые группы:

Семейные врачи, акушеры гинекологи, врачи терапевтических стационаров, организаторы здравоохранения, клинические ординаторы и студенты КГМА

Клиническое руководство применимо к беременным женщинам и другим пациентам с табачной зависимостью

Дата создания:

Март 2023 года

Планируемая дата обновления:

Пересмотр руководства планируется через 5 лет, либо раньше при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к руководству будут опубликованы в периодической печати. Любые комментарии и пожелания по содержанию руководства приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой:

Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Логвиненко 8, 720040,
Республиканский центр укрепления здоровья и массовой коммуникации
тел: 996 555 306 378
e-mail: a.d.kalieva@gmail.com

Разработано при поддержке Европейского бюро ВОЗ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ключевые слова

Список сокращений

Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию
 - 1.1 Современное представление о потреблении табака
 - 1.2 Механизм индукции табачной зависимости
 - 1.3 Никотин – не единственный стимул табачной зависимости
 - 1.4 Никотиновая зависимость по данным ВОЗ
 - 1.5 Синдром отмены никотина
 - 1.6 Кодирование по МКБ 10
 - 1.7 Классификация курительного статуса
 - 1.8 Ответственность всех работников здравоохранения
 - 1.9 Основные рекомендации
2. Диагностика и ведение пациентов с табачной зависимостью
 - 2.1 Клиническая диагностика потребления табака
 - 2.2 Оценка степени никотиновой зависимости
 - 2.3 Оценка степени мотивации пациента к прекращению курения
 - 2.4 Лабораторно-инструментальная диагностика потребления табака
 - 2.5 Основные рекомендации
3. Лечебно-профилактические методы по преодолению табачной зависимости
 - 3.1 Поведенческие методы лечения табачной зависимости
 - 3.1.1 Краткое консультирование (минимальные меры вмешательства) по модели «5С»
 - 3.1.2 Углубленное консультирование (расширенные меры вмешательства)
 - 3.1.2.1 Индивидуальное поведенческое консультирование
 - 3.1.2.2 Мотивационное консультирование по модели «5П»
 - 3.2 Фармакологические препараты для лечения табачной зависимости
 - 3.3 Основные рекомендации
4. Лечение и ведение беременных женщин с табачной зависимостью
 - 4.1 Риски, связанные с употреблением табака при беременности
 - 4.2 Лечение табачной зависимости у беременных женщин
 - 4.3 Выявление и профилактика пассивного курения у беременных женщин
 - 4.4 Профилактика рецидивов в послеродовом периоде
 - 4.5 Основные рекомендации

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 Состав рабочей группы

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 Шкала уровней доказательности

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 Инструменты для медицинских работников

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Информационные материалы для пациентов

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 Алгоритм ведения женщин во время беременности согласно модели «5С»

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Табачная зависимость; беременность; дородовой уход; после родовой период; прогнозирование; профилактика; материнские исходы, перинатальные исходы, постнатальные исходы.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	-	Артериальная гипертензия
ВОЗ	-	Всемирная Организация Здравоохранения
ГД	-	Гестационный диабет
ДНК	-	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ДГК	-	Докозагексаеновая кислота
КИФ	-	Клинико-информационная форма
КГМА	-	Кыргызская Государственная Медицинская Академия
МКБ	-	Международная классификация болезней
МП	-	Мотивационное интервью
НЗТ	-	Никотиновая заместительная терапия
НМТ	-	Низкая масса тела
РКИ		Рандомизированные клинические исследования
СДВС	-	Синдром внезапной детской смерти
СО	-	Монооксид углерода
ТБ	-	Табачная зависимость
ЦОГ	-	Циклооксигеназа

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Вторичный табачный дым и аэрозоль (или табачный дым и аэрозоль в окружающей среде) - табачный дым и аэрозоль, содержащиеся в атмосферном воздухе в местах, где осуществляются или осуществлялись ранее курение табака и использование электронных систем доставки никотина, возникающие от используемого курительного табачного и (или) никотиносодержащего изделия и (или) выдыхаемые лицом, осуществляющим курение или использование электронных систем доставки никотина.

Курение - использование табака и никотина (табачных и никотиносодержащих изделий) в целях вдыхания продуктов, возникающих от их тления или нагревания.

Лечение табачной (никотиновой) зависимости - оказание медицинской помощи потребителям табака и никотина, в том числе обеспечение поведенческой поддержки и обеспечение лекарственными препаратами с целью прекращения потребления табачных и никотиносодержащих изделий.

Пассивное курение — вдыхание окружающего воздуха с содержащимися в нём продуктами курения других людей или никотинсодержащего аэрозоля. Пассивное курение, как правило, происходит в закрытом помещении, но может быть и на улице.

Потребление табака - курение, нюханье, сосание, жевание табак содержащих изделий, а также иные способы использования табачных изделий по назначению.

Последствия потребления табака и никотина - причинение вреда жизни или здоровью человека, среде его обитания вследствие потребления табака, никотина и воздействия окружающего табачного дыма и аэрозоля, а также связанные с этим медицинские, демографические, социально-экономические последствия.

Содействие прекращению потребления табака и никотина - меры и подходы, охватывающие все население, которые способствуют прекращению потребления табака и никотина, включая лечение табачной (никотиновой) зависимости

Табачные изделия - изделие, предназначенное для курения, сосания, жевания табак содержащего продукта (сигареты, сигары, кальян, насвай, снюс), а также вдыхания, никотинсодержащего аэрозоля через электронные системы доставки никотина (электронные сигареты – вейп, айкос).

Табачная (никотиновая) зависимость - совокупность поведенческих, когнитивных и физиологических явлений, которые формируются после неоднократного потребления табака и (или) никотина и обычно включают сильное желание потреблять табак и (или) никотин, вызывают затруднение контроля за его потреблением, приводят к постоянному потреблению табака и (или) никотина.

Согласно критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в Международной классификации болезней, табачная зависимость включена в раздел «Психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением табака», и имеет код заболевания F17.

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

1.1 Современное представление о потреблении табака

Табачная зависимость - болезнь, и именно эта болезнь является основным стимулом потребления табака среди людей [1]. Табачная зависимость связана с долгосрочным, ежедневным потреблением табачных продуктов (сигареты, трубки, сигары, кальяны, жевательный табак и т.д.). Как демонстрируют исследования, большинство курильщиков не могут прекратить курение по своей воле. При курении табака люди вводят никотин и другие табачные яды в собственный организм, поддерживая и усиливая никотиновую зависимость, а также подвергая себя риску развития большого числа тяжелых болезней, многие из которых приводят к смерти. В медицине хроническое курение определяется как табачная или никотиновая зависимость [1].

Как и в случае любой другой хронической болезни, медицинская помощь включает диагностику хронического потребления табака и лечение табачной зависимости.

Врачи и все профессиональные работники здравоохранения должны принимать во внимание, что табачная зависимость является **болезнью**, а не привычкой, пороком, удовольствием, свободой или выбором стиля жизни.

Так как табачная зависимость является болезнью, врач обязан принять меры и инициировать прекращение потребления табака.

1.2 Механизм индукции табачной зависимости

Основным этиологическим фактором табачной зависимости является никотин. Никотин – вызывающий сильную зависимость наркотик, который содержится в табаке и определяет зависимость у людей, хронически потребляющих табачные изделия [1].

При вдыхании, никотин уже через семь секунд через легкие достигает артериального кровообращения головного мозга [5]. Здесь никотин фиксируется на специфических ацетилхолиновых рецепторах (в основном $\alpha 4 \beta 2$ никотиновые ацетилхолиновые рецепторы) в области прилежащего ядра (nucleus accumbens) переднего мозга, которые стимулируют высвобождение нейротрансмиттеров, таких, как дофамин и норадреналин, что вызывает у потребителя табака ощущения удовольствия. Фактически это удовольствие, представляет собой освобождение от ранних симптомов отмены никотина [6,7].

Главная особенность никотиновой зависимости – это сильное желание испытать фармакологические эффекты никотина и избежать возможных явлений отмены и связанных с ними условных явлений, как положительных (никотин вызывает психоактивную стимуляцию), так и отрицательных (отсутствие никотина приводит к дискомфорту). Каждая выкуренная сигарета немедленно уменьшает тягу, однако, снижает чувствительность рецепторов никотина и увеличивает их количество, тем самым усиливая острое желание

следующей сигареты [7]. Такое стимулирование, вызванное потреблением табака, запускает хроническое потребление [8]. Во время фазы инициации табачной зависимости, курильщику приходится увеличивать количество вводимого никотина, чтобы воссоздать ощущения той же интенсивности. После начального периода адаптации, курящий человек нуждается в своей индивидуальной дозе никотина, чтобы ощущать нейтральное состояние и предотвратить развитие симптомов отмены [6,8].

Такая морфологическая адаптация, происходящая в центральной нервной системе, соответствует развитию физической зависимости [6,8].

1.3 Никотин - не единственный стимул табачной зависимости

Никотиновая зависимость состоит из двух компонентов: физической зависимости и психологической зависимости [9]. В дополнение к физической зависимости, повторное потребление табачных изделий в определенных ситуациях (после еды, приема кофе, алкоголя и т.д.) или социальных контактах (совместные перекуры и т.д.) могут подкреплять потребление табака. Через некоторое время, такое поведение закрепляется в повседневной жизни. Таким образом, при лечении потребления табака рекомендуется обеспечивать поддержку как фармакологическим лечением для облегчения физических симптомов, так и поведенческой терапией, направленную на изменение пусковых механизмов, связанных с потреблением табака.

1.4 Никотиновая зависимость по данным ВОЗ

Согласно критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в Международной классификации болезней, табачная зависимость включена в раздел «Психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением табака», и имеет код заболевания F17.

Синдромом зависимости по МКБ 10 (имеет код F17.2) называют комплекс поведенческих, когнитивных и соматических симптомов, который возникает после неоднократного использования табака или никотина и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контроле его употребления; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления табака или никотина в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей [10].

1.5 Синдром отмены никотина

Введение никотина в организм приводит к развитию никотиновой зависимости. Напротив, когда никотин-зависимый человек перестает получать никотин, у него развивается синдром отмены никотина [11].

Симптомы отмены:

- острая / неконтролируемая потребность в курении (тяга);
- раздражительность/агрессия/гнев;
- тревожность;

- беспокойство;
- усталость;
- повышенный аппетит;
- проблемы с концентрацией;
- депрессия;
- головные боли;
- пробуждение в ночное время;
- предобморочное состояние/головокружение.

Эти симптомы различаются у разных людей. Некоторые курильщики ощущают отмену сильнее, чем другие. Все эти проявления носят временный характер, достигая максимальной силы в первые 24 - 72 часа, и ослабевают в последующие три-четыре недели [11]. Примерно у 40% пациентов симптомы могут сохраняться более 3 - 4 недель [11].

1.6 Кодирование по МКБ 10

Таблица 1: Классификация табачной зависимости в классификации болезней ICD10CM ВОЗ (Обновление действует с 1 октября 2022 года)

F17.2 Никотиновая зависимость

F17.20 Никотиновая зависимость, неуточненная

F17.200 неосложненная

F17.201 в ремиссии

F17.203 никотиновая зависимость неуточненная, с явлениями отмены

F17.208 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.209 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

F17.21 Никотиновая зависимость, сигареты

F17.210 неосложненная

F17.211 в ремиссии

F17.213 с явлениями отмены

F17.218 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.219 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

F17.22 Никотиновая зависимость, жевательный табак

F17.220 неосложненная

F17.221 в ремиссии

F17.223 с явлениями отмены

F17.228 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.229 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

F17.29 Никотиновая зависимость, другие табачные продукты

F17.290 неосложненная

F17.291 в ремиссии

F17.293 с явлениями отмены

F17.298 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.299 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

Особенности кодирования по МКБ 10 при беременности

[O99.330](#) Курение (табак), осложняющее беременность, неуточненный триместр

[O99.331](#) Курение (табак), осложняющее беременность, первый триместр

[O99.332](#) Курение (табак), осложняющее беременность, второй триместр

[O99.333](#) Курение (табак), осложняющее беременность, третий триместр

[O99.334](#) Курение (табак), осложняющее роды

[O99.335](#) Курение (табак), осложняющее послеродовой период

1.7 Классификация курительного статуса

Рекомендуется, чтобы все клиницисты оценивали надлежащим образом потребление пациентами табака в настоящее время и в прошлом.

Для классификации **курительного статуса** используются следующие определения:

- **Некурящий** - человек, который выкурил менее 100 сигарет за свою жизнь (или 100 граммов табака, в случае курения трубки, сигар и других табачных изделий).
- **Ежедневный курильщик** - человек, который курит ежедневно, по крайней мере, на протяжении трех месяцев.
- **Случайный курильщик** - человек, который курил, но не ежедневно.
- **Бывший курильщик** - человек, который прекратил курение, по крайней мере на шесть месяцев.

Некоторые стандартные вопросы считаются полезными при оценке курительного статуса. Среди них следующие:

1. Вы курили когда-нибудь сигареты или использовали другие табачные изделия: насвай, кальян, электронные сигареты (вейп, айкос), снюс и др.?

Для курящего в настоящее время:

1. Сколько сигарет Вы выкурили за Вашу жизнь? Больше или меньше, чем 100 штук? (В случае насвая, больше или меньше 100 граммов табака)
2. Сколько лет Вы курите?
3. Вы курите каждый день / в определенные дни / в конкретных ситуациях? В каких ситуациях?
4. Сколько сигарет или других табачных изделий Вы обычно выкуриваете в день?

Для бывших курильщиков

5. Сколько лет / месяцев назад Вы прекратили курение?

Никотиновая / табачная зависимость является хроническим рецидивирующим патологическим состоянием.

«Рецидивом» считается возвращение человека, прекратившего потребление табака, к регулярному курению.

«Срыв» означает потребление табака после предшествующего периода воздержания, однако, это не приводит к возврату к регулярному курению.

Понимание хронического, рецидивирующего характера этой зависимости требует долгосрочного наблюдения за пациентом.

Статус бывшего курильщика не является надежной гарантией завершения табачной зависимости.

1.8 Ответственность всех работников здравоохранения

Обзор международных руководств по прекращению курения показал, что все они единогласно рекомендуют всем врачам и всем профессиональным работникам здравоохранения регулярно выявлять курильщиков и отмечать курительный статус пациентов в их медицинских документах, в качестве стандартной процедуры, при каждом посещении.

При оценке деятельности врачей, незамедлительное начало лечения табачной зависимости рассматривается как надлежащая практика.

1.9 Основные рекомендации

- Все медицинские работники должны спрашивать (выявлять потребителей табака) и документировать (отмечать курительный статус) поведение людей в отношении потребления табака и обеспечивать регулярное обновление информации (документировать в качестве стандартной процедуры при каждом посещении).

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [3,4].

- Все медицинские работники должны информировать всех курящих людей о вреде курения для себя и окружающих людей, а также о преимуществах отказа от потребления табака.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [3,4].

- Все учреждения здравоохранения должны быть свободными от табачного дыма в целях защиты всех сотрудников, пациентов и посетителей, включая беременных женщин.
Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: низкий [3].
- Все рабочие и общественные места должны быть свободными от табачного дыма в целях защиты всех без исключения людей, включая беременных женщин.
Сила рекомендации: сильная. Качество доказательств: низкий [3].

2. ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

2.1 Клиническая диагностика потребления табака

Табачная зависимость диагностируется в соответствии с определением ВОЗ и определяется наличием по крайней мере 3 из 7 критериев этого определения, если они присутствуют одновременно, на протяжении последних 12 месяцев:

1. сильное желание курить (употребить табачное изделие),
2. затруднения в контроле количества потребляемого табака,
3. развитие симптомов отмены при сокращении или прекращении потребления табака,
4. продолжение потребления, несмотря на очевидные вредные последствия,
5. приоритет курения по отношению к другим видам деятельности,
6. высокая толерантность,
7. развитие физических симптомов отмены табака.

2.2 Оценка степени никотиновой зависимости

Существует несколько инструментов для оценки степени табачной зависимости, среди них наиболее широко используемые это тест Фагерстрема и Шкала синдрома никотиновой зависимости.

В данном руководстве предлагается применение короткого теста Фагерстрема состоящего только двух вопросов для облегчения практики врача:

Вопрос №1	
Как скоро, после Вашего пробуждения, Вы потребляете первую сигарету (дозу насвая)?	
Ответы:	Баллы
Менее, чем через 5 минут	3 балла
Через 6 – 30 минут	2 балла
Через 31-60 минут	1 балл

Более, чем через 60 минут	0 баллов
Вопрос №2	
Сколько сигарет (доз насвая) в день Вы выкуриваете?	
Ответы:	Баллы
10 и меньше	0 баллов
11 – 20	1 балл
21 – 30	2 балла
31 или более	3 балла
Сумма баллов колеблется от 0 до 6. Сумма баллов позволяет оценить никотиновую зависимость, и разработать на этой основе лечение: 0 – 2 балла: табачная зависимость низкая или отсутствует 3 – 4 баллов: средняя зависимость 5-6 баллов: высокая зависимость	

2.3 Оценка степени мотивации пациента к прекращению курения

Всем профессиональным работникам здравоохранения (семейный врач, медицинская сестра, акушерка) рекомендуется проведение оценки мотивации пациентов с помощью следующих вопросов:

- «Бросили бы вы курить, если бы это было легко?»
- «Как сильно вы хотите бросить курить?»

Пациент самостоятельно отвечает на вопрос, используя нижеуказанные варианты ответов:

- Определенно нет – 0
- Вероятнее всего, нет – 1
- Возможно, да – 2
- Вероятнее всего, да – 3
- Определенно да – 4

Медицинский работник суммирует ответы пациента на оба вопроса.

Если сумма ответов набирает от 6 до 8 баллов, это свидетельствует о высокой мотивированности пациента. Медицинский работник приглашает пациента пройти индивидуальное глубокое консультирование по отказу от табака в виде как минимум 4 встреч для оказания интенсивной поведенческой поддержки.

Если сумма ответов набирает 5 и меньше баллов, это свидетельствует о том, что пациент еще не готов к отказу от табака. Медицинский работник предлагает пройти мотивационное консультирование, определяет график

встреч, информирует о работе горячей линии **2103** и выдает листовку о негативном воздействии табака на организм человека.

Рисунок 1: Простая в использовании шкала для измерения мотивации

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Готовность 0 – 2			Готовность 3-5			Готовность 6-8		
Низкая мотивированность			Средняя мотивированность			Высокая мотивированность		
«я сейчас не готова...», «спасибо, доктор, в другой раз, сейчас мне нужно идти», «я не хочу пока отказаться от курения»			«я думаю о том, чтобы бросить курить...» «я знаю, что отказ от курения - хорошо для моего здоровья...» «расскажите, какие есть методы для отказа от курения...»			«я готова отказаться от курения...» «я хочу получить помощь в отказе от курения...» «помогите мне бросить курить»		

2.4 Лабораторно-инструментальная диагностика потребления табака

Оценка курительного статуса может быть проведена на основании клинических критериев, а также с помощью биохимических лабораторных тестов для определения биомаркеров воздействия табачного дыма, таких как концентрация окиси углерода (СО) в выдыхаемом воздухе и уровень котинина.

СО в выдыхаемом воздухе – самый простой биомаркер для мониторинга; в отсутствие СО в окружающей среде, этот показатель является широко принятой мерой потребления табака. Концентрация СО в выдыхаемом воздухе может быть легко определена, для этого курильщика просят выдохнуть в имеющийся в продаже ручной анализатор окиси углерода.

Котинин является основным продуктом метаболизма никотина. Путем мониторинга его концентрации в организме, можно оценить воздействие табака на человека. Котинин можно измерять в крови, волосах, слюне и моче. Период полураспада никотина составляет около двух часов; однако концентрация никотина может меняться в зависимости от времени дня, когда была выкурена последняя сигарета. Котинин имеет период полураспада 15 - 20 часов и, таким образом, может быть использован для измерения воздержания от курения на протяжении 24 - 48 часов [105].

Биохимическое подтверждение обычно применяется в исследованиях для того, чтобы подтвердить сообщаемые пациентами сведения о воздержании от курения, и как таковое, не рекомендуется в качестве рутинной практики в условиях клиники [1].

3. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Ключевые компоненты успешного прекращения потребления табака представляют собой сочетания лечебного просвещения, поведенческой поддержки и фармакотерапии [1].

На вероятность достижения успеха оказывает влияние подготовка потребителя табака, мотивация к прекращению курения, степень никотиновой зависимости, возраст, сопутствующие заболевания и многочисленные личные факторы.

Под лечебным просвещением объединяют беседы на такие темы как:

- табачная зависимость – это болезнь;
- объяснение причин употребления табака;
- влияние потребления табака на здоровье, последствия курения;
- информирование о преимуществах прекращения курения;
- объяснение методов лечения табачной зависимости;
- предоставление инструментов, доступных для курильщиков на местном уровне.

Поддержка в отказе от курения должна оказываться всем лицам, которые потребляют табак или недавно бросили.

3.1. Поведенческая поддержка как немедикаментозный метод лечения табакокурения

В современной практике используют два основных подхода к прекращению курения: минимальные меры (краткое консультирование) и углубленные вмешательства (мотивационное и поведенческое консультирование) по прекращению потребления табака [2].

3.1.1 Краткое консультирование или «Краткий совет» применяется медицинскими работниками для выявления пациентов, потребляющих табачные изделия, для определения тактики лечебно-профилактического лечения. Беседа занимает не более 5 минут [1,2] и состоит из 5 шагов.

Табл.2 Краткое консультирование – «5С»

Шаг 1. Спрашивать	Систематически выявляйте всех курильщиков табака во время каждого их визита. Определите статус потребления табака, результат зарегистрируйте в амбулаторной карточке и КИФе.
Шаг 2. Сориентировать или дать совет	Дайте СОВЕТ о необходимости отказа от табака. Совет должен быть убедительным, аргументированным и ориентированным на пациента.

Шаг 3. Сверить	Определите склонность к попытке бросить курить. Спросите каждого курильщика табака, хочет ли он /она сделать попытку бросить курить в ближайшее время (например, в ближайшие 2 недели).
Шаг 4. Содействовать	Предложите пациенту углубленную консультацию для помощи по отказу от курения; снабдите пациента информационными материалами; дайте информацию о горячей линии 2103.
Шаг 5 Составить расписание	Предложить пациенту график встреч.

Важно! СОВЕТ врача - эффективный инструмент для изменения отношения пациента к проблеме. Аргументированный совет основан на конкретной информации о состоянии здоровья пациента, о его ценностях, семейного и личного анамнеза, здоровья близких, существующих и будущих детей. Например, у женщины в анамнезе был спонтанный выкидыш, нужно представить потребление табака как основной фактор способный спровоцировать нежелательные последствия. Необходимо донести до пациента, что отказ от табака позволит снизить этот риск. Необходимо подчеркнуть, что курение даже одной сигареты в день увеличивает этот риск. Пациенту гораздо полезнее объяснить, почему важно отказаться от потребления табака, чем запугивать или критиковать.

Таблица 3. Решения, которые предлагаются врачам для преодоления препятствий по оказанию краткого консультирования по отказу от потребления табака

Препятствие	Решение
Нехватка времени	Исследования демонстрируют, что краткое консультирование занимает не более 3-5 минут в рамках рутинной консультации, однако лечебно-профилактический эффект соответствует ведению 700 пациентов с гипертонической болезнью. Соответственно на самом деле врачи экономят время, которое они потратили бы на обследование и коррекцию лечения у больных с гипертонической болезнью.
Недостаток специальных знаний	Основное в кратком консультировании дать убедительный совет ориентированный на заболевание с которым пациент обратился.

Недостаток аргументов	При огромном многообразии вредного воздействия потребления табака на организм, врач всегда может обосновать свой совет для конкретного пациента с точки зрения риска развития той или иной проблемы, связанной с курением.
-----------------------	--

3.1.2 Углубленное индивидуальное поведенческое консультирование

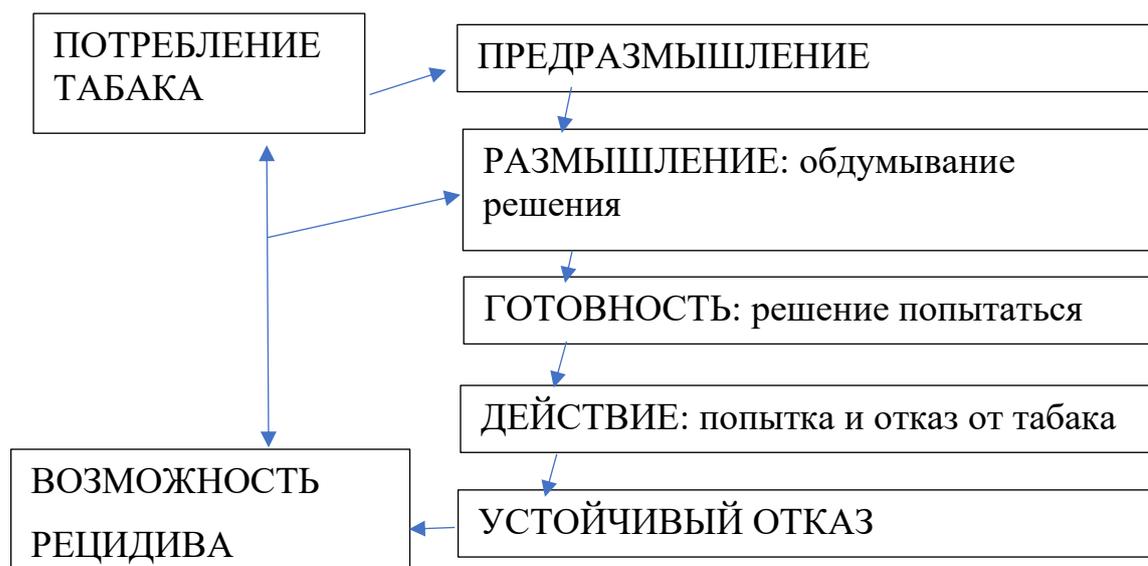
Так называются более интенсивные, чем краткий совет вмешательства, с продолжительностью более чем 10 минут [1].

Табл.4 Стратегия индивидуального поведенческого консультирования

1. Спросить - курит пациент или нет	Спросить: ненавязчиво, деликатно, но систематически уточнять об активном и пассивном курении (потреблении табака) пациента во время каждой запланированной встречи
2. Оценить	Оценивать интенсивность и продолжительность потребления табака. Уровень социальной поддержки и барьеров к изменению привычек поведения.
3. Регистировать	Регистировать документально результаты бесед и назначений.
4. Посоветовать и помочь отказаться от курения	Подробно рассказывать о способах отказа от курения и методах самопомощи. Помочь составить план действий, совместно анализировать дневник самоконтроля, стратегию преодоления триггеров. Оценивать прогресс и достижения в отказе от табака.
5. Составить график визитов	График визитов должен иметь согласованные с пациентом конкретные даты.

Что нужно знать для эффективного консультирования по поведенческой поддержке? Большинство пациентов проходят несколько этапов перед тем, как они прекращают курить. Модель готовности к изменению поведения, предложенная Prochaska & DiClemente или Модель Стадий Изменения помогает понять стадии, через которые проходит каждый курильщик на пути к преодолению курения (рис.2).

Рис. 2. Схема изменения поведения



Согласно этой модели, в каждый конкретный момент времени курильщики могут переживать одно из четырех состояний относительно решения отказа от курения. Они могут находиться в стадии действия, в стадии готовности, размышления или предразмышления. В каждой стадии готовности к изменению курильщики имеют разные потребности, что необходимо учитывать специалисту, оказывающему им помощь при определении нужной стратегии. Для тех, кто не готов сделать эту попытку, врач должен предпринять усилия, направленные на появление мотивации к отказу от курения. Опыт показывает, что курильщики могут «перемещаться» от одной стадии готовности в другую под влиянием самых разных причин. При этом следует помнить, что они могут «перемещаться» как в сторону большей готовности к прекращению курения так и наоборот.

Табл.5. Поведенческое консультирование, основанное на модели изменения поведения

Стадии	Описание	Объем помощи
Стадия предразмышления	Потребители табака не готовы к отказу. Как правило они сопротивляются даже любым попыткам обсуждать эту тему. Они видят больше позитивных аспектов курения, и им не нравится	Предложите написать список аргументов «за» потребление табака и «против». Цель данной работы состоит в том, чтобы деликатно выявить опасности потребления табака, проблемы, которые уже есть у пациента и поощрить подумать на эту тему. Возвратиться к обсуждению вновь при следующем визите.

	признавать недостатки	
<p>ВАЖНО: Расскажите ему о ваших опасениях как врача. Ваша забота о здоровье пациента - главный аргумент для отказа от табака. Не принуждайте его (пациента) к действиям. В тоже время не проявляйте безразличие.</p>		
Стадия размышления	Человек в это стадии открыт к обсуждению проблемы потребления табака, интересуется возможностями	<p>Поделитесь информационными материалами (листовки, короткие видео, фотографии и т.д.) Примеры рекомендаций:</p> <p>Сложите все окурки в банку и наблюдайте, как это кипа растет и изменяется цвет банки;</p> <p>Посоветуйте пациенту выдохнуть табачный дым на белый носовой платок, и посмотреть как выглядят смолы; если есть смоколайзер определите уровень СО в выдыхаемом воздухе; покажите фотографии больных с раком рта или гортани...;</p> <p>Предложите вести дневник самоконтроля (приложение №)</p>
Стадия готовности к отказу от табака	Пациент готов предпринять серьезные попытки к отказу от табака. Однако пациенты все еще боятся нежелательных последствий и нуждаются в эмоциональной поддержке особенно со стороны семьи	<p>Установите день отказа, желательно в течение 2-х недель;</p> <p>На базе дневника самоконтроля определите триггеры курения и составьте индивидуальный план отказа с заменой триггеров на другие положительные эмоции;</p> <p>обсудите барьеры, которые могут привести к срывам и пути преодоления барьеров;</p> <p>обсудите симптомы отмены и пути их преодоления</p> <p>снабдите пациента образовательными материалами</p>

<p>ВАЖНО: душевно поговорите о причинах, по которым пациент хочет бросить курить, о трудностях, встречаемых в процессе прекращения курения, о заботах и тревогах, связанных с прекращением курения.</p>		
<p>Стадия отказа от табака</p>	<p>Пациент предпринимает действия по отказу; Время пребывания курильщика в этой стадии обычно весьма непродолжительно, хотя иногда курильщику требуются заметные усилия для сохранения состояния свободного от табака в течение ряда месяцев.</p>	<p>Сообщите, что это довольно сложное время, однако его можно и нужно провести позитивно. Составить план активных, здоровых мероприятий (ходьба/бег, плавание, танцы, йога, здоровое вкусное питание и т.д.);</p> <p>Рекомендуйте пациенту вознаградить себя подарком, который приобретет на ту сумму денег, которое ранее расходовалось на покупку табака. Например: если пациент тратил 3000 сомов на табак, можно купить абонемент в фитнес зал или на плавание и получать удовольствие от физической нагрузки.</p>
<p>ВАЖНО: пациент нуждается в эмоциональной поддержке близкого человека каждый день.</p> <p>Сообщите о возможностях фармакологической поддержки в отказе от табака. Вселяйте уверенность пациенту в способности отказаться от табака.</p>		
<p>Стадия устойчивого отказа</p>	<p>Это стадия, которую курильщик должен достичь в долгосрочной перспективе. Поддерживается воздержание от потребления табака, соблазн покурить постепенно снижается и исчезает. Могут быть «срывы». Только пройдя через стадию бывшего курильщика, человек</p>	<p>Поздравьте пациента с отказом от табака, подчеркните, как важно оставаться некурящим. Помогите пациенту составить стратегию избегания срыва. Обсудите текущие и грядущие трудности для сохранения устойчивого результата. Это относится также к воздействию окружающего табачного дыма и других провоцирующих факторов. Снабдите пациента необходимыми информационными материалами.</p>

	может вновь стать некурящим, каким он был изначально	
Стадия срыва	Срыв - это возврат к курению. После срыва курильщик может оказаться фактически на любой из перечисленных выше стадий. Задача специалиста, оказывающего помощь, состоит в том, чтобы помочь пациенту продвинуться как можно ближе к возможности отказа от табака, чтобы повторный путь был проделан в меньшие сроки	Выясняйте причину срыва. Определите текущую стадию, где находится пациент, и помогите двигаться к готовности измениться. Если пациент готов измениться, обсудите с ним основания отказаться от табака.

3.1.3 Мотивационное консультирование пациентов по модели «5П»

Многие пациенты, посещающие семейного врача как правило не желают отказываться от потребления табака. Причины такого поведения - низкая информированность о вредном воздействии табака на организм, страх (осознанный или неосознанный) перед последствиями отказа от курения – как стресс, набор «лишнего веса», другие проявления синдрома отмены, безуспешные попытки в прошлом. Такие пациенты также нуждаются в помощи медицинского работника.

Консультирование пациентов, не желающих отказываться от потребления табака, называется мотивационное консультирование по модели «5П» (ВОЗ).

Важно понимать, что мотивационное консультирование подразумевает преодоление амбивалентного отношения пациента к потреблению табака, пересмотра ценностей и приоритетов, преодоление неуверенности в своих силах в отказе от потребления табака.

Табл.6 Мотивационное консультирование – «5П»

Шаг 1	Постарайтесь подобрать причины, ради которых пациент будет готов отказаться от
-------	--

Причина отказа от табака	табака. Причины должны быть связаны с состоянием здоровья или индивидуальными факторами риска, или другими факторами, важными лично для пациента – наличие маленьких детей или желание иметь детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить и т.д.
<p>ШАГ 2</p> <p>Последствия потребления табака</p>	<p>Обсудите с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечно-сосудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни рак легких, рак груди и других локализаций, риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента. Обратите внимание пациента на то, что потребление электронных сигарет и других форм табака также вредно для здоровья, как обычных сигарет. Поясните пагубные последствия «пассивного курения» - для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечно-сосудистых, заболеваний, рака легкого и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма. Подчеркните особый вред «пассивного курения» для детей – повышенный риск внезапной внутриутробной и младенческой смерти, повышенный риск рождения детей с малым весом, а значит, подверженных развитию хронических респираторных и сердечно-сосудистых болезней в будущем. Повышенный риск развития бронхиальной астмы, отитов и других заболеваний у детей курящих родителей.</p>
ШАГ 3	Попросите пациента продумать и обсудите с ним наиболее значимые для него

<p>Преимущества отказа от табака</p>	<p>преимущества отказа от потребления табака. В привязке к состоянию здоровья пациента и с его личными мотивами расскажите ему о пользе отказа от табака, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Улучшение самочувствия и состояния здоровья; - Восстановление/ улучшение функций сердечно-сосудистой и дыхательной системы; - Улучшение вкусовых и обонятельных ощущений; - Повышение выносливости и работоспособности; - Улучшение цвета лица и состояния кожи; - Снижение риска преждевременного старения; - Снижение риска развития хронических заболеваний; - Снижение риска развития эректильной дисфункции у мужчин; - Увеличение вероятности родить и вырастить здоровых детей
<p>ШАГ 4 Препятствия для отказа от табака</p>	<p>Спросите у пациента, что мешает ему отказаться от курения. Обсудите с ним все препятствия и попробуйте аргументировано опровергнуть его доводы, объясните, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, которую можно преодолеть с помощью лечения. В основном указываются следующие причины продолжения курения: - боязнь синдрома отмены, боязнь стресса, боязнь набора веса, ощущение подавленности и депрессии, сознание утратить удовольствие от курения, боязнь неудачи. А еще приводятся доводы: - мне ничего не будет, дед курил всю жизнь и дожил до 90 лет, все так вокруг загрязнено, что мое курение – капля в море, я могу бросить курить в любую минуту и т.д</p>
<p>ШАГ 5 Повторение попыток</p>	<p>Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. При этом, учитываются все предыдущие попытки</p>

	пациента бросить курить (если таковые были), тщательно вместе с пациентом анализируются причины срыва, даются рекомендации на основании «анализа ошибок». Объясните пациенту, что многие курильщики испытывают несколько эпизодов срыва, прежде чем добиваются успеха.
--	--

Ниже обрисованы технические приемы, которые основаны на навыках межличностного общения для проведения эффективного мотивационного консультирования:

- Выражение сопереживания через использование открытых вопросов, изучающих отношение к курению («Насколько важным Вы считаете прекращение потребления табака для Вас лично?»; «Бросили бы Вы курить, если это было бы легко?»)
- Использование методики рефлексивного выслушивания ("Итак, Вы думаете, что курение помогает Вам сохранить Вашу массу тела?" или "Вы думаете, что курение помогает Вам справиться со стрессом?")
- Поддержка права пациента на отказ от изменений ("Я понимаю, Вы не готовы прекратить курить прямо сейчас. Когда Вы захотите попробовать, я буду здесь, чтобы помочь Вам.")
- Развитие темы расхождения между текущим поведением пациента и личными ценностями ("Вы говорите, что Ваша семья имеет большое значение для Вас. Как Вы думаете, Ваше курение влияет на здоровье Вашего мужа/жены и детей?")
- Формирование приверженности к изменениям ("Мы собираемся помочь Вам избежать сердечного приступа, который был у Вашего отца".)
- Отношение сопереживания ("я понимаю, Вы беспокоитесь о возможных симптомах отмены?")
- Просьба разрешить предоставить информацию ("Согласны ли Вы изучить вместе со мной несколько поведенческих стратегий, которые помогут Вам справляться с ситуациями, которые заставляют Вас курить?")
- Предоставление простых решений, являющихся небольшими шагами на пути к воздержанию: номер телефона - бесплатная телефонная линия по прекращению курения (2103 бесплатный звонок со всех провайдеров), листовки с рекомендациями, советами по изменению поведения и т.д.).

Если данный подход к прекращению курения не приводит к успеху, рекомендуется поощрять курильщиков «как можно больше» сократить свое ежедневное курение.

3.2. Фармакологическое лечение табачной зависимости

В настоящее время клиницистами используется три вида препаратов помогающих облегчить синдром отмены в период отказа от табака (никотин-заместительная терапия, варениклин, бупропион). Фармакологическое лечение рекомендуется в дополнение к немедикаментозному лечению в популяции взрослого населения потребляющих табачную продукцию.

Международные руководства в отношении применения фармакологических препаратов у беременных женщин сильно различаются.

В связи с чем, в данном руководстве мы не рекомендуем применение любых видов фармакологических препаратов при консультировании беременных в отказе от табака.

Рекомендации в отношении применения фармакологических препаратов у беременных женщин:

- Не рекомендуется использование или неиспользование никотин-заместительной терапии для поддержки отказа от потребления табака при беременности.
Сила рекомендации: неприменимо. Качество доказательств: среднее [3].
- Не рекомендуется использование бупропиона или варениклина/цитизина для поддержки отказа от потребления табака при беременности.
Сила рекомендации: сильная. Качество доказательств: доказательства отсутствуют [3].

3.3 Общие рекомендации

- Всем пациентам потребляющим табак следует дать краткий совет по отказу от курения
Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [4]
- Всем пациентам, заинтересованным в отказе от табака, все медицинские работники должны рекомендовать углубленную поведенческую консультацию.
Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [4]
- Предлагайте последующее наблюдение всем людям, которые пытаются бросить курить.
Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [4].
- Пациентам (небеременным), заинтересованным в отказе от курения, все медицинские работники должны рекомендовать варениклин, в качестве терапии первой линии при отсутствии противопоказаний для тех, кто желает использовать фармакологическую поддержку. Если варениклин не подходит, следует рекомендовать комбинированное лечение НЗТ. Монотерпия НЗТ или бупропион также можно рекомендовать, но не в качестве первой линии.
Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [4].

- Все медицинские работники должны информировать пациента и организовывать консультации по отказу от табака.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [4].

4. ЛЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Табакокурение матери и пассивное курение во время беременности являются основными предотвратимыми причинами различных неблагоприятных исходов беременности и продолжают оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения [1,2,3].

4.1. Риски, связанные с употреблением табака при беременности

Воздействие табачного дыма влечет за собой серьезные последствия для всех без исключения этапов репродукции человека. Курящие матери подвергаются повышенному риску возникновения эктопической беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, отслойки плаценты, предлежания плаценты, самопроизвольных абортов, мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного и врожденных аномалий плода (например, расщепление губы). После рождения дети женщин, куривших во время или после беременности, чаще подвергаются риску СВДС (синдром внезапной детской смерти). При беременности опасно потребление не только курительного табака. Факты свидетельствуют о том, что женщины, употреблявшие во время беременности бездымный табак, чаще подвержены риску таких неблагоприятных исходов беременности, как мертворождение, преждевременные роды и низкая масса тела новорожденного [3] (см. таблица 8).

В сигаретном дыме содержится около 7000 соединений (ВОЗ, 2019 г.), включая никотин, угарный газ (СО), нитрозамины и другие полициклические углеводороды.

Многие из этих химических веществ, в том числе никотин, проникают через плацентарный барьер [12,16] и попадают в кровь развивающегося эмбриона и плода. Они также попадают в амниотическую жидкость и тем самым изменяют среду, в которой растут и развиваются эмбрион и плод. Никотин является основным тератогенным компонентом табачного дыма, который может нарушать эмбриогенез [51]. Никотин может вызывать эмбриональные аномалии, такие как пороки развития нервной трубки, до и во время ранних стадий органогенеза в зависимости от концентрации [52]. В своем исследовании Rotroff D.M. и соавторы доказали, что никотин влияет на метилирование ДНК на стадии органогенеза, приводя к повышению риска развития рака у детей при курении матери во время беременности[31].

Влияние на рост плода и массу тела

Негативное влияние курения во время беременности было отмечено в нескольких исследованиях, которое выражалось в значительном увеличении риска рождения детей с низкой массой тела (<2500 г, НМТ) и преждевременных родов, демонстрируя зависимость от дозы и времени [22, 23]. Результаты показали, что каждая дополнительная пачка, выкуренная во время беременности, приводила к снижению массы тела новорожденного на 2,8 г (уменьшение жировой массы на 0,7 г и снижение массы свободного жира на 2,1 г), что свидетельствует о дозозависимой связи между пренатальным курением и составом массы тела новорожденного [22].

Недавнее исследование проведенное в Иордании [87] зарегистрировало, что новорожденные от активно курящих матерей имели значительно меньший вес при рождении по сравнению с новорожденными от пассивных и некурящих женщин ($p = 0,016$ и $p = 0,019$, соответственно), значительно меньшую окружность головы и груди по сравнению с новорожденными от пассивных курильщиц ($p < 0,001$ и $p = 0,036$, соответственно) и значительно меньшую оценку по шкале Апгар на первой минуте по сравнению с новорожденными от некурящих женщин ($p = 0,023$). Уровень котинина в моче был значительно выше как у активно, так и у пассивно курящих женщин ($p < 0,01$), и он был значительно выше у новорожденных, которые подвергались внутриутробному курению, несмотря на статус активного или пассивного курения матери ($p < 0,001$).

Были предложены различные механизмы для объяснения того, как курение матери может влиять на внутриутробный рост и массу тела при рождении. СО, содержащийся в табаке, имеет большое сродство к гемоглобину и, соответственно, повышает уровень карбоксигемоглобина в пупочных артериях, подавляя доставку кислорода к клеткам и вызывая гипоксию плода [14,15,22,23]. Более того, было показано, что индексы резистентности маточных артерий и пупочной артерии повышались в соответствии с увеличением уровня воздействия курения табака дозозависимым образом [24]. Рождение с низкой массой тела может быть следствием увеличения показателей резистентности с последующим уменьшением количества крови и кислорода, транспортируемых к плоду [24,17]. Однако СО также имеет большое сродство к другим биологическим молекулам, которые связывают кислород, таким как миоглобин, цитохром Р450 и цитохром с-оксидаза или комплекс IV митохондриальной дыхательной цепи [19,25]. Наблюдаемое усиление апоптоза, вероятно, вызвано митохондриальной дисфункцией из-за СО-опосредованного ингибирования ЦОГ [25].

Кроме того, курение матери может быть связано с поступлением докозагексаеновой кислоты (ДГК) к плоду. Действительно, курение матери во время беременности может постепенно нарушать синтез ДГК и/или ее перенос от матери, что связано с ограничением роста плода [26].

Наконец, задержка роста плода из-за курения табака во время беременности также может быть результатом эпигенетических механизмов. Действительно, воздействие табачного дыма в период внутриутробного развития связано с изменениями в метилировании ДНК генов, связанных с ограничением роста [27-29,31].

Влияние на развитие мозга

Курение матери может модулировать развитие и функцию мозга плода. У младенцев, подвергшихся пренатальному курению, наблюдались уменьшенный размер мозга и изменения в функциях мозга по сравнению с младенцами, не подвергавшимися курению [30,16,17]. Более того, метаанализ девяти статей с информацией о пренатальном воздействии курения и окружности головы при рождении показал, что в среднем окружность головы младенцев, подвергшихся курению матери во время беременности, была на 0,5 см меньше, чем у детей, не подвергавшихся курению. [30,13]. Механизмы, лежащие в основе этих эффектов, могут включать в себя никотин, модулирующий нахождение путей аксонов, образование синапсов в нейронах и СО, приводящее к гипоксии плода и влияющее на развитие мозга плода, а также эпигенетические изменения (такие как регуляция метилированием ДНК) [30,31].

Влияние на метаболизм

Перинатальное воздействие химических веществ табачных изделий может играть значительную роль в повышении частоты ожирения и метаболических нарушений [37]. Метаанализ 17 исследований показал, что дети матерей, которые курили во время беременности, имели повышенный риск ожирения в среднем в возрасте 9 лет по сравнению с детьми некурящих матерей [37]. Подобным образом другой метаанализ [36] показал, что дети, матери которых курили во время беременности, имели на 50 % повышенный риск последующего избыточного веса по сравнению с детьми, матери которых не курили во время беременности. Австралийское проспективное когортное исследование [33] обнаружило, что средний ИМТ и распространенность избыточного веса и ожирения среди подростков, чьи матери курили до и/или после беременности, но не во время беременности, были сходны с исходами у подростков, чьи матери никогда не курили. Эти результаты могут свидетельствовать о прямом влиянии курения матери в период внутриутробного развития на позднее развитие ожирения у потомства [33]. Кроме того, может существовать зависимость доза-реакция между курением матери во время беременности и ожирением [34].

Были предложены различные механизмы и пути для объяснения связи между курением во время беременности и риском избыточного веса и ожирения, такие как теория бережливого фенотипа, постнатальный догоняющий рост и нейротрансмиттерный или эндокринный дисбаланс [35]. Курение матери во время беременности может привести к замедлению роста плода и более

быстрому увеличению веса в постнатальном периоде, что связано с риском ожирения в более позднем возрасте [36]. Кроме того, Ино [37] предложил два разных механизма для объяснения развития ожирения у потомства курящих матерей. Во-первых, ожирение у потомства матерей, пострадавших от никотинового голодания на ранних сроках гестации, может быть связано с измененными механизмами гипоталамической регуляции потребления и расхода энергии [37]. Во-вторых, воздействие никотина на плод, по-видимому, вызывает аномальную пролиферацию, дифференцировку и синаптическую активность клеток в головном мозге и периферических автономных путях [37]. Однако, поскольку табачный дым содержит большое количество химических веществ, трудно полностью понять механизмы, которые могут определять ожирение в более позднем возрасте.

Влияние на сердечно-сосудистое здоровье

Курение матери во время беременности может иметь стойкое влияние на сердечно-сосудистое здоровье потомства [39,41]. Пренатальное воздействие табака было связано с более низкой вариабельностью сердечного ритма плода (ВСР) в утробе матери [38, 40].

Гипертензия считается еще одним из последствий для здоровья, связанных с курением табака внутриутробно [39,41]. В различных исследованиях была обнаружена связь курения матери во время беременности с более высоким систолическим или диастолическим артериальным давлением (АД) в детстве и подростковом возрасте [39, 42].

Вовлеченными механизмами, объясняющими повышенное кровяное давление у потомства, связанное с курением табака матерью, могут быть эндотелиальная дисфункция, изменения в структуре и функции почек и изменения в периваскулярной жировой ткани, важном модуляторе сосудистой функции [39,41]. Курение матери также было связано с длительным перепрограммированием механизмов контроля артериального давления у младенцев [108]. Действительно, младенцы, подвергшиеся воздействию никотина во время внутриутробного развития, имеют «гиперреактивную» вегетативную систему в первые несколько недель постнатальной жизни и другую парасимпатическую и симпатическую регуляцию, вызывая аномальный контроль АД [116]. Более того, была показана связь между курением матери во время беременности и укорочением длины теломер плода при рождении [45].

В целом полученные данные свидетельствуют о том, что одна из стратегий профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в зрелом возрасте (в частности, высокого АД) должна быть направлена на отказ от курения табака в период зачатия и беременности.

Влияние на развитие легких

Развитие легких внутриутробно начинается с развития зачатков легких в начале первого триместра и продолжается до конца третьего триместра с образованием альвеол и созреванием сурфактанта. Впоследствии большая часть постнатального альвеолярного роста происходит в возрасте до 2 лет, с более поздними данными, предполагающими некоторый дополнительный рост в подростковом возрасте. Таким образом, любое воздействие окружающей среды, происходящее между зачатием и подростковом возрастом, может повлиять на рост легких.

Курение матери во время беременности связано с повышенным риском хрипов, астмы, гиперреактивности дыхательных путей, нарушением функции легких [32,47,48,49]. Это связывают с повышенной выработкой клеточных медиаторов и иммуноглобулина – воспалительного ответа на табачный дым.

Европейское исследование, проанализировавшее данные 27 993 пар мать-ребенок из 15 европейских возрастных когорт, пришло к выводу, что пассивное курение матери во время беременности является независимым фактором риска развития хрипов у детей в возрасте до 2 лет [47].

В различных исследованиях сообщается, что воздействие табака в период внутриутробного развития коррелирует со снижением функции легких, снижением скорости выдоха и форсированного выдоха, что свидетельствует о поражении мелких дыхательных путей [49]. Эта низкая функция легких сохраняется в подростковом возрасте с независимым повышением риска развития астмы [50]. Воздействие табака в утробе матери может усилить окислительный стресс в легких с последующим снижением альвеоляризации и нарушением развития легких [49].

Воздействие никотина в период внутриутробного развития или в раннем детстве может также оказывать воздействие на органы дыхания на протяжении всей жизни человека посредством эпигенетических изменений, которые могут передаваться по наследству [31].

Влияние на иммунную систему

Механизмы, лежащие в основе влияния никотина на иммунные реакции, сложны. Воздействие табачного дыма может изменить иммунный ответ, индуцируя выработку цитокина Т-хелпера 2 [53] и ослабляя ответ интерферона- γ у детей [54,55]. Маленькие дети, чьи матери курили, имели более высокий риск инфекций нижних дыхательных путей, как и дети, подвергавшиеся пассивному курению [56-58]. Другие исследования показали, что никотин может изменять иммунную функцию через метелирование ДНК [31]. Исследования на мышах показали, что никотин может препятствовать очистке дыхательных путей, нарушая мукоцилиарный клиренс, повышая вязкость слизи [62] и инактивируя α -7 nAChR в дыхательных путях [63].

В совокупности эти доклинические исследования и исследования дыма показывают, что никотин может изменять антимикробные и воспалительные реакции и воздействовать на мукоцилиарный клиренс в дыхательных путях.

Никотин и синдром внезапной детской смерти

Курение матери во время беременности является известным фактором риска синдрома внезапной детской смерти (СВДС).

Риск СДВС увеличивается в два раза при любом курении матери во время беременности. При выкуривании от 1 до 20 сигарет в день вероятность СДВС увеличивается линейно, при этом каждая дополнительная сигарета, выкуриваемая в день, увеличивает вероятность на 0,07 от 1 до 20 сигарет; после 20 сигарет отношения стабилизируются [64].

Существенная работа была предпринята, чтобы понять патофизиологию, лежащую в основе этого повышенного риска внезапной младенческой смерти. Аномалии в основных нейромедиаторах, включая серотонин и их рецепторы, хорошо задокументированы в стволе мозга младенцев с СВДС [66].

Экспериментальные данные, подтверждают влияние никотина на дыхание, вегетативную регуляцию, химиочувствительность, сон и пробуждение [67-70]. Курение матери было связано с серотонинергическими аномалиями в важных ядрах ствола мозга у младенцев с СДВС [71].

Клиницисты считают, что курение матери является самым сильным пренатальным модифицируемым фактором риска СВДС [72-74].

Риск мертворождения

Метаанализ четырех исследований, проведенных в Австралии, Швеции, Канаде и США, показал, что курение матери увеличивает риск мертворождения на 36% [75].

Такаwіга с соавторами, проведя крупный метаанализ, определили, что у женщин, которые курили во время беременности, вероятность мертворождения на 41% выше, чем у женщин, которые не курили во время беременности (ОШ 1,41, 95% ДИ 1,28, 1,55, $p < 0,0001$, 14 исследований) - это данные исследований с высоким показателем качества [76].

Шведское исследование среди матерей, которые употребляли нюхательный табак во время беременности, выявили высокую вероятность рождения мертвого ребенка [77].

Патофизиология воздействия токсикантов табака и табачного дыма на плод многокомпонентный. Известно, что никотин вызывает сужение плацентарных сосудов, что в сочетании с уменьшением синтеза простаглицина приводит к увеличению сосудистого сопротивления и, следовательно, к нарушению кровоснабжения плода. Сниженная оксигенация плода из-за

карбоксигемоглобина, задержка роста плода, плацентарные осложнения увеличивают риски мертворождения [76].

Преждевременные роды

Курение матери во время беременности является известным фактором риска преждевременных родов. В исследовании, проведенном в Новой Зеландии, курение матерей во время беременности было связано с независимым увеличением числа преждевременных родов, а в исследовании методом случай-контроль, проведенном в Стокгольме, число преждевременных родов увеличилось у курильщиков от умеренной до заядлой курильщицы [44].

Риск гестационного диабета

Гестационный диабет (ГД) — это состояние, при котором непереносимость углеводов/глюкозы развивается или впервые распознается во время беременности. Распространенность ГД за последние десятилетия значительно возросла.

Многие исследования задокументировали связь риска выкидыша и мертворождения с ухудшением гликемического контроля [79]. Женщины с ГД подвержены более высокому риску развития преэклампсии, которая может привести к осложнениям беременности, если ее не лечить, и многоводию, что может вызвать преждевременные роды или проблемы при родах [80]. Для матери развитие ГД означает повышенный риск развития диабета 2 типа в будущем [81]. Исследования подтверждают связь активного и пассивного курения с повышенным риском ГД у женщин [82,83].

Несмотря на некоторые противоречивые результаты, в целом ряд исследований признают влияние активного и пассивного курения женщины в период беременности на риск развития ГД, сахарного диабета 2 типа и прогрессирующую потерю функции и массы β -клеток [85-86].

Таблица 3. Известные последствия для здоровья, к которым приводит употребление табака во время беременности

Период воздействия	Влияние на здоровье
В дородовом периоде	Аномалии плаценты
	Внематочная беременность
	Отслойка плаценты
	Предлежание плаценты
	Пре-эклампсия
	Мертворождение
	Спонтанный выкидыш

	Преждевременный разрыв плодных оболочек
В послеродовом периоде	Повышенная перинатальная смертность
	Преждевременные роды (в два раза чаще)
	Задержка внутриутробного развития
	Низкая масса тела младенца при рождении, на 150-250 граммов меньше
	Синдром внезапной младенческой смерти (SIDS)
	Врожденные дефекты
У детей более старшего возраста	Диабет 2-го типа
	Ожирение
	Повышенное артериальное давление
	Пониженный уровень липопротеидов высокой плотности
	Повышенная вероятность госпитализации
	Бронхиальная астма, инфекции нижних дыхательных путей, сниженная функция легких
	Поведенческие расстройства, расстройство дефицита внимания и гиперактивность
	Пониженная успеваемость
	Значительное повышение частоты психиатрических расстройств

Беременность и пассивное курение

Важными источниками воздействия пассивного курения являются рабочие места, общественные места, где разрешено курение, дома курильщиков и транспортные средства. Пассивное курение увеличивает риск развития у детей лимфомы, лейкемии, рака печени или опухолей головного мозга [88]. Пассивное курение увеличивает риск инсульта и сердечных заболеваний в более позднем возрасте [89]. Вдыхание дыма при пассивном курении может вызывать или усугублять астматические заболевания и аллергии, а также вызывать легочные инфекции и хрипы у детей [90]. Не в последнюю очередь пассивное курение связано с последствиями для психического здоровья [91,95]. Пренатальное воздействие табачного дыма тоже может привести к неблагоприятным исходам родов и осложнениям

беременности. Исследованиями доказано, что пассивное курение связано с биохимическими изменениями в плаценте, ведущими к изменениям в антиоксидантной системе плода, соответственно может привести к легочным заболеваниям, свистящему дыханию, астме, заболеваниям почек, а также сердечно-сосудистым заболеваниям в более позднем возрасте, также метаболическому синдрому и ожирению [88,92,95]. Недавнее исследование проведенное Shiqi Lin и соавторов выявил, что совместное воздействие пассивного курения и дефицита витамина D связано с повышенным риском самопроизвольного аборта, а риск самопроизвольного аборта возрастал с ростом числа случаев воздействия [94].

Другое когортное исследование (n = 1396 детей в возрасте от 5 до 12 лет) впервые показало, что воздействие пассивного курения в раннем возрасте может укорачивать теломеры лейкоцитов у детей, вызывая преждевременное биологическое старение даже в раннем возрасте [93]. Теломеры представляют собой повторяющиеся последовательности ДНК. Каждое клеточное деление укорачивает теломеры. Длина теломер связана с биологическим возрастом: чем короче теломеры, тем выше биологический возраст.

Младенец может подвергаться воздействию соединений табачного дыма не только при пассивном курении, но и при контакте с остатками табачного дыма, на родительской и детской одежде, постельном белье, предметах обихода, а также через грудное молоко [111]

Грудное вскармливание курящей матерью является основным источником воздействия табачных соединений на младенцев, поскольку никотин легко доступен в грудном молоке [109]. Вредное воздействие никотина, попадающего в грудное молоко, зависит от количества сигарет, выкуриваемых матерью в день, а также от временного интервала между последней затяжкой сигаретой и началом грудного вскармливания [110]. Количество никотина, обнаруженного в грудном молоке, более чем в два раза превышает количество никотина, циркулирующего в материнской сыворотке (согласно некоторым исследованиям, в 2,9 раза больше [110]).

Курение матери во время лактации оказывает неблагоприятное воздействие на ребенка, в частности, имеется связь с нейроповеденческими расстройствами, синдромом внезапной детской смерти (СВДС), метаболическим, сердечно-сосудистыми и респираторными исходами [39, 110].

Создание среды, полностью свободной от табачного дыма во время беременности женщины, а также в послеродовой период для новорожденных и детям должно быть приоритетом в семье.

4.2 Лечение табачной зависимости у беременных женщин

Поддержка беременных женщин в отказе от курения и решение проблем, связанных с пассивным курением, являются двумя наиболее важными мерами,

которые могут быть использованы медицинскими работниками для снижения риска неблагоприятных исходов родов.

Для этого консультацию необходимо «встроить» в прием медицинского работника.

Следует помнить, что большинству женщин, которые курят во время беременности, требуется поддержка на протяжении всей беременности.

Описанный в разделе 3 данного руководства, подход 5А (спросить, посоветовать, оценить, помочь, организовать) тоже рекомендуется для оказания медицинской помощи беременным женщинам [113]. Кроме того, поддержка отказа от курения в послеродовом периоде также должна быть приоритетом, поскольку высока частота рецидивов.

Первым шагом в модели «5С» лечения табачной зависимости является **выявление потребителей табачной продукции**. Эффективное установление статуса потребителя табачной продукции помогает медицинским работникам выработать оптимальные меры вмешательства с учетом статуса пациенток и их готовности отказаться от потребления табака.

Поскольку многие беременные женщины, потребляющие табак, не сообщают об этом, использование вопросов с несколькими вариантами ответов для оценки статуса курения в этой группе может улучшить раскрытие информации [4]. Использование готовых ответов в исследовании Shipton и соавторов продемонстрировало увеличение точной информации о реальном статусе курения женщин на целых 40% [96].

- Я никогда не курила или выкурила <100 сигарет в своей жизни;
- Я бросила курить до того, как узнала, что беременна, и сейчас не курю;
- Я бросила курить после того, как узнала, что беременна, и сейчас не курю;
- Я курю немного сейчас, но я сократила количество выкуриваемых сигарет с тех пор, как узнала, что беременна; и
- Курю сейчас регулярно, примерно так же, как и до того, как узнала, что беременна.

В данном руководстве в разделе 1.7 описана методика оценки статуса курения.

Вторым шагом модели «5С» для всех беременных женщин является **дача совета полностью отказаться от потребления табака**. Так как, не существует безопасного уровня курения, также как и безопасных видов табачных изделий [113].

Наибольшую пользу для здоровья приносит полное прекращение курения во время беременности, а не сокращение курения [113]. В разделе 4.1 - риски, связанные с потреблением табака данного руководства, предоставляется информация для медицинского работника по аргументированию совета

беременной женщине в пользу полного отказа от табака. Более того, по возможности семейным врачам желательно побуждать женщин отказаться от курения до наступления беременности, чтобы обеспечить оптимальные исходы. В частности, обнаружено, что по сравнению с некурящими женщинами, относительный риск внематочной беременности повышается в 1,6 раза для женщин, выкуривающих от 1 до 5 сигарет в день, и в 2,3 раза для женщин, выкуривающих 11 - 20 сигарет в день [99].

Если партнер или другие близкие члены семьи курят, они также должны получить консультацию относительно риска пассивного курения во время беременности и предложить помощь в отказе от курения [113]. Членов семьи или тех, кто проводит много времени с беременной женщиной, следует поощрять к оказанию помощи в обеспечении того, чтобы дом и автомобиль были на 100% свободны от табачного дыма. Появление новорожденного также может стать возможностью для партнеров и других членов семьи бросить курить [113].

Третьим шагом является определение степени никотиновой зависимости пациента по короткому тесту Фагерстрема и мотивированности к отказу от табака. Это описано в разделах 2.2. и 2.3. данного руководства.

На четвертом шаге медицинский работник определяется с типом будущего углубленного консультирования, который зависит от готовности пациента к отказу от табака. Если пациент не готов к отказу от табака, медицинский работник предлагает пройти мотивационное консультирование, описанное в разделе 3.1.2.1 данного руководства. Если пациент готов к отказу от табака медицинский работник предлагает поведенческую поддержку, описанную в разделе 3.1.2.2 данного руководства.

Далее пятым шагом медицинский работник сообща с пациентом составляет график встреч с конкретными датами. На этих будущих встречах медицинский работник будет оказывать выбранное на четвертом шаге углубленное консультирование (поведенческое вмешательство или мотивационное интервью по модели «5П»).

Таким образом, ведение беременных женщин также как других пациентов осуществляется по двум методикам: минимальные вмешательства (короткие консультации 5 шагов по модели «5С») и углубленные индивидуальные вмешательства (поведенческая поддержка или мотивационное интервью). Оба вмешательства описаны в данном руководстве в разделах 3.1.

Как минимальные вмешательства (<3 минут за 1 посещение – короткие консультации), так и углубленные индивидуальные вмешательства (≥ 10 минут) врача эффективно увеличивают долю пациентов, которые успешно бросают потребление табака и продолжают воздерживаться от курения в течение как минимум 6 месяцев [120].

При проведении консультации важно донести до пациента, что серьезные побочные эффекты потребления табака обратимы, если прекратить курение на ранних сроках беременности [1].

Фактические данные свидетельствуют о том, что женщины, отказавшиеся от курения в первом триместре беременности, рожают детей с таким же весом, как и те женщины, которые никогда не курили [1-2].

Повышенная обеспокоенность будущих родителей рисками курения для исходов беременности и здоровья их новорожденного ребенка создает «момент возможности для обучения – момент окна», когда будущая мать может стать более восприимчивой к предложению отказаться от курения [1-2]. Это также верно и в отношении будущих отцов и других членов семьи.

Отказ от курения до или в первой половине беременности может снизить риск и нормализовать рост плода [106].

Кокрановский обзор вмешательств по прекращению курения объединил результаты 72 исследований, включающих 56 рандомизированных контролируемых испытаний (более 20 000 беременных женщин) и девять кластерных рандомизированных испытаний (более 5 000 беременных женщин), которые предоставили данные об исходах прекращения курения. Обзор пришел к выводу, что вмешательство по прекращению курения привело к значительному снижению курения на поздних сроках беременности после вмешательства (отношение рисков (ОР) 0,94, 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,93 до 0,96). Вмешательства по прекращению курения снижали низкий вес при рождении (ОР 0,83, 95% ДИ от 0,73 до 0,95) и преждевременные роды (ОР 0,86, 95% ДИ от 0,74 до 0,98), а также наблюдалось увеличение веса на 53,91 г (95% ДИ от 10,44 до 95,38 г). в среднем весе при рождении [98].

Короткие консультации по вопросам поведения эффективно увеличивают долю пациентов, которые успешно бросили курить и продолжают воздерживаться от курения в течение 1 года. Несмотря на то, что они менее эффективны, чем более длительные вмешательства, даже минимальные вмешательства в некоторых исследованиях приводили к увеличению частоты прекращения курения. Существует зависимость «доза-реакция» между интенсивностью консультирования и показателями прекращения курения (то есть, большее количество или более продолжительные сеансы улучшают показатели прекращения курения).

Семейные врачи, медсестры и другие профессиональные медицинские работники должны сыграть важную роль в поддержке отказа от курения у беременных, а также у других членов семьи.

В приложении 5 представлен алгоритм ведения женщин во время беременности согласно модели «5С».

4.3 Выявление и профилактика пассивного курения у беременных женщин

Медицинские работники должны предоставлять беременным женщинам, их партнерам и другим близким членам их семей последовательные советы и информацию о существующих рисках воздействия пассивного курения, а также помощь в отказе от табака всем членам семьи. Аргументы для формирования эффективного СОВЕТА описаны в разделе 4.1 данного руководства.

Только бездымная среда будет способствовать оптимальному перинатальному здоровью женщины и ее плода или новорожденного. Поэтому крайне важно, чтобы все медицинские учреждения, все рабочие места и все общественные места были свободны от табачного дыма, чтобы способствовать защите всех людей, особенно беременных женщин.

Страны, в которых введен запрет на курение, явно демонстрируют снижение показателей мертворождаемости и неонатальной смертности.

4.4 Профилактика рецидива в послеродовом периоде

У женщин, которым удалось бросить потреблять табачные изделия во время беременности, в течение первых 6 месяцев после родов случается рецидив [107].

Существует множество причин, по которым женщины возвращаются к курению [104, 106-107] в послеродовой период:

- снижение уровня социального давления относительно нежелательности курения во время беременности, а также мотивации после рождения ребенка;
- проблемы с весом;
- возвращение триггеров (например, алкоголь, кофеин);
- курение супруга или членов семьи;
- недосыпание и повышенный стресс;
- финансовые проблемы и др.

Было показано, что женщины, бросившие курить, получив поддержку от медицинского работника, обученного прекращению курения, имеют больше шансов избежать рецидива.

Медицинские работники должны обсудить с пациентом в третьем триместре беременности риски, чтобы повысить осведомленность пациентки о возможности рецидива, подтвердить ее приверженность воздержанию и начать переосмысливать приоритеты мотиваций в отказе от табака.

Было показано, что информирование об опасностях и потенциальном вреде, которое активное или пассивное курение может нанести здоровью младенцев, само по себе является важным мотивирующим фактором для многих женщин не возвращаться к курению после родов, поскольку они, как правило, заботятся о здоровье своих младенцев [96]. Продолжительный период

грудного вскармливания также является фактором, способствующим отказу женщин от курения и предотвращению потенциального рецидива после родов [100, 104]. Разработка индивидуального плана по устранению барьеров, включая информирование о негативных последствиях табака на здоровье матери и ребенка, а также беседы с членами семьи помогают предотвратить рецидив.

4.5 Основные рекомендации

- Медицинские работники должны спрашивать у всех беременных женщин о потреблении ими табака и подверженности пассивному курению (в прошлом и в настоящее время) на самых ранних сроках беременности и при каждом обращении за антенатальной помощью.

Сила рекомендации: сильная. Качество доказательности: слабое [3].

- Безопасного уровня курения во время беременности не существует, и женщинам следует рекомендовать прекратить курение полностью.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий.

- Всем врачам и всем профессиональным работникам здравоохранения следует информировать будущих родителей о рисках потребления табака для здоровья матери, плода и долгосрочного эффекта на здоровье ребенка.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [3].

- Медицинские работники должны предоставлять беременным женщинам, их партнерам и другим членам их семей консультации и информацию о рисках пассивного курения как производного любых форм курительного табака.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: низкий [3].

- Медицинские работники должны по возможности напрямую взаимодействовать с партнерами беременных женщин и другими членами их семей с целью их информирования о рисках пассивного курения как производного любых форм курительного табака, способствовать снижению уровня подобного воздействия и предлагать помощь в отказе от курения.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: низкий [3].

- Всем медицинским работникам следует советовать всем беременным отказаться от потребления табака и/или сохранять окружающую среду, полностью свободную от табачного дыма, посредством запрета на курение в своих домах и автомобилях, избегая условий, при которых возможно воздействие вторичного табачного дыма.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [4].

- Все медицинские работники должны рекомендовать беременным женщинам, в настоящее время заинтересованным в отказе от курения, получить поведенческую поддержку, так как данное вмешательство повышает шансы на успешный отказ от курения.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [3,4].

- Модель «5 С» (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange – Спроси, Дай совет, Выполни оценку, Окажи поддержку, Организуй) можно использовать в качестве клинической модели для поддержания прекращения курения среди беременных.

Сила рекомендации: сильная. Уровень доказательности: высокий [3,4].

Список литературы

1. Panagiotis K. Behrakis, Nazmi Bilir, Luke Clancy, et al. 2020 ENSP Guidelines for treating tobacco dependence. E-learning platform: <http://elearning-ensp.eu/> ISBN: 978-2-930966-05-2.
2. Научно-обоснованные рекомендации ВОЗ по лечению табачной зависимости, Европейское Региональное бюро ВОЗ.
3. World Health Organization. (2013). WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. World Health Organization.
4. The National Irish Guide, 2022, The National Clinical Guideline has been developed by the Stop Smoking Guideline Development Group (GDG), within the Tobacco Free Ireland Programme, Strategy & Research, Healthcare Strategy*, Health Service Executive (HSE).
5. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
6. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
7. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
8. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19–28.
9. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. British Medical Journal, 2004, 328:277–279.
10. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/Rules/Maternity_Codes/24
11. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol., 1992, 11:331-4.
12. Xiaolan Zhang, Xiaojing Li, Ye Jing, et al. Transplacental transfer of polycyclic aromatic hydrocarbons in paired samples of maternal serum, umbilical cord serum, and placenta in Shanghai, China. Environ Pollut, 2017, 222:267-275.

13. Rumrich I, Vähäkangas K, Viluksela M, et al. Effects of maternal smoking on body size and proportions at birth: a registerbased cohort study of 1.4 million births, *BMJ Open* 2020, 10:e 033465. doi:10.1136.
14. Quelhas D, Kompala C, Wittenbrink B, et al. The association between active tobacco use during pregnancy and growth outcomes of children under five years of age: a systematic review and meta-analysis, *BMC Public Health*, 2018;18(1):1372. doi:10.1186/s12889-018-6137-7.
15. Conchita Delcroix-Gomez, Michel-Henri Delcroix, Amal Jamee, et al., Fetal growth restriction, low birth weight, and preterm birth: Effects of active or passive smoking evaluated by maternal expired CO at delivery, impacts of cessation at different trimesters, *Tob Induc Dis.* 2022; 20: 70. Published online 2022 Aug 6. doi: 10.18332/tid/152111
16. Eliza Drwal, Agnieszka Rak, Ewa L. Gregoraszczyk, Review: Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs)—Action on placental function and health risks in future life of newborns, *Toxicology*, Volume 411, 1 January 2019, Pages 133-142.
17. Miyake Y., Tanaka K., Arakawa M. Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: The kyushu okinawa maternal and child health study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13:157-2393-13-157.
18. Holbrook BD. The effects of nicotine on human fetal development. *Birth Defects Res C Embryo Today.* 2016;108(2):181–192. doi: 10.1002/bdrc.21128.
19. Carmines EL, Rajendran N. Evidence for carbon monoxide as the major factor contributing to lower fetal weights in rats exposed to cigarette smoke. *Toxicol Sci.* 2008;102(2):383–391. doi: 10.1093/toxsci/kfn009.
20. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion 2017 Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4): e200–e204. doi: 10.1097/aog.0000000000002353.
21. Kamran Yusuf, Majeeda Kamaluddeen, R Douglas Wilson, Albert Akierman, Carboxyhemoglobin levels in umbilical cord blood of women with pre-eclampsia and intrauterine growth restriction, *J Perinat Med*, 2012 Nov;40(6):619-24. doi: 10.1515/jpm-2011-0312.
22. Harrod CS, Reynolds RM, Chasan-Taber L, Fingerlin TE, Glueck DH, Brinton JT, Dabelea D. Quantity and timing of maternal prenatal smoking on neonatal body composition: the healthy start study. *J Pediatr.* 2014;165:707–12.
23. Ko TJ, Tsai LY, Chu LC, Yeh SJ, Leung C, Chen CY, et al. Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. *Pediatr Neonatol.* 2014;55:20–7.
24. Machado J de B, Filho Plínio VM, Petersen GO, Chatkin JM. Quantitative effects of tobacco smoking exposure on the maternal-fetal circulation. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11:24–9.
25. Garrabou G, Hernández AS, Catalán García M, Morén C, Tobías E, Córdoba S. Molecular basis of reduced birth weight in smoking pregnant women: mitochondrial dysfunction and apoptosis. *Addict Biol.* 2014;. doi:10.1111/adb.12183

26. Gostoni C, Galli C, Riva E, Colombo C, Giovannini M, Marangoni F. Reduced docosahexaenoic acid synthesis may contribute to growth restriction in infants born to mothers who smoke. *J Pediatr*. 2005;147:854–6.
27. Knopik VS, Maccani MA, Francazio S, McGeary JE. The epigenetics of maternal cigarette smoking during pregnancy and effects in child development. *Dev Psychopathol*. 2012;24:1377–90.
28. Lee KW, Richmond R, Hu P, French L, Shin J, Bourdon C, et al. Prenatal exposure to maternal cigarette smoking and DNA Methylation: epigenome-wide association in a discovery sample of adolescents and replication in an independent cohort at birth through 17 years of age. *Environ Health Perspect*. 2015; 123:193–9.
29. Pirini F, Guida E, Lawson F, Mancinelli A, Guerrero-Preston R. Nuclear and mitochondrial DNA alterations in newborns with prenatal exposure to cigarette smoke. *Int J Environ Res Public Health*, 2015, 12:1135–55.
30. Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatr*. 2015, 104:12–8.
31. Rotroff DM, Joubert BR, Marvel SW, Håberg SE, Wu MC, Nilsen RM, et al. Maternal smoking impacts key biological pathways in newborns through epigenetic modification in utero. *BMC Genomics*. 2016;17(1):976.
32. Joubert BR, Felix JF, Yousefi P, Bakulski KM, Just AC, Breton C, et al. DNA methylation in newborns and maternal smoking in pregnancy: genome-wide consortium meta-analysis. *Am J Hum Genet*. 2016;98(4):680–96.
33. Al Mamun A, Lawlor DA, Alati R, O’Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Does maternal smoking during pregnancy have a direct effect on future offspring obesity? Evidence from a prospective birth cohort study. *Am J Epidemiol*. 2006; 164:317–25.
34. Koshy G, Delpisheh A, Brabin BJ. Dose response association of pregnancy cigarette smoke exposure, childhood stature, overweight and obesity. *Eur J Public Health*. 2011; 21:286–91.
35. Raum E, Küpper-Nybelen J, Lamerz A, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, Brenner H. Tobacco smoke exposure before, during, and after pregnancy and risk of overweight at age 6. *Obesity*. 2011; 19:2411–7.
36. Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta analysis. *Int J Obes*. 2008; 32:201–10.
37. Ino T. Maternal smoking during pregnancy and offspring obesity: meta-analysis. *Pediatr Int*. 2010; 52:94–9.
38. Zeskind PS, Gingras JL. Maternal cigarette-smoking during pregnancy disrupts rhythms in fetal heart rate. *J Pediatr Psychol*. 2006; 31:5–14.
39. Bruin JE, Gerstein HC, Holloway AC. Long-term consequences of fetal and neonatal nicotine exposure: a critical review. *Toxicol Sci*. 2010; 116:364–74.
40. Maristella Lucchini, Lauren C. Shuffrey, J. David Nugent, et al., Effects of Prenatal Exposure to Alcohol and Smoking on Fetal Heart Rate and Movement Regulation, *Front Physiol*. 2021; 12: 594605. Published online 2021 Jul 30. doi: 10.3389/fphys.2021.594605.

41. Oken E, Huh SY, Taveras EM, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Associations of maternal prenatal smoking with child adiposity and blood pressure. *Obes Res.* 2005; 13:2021–8.
42. Högberg L, Cnattingius S, Lundholm C, D’Onofrio BM, Långström N, Iliadou AN. Effects of maternal smoking during pregnancy on offspring blood pressure in late adolescence. *J Hypertens.* 2012; 30:693–9.
43. Doherty SP, Grabowski J, Hoffman C, Ng SP, Zelikoff JT. Early life insult from cigarette smoke may be predictive of chronic diseases later in life. *Biomarkers.* 2009;14:97–101.
44. Sharon A. McGrath-Morrow, Julie Gorzkowski, Judith A. Groner, The Effects of Nicotine on Development, *Pediatrics.* 2020 Mar; 145(3): e20191346. Published online 2020 Mar 2. doi: 10.1542/peds.2019-1346.
45. Salihu HM, Pradhan A, King L, et al., Impact of intrauterine tobacco exposure on fetal telomere length, *Am J Obstet Gynecol.* 2015;e1:205.e8.
46. Leybovitz-Haleluya N, Wainstock T, Landau D, Sheiner E. Maternal smoking during pregnancy and the risk of pediatric cardiovascular diseases of the offspring: a population-based cohort study with up to 18-years of follow up. *Reprod Toxicol.* 2018; 78:69–74.
47. Vardavas CI, Hohmann C, Patelarou E, The independent role of prenatal and postnatal exposure to active and passive smoking on the development of early wheeze in children, *Eur Respir J.* 2016 Jul;48(1):115-24. doi: 10.1183/13993003.01016-2015.
48. Fuentes-Leonarte V, Estarlich M, Ballester F, et al. Pre- and postnatal exposure to tobacco smoke and respiratory outcomes during the first year. *Indoor Air* 2015; 25: 4–12.
49. Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, et al. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2012; 129: 735–744.
50. Hollams EM, de Klerk NH, Holt PG, Sly PD. Persistent effects of maternal smoking during pregnancy on lung function and asthma in adolescents. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014; 189:401–7.
51. Maritz GS, Harding R. Life-long programming implications of exposure to tobacco smoking and nicotine before and soon after birth: evidence for altered lung development. *Int J Environ Res Public Health.* 2011; 8:875–98.
52. Zhao Z, Reece EA. Nicotine-induced embryonic malformations mediated by apoptosis from increasing intracellular calcium and oxidative stress. *Birth Defects Res. B Dev. Reprod. Toxicol.* 2005;74:383–391.
53. Doherty SP, Grabowski J, Hoffman C, Ng SP, Zelikoff JT. Early life insult from cigarette smoke may be predictive of chronic diseases later in life. *Biomarkers.* 2009; 14:97–101.
54. Rehan VK, Liu J, Naeem E, et al. Perinatal nicotine exposure induces asthma in second generation offspring. *BMC Med.* 2012; 10:129.

55. Klingbeil EC, Hew KM, Nygaard UC, Nadeau KC. Polycyclic aromatic hydrocarbons, tobacco smoke, and epigenetic remodeling in asthma. *Immunol Res.* 2014;58(2–3):369–373.
56. Wilson KM, Wesgate SC, Pier J, et al. Secondhand smoke exposure and serum cytokine levels in healthy children. *Cytokine.* 2012;60(1):34–37.
57. Tebow G, Sherrill DL, Lohman IC, et al. Effects of parental smoking on interferon gamma production in children. *Pediatrics.* 2008;121(6). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/121/6/e1563.
58. le Roux DM, Nicol MP, Myer L, et al. Lower respiratory tract infections in children in a well-vaccinated South African birth cohort: spectrum of disease and risk factors. *Clin Infect Dis.* 2019;69(9):1588–1596.
59. Snodgrass AM, Tan PT, Soh SE, et al.; GUSTO Study Group. Tobacco smoke exposure and respiratory morbidity in young children. *Tob Control.* 2016;25(e2): e75–e82.
60. DiFranza JR, Masaquel A, Barrett AM, Colosia AD, Mahadevia PJ. Systematic literature review assessing tobacco smoke exposure as a risk factor for serious respiratory syncytial virus disease among infants and young children. *BMC Pediatr.* 2012; 12:81.
61. Sussan TE, Gajghate S, Thimmulappa RK, et al. Exposure to electronic cigarettes impairs pulmonary anti-bacterial and anti-viral defenses in a mouse model. *PLoS One.* 2015;10(2): e0116861.
62. Gomes JP, Watad A, Shoenfeld Y. Nicotine and autoimmunity: the lotus' flower in tobacco. *Pharmacol Res.* 2018; 128:101–109.
63. Hao J, Simard AR, Turner GH, et al. Attenuation of CNS inflammatory responses by nicotine involves $\alpha 7$ and non- $\alpha 7$ nicotinic receptors. *Exp Neurol.* 2011;227(1):110–119.
64. Anderson TM, Lavista Ferres JM, Ren SY, et al. Maternal smoking before and during pregnancy and the risk of sudden unexpected infant death. *Pediatrics.* 2019;143(4): e20183325.
65. Ton AT, Biet M, Delabre JF, Morin N, Dumaine R. In-utero exposure to nicotine alters the development of the rabbit cardiac conduction system and provides a potential mechanism for sudden infant death syndrome. *Arch Toxicol.* 2017;91(12):3947–3960.
66. Machaalani R, Say M, Waters KA. Effects of cigarette smoke exposure on nicotinic acetylcholine receptor subunits $\alpha 7$ and $\beta 2$ in the sudden infant death syndrome (SIDS) brainstem. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2011;257(3):396–404
67. Cerpa VJ, Aylwin ML, Beltrán-Castillo S, et al. The alteration of neonatal raphe neurons by prenatal-perinatal nicotine. Meaning for sudden infant death syndrome. *Am J Respir Cell Mol Biol.* 2015;53(4):489–499.

68. Lee SY, Sirieix CM, Nattie E, Li A. Pre- and early postnatal nicotine exposure exacerbates autoresuscitation failure in serotonin-deficient rat neonates. *J Physiol.* 2018;596(23):5977–5991.
69. Cummings KJ, Hewitt JC, Li A, Daubenspeck JA, Nattie EE. Postnatal loss of brainstem serotonin neurones compromises the ability of neonatal rats to survive episodic severe hypoxia. *J Physiol.* 2011;589(pt 21):5247–5256.
70. Kinney HC, Belliveau RA, Trachtenberg FL, Rava LA, Paterson DS. The development of the medullary serotonergic system in early human life. *Auton Neurosci.* 2007;132(1–2):81–102.
71. Kinney HC, Randall LL, Sleeper LA, et al. Serotonergic brainstem abnormalities in Northern Plains Indians with the sudden infant death syndrome. *J Neuropathol Exp Neurol.* 2003;62(11):1178–1191.
72. Duncan JR, Randall LL, Belliveau RA, et al. The effect of maternal smoking and drinking during pregnancy upon (3)H-nicotine receptor brainstem binding in infants dying of the sudden infant death syndrome: initial observations in a high risk population. *Brain Pathol.* 2008;18(1):21–31.
73. Matthews TJ, MacDorman MF, Thoma ME. Infant mortality statistics from the 2013 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep.* 2015;64(9):1–30.
74. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and the sudden infant death syndrome. *Rev Environ Health.* 2006;21(2):81–103
75. Flenady V, Koopmans L, Middleton P et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2011;377(9774):1331–1340.
76. Takawira C Marufu, Anand Ahankari, Tim Coleman, Sarah Lewis, Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis, *BMC Public Health.* 2015; 15: 239. Published online 2015 Mar 13. doi: 10.1186/s12889-015-1552-5.
77. Baba S, Wikstrom AK, Stephansson O, Cnattingius S. Influence of snuff and smoking habits in early pregnancy on risks for stillbirth and early neonatal mortality. *Nicotine Tob Res.* 2014;16(1):78–83.
78. Dhalwani NN, Szatkowski L, Coleman T, Fiaschi L, Tata LJ. Stillbirth among women prescribed nicotine replacement therapy in pregnancy: analysis of a large UK pregnancy cohort. *Nicotine Tob Res.* 2019;21(4):409–415.
79. Bell, R.; Bailey, K.; Cresswell, T.; Hawthorne, G.; Critchley, J.; Lewis-Barned, N.; Northern Diabetic Pregnancy Survey Steering Group. Trends in Prevalence and Outcomes of Pregnancy in Women with Pre-existing Type I and Type II Diabetes. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2008, 115, 445–452.
80. Yogev, Y.; Xenakis, E.M.; Langer, O. The Association between Preeclampsia and the Severity of Gestational Diabetes: The Impact of Glycemic Control. *Obstet. Gynecology* 2004, 191, 1655–1660.
81. England, L.J.; Dietz, P.M.; Njoroge, T.; Callaghan, W.M.; Bruce, C.; Buus, R.M.; Williamson, D.F. Preventing Type 2 Diabetes: Public Health Implications

for Women with a History of Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet. Gynecol.* 2009, 200, 365.e1–365.e8.

82. England, L.J.; Levine, R.J.; Qian, C.; Soule, L.M.; Schisterman, E.F.; Yu, K.F.; Catalano, P.M. Glucose Tolerance and Risk of Gestational Diabetes Mellitus in Nulliparous Women Who Smoke during Pregnancy. *Am. J. Epidemiol.* 2004, 160, 1205–1213.

83. Yang, X.; Hsu-Hage, B.; Zhang, H.; Yu, L.; Dong, L.; Li, J.; Shao, P.; Zhang, C. Gestational Diabetes Mellitus in Women of Single Gravidity in Tianjin City, China. *Diabetes Care* 2002, 25, 847–851.

84. Leng, J.; Wang, P.; Shao, P.; Zhang, C.; Li, W.; Li, N.; Wang, L.; Nan, H.; Yu, Z.; Hu, G. Passive Smoking Increased Risk of Gestational Diabetes Mellitus Independently and Synergistically with Prepregnancy Obesity in Tianjin, China. *Diabetes Metab. Res.* 2017, 33, e2861. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed]

85. Cho, N.H.; Chan, J.C.; Jang, H.C.; Lim, S.; Kim, H.L.; Choi, S.H. Cigarette Smoking is an Independent Risk Factor for Type 2 Diabetes: A Four-year Community-based Prospective Study. *Clin. Endocrinol.* 2009, 71, 679–685. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed]

86. Willi, C.; Bodenmann, P.; Ghali, W.A.; Faris, P.D.; Cornuz, J. Active Smoking and the Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA* 2007, 298, 2654–2664.

87. Shereen Hamadneh, Jehan Hamadneh, Active and Passive Maternal Smoking During Pregnancy and Birth Outcomes: A Study From a Developing Country, *Ann Glob Health*, 2021 Dec 3;87(1):122., doi: 10.5334/aogh.3384.

88. Farber H.J., Groner J., Walley S., Nelson K. Protecting Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. *Pediatrics*. 2015; 136:e1439–e1467. doi: 10.1542/peds.2015-3110.

89. DiGiacomo S.I., Jazayeri M.A., Barua R.S., Ambrose J.A. Environmental Tobacco Smoke and Cardiovascular Disease. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 16:96. doi: 10.3390/ijerph16010096.

90. Strzelak A., Ratajczak A., Adamiec A., Feleszko W. Tobacco Smoke Induces and Alters Immune Responses in the Lung Triggering Inflammation, Allergy, Asthma and Other Lung Diseases: A Mechanistic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 15:1033. doi: 10.3390/ijerph15051033.

91. Han C., Liu Y., Gong X., Ye X., Zhou J. Relationship Between Secondhand Smoke Exposure and Depressive Symptoms: A Systematic Review and Dose(-)Response Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16:1356. doi: 10.3390/ijerph16081356.

92. Mund M., Louwen F., Klingelhofer D., Gerber A. Smoking and pregnancy—A review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2013; 10:6485–6499. doi: 10.3390/ijerph10126485.
93. Osorio-Yanez C., Clemente D.B.P., Maitre L., Vives-Usano M., Bustamante M., Martinez D., Casas M., Alexander J., Thomsen C., Chatzi L., et al. Early life tobacco exposure and children's telomere length: The HELIX project. *Sci. Total Environ*. 2020; 711:135028. doi: 10.1016/j.scitotenv.2019.135028.
94. Shiqi Lin, Jiajia Li, Yuan Zhang, Maternal Passive Smoking, Vitamin D Deficiency and Risk of Spontaneous Abortion, *Nutrients*, 2022 Sep 6;14(18):3674. doi: 10.3390/nu14183674.
95. Markus Braun, Doris Klingelhöfer, Gerhard M. Oremek, David Quarcoo, David A. Groneberg, *Int J Environ Res Public Health*. Influence of Second-Hand Smoke and Prenatal Tobacco Smoke Exposure on Biomarkers, Genetics and Physiological Processes in Children—An Overview in Research Insights of the Last Few Years, 2020 May; 17(9): 3212. Published online 2020 May 5. doi: 10.3390/ijerph17093212.
96. Shipton D, Tappin DM, Vadiveloo T, Crossley JA, Aitken DA, Chalmers J. Reliability of self reported smoking status by pregnant women for estimating smoking prevalence: A retrospective, cross sectional study. *BMJ*. 2009;339. doi: 10.1136/bmj.b4347.
97. Patnode CP, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence synthesis no. 134. AHRQ publication no. 14-05200-EF-1. Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
98. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;8:CD001055.
99. Christie B. Smoke-free legislation in England has reduced stillbirths, neonatal mortality, and low birth weight. *BMJ*. 2015;351(August):h4469. doi: 10.1136/bmj.h4469.
100. Vivilaki VG, Diamanti A, Tzeli M, et al. Exposure to active and passive smoking among Greek pregnant women. *Tob Induc Dis*. 2016 Apr;14 doi: 10.1186/s12971-016-0077-8.
101. Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Bauld L. The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: A systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 2015;15(1):110. doi: 10.1186/s12889-015-2163-x.

102. Cooper S, Orton S, Leonardi-Bee J, et al. Smoking and quit attempts during pregnancy and postpartum: A longitudinal UK cohort. *BMJ Open*. 2017;7. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018746.
103. Quinn G, Ellison BB, Meade C, et al. Adapting smoking relapse-prevention materials for pregnant and postpartum women: Formative research. *Matern Child Health J*. 2006;10(3) doi: 10.1007/s10995-005-0046-y. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
104. Liu J, Rosenberg KD, Sandoval AP. Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. *Am J Public Health*. 2006;96(2):309–314. doi: 10.2105/AJPH.2004.060798.
105. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy: ACOG Committee Opinion Summary, 2020 May;135(5):1244-1246. doi: 10.1097/AOG.0000000000003825.
106. Behrakis PK, Vardavas CI, Papadakis SE, editors. TOB.g. Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Populations. 186 <http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOB-G-BOOK-DIGITAL-VERSION.pdf>. Published 2017. Accessed January 9, 2019.
107. National Institute for Health and Care Excellence Stopping smoking in pregnancy and after childbirth. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/smoking/stopping-smoking-in-pregnancy-and-after-childbirth.pdf>. Published 2019. Accessed January 9, 2019.
108. Cohen G, Jeffery H, Lagercrantz H, Katz-Salamon M. Long-term reprogramming of cardiovascular function in infants of active smokers. *Hypertension*. 2010;55:722–8.
109. Wen X, Shenassa ED, Paradis AD. Maternal smoking, breastfeeding, and risk of childhood overweight: findings from a national cohort. *Matern Child Health J*. 2013;17:746–55.
110. Primo CC, Ruela PB, Brotto LD, Garcia TR, Lima Ede F. Effects of maternal nicotine on breastfeeding infants. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31:392–7.
111. Merritt TA, Mazela J, Adamczak A, Merritt T. The impact of second-hand tobacco smoke exposure on pregnancy outcomes, infant health, and the threat of third-hand smoke exposure to our environment and to our children. *Przegl Lek*. 2012;69:717–20.
112. Catherine Chamberlain, Alison O'Mara-Eves, Jessie Porter, Tim Coleman, Susan M Perlen, James Thomas, Joanne E McKenzie, Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy, *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb; 2017(2): CD001055.
113. Athina Diamanti, Sophia Papadakis, Sotiria Schoretsaniti, Nikoletta Rovina, Victoria Vivilaki, Christina Gratziou, Paraskevi A Katsaounou, Smoking

cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners, *Tob Induc Dis*, 2019 Aug 2;17:57. doi: 10.18332/tid/109906.

114. Cruvinel E, Richter KP, Pollak KI, Ellerbeck E, Nollen NL, Gajewski B, Sullivan-Blum Z, Zhang C, Shergina E, Scheuermann TS., Quitting Smoking before and after Pregnancy: Study Methods and Baseline Data from a Prospective Cohort Study, *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 17;19(16):10170. doi: 10.3390/ijerph191610170.

115. Naughton F., Vaz L.R., Coleman T., Orton S., Bowker K., Leonardi-Bee J., Cooper S., Vanderbloemen L., Sutton S., Ussher M. Interest in and Use of Smoking Cessation Support Across Pregnancy and Postpartum. *Nicotine Tob. Res.* 2020;22:1178–1186. doi: 10.1093/ntr/ntz151.

116. Ioakeimidis N., Vlachopoulos C., Katsi V., Tousoulis D. Smoking cessation strategies in pregnancy: Current concepts and controversies. *Hell. J. Cardiol.* 2019;60:11–15. doi: 10.1016/j.hjc.2018.09.001.

117. Krist A.H., Davidson K.W., Mangione C.M., Barry M.J., Cabana M., Caughey A.B., Donahue K., Doubeni C.A., Epling J.W., Jr., Kubik M., et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;325:265–279. doi: 10.1001/jama.2020.25019.

118. Scheffers-van Schayck T., Tuithof M., Otten R., Engels R., Kleinjan M. Smoking Behavior of Women Before, during, and after Pregnancy: Indicators of Smoking, Quitting, and Relapse. *Eur. Addict. Res.* 2019;25:132–144. doi: 10.1159/000498988.

119. Kroll-Desrosiers A., Holzhauer C.G., Russo L., DeRycke E.C., Kinney R.L., Bastian L.A., Mattocks K.M. Factors Associated With Quitting Smoking During Pregnancy Among Women Veterans. *Womens Health Issues*. 2021;31:408–413. doi: 10.1016/j.whi.2021.04.006.

120. Tim Lancaster, Lindsay F Stead, and Cochrane Tobacco Addiction Group, Individual behavioural counselling for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar; 2017(3): CD001292, doi: 10.1002/14651858.CD001292.pub3

121. Jonathan Livingstone-Banks, Emma Norris, Jamie Hartmann-Boyce, Robert West, Martin Jarvis, Peter Hajek, Relapse prevention interventions for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 2019(2): CD003999. Published online 2019 Feb 13. doi: 10.1002/14651858.CD003999.pub5

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Состав рабочей группы

Для составления клинического руководства по диагностике и лечению табачной зависимости на уровне первичной медико-санитарной помощи была создана мультидисциплинарная рабочая группа из специалистов разного профиля. Создание мультидисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки клинического руководства все заинтересованные стороны, участвующие в обеспечении антенатального ухода, а также позволило исключить конфликт интересов.

Цели и задачи создания руководства

Услуги по прекращению курения являются ключевым элементом комплексного подхода к борьбе против табака, и их важность была подчеркнута ВОЗ в ее последнем докладе о глобальной табачной эпидемии (ВОЗ, 2019 г.).

Цель: повысить знания и навыки врачей всех специальностей по диагностике и лечению табачной зависимости для повышения качества оказания квалифицированной дородовой и послеродовой медицинской помощи беременным с целью сокращения уровня потребления табака и пассивного курения при беременности и кормлении грудью.

Задача: создание и внедрение в общую медицинскую практику стандартизованного подхода по диагностике и лечению табачной зависимости у беременных, которая бы базировалась на принципах доказательной медицины и отражала последние достижения мировой медицинской науки и практики.

Врачи должны знать и владеть следующими навыками:

1. Проведение скрининга всех беременных на активное или пассивное употребление табачных изделий с обязательной регистрацией употребления табака в амбулаторной карточке и КИФе;
2. Предоставление краткого совета по модели «5С» по отказу от табака беременным женщинам, употребляющим табачные изделия;
3. Предоставление информации всем беременным женщинам о вредном воздействии активного и/или пассивного употребления табака на течение беременности, здоровье плода и долгосрочное воздействие на будущее здоровье ребенка;
4. Предоставление углубленной консультации для оказания интенсивной поведенческой поддержки беременной женщине в отказе от табака или мотивационное консультирование по модели «5П»;
5. Предоставление индивидуальных консультаций по отказу от табака членам семьи, употребляющим табачные изделия и/или информации о вредном воздействии активного и пассивного употребления табака на течение беременности, здоровье плода и долгосрочное воздействие на будущее здоровье ребенка и важности создания бездымной среды.

Ожидаемые результаты применения клинического руководства: полученные врачами знания будут способствовать своевременной диагностике табачной зависимости, оказанию квалифицированной медицинской помощи, профилактике пассивного курения, что будет способствовать улучшению перинатальных исходов, снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Целевая группа руководства

Клиническое руководство по диагностике и лечению табачной зависимости у беременных рекомендуется применять у беременных женщин, также у взрослого населения с табачной зависимостью, так как в руководстве изложена базовая информация общая для различных групп пациентов.

Руководство разработано для семейных врачей, врачей стационаров и акушер-гинекологов, также может быть использовано врачами других специальностей и студентами медицинских специальностей.

Разработчики:

Калиева А.Дж	к.м.н., врач пульмонолог	Республиканский центр укрепления здоровья и массовой коммуникации

Медицинские консультанты:

Максутова Э.М.	к.м.н., национальный координатор по ПС, зав ЦПС «брак и семья» НЦОМИД	акушерство, гинекология
Адамалиева А.Б.	заместитель директора ЧОЦСМ	акушерство, гинекология
Кибец Е.А.	к.м.н., доцент. зав. кафедрой акушерства-гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК	акушерство, гинекология
Болотских И.В.	ассистент кафедры акушерства- гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК	акушерство, гинекология
Алтаева А.А	Пациент	
Малабаева А.Д	Пациент	

Мнение разработчиков не зависело от производителей лекарственных средств и медицинской техники. Разработчики и медицинские консультанты подписали документ об отсутствии конфликта интересов.

Медицинские рецензенты:

Бримкулов Н.Н.	д.м.н., профессор, зав. кафедры постдипломной семейной медицины КГМА	Внутренний рецензент
Сыдыкова С.	к.м.н., доцент кафедры семейной медицины КГМА	Внутренний рецензент
		Внешний рецензент

Методологическая экспертная поддержка

Матоморова А.А.	Зав. отделом доказательной медицины и медицинских технологий Центра развития здравоохранения при МЗ КР
-----------------	--

Процесс обсуждения клинического руководства

24 января, 1 февраля, 16 февраля, 22 марта 2023 года были проведены расширенные заседания с РГ по обсуждению клинического содержания руководства.

8 февраля 2023 года было проведено обсуждение клинического руководства со всеми медицинскими консультантами руководства: Кибец Е.А, Болотских И.В., Адамалиева А.Б. Полученные комментарии были внесены в руководство.

12 марта 2023 г. модель «5С» была обсуждена с пациенткой Алтаевой А.

13 марта 2023 г. модель «5П» была обсуждена с пациенткой Малабаевой А. Полученные рекомендации были приняты и внесены в документ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Шкала уровней доказательности

Клиническое руководство по табачной зависимости разработано по результатам систематического поиска и оценки информации специальной литературы с фокусированием данных на исходах наиболее важных для матери и ребенка. Методологическая оценка проводилась по каждому исследованию, с указанием уровня доказательности по шкале GRADE:

Уровень доказательств		Пояснение
А	Высокий	Есть большая уверенность в том, что истинный эффект близок к предполагаемому. Дальнейшие

	(++++)	исследования вряд ли изменят уверенность в эффекте (несколько качественных исследований с последовательными результатами или в отдельных случаях одно крупное высококачественное многоцентровое исследование)
B	Средний (+++0)	Существует умеренная уверенность в оценке эффекта: истинный эффект, вероятно, будет близок к предполагаемому, но есть вероятность, что он существенно отличается (одно крупное высококачественное исследование или несколько с методологическими ограничениями)
C	Низкий (++00)	В оценочном эффекте имеется ограниченный эффект: истинный эффект может существенно отличаться от оцененного (несколько исследований с существенными методологическими ограничениями)
D	Очень низкий (+000)	Уверенность в оценке эффекта очень мала: истинный эффект, вероятно, будет существенно отличаться от предполагаемого (экспертные мнения, нет прямых доказательств, исследования с существенными методологическими ограничениями)

Силу рекомендаций определяли в соответствии с уровнем доказательности, с учетом соотношения прогнозируемых положительных результатов и рисков, степени сложности предполагаемого вмешательства, настроения пациента и предполагаемых финансовых затрат на диагностику и лечение:

Сильная рекомендация: Преимущества доказано перевешивают риски и степень сложности вмешательства или наоборот. Обычно формулируются как «мы рекомендуем...».

Слабая рекомендация: Преимущества не могут быть определены или уравниваются с рисками и степенью сложности вмешательства. Обычно формулируются как «мы предлагаем...».

Там, где доказательств не хватало, мы давали практические советы в форме «**Рекомендация лучшей практики**» (РЛП).

Стратегия поиска

В мировой практике разработано и внедрено достаточное количество клинических руководств, содержащих рекомендации, имеющих строгую научную базу. Поэтому рабочей группой по разработке данного руководства

было принято решение о создании адаптированного к условиям практики различных звеньев здравоохранения Кыргызской Республики клинического руководства на основе уже существующих руководств и международных консенсусов высокого методологического качества, основанных на принципах доказательной медицины.

Проанализированная специальная литература включала национальные и международные руководства и ссылки по теме «диагностики и лечение табачной зависимости». Поиск руководств проводился в национальных и международных реестрах клинических руководств с использованием электронных баз данных в сети Интернет:

World Health Organization	https://www.who.int/
World Health Organization. (2013). WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. World Health Organization.	https://apps.who.int/iris/handle/10665/94555
The European Network for Prevention of Smoking	https://ensp.network/2020-guidelines-english-edition/
A Guide for UK Healthcare Professionals	https://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/55/12/987.full.pdf
US Public Health Services	Am J Prev Med.35(2): 158–176.
USA Final Recommendation Statement “Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions”	https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions
American Thoracic Society	Am J Respir Crit Care Med. 2020 Jul 15; 10.1164/rccm.202005-1982ST
The National Irish Guide	https://www.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines/
New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking Update	https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking-update
Royal College of Australia	https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-

	guidelines/supporting-smoking-cessation
American Family Physician “Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: Recommendation Statement” Summary of Recommendations and Evidence	https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0515/od1.html

Приоритет был отдан международным руководствам, рандомизированным контролируемым испытаниям (РКИ) и систематическим обзорам. Поиск клинических рекомендаций и доказательств по данной теме проводился в электронной базе данных Кокрановской библиотеки и PubMed по выбранным критериям и охватывал период с 2000 по декабрь 2022.

Ключевые поисковые слова:

Значимые клинические исходы для матери: смертельные исходы (death); серьезные осложнения, органные осложнения (major end-organ complications); отслойка плаценты (placental abruption); преждевременные роды (preterm delivery); неблагоприятные последствия фармакологической терапии или других вмешательств для матери (maternal adverse effects of drug therapies or other interventions); краткосрочные и долгосрочные риски для здоровья (short- and long-term health).

Значимые клинические исходы для детей: перинатальная смертность (perinatal death), мертворождение и неонатальная смерть (stillbirth and neonatal death); низкий вес при рождении (stillbirth and neonatal death); значимые неонатальные заболевания (serious neonatal morbidity); краткосрочные и долгосрочные риски для здоровья детей и развития нервной системы (short- and long-term paediatric health and neurodevelopment).

В результате проведенного поиска при помощи оценочного инструмента AGREE-II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) было отобрано 8 документов, которые явились основой для дальнейшего анализа и адаптации.

Конфликт интересов

Данное руководство было разработано при финансировании Европейского бюро ВОЗ.

Конфликт интересов у разработчиков данного клинического руководства отсутствовал.

Никто из членов мультидисциплинарной группы не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими

компаниями или другими организациями, имеющими отношение к табачной продукции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Листовка №1 «Краткосрочные и долгосрочные выгоды отказа от табака»

Краткосрочные выгоды

- Через 20 минут, возвращаются к норме артериальное давление и пульс.
- Через 8 часов, возвращаются к норме уровни окиси углерода и кислорода в крови.
- Через 24 часа угарный газ выводится из организма; легкие начинают очищаться от слизи и загрязнений, вызванных курением; снижается риск сердечного приступа.
- Через 48 часов в организме не остается никотина; нервные окончания начинают снова расти; а также улучшаются обоняние и вкусовые ощущения.

Долгосрочные выгоды

- Улучшение дыхания.
- Увеличение физической энергии.
- Улучшение цвета кожи.
- Снижение рисков заболеваний, связанных с табаком, таких как:
 - Рак легкого,
 - Эмфизема,
 - Хроническая обструктивная болезнь легких,
 - Внезапная смерть от сердечного приступа.

Листовка №2 «Образец плана по преодолению препятствий/барьеров при отказе от табака в помощь медицинскому работнику для совместной разработки с пациентом»

Данный план является примерным образцом для разработки «индивидуального плана преодоления препятствий/барьеров» для каждого пациента, желающего отказаться от табака

Определите действия, места, эмоции и другие ситуации, которые могут представлять для Вас риск/препятствие в отказе от табака
--

Рискованная ситуация/препятствие	Действия, которые помогут преодолеть препятствие	Примечание
Встреча друзей	Отказ от встречи на период отказа от табака	Помните, что период отказа от табака занимает не более 2- 4 недель
Стрессовая ситуация	Пойти в туалет (комнату для отдыха, на улицу) чтобы покричать или выполнить физическую нагрузку или другие виды мероприятий	Помните, что употребление табака не изменит стрессовую ситуацию, оно только продолжит разрушение Вашего здоровья
После плотного обеда или ужина	Попросить родных готовить менее калорийные, легко усвояемые блюда, богатые витаминами и клетчаткой. Добавить в рацион больше овощей и фруктов.	
Прием алкоголя	На данный период отказаться от приема алкоголя	
Утренняя сигарета (табачная продукция)	Внедрить другой утренний ритуал, вызывающий приятные эмоции	
.....

Листовка №3 «Дневник употребления табака»

Человеку, отказывающемуся от табака, очень важно заполнять дневник употребления табака для того, чтобы разобраться в значении употребления табака для самого себя.

В графе значение важно оценить в цифровом эквиваленте необходимость данной сигареты/вейпа/насвая/кальяна. Указывается:

- цифра 3, если употребление табака было необходимо (очень значимо для пациента);

- цифра 2, если употребление было не совсем необходимо, но важно (средняя значимость);
- цифра 1, если употребление было необязательно (не значимо)

№	Время употребления табака	Место	Эмоции	Значение
1	8.00	Дома, после завтрака	Комфорт	1
2	8.30	В машине, по привычке	Нет эмоций	3
3	9.00	На работе, коллеги пригласили на перекур	Нет эмоций	2
4	10.00	На работе, стрессовая ситуация	Облегчение	1
...

Результат:

1. Осознание того, что употребление табака не столь необходимо;
2. Получение информации о том какие ТРИГГЕРЫ поведения важно изменить у данного конкретного человека;
3. Использование полученной информации для выработки плана отказа от табака.

Листовка №4 Составление мотивационного списка с помощью таблицы «Плюсы и минусы»

Каждый пациент составляет свой индивидуальный список

Употребление табака	Отказ от табака
<p>Плюсы употребления табака</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снятие стресса (помните, что употребление табака не изменяет стрессовую ситуацию, оно только продолжает разрушение Вашего здоровья) • Улучшение настроения (настроение можно повесить другими безопасными способами) 	<p>Плюсы отказа от табака</p> <ul style="list-style-type: none"> • Здоровый сон • Здоровая беременность • Контроль сахара крови • Нормализация артериального давления • ... (здесь должно быть много причин)

<ul style="list-style-type: none"> • Контроль веса (контролировать вес нужно безопасными методами) 	
<p>Минусы употребления табака</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сахарный диабет • Бронхиальная астма • Гипертоническая болезнь • Инсульт • Раннее старение, сухость кожи и др. • ... (здесь должно быть много минусов) 	<p>Минусы отказа от табака</p> <ul style="list-style-type: none"> • Их нет

Листовка №5 «Оценка причин употребления табака»

Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу и пациенту выделить причины, стимулирующие пациента к употреблению табака, что позволит спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от табака.

Оценка проводится с помощью анализа ответов на вопросы:

Вопрос	Варианты ответов: Всегда (5), часто (4), время от времени (3), редко (2), никогда (1)
А. Я употребляю табак (сигареты/вейп/насвай/кальян), чтобы оставаться бодрым	
Б. Я получаю удовольствие в процессе употребления табака от того, что держу табак в руках	
В. Употребление табака является приятным и расслабляющим	
Г. Я употребляю табак, когда злюсь на кого-нибудь	

Д. Когда у меня заканчивается табак, я не успокоюсь, пока не смогу купить	
Е. Я употребляю табак автоматически, даже не осознавая этого	
Ж. Я употребляю табак для стимуляции, чтобы взбодриться	
З. Часть удовольствия от употребления табака составляют действия, выполняемые при употреблении	
И. Я нахожу употребление табака приятным	
К. Я употребляю табак, когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а)	
Л. Когда я не употребляю табак, я очень четко осознаю этот факт	
М. Я закуриваю сигарету неосознанно, когда предыдущая еще не потухла в пепельнице (в случае вейпа, кальяна, насвая выбираем оценку 1)	
Н. Я употребляю табак, чтобы почувствовать воодушевление, подъем	
О. Когда я употребляю табак, часть удовольствия я получаю от вида выдыхаемого дыма (в случае насвая выбираем оценку 1)	
П. Больше всего употребить табак мне хочется, когда я чувствую себя комфортно и расслабленно	
Р. Когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог, я употребляю табак	
С. Я испытываю непреодолимое желание употребить табак, если не употребляю некоторое время	
Т. Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарета/вейп/насвай и не помню, как я закурил(а)/положил в рот (в случае кальяна выбираем оценку 1)	

По сумме баллов Медицинский работник (МР) определяет преобладающую причину, стимулирующую к употреблению табака:

1. Желание получить стимулирующий эффект от употребления: А+Ж+Н
2. Потребность манипулировать сигаретой/вейпом/кальяном: Б+З+О
3. Желание получить расслабляющий эффект: В+И+П

4. Использование табака, как поддержка при нервном напряжении: Г+К+Р
5. Существует сильное желание употребить (психологическая зависимость): Д+Л+С
6. Привычка: Е+М+Т

Сумма баллов может варьировать от 3 до 15:

1. Причина, имеющая слабое стимулирующее влияние – до 6 баллов.
2. Причина, имеющая среднее стимулирующее влияние – 7–10 баллов.
3. Причина, имеющая сильное стимулирующее влияние – 11 баллов и выше.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ПАМЯТКА №1 «ПЛАН ОТКАЗА от табака»

ШАГ первый

1. Создать список аргументов для отказа от табака (мотивационный список). Перечитывайте список при возникновении желания употребить табак.
2. Вести дневник употребления табака до «дня отказа от табака», регистрировать каждую выкуренную сигарету/насвай/вейп. Каждый раз, закуривая, записывать время, обстоятельства и значимость данной сигареты/насвая/вейпа/кальяна для меня. Каждый вечер анализировать записи в дневнике (когда и почему Я употребляю и так ли это мне необходимо?). Во-первых, я разберусь, в каких ситуациях возникает тяга. Знания помогут мне при отказе от табака, будет легче преодолеть препятствия/трудности в отказе от табака. Во-вторых, перестану употреблять автоматически и, следовательно, уменьшу количество выкуренных сигарет/насвая/вейпа/кальяна.
3. Начиная с сегодняшнего дня до «Дня отказа от табака», пачку сигарет/насвая/вейп оберну листком бумаги и перетяну резинкой. Это поможет мне курить сигареты/насвай/вейп меньше. Я не буду механически употреблять, не отдавая себе в этом отчета.
4. Сделать употребление табака затруднительным, убрать из дома/рабочего места все сигареты и пепельницы. Покупать только одну пачку сигарет. Вместо зажигалки использовать спички. Поменять сорт сигарет, переходя на менее приятные.
5. Выкуривать сигарету/насвай/вейп не сразу, а приучить себя выждать 10-15 минут. Что может мне помочь: прохладная вода (выпить стакан воды), свежий воздух и движение (пройтись несколько минут быстрым шагом), съесть яблоко или морковь, или огурец, или капусту, занять чем-нибудь руки (рисование или другое хобби).
6. Изменить манеру. Например, вместо курения сидя, курить стоя; держать сигарету в неудобном положении, класть насвай в недоступные карманы. Избегать ситуаций, которые обычно вынуждают меня употребить табак. В привычных для курения местах (например, рабочее место, автомобиль), стараться не курить.
7. Научиться расслабляться (сесть, расслабиться и сосредоточиться на чем-то успокаивающем; например, представить легкий шум листвы, прибоя и др.)

ШАГ ВТОРОЙ

1. **Определить дату отказа от табака.**

2. **За день до отказа от табака:**

* Сообщить родным и друзьям о решении бросить табак, чтобы они поддержали меня. (Хорошо, бросать совместно с кем-нибудь из родных – легче преодолевать трудные моменты).

* Попросить кого-нибудь быть завтра помощником – чтобы поговорить, когда будет трудно. Попросить не предлагать употреблять и не упоминать о табаке.

* Сделайте покупки, под рукой должно быть все, что может заменить сигареты/насвай/вейп. Например, купить фрукты, несладкую жевательную резинку, фруктовые соки, овощи (морковь, черешня, петрушка, сельдерей, яблоки и др.)

* Убрать из дома/работы все пепельницы, спички и зажигалки. Выбросить все оставшиеся сигареты/вейп/насвай.

* Продумать чем занять себя в день отказа от табака. Он должен быть непривычный и без стрессов, в окружении некурящих людей.

ШАГ ТРЕТИЙ – ДЕНЬ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ!

1. С сегодняшнего дня я независимый человек!

2. Занять себя приятным делом!

3. Больше двигаться!

4. Чаще кушать легкую пищу, салаты, пить воду, соки. Чувство голода можно принять за желание закурить.

5. Нельзя пить чай, кофе, алкоголь. Нельзя острую, соленую, жаренную и очень калорийную пищу.

6. Нужно держаться подальше от курящих людей и запахов сигарет/вейпа/кальян, кофе.

7. Больше спать и исключить стрессовые ситуации.

ПАМЯТКА №2 «Советы при прекращении потребления табака»

Данная памятка поможет пациенту в период отказа от потребления табачной продукции

1. Синдром отмены от табака:

Как будет реагировать Ваш организм на отказ от табака – неизвестно. Не исключено, что Вы относитесь к числу тех счастливцев, которые бросив употреблять табак, не испытаете никаких ощущений. Возможно, Вы почувствуете какой-то дискомфорт, например, у Вас может появиться кашель, или Вы почувствуете беспокойство, раздражение (тогда погуляйте), или сонливость (тогда спите), или голод (тогда ешьте – особенно фрукты и овощи), боль в теле. Не беспокойтесь, это продлится всего несколько дней. По мере того, как организм будет привыкать обходиться без никотина, этот дискомфорт пройдет, а тяга через неделю ослабеет, и будет возникать все реже.

Первую неделю без табака временами Вам будет нелегко, но Вы должны постараться так организовать свою жизнь, чтобы отказ от табака прошел как можно легче.

2. В конце недели порауйте себя: **купите себе подарок** на сэкономленные от покупки сигарет/насвая/вейпа деньги - Вы его заработали!

3. Помните: с того самого момента, как Вы бросили табак, Вы становитесь здоровее и, как никогда раньше, можете рассчитывать на качественную и долгую жизнь.

4. Когда у Вас появится тяга:

- * Пожуйте что-нибудь низкокалорийное: морковь, стебли сельдерея, несладкую жевательную резинку.

- * Поделитесь своим самочувствием с Вашими родными и друзьями.

- * Сядьте, расслабьте все мышцы, пусть тело станет вялым. Мысленно сосредоточьтесь на чем-то, что вселяет покой.

- * Глубоко подышите в течение нескольких минут, или пойте, или выпейте стакан воды или сока.

- * Полощите рот эликсиром, почистите зубы, примите душ.

- * Походите быстрым шагом, или потанцуйте.

- * Вздремните.

- * Займитесь чем-нибудь, например, составьте план, чем заняться после обеда, чтобы сразу встать из-за стола и отвлечь себя.

- * Постарайтесь сделать «День отказа от табака» приятным (устройте пикник у воды или в лесу).

- * Проведите больше времени там, где курить нельзя.

Заранее подумайте, что нужно сделать, чтобы не попасть в стрессовую ситуацию.

* Когда очень захочется употребить табак, напомните своему организму, что теперь им командуете Вы, а не сигареты/насвай/вейп/кальян.

5. Чтобы снова не оказаться в плену сигарет/насвая/вейпа придерживайтесь стратегии предупреждения рисков/трудностей.

6. Прошедшая неделя была для Вас не самая легкая в жизни, но теперь она позади и Вам никогда уже не придется проделывать мучительную процедуру отказа от табака заново. С каждым днем будет обходиться без табака легче, но нужно все время быть начеку. Вероятно, время от времени тяга к табаку будет давать о себе знать. Держитесь. Пройдет еще немного времени, и Вы заметите, что мысли о табаке посещают Вас все реже и быстро исчезают. И тогда у Вас возникнет ощущение, что привычка полностью побеждена. Вы можете почувствовать такую уверенность в себе, что скажете: «А выкурю-ка я одну сигарету!» **Остановитесь!** Еще не один месяц Вам нужно будет остерегаться таких мыслей. Вы не должны вновь попасть в плен сигарет/вейпа/насвая/кальяна.

Поэтому:

* Остерегайтесь курящих знакомых. Лишний раз напомните своим знакомым, что Вы бросили табак.

* Избегайте компании, где курят, особенно застолья с алкоголем.

* Будьте особенно осторожны в минуту нервного напряжения. Если таких ситуаций не удастся избежать, то приготовьтесь к ним. Скажите себе: «Вероятно, я буду нервничать, но курить я не стану».

* Если у Вас все-таки появляется тяга к табаку, засекайте время. Вероятно, оно долго не продлится. С течением времени тяга будет возникать все реже и проходить быстрее.

* Если Вы боитесь прибавить в весе, начните снижать калорийность своего рациона и больше двигайтесь. Самое трудное теперь позади, поэтому Вам не надо весь день есть.

* Если Вы все же выкурили сигарету/насвай/вейп/кальян постарайтесь забыть об этом. Не паникуйте. Начните следующий день с осознанием, что Вы уже давно бросили табак. Не думайте, что однажды допущенный промах заставляет Вас вернуться к прежней привычке.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5.

4.3 Алгоритм ведения женщин во время беременности согласно модели «5С»

