

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

doi : 10.52485/19986173_2025_1_3

УДК: 616.24-002.2:613.84

^{1,2}Аксенова Т.А., ¹Цыремпилов Д.Д., ^{1,2}Царенок С.Ю.,¹Горбунов В.В., ¹Щербак В.А., ²Лисовая Н.Л., ²Макавеева О.Н.**МОТИВАЦИЯ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ КУРЕНИЯ**¹ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения РФ, 672000, Россия, г. Чита, ул. Горького, 39а;² ЧУЗ Клиническая больница «РЖД-Медицина города Чита»,
672039, Россия, г. Чита, ул. Ленина, 4

Цель исследования: оценить мотивацию к отказу от табакокурения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от показателей интенсивности курения и клинической картины заболевания.

Методы и материалы. В исследование включено 100 больных в возрасте от 36 лет до 81 года (62,0 [53,0; 69,0] лет). Проведено анкетирование по тесту Д. Хорна для определения типа курительного поведения (ТКП), тесту Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости (СНЗ); опрос для определения мотивации к отказу от курения по анкете Прохаска. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ «Statistica» 10, использованы методы непараметрической статистики.

Результаты. Все пациенты с ХОБЛ являлись курильщиками табака: 69 человек курили в настоящее время (группа 1), 31 респондент курил в прошлом (группа 2), на момент обследования срок отказа от курения составил 1,5 года и более. Группы не различались по возрасту, стажу и индексу курения, длительности ХОБЛ, выраженности одышки по шкале mMRC и постбронходилатационным значениям ОФВ1. САТ тест в группе 1 составил 25,0 [20,0; 30,0] баллов, в группе 2 – 21,0 [16,0; 30,0] балла, $p = 0,03$. Преобладающим ТКП был тип «Расслабление», выявленный в 46,38% и 58,06% соответственно. У бросивших курить анамнестически чаще встречалась очень слабая СНЗ и не встречалась слабая и высокая СНЗ. В среднем выраженность СНЗ у отказавшихся от курения составила $2,19 \pm 2,46$ балла, у продолжающих курение – $5,13 \pm 2,43$ балла, $p = 0,00002$. Среди продолжающих курить отсутствие мотивации к отказу от курения выявлено у 31 человек (44,92%), низкая мотивация – у 10 человек (14,49%), высокая – у 28 человек (40,57%). У всех курящих пациентов с очень слабой СНЗ имелась сильная мотивация к отказу от курения, напротив, у большинства пациентов с очень высокой СНЗ (14 чел, 93,3%) выявлено отсутствие мотивации к отказу от курения. При средней СНЗ более половины пациентов имели высокую мотивацию к отказу от курения. Мотивация к отказу от курения не зависела от возраста, пола, класса ХОБЛ и типа курительного поведения.

Заключение: 69% пациентов с ХОБЛ продолжают табакокурение, данная группа имеет более высокую СНЗ и большую выраженность респираторных симптомов, по сравнению с прекратившими курение. У продолжающих курить отсутствие мотивации к отказу от курения выявлено в 44,92%, низкая мотивация – в 14,49%, высокая мотивация – в 40,57%. Мотивация к отказу от курения была ниже у пациентов с высокой СНЗ.

Ключевые слова: табакокурение, хроническая обструктивная болезнь легких, мотивация к отказу от курения, степень никотиновой зависимости, типы курительного поведения

^{1,2} Aksenova T.A., ¹Tsyrempilov D.D., ^{1,2}Tsarenok S.Yu., ¹Gorbunov V.V.,¹Shcherbak V.A., ²Lisovaya N.L., ²Makaveeva O.N.**SMOKING CESSATION MOTIVATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE DEPENDING ON THE INTENSITY OF SMOKING**¹ *Chita State Medical Academy, 39a Gorky st., Russia, Chita, 672000;*² *Clinical hospital «Russian Railways Medicine», 4 Lenin st., Russia, Chita, 672039*

Objective: to assess smoking cessation motivation in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) depending on the intensity of smoking and the clinical picture of the disease.

Materials and methods. The study included 100 patients aged 36 to 81 years (62,0 [53,0; 69,0] years). A questionnaire was administered using the Horn test to determine the type of smoking behavior (HST), the Fagerstrom test to determine the degree of nicotine dependence (DND); and determination of smoking cessation using the Prohaska questionnaire. Statistical processing was performed using the Statistica 10 software package, using nonparametric statistics methods.

Results: All patients with COPD were tobacco smokers: 69 people were current smokers (group 1), 31 respondents were former smokers (group 2), and at the time of the examination, the period of smoking cessation was 1,5 years or more. The groups did not differ in age, duration of the smoking history and smoking index, COPD duration, dyspnea severity according to the mMRC scale, and post-bronchodilation FEV1. The SAT test in group 1 was 25,0 [20,0; 30,0] points, in group 2 – 21,0 [16,0; 30,0] points, $p = 0,03$. The predominant type of smoking behavior in both groups was the “Relaxation” type, detected in 46,38% and 58,06 %, respectively. Former smokers had a history of very weak degree of nicotine dependence more often and did not have weak or high degree of nicotine dependence. Degree of nicotine dependence in former smokers was $2,19 \pm 2,46$ points, in current smokers – $5,13 \pm 2,43$ points, $p = 0,00002$. Current smokers had not smoking cessation motivation in 44,92%, low motivation in 14,49%, high motivation in 40,57%. All smoking patients with very low degree of nicotine dependence had a strong smoking cessation motivation. Opposite, the majority of patients with very high degree of nicotine dependence (14 patients, 93.3%) showed no smoking cessation motivation. More than half of the patients with medium degree of nicotine dependence had higher smoking cessation motivation. Smoking cessation motivation did not depend on age, gender, COPD class and type of smoking behavior.

Conclusion: 69% of patients with COPD are current smokers, this group has a higher degree of nicotine dependence and greater severity of respiratory symptoms, compared with former smokers. Current smokers had not smoking cessation motivation in 44.92%, low motivation in 14.49%, high motivation in 40.57%. Smoking cessation motivation was lower in patients with high degree of nicotine dependence.

Keywords: smoking, chronic obstructive pulmonary disease, smoking cessation motivation, degree of nicotine dependence, types of smoking behavior

Введение.

Распространенность хронических заболеваний органов дыхания продолжает оставаться высокой в мире и нашей стране, при этом лидирующие позиции занимает хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Известно, что развитие ХОБЛ напрямую связано с воздействием вдыхаемых твердых частиц, таких как сигаретный дым и загрязняющие воздух вещества, в сочетании с генетическими, возрастными и социальными факторами, однако курение продолжает оставаться ведущим фактором возникновения и прогрессирования ХОБЛ [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, за предыдущие годы число курящих составляет 1,25 миллиарда человек. Установлено, что из-за табакокурения преждевременно умирает около 8 миллионов человек в год, это ставит его на третье место среди факторов, влияющих на преждевременную смертность населения [2].

Еще в начале 21 века в ставших классикой клинических исследованиях было убедительно продемонстрировано, что табакокурильщики демонстрируют более высокие годовые темпы снижения объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) и более высокий уровень

смертности от ХОБЛ в сравнении с некурящими [3]. Последующие наблюдения подтвердили пагубное влияние табачного дыма и загрязнения окружающей среды на легочную функцию [4]. Однако, несмотря на угрожающее жизни заболевание, порой больные не хотят бросить курить и не соблюдают рекомендации врачей. В связи с этим возникает необходимость изучения мотивации к отказу от курения у пациентов с ХОБЛ для перспективы разработки эффективных стратегий профилактики и лечения этого заболевания.

Цель исследования: оценить мотивацию к отказу от табакокурения у пациентов с ХОБЛ в зависимости от показателей интенсивности курения и клинической картины заболевания.

Методы и материалы. В исследование включено 100 больных ХОБЛ в возрасте от 36 лет до 81 года (62,0 [53,0; 69,0] лет). Критерии включения: диагноз ХОБЛ, выставленный согласно GOLD, 2023, наличие анамнеза курения в настоящее время или в прошлом. Анализировались особенности клинической картины заболевания, стаж курения в годах, индекс курения (ИК) по формуле: стаж курения (годы) $\times$ количество выкуриваемых в сутки сигарет/20; тест САТ, шкала mMRC. Функция внешнего дыхания исследовалась на спирографе LF-501, (США), в соответствии с рекомендациями Европейского респираторного общества, проводился бронходилатационный тест с 400 мкг сальбутамола, приведены постбронходилатационные показатели объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1).

Всем респондентам проведено анкетирование по тесту Д. Хорна для определения типа курительного поведения (ТКП), тесту Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости (СНЗ). Опрос для определения мотивации к отказу от курения по анкете Прохаска проведен у продолжающих курить [5].

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ «Statistica» 10, при непараметрическом распределении результаты представлены как медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й перцентили), при нормальном распределении – как среднее и стандартное отклонение ($M \pm \sigma$); для анализа применялись U-критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 -квадрат, с поправкой поправка Йейтса на непрерывность, в случае симметричного распределения – Т-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при значениях двустороннего $p < 0,05$. Корреляционный анализ выполнен с использованием гамма-корреляции учитывая сравнение количественного и качественного признаков либо двух качественных признаков.

Результаты. Все пациенты с ХОБЛ являлись курильщиками табака: 69 человек курили в настоящее время, 31 респондент курил в прошлом, на момент обследования срок отказа от курения составил 1,5 года и более. В зависимости от статуса курения в настоящее время пациенты разделены на группы: продолжающие курить (группа 1) и группу отказавшихся от курения (бросившие курить; группа 2). Клиническая характеристика групп приведена в таблице 1

Таблица 1.

Клиническая характеристика пациентов с ХОБЛ

Признак	Продолжающие курить (группа 1, n = 69)	Бросившие курить (группа 2, n = 31)	p
Возраст, годы	60,0 [52,0; 70,0]	63,0 [55,0; 67,0]	0,87
Мужчины /женщины (человек; %)	40 человек / 29 человек 57,97% / 42,02%	12 человек / 19 человек 38,71% / 62,29 %	0,07
Стаж курения, годы	20,0 [10,0; 40,0]	20,0 [10,0; 35,0]	0,41
Индекс курения, пачка/лет	15,0 [5,0; 25,0]	13,0 [5,0; 26,0]	0,8
САТ, баллы	25,0 [20,0; 30,0]	21,0 [16,0; 30,0]	0,03
mMRC, баллы	3,0 [2,0; 3,0]	3,0 [1,0; 3,0]	0,56
ОФВ ₁ , % от должных значений	56,0 [34,0; 67,0]	66,0 [49,0; 69,0]	0,07
Длительность ХОБЛ, годы	3,0 [1,0; 6,0]	3,0 [1,0; 5,0]	0,34
Класс А / Класс В / класс Е, человек	10 человек / 41 человек / 18 человек	9 человек / 18 человек / 4 человека	χ^2 недостоверно

Исходя из данных таблицы 1, пациенты 1 и 2 групп не различались по возрасту, стажу и индексу курения, длительности ХОБЛ, выраженности одышки по шкале mMRC и постбронходилатационным значениям ОФВ₁. Число пациентов с различными классами ХОБЛ, диагностированными в соответствии с GOLD 2023, в группах было сопоставимым. Согласно САТ-тесту, ХОБЛ оказывала сильное влияние на жизнь пациентов обеих групп, однако выраженность респираторных симптомов была меньше в группе бросивших курить ($p = 0,03$).



Рис. 1 Типы курительного поведения, человек

Как видно из рисунка 1, у курящих в настоящее время и бросивших курить преобладающим типом курительного поведения был тип «Расслабление», выявленный в 46,38% и 58,06% соответственно. Второй по частоте встречаемости в обеих группах был тип «Поддержка», в группе 1 он отмечен у 27,53% респондентов, в группе 2 – в 19,38%. ТКП «Жажда» у курящих выявлялся в 14,49%, «Рефлекс» – в 11,59%, у сумевших отказаться от табакокурения данные ТКП выявлены в 12,9% и 9,67% случаев соответственно. Таким образом, распределение ТКП у продолжающих и бросивших курить пациентов ХОБЛ было сопоставимым.

СНЗ по тесту Фагерстрема определена у всех включённых в исследование, согласно рекомендациям пациенты, прекратившие курение, при ответах воссоздавали ситуацию на момент перед полным отказом от табакокурения [5], данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема

Степень никотиновой зависимости	Продолжающие курить (группа 1, n = 69)	Бросившие курить (группа 2, n = 31)	Достоверность различий
Очень слабая (0-2 балла)	12 человек / 17,39%	21 человек / 67,74%	$\chi^2 = 20,6$; $p = 0,0001$
Слабая (3-4 балла)	14 человек / 20,29%	0	$\chi^2 = 3,85$; $p = 0,049$
Средняя (5 баллов)	21 человек / 30,43%	5 человек / 16,13%	$\chi^2 = 0,39$; $p = 0,06$
Высокая (6-7 баллов)	7 человек / 10,14%	0	$\chi^2 = 8,4$; $p = 0,038$
Очень высокая (8-10 баллов)	15 человек / 21,70%	5 человек / 16,13%	$\chi^2 = 0,86$; $p = 0,35$

У бросивших курить анамнестически чаще встречалась очень слабая СНЗ и не встречалась слабая и высокая СНЗ. В среднем выраженность СНЗ у отказавшихся от курения составила $2,19 \pm 2,46$ балла, у продолжающих курение – $5,13 \pm 2,43$ балла, $p = 0,00002$. Выявлена корреляционная взаимосвязь между СНЗ и фактом отказа от курения ($\gamma = -0,58$, $p = 0,000001$).

Среди продолжающих курить, по тесту Прохаска, отсутствие мотивации к отказу от курения выявлено у 31 человек (44,92%, подгруппа А), низкая мотивация – у 10 человек (14,49%, подгруппа В),

высокая – у 28 человек (40,57%, подгруппа С), клиническая характеристика пациентов в зависимости от мотивации к отказу от курения приведена в таблице 3

Таблица 3

**Клиническая характеристика продолжающих курить пациентов
в зависимости от мотивации к отказу от курения**

Признак	Отсутствие мотивации (n = 31, подгруппа А)	Низкая мотивация (n = 10, подгруппа В)	Высокая мотивация (n = 28, подгруппа С)	Достоверность различий
Возраст, годы	62,0 [53,0; 70,0]	63,0 [45,0; 72,0]	58,0 [45,5; 70,0]	$p_{A-B} = 0,98$ $p_{A-C} = 0,55$ $p_{B-C} = 0,65$
Мужчины /женщины (человек; %)	20 человек (64,5%) / 11 человек (35,5%)	7 человека (70%) / 3 человека (30%)	14 человек (50%) / 14 человек (50%)	$p_{A-B} = 0,58$ $p_{A-C} = 0,60$ $p_{B-C} = 0,36$
Стаж курения, годы	30,0 [15,0; 40,0]	30,0 [20,0; 48,0]	16,5 [7,5; 34,0]	$p_{A-B} = 0,51$ $p_{A-C} = 0,06$ $p_{B-C} = 0,08$
Индекс курения, пачка/лет	15,0 [10,0; 25,0]	20,0 [15,0; 40,0]	10,0 [4,25; 22,5]	$p_{A-B} = 0,20$ $p_{A-C} = 0,14$ $p_{B-C} = 0,08$
CAT, баллы	27,0 [21,0; 30,0]	27,0 [25,0; 30,0]	24,0 [20,0; 29,0]	$p_{A-B} = 0,82$ $p_{A-C} = 0,28$ $p_{B-C} = 0,46$
mMRC, баллы	3,0 [3,0; 3,0]	2,5 [2,0; 4,0]	2,0 [2,0; 3,0]	$p_{A-B} = 0,73$ $p_{A-C} = 0,033$ $p_{B-C} = 0,46$
ОФВ ₁ , % от должных значений	57,0 [30,0; 68,0]	49,5 [30,0; 57,0]	57,0 [34,5; 68,0]	$p_{A-B} = 0,46$ $p_{A-C} = 0,87$ $p_{B-C} =$
Длительность ХОБЛ, годы	5,0 [2,0; 7,0]	2,5 [1,0; 5,0]	3,0 [1,0; 6,0]	$p_{A-B} = 0,21$ $p_{A-C} = 0,26$ $p_{B-C} = 0,63$
Класс А/ Класс В/ класс Е, человек	4 человека (12,9%) / 19 человек (61,3%) / 8 человек (25,8%)	2 человека (20%) / 5 человек (50%) / 3 человека (30%)	4 человека (14,3%) / 17 человек (60,7%) / 7 человек (25%)	χ^2 недостоверно

p_{A-B} – достоверность различий между пациентами с отсутствием мотивации к отказу от курения (подгруппа А) и пациентами с низкой мотивацией к отказу от курения (подгруппа В)

p_{A-C} – достоверность различий между пациентами с отсутствием мотивации к отказу от курения (подгруппа А) и пациентами с высокой мотивацией к отказу от курения (подгруппа С)

p_{B-C} – достоверность различий между пациентами низкой мотивацией к отказу от курения (подгруппа В) и пациентами с высокой мотивацией к отказу от курения (подгруппа С)

Как видно из таблицы 3, пациенты с различной мотивацией к отказу от курения не различались по гендерному и возрастному составу, результатам опросника CAT и постбронходилатационного теста, классу ХОБЛ. Показатели интенсивности курения также не продемонстрировали значимых различий, что, на наш взгляд, обусловлено значительным разбросом фактических значений. Так, в подгруппе С (высокая мотивация к отказу от курения) стаж курения колебался от 2 до 56 лет ($20,9 \pm 16,3$), ИК – от 2 до 76 пачка/лет ($16,9 \pm 18,6$); в подгруппе А (отсутствие мотивации) стаж курения был от 5 до 61 года ($27,9 \pm 15,8$), ИК – от 2,4 до 53 пачка/лет ($18,6 \pm 13,1$); в подгруппе В (низкая мотивация) стаж курения в среднем составил $32,2 \pm 19,7$ года (от 2 до 65 лет), ИК – от 1 до 52 пачка/лет ($25,9 \pm 16,7$).

Чем ниже была выраженность одышки по баллам опросника mMRC, тем выше была мотивация к отказу от курения ($p = 0,033$ между группами с отсутствием мотивации и высокой мотивацией к отказу от курения).

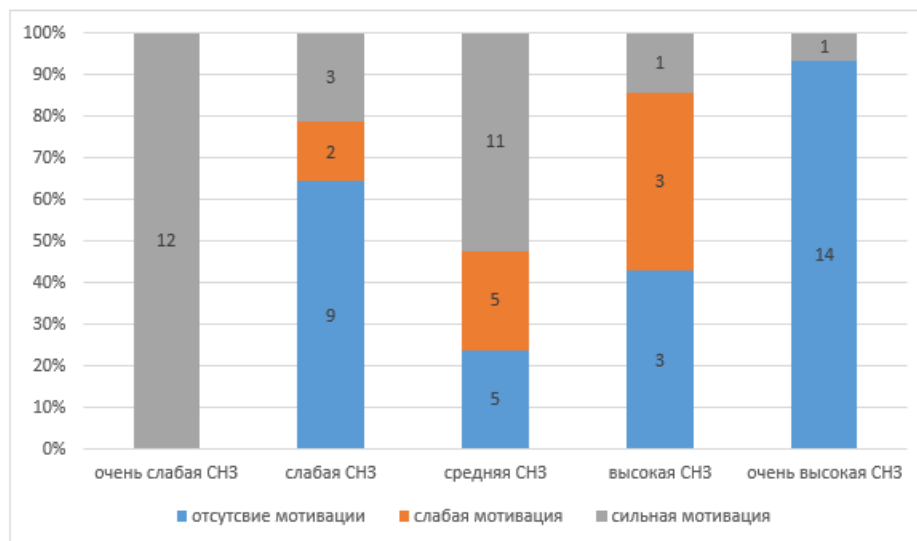


Рис. 2. Степень никотиновой зависимости у продолжающих курить, в зависимости от мотивации к отказу от курения, человек

У всех курящих пациентов с очень слабой СНЗ имелась сильная мотивация к отказу от курения, напротив, у большинства пациентов с очень высокой СНЗ (14 чел, 93,3%) выявлено отсутствие мотивации к отказу от курения. При средней СНЗ более половины пациентов имели высокую мотивацию к отказу от курения.

У пациентов со средней СНЗ сильная мотивация к отказу от курения встречалась чаще (11 человек, 41,67%), чем у больных с высокой и очень высокой СНЗ (2 человека, 9,52%), $\chi^2 = 9,55$, $p = 0,002$. У пациентов, не желающих бросить курить, чаще встречалась высокая и очень высокая СНЗ, по сравнению с пациентами со слабой ($\chi^2 = 4,49$, $p = 0,034$) и сильной мотивацией к отказу от курения ($\chi^2 = 8,73$, $p = 0,031$).

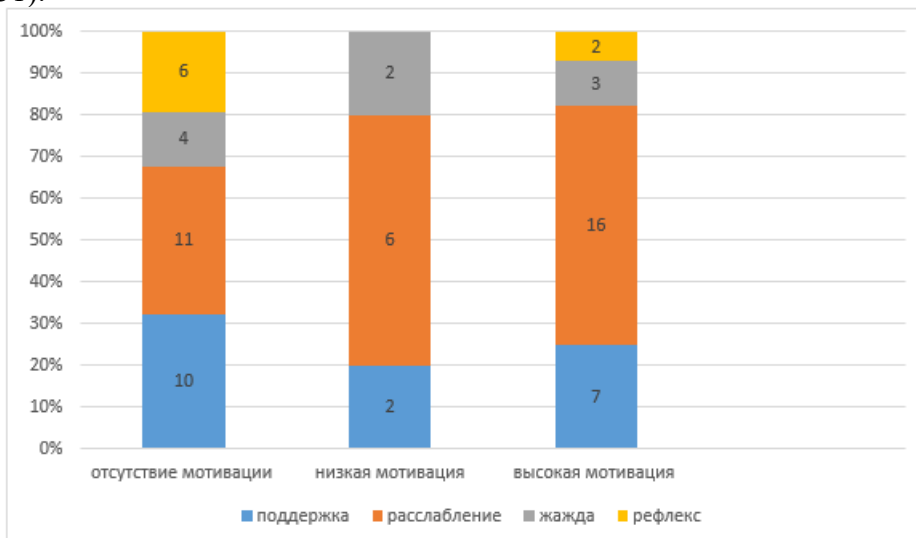


Рис. 3. ТПК, в зависимости от мотивации к отказу от курения, у продолжающих курить, человек

Как видно из рис. 3, при отсутствии мотивации к отказу от курения и высокой мотивации встречались все ТПК, при низкой мотивации к отказу от курения ТПК «рефлекс» не был указан респондентами. Распределение ТПК в подгруппах продолжающих курить пациентов ХОБЛ было сопоставимым и значимо не различалось в зависимости от мотивации к отказу от курения.

Обсуждение. Согласно ВОЗ, курение табака является причиной до 80% случаев ХОБЛ. Курящие люди имеют значительно более высокий риск развития этого заболевания, а также более тяжёлое его течение [6]. Немаловажным является то, что ХОБЛ представляет собой серьёзную социально-экономическую проблему, приводя к значительным расходам на лечение, снижению трудоспособности

и преждевременной смертности. Изучение влияния курения на тяжесть ХОБЛ может помочь снизить эти расходы и улучшить качество жизни больных [7]. Несмотря на общепризнанность факта взаимосвязанности курения и развития ХОБЛ и наличия однозначных рекомендаций по отказу от табакокурения, лишь небольшое количество публикаций посвящено изучению аспектов интенсивности курения и мотивации к отказу от данной привычки.

Учитывая рост во всем мире числа курящих женщин, исследователи выявили определенные гендерные особенности аспектов мотивации отказа от табакокурения. Было показано, что женщины начинали курить в более старшем возрасте, в день выкуривали меньшее количество сигарет и имели более низкую никотиновую зависимость. Несмотря на это, мотивация к отказу от курения и количество попыток бросить курить у женщин и мужчин не различалась, однако женщины имели более длительные периоды воздержания от курения [8]. Женщины с ХОБЛ как правило имеют меньшую выраженность респираторных симптомов и наряду с мужчинами склонны к отказу от курения в более чем 60% случаев, при этом в женской популяции преобладали ТКП «поддержка» и «игра с сигаретой» [9]. Целью нашего исследования не был анализ гендерных особенностей, однако мы также констатировали, что выраженность желания бросить курить не зависела от пола респондентов.

В нашем исследовании мы сконцентрировались на вопросах сравнения клинической картины заболевания и параметров никотиновой зависимости у продолжающих и бросивших курить пациентов и показали, что продолжающие курить демонстрируют, согласно САТ-тесту, большую выраженность респираторных симптомов и более высокую СНЗ. К сожалению, почти половина продолжающих курить пациентов с ХОБЛ (44,9%) не выражали желание бросить курить, и еще 14,5% имели низкую мотивацию к отказу от курения. При этом выявлена определенная закономерность: чем ниже была СНЗ, тем больше стремление преодолеть вредную привычку и наоборот, 93,3% респондентов с очень высокой зависимостью от табака не высказали желания по отказу от курения. В проведенных ранее исследованиях также было показано, что нежелающие бросить курить были старше по возрасту, чаще имели ТКП «жажда» и большую степень зависимости от никотина [10].

Лица, не желающие и не могущие бросить курить, продолжают снижать свои респираторные функции и увеличивать нагрузку на здравоохранение, что является значительной социально-экономической проблемой. В связи с этим в последние годы сформировалась концепция «снижения вреда от табака», предполагающая выпуск менее вредной табачной продукции с модифицированным риском, выпуску сигарет с низким содержанием табачных смол и никотина, для лиц, не могущих отказаться от курения. В среде врачей и организаторов здравоохранения имеются как приверженцы, так и ярые противники данной стратегии [11]. Несомненным является необходимость пропаганды здорового образа жизни, полного отказа от табакокурения с молодых лет и разработки современных стратегий преодоления зависимости от табака у пациентов с ХОБЛ с учетом мотивации пациентов к отказу от данной вредной привычки и показателей интенсивности курения.

Выводы:

- 1) 69% пациентов с ХОБЛ продолжают табакокурение, данная группа имеет более высокую СНЗ и большую выраженность респираторных симптомов по сравнению с прекратившими курение. У курящих в настоящее время и бросивших курить респондентов преобладающим типом курительного поведения был тип «Расслабление», выявленный в 46,38% и 58,06% соответственно.
- 2) У продолжающих курить отсутствие мотивации к отказу от курения выявлено в 44,92%, низкая мотивация – в 14,49%, высокая мотивация к отказу от курения – в 40,57%. Мотивация к отказу от курения не зависела от возраста, пола, класса ХОБЛ и типа курительного поведения.
- 3) Сильную мотивацию к отказу от курения имели все пациенты с очень низкой СНЗ и более половины пациентов со средней СНЗ. У респондентов с очень высокой зависимостью от табака в 93,3% случаев отсутствовала мотивация к отказу от курения.

Сведения о вкладе каждого автора в работу.

Аксенова Т.А. – 30% (разработка концепции и дизайна исследования; анализ и интерпретация данных; анализ литературы по теме исследования; написание текста статьи; техническое редактирование; утверждение финального текста статьи).

Цыремпилов Д.Д. – 30% (сбор данных; написание статьи; анализ литературы по теме; утверждение финального текста статьи).

Царенок С.Ю. – 10% (разработка концепции и дизайна исследования; техническое и научное редактирование; анализ и интерпретация данных; утверждение финального текста статьи).

Горбунов В.В. – 10% (техническое и научное редактирование; утверждение финального текста статьи).

Щербак В.А. – 10% (техническое и научное редактирование статьи; утверждение финального текста статьи).

Лисовая Н.Л. – 5% (сбор данных; утверждение финального текста статьи).

Макавеева О.Н. – 5% (сбор данных; утверждение финального текста статьи).

Сведения о финансировании исследования и о конфликте интересов.

Конфликт интересов отсутствует.

Соответствие статьи научной специальности.

3.1.18 – Внутренние болезни (медицинские науки).

3.3.3 – Патологическая физиология.

Список литературы:

1. Авдеев С.Н., Лещенко И.В., Айсанов З.Р. и соавт. от имени рабочей группы по разработке и пересмотру Федеральных клинических рекомендаций по ХОБЛ. Новые клинические рекомендации по ХОБЛ – смена парадигмы. Терапевтический архив. 2024.96 (3). 292–297. DOI: 10.26442/00403660.2024.03.202646
2. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2023 г.: защита людей от табачного дыма: основные положения. 31 июля 2023 г. <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240077485> ISBN: 978-92-4-008329-5.
3. Jackson H, Hubbard R. Detecting chronic obstructive pulmonary disease using peak flow rate: cross sectional survey. BMJ 2003. 327(7416). 653-4. 56 DOI: 10.1136/bmj.327.7416.653
4. Salvi S.S. Tobacco Smoking and Environmental Risk Factors for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Clinics in Chest Medicine. 2014. 35 (1). 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2013.09.011>.
5. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых, клинические рекомендации, 2018, 58 с. chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/http://gbuzrkkrrnd.ru/f/000897.pdf, дата доступа 04.11.2024.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2023. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/> Accessed: 29.12.2024.
7. Vogelmeier CF, Román-Rodríguez M, Singh D et al. Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. Respir Med. 2020. 166.105938. doi: 10.1016/j.rmed.2020.105938.
8. Пелевина И.Д., Шапорова Н.Л., Трофимов В.И. и соавт. Гендерные особенности курительного статуса, уровня никотиновой зависимости, респираторной симптоматики и мотивации к отказу от табакокурения. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2018. 25 (2). 39–45. DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-2-39-45.
9. Ларева Н.В., Зуева А.А., Лузина Е.В., Демидова Л.П., Элизбарян О.А. Табачная зависимость при хронической обструктивной болезни легких: гендерные особенности Проблемы женского здоровья. 2011.6 (4).70–71. Материалы VI Всероссийской конференции «Проблемы женского здоровья и пути их решения». EDN OPQCHP.
10. Четверкина Е.Д., Козырев А.Г., Иванова Г.А., Исаева Е.Р., Кириллова А.И. Отношение к здоровью и мотивация к отказу от курения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2017. 24 (1). 68–73.

DOI: 10.24884/1607418120172416873

11. Бабак С.Л., Горбунова М.В., Малявин А.Г., Шашенков И.В. Концепция снижения вреда от табака: прошлое, настоящее, будущее. Архив внутренней медицины. 2021.11 (6). 405–415. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2021-11-6-405>.

References:

1. Avdeev S.N., Leshchenko I.V., Aisanov Z.R. et al. on behalf of the working group for the development and revision of Federal clinical guidelines for COPD. New clinical guidelines for COPD – a paradigm shift: A review. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2024. 96 (3).292–297. (In Russ.). DOI: 10.26442/00403660.2024.03.202646.
2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. 31 July 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164> ISBN: 978-92-4-007716-4.
3. Jackson H., Hubbard R. Detecting chronic obstructive pulmonary disease using peak flow rate: cross sectional survey. *BMJ* 2003. 327 (7416). 653-4. 56 DOI: 10.1136/bmj.327.7416.653.
4. Salvi S.S. Tobacco Smoking and Environmental Risk Factors for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Clinics in Chest Medicine*. 2014. 35(1).17-27. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2013.09.011>
5. Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults, clinical guidelines, 58 p. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://gbuzrkrnd.ru/f/000897.pdf, д Accessed: 04.11.2024.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2023. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/> Accessed: 29.12.2024.
7. Vogelmeier C.F., Román-Rodríguez M., Singh D. et al. Goals of COPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. *Respir Med*. 2020.166.105938. doi: 10.1016/j.rmed.2020.105938.
8. Pelevina I.D., Shaporova N.L., Trofimov V.I. et al. Gender peculiarities of smoking status, level of the nicotine dependence, respiratory symptoms and motivation to tobacco cessation. *The Scientific Notes of IPP-SPSMU*. 2018. 25 (2). 39–45. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-2-39-45.
9. Lareva N.V., Zueva A.A., Luzina E.V., Demidova L.P., Elizbaryan O.A. Tobacco addiction in chronic obstructive pulmonary disease: gender characteristics *Problems of Women's Health*. 2011.6(4).70-71. *Proceedings of the VI Russian Conference "Problems of Women's Health and Ways to Solve Them". EDN OPQCHP*. (In Russ.).
10. Chetverkina E. D., Kozyrev A. G., Ivanova G. A., Isaeva E. R., Kirillova A. I. Attitude to health and motivation to quit smoking in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Scientific Notes of IPP SPSMU*. 2017. 24 (1). 68–73. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607418120172416873.
11. Babak S.L., Gorbunova M.V., Malyavin A.G., Shashenkov I.V. The Concept of Harm Reduction from Tobacco: Past, Present, Future. *The Russian Archives of Internal Medicine*. 2021.11(6).405-415. (In Russ.). <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2021-11-6-405-415>

Сведения об авторах:

1. **Аксенова Татьяна Александровна**, д.м.н., доцент, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, e-mail tatianaks@mail.ru, ORCID ID: 0000-0003-4957-5908, Author ID РИНЦ 256619, Scopus Author ID: 25224693500, Researcher ID WoS C-4304-2018.
2. **Цыремпилов Доржи Дугарович**, студент 4 курса лечебного факультета, e-mail: dorzhitsyy@gmail.com.
3. **Царенок Светлана Юрьевна**, д.м.н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, e-mail: sveta-tsarenok@yandex.ru; ORCID ID: <http://orsid.org/0000-0002-7065-5737>, Author ID РИНЦ 556884, Author ID Scopus 26031817400, Researcher ID WoS ААН-3323-2019.
4. **Горбунов Владимир Владимирович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, e-mail: gorbunovv2008@mail.ru; ORCID ID: <http://orsid.org/0000-0001-7352-6618>, Author ID РИНЦ 614809, Author ID Scopus 7102169976, Researcher ID WoS ААН-1272-2019.

5. **Щербак Владимир Александрович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии факультета дополнительного профессионального образования, e-mail: shcherbak2001@mail.ru, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-2032-7612>, Author ID РИНЦ 497238, Author ID Scopus 56175430800, Researcher ID WoS K-4626-2017.
6. **Маккавеева Ольга Николаевна**, заведующая терапевтическим отделением, e-mail: o.makkaveeva@mail.ru.
7. **Лисовая Наталья Леонидовна**, врач-пульмонолог терапевтического отделения, e-mail: nl.lisovaya@mail.ru.

Author information:

1. **Aksenova T.A.**, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, e-mail: tatianaks@mail.ru, ORCID ID: 0000-0003-4957-5908, Author ID РИНЦ 256619, Scopus Author ID: 25224693500, Researcher ID WoS C-4304-2018.
2. **Tsyrempilov D.D.**, 4th year student of the medical faculty, e-mail: dorzhitsyy@gmail.com.
3. **Tsarenok S.Y.**, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Associate professor of the Department of propedeutics of Internal Diseases, e-mail: sveta-tsarenok@yandex.ru; ORCID ID: <http://orsid.org/0000-0002-7065-5737>, Author ID РИНЦ 556884, Author ID Scopus 26031817400, Researcher ID WoS AAH-3323-2019.
4. **Gorbunov V.V.**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of propedeutics of Internal Diseases, e-mail: gorbunovvv2008@mail.ru; ORCID ID: <http://orsid.org/0000-0001-7352-6618>, Author ID РИНЦ 614809, Author ID Scopus 7102169976, Researcher ID WoS AAH-1272-2019.
5. **Shcherbak V.A.**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Pediatric Department of Postgraduate training, e-mail: shcherbak2001@mail.ru, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-2032-7612>, Author ID РИНЦ 497238, Author ID Scopus 56175430800, Researcher ID WoS K-4626-2017.
6. **Makkaveeva O.N.**, Head of the Therapeutic Department of the Clinical hospital «Russian Railways Medicine», e-mail: o.makkaveeva@mail.ru.
7. **Lisovaya N.L.**, pulmonologist of the Therapeutic Department, e-mail: nl.lisovaya@mail.ru.

Информация.

Дата опубликования – 30.04.2025