

Эффективность программы отказа от курения у пациентов с ревматоидным артритом

Ю. В. Хохлова¹ ✉О. Ю. Кузнецова²М. А. Похазникова³О. М. Лесняк⁴

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, Клиническая ревматологическая больница № 25 имени В. А. Насоновой, Санкт-Петербург, Россия, julia-khokhlova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3902-4873>, SPIN: 2926-1461

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, oukuznetsova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2440-6959>, SPIN: 7200-8861

³ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, pokmar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9894-5974>, SPIN: 3387-0226

⁴ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, Клиническая ревматологическая больница № 25 имени В. А. Насоновой, Санкт-Петербург, Россия, olga.m.lesnyak@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0143-0614>, SPIN: 6432-4188

Резюме

Введение. Курение является значимым фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний, таких как злокачественные опухоли, сердечно-сосудистые и респираторные заболевания. Курение также считается одним из наиболее важных внешних факторов риска развития и тяжести ревматоидного артрита, оно ассоциируется с быстрым прогрессированием заболевания, усугублением течения ревматоидного артрита и снижением эффективности лечения. Кроме того, известно, что курение при ревматоидном артрите сопровождается повышением риска кардиоваскулярных заболеваний и сердечно-сосудистой смертности, что обуславливает необходимость разработки эффективных методов отказа от курения среди пациентов с ревматоидным артритом.

Цель работы. Разработать программу отказа от курения при ревматоидном артрите и оценить ее влияние на решение пациента прекратить курить.

Материалы и методы. В проспективную когорту включались курящие пациенты с ревматоидным артритом, находящиеся на стационарном лечении. Программа отказа от курения включала индивидуальное профилактическое консультирование и занятия в школе отказа от курения. Продолжительность наблюдения после вмешательства составила 12 месяцев.

Результаты. В исследовании участвовали 194 курящих пациента с ревматоидным артритом: 123 женщины и 71 мужчина, средний возраст $58,3 \pm 10,2$ года. Группу составляли курильщики с большим стажем (средний стаж — $32,0 \pm 12,1$ года) и высокой интенсивностью курения (средний индекс курения — $22,1 \pm 14,6$ пачки/лет). 71% делали неоднократные безуспешные попытки прекратить курить. Все пациенты получили индивидуальное профилактическое консультирование. Школу отказа от курения посетили 38 человек. Через 12 месяцев отказались от курения 22 человека (11,8%), чаще после посещения школы. Среди отказавшихся от курения было меньше пациентов, имевших высокую никотиновую зависимость ($p = 0,005$), и было больше предыдущих попыток отказа ($p = 0,01$). У них чаще регистрировались сопутствующие заболевания, преимущественно сердечно-сосудистые ($p = 0,02$), и хроническая болезнь почек ($p = 0,003$). Характеристики ревматоидного артрита (стаж, активность, рентгенологическая стадия, наличие системных проявлений), включая интенсивность боли, не влияли на решение пациента отказаться от курения.

Заключение. Программа отказа от курения у пациентов с ревматоидным артритом востребована и эффективна, в связи с чем она должна стать частью клинической практики.

Ключевые слова: курение, ревматоидный артрит, отказ от курения

Для цитирования: Хохлова Ю. В., Кузнецова О. Ю., Похазникова М. А., Лесняк О. М. Эффективность программы отказа от курения у пациентов с ревматоидным артритом. Лечащий Врач. 2025; 7-8 (28): 50-56. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.8.008>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Efficacy of a smoking cessation program in patients with rheumatoid arthritis

Yuliya V. Khokhlova¹ ✉

Olga Yu. Kuznetsova²

Marina A. Pokhaznikova³

Olga M. Lesnyak⁴

¹ I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University, St. Petersburg, Russia, V. A. Nasonova Clinical Rheumatology Hospital No. 25, St. Petersburg, Russia, julia-khokhlova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3902-4873>, SPIN: 2926-1461

² I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University, Saint Petersburg, Russia, oukuznetsova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2440-6959>, SPIN: 7200-8861

³ I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University, Saint Petersburg, Russia, pokmar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9894-5974>, SPIN: 3387-0226

⁴ I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University, St. Petersburg, Russia, V. A. Nasonova Clinical Rheumatology Hospital No. 25, St. Petersburg, Russia, olga.m.lesnyak@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0143-0614>, SPIN: 6432-4188

Abstract

Background. Smoking is a significant risk factor for the development of chronic non-infectious diseases such as malignant tumors, cardiovascular and respiratory diseases. Smoking is also considered one of the most important external risk factors for the development and severity of rheumatoid arthritis. It is associated with rapid disease progression, worsening of rheumatoid arthritis, and decreased treatment effectiveness. It is known that smoking in rheumatoid arthritis is associated with an increased risk of cardiovascular diseases and cardiovascular mortality. It is necessary to develop effective methods of quitting smoking among patients with rheumatoid arthritis. **Objective.** to develop a smoking cessation program for rheumatoid arthritis and evaluate the impact of this program on the patient's decision to stop smoking.

Materials and methods. The prospective cohort included smoking patients with rheumatoid arthritis in inpatient treatment. The smoking cessation program included individual preventive counseling and a Smoking Cessation School. The duration of follow-up after the intervention was 12 months.

Results. 194 smoking patients with rheumatoid arthritis were included: 123 women and 71 men, with an average age of 58.3 ± 10.2 years. The group consisted of smokers with long experience (average experience of 32.0 ± 12.1 years) and high smoking intensity (average smoking index 22.1 ± 14.6 pack/years). 71% have made repeated unsuccessful attempts to quit smoking. All patients received individual preventive counseling. 38 people visited the Smoking Cessation School. After 12 months, 22 people (11.8%) quit smoking, more often after attending School. Among those who quit smoking, there were fewer patients with high nicotine dependence ($p = 0.005$) and there were more previous attempts at quitting ($p = 0.01$). They were more likely to have comorbidity, mainly cardiovascular diseases ($p = 0.02$), and chronic kidney disease ($p = 0.003$). The characteristics of rheumatoid arthritis (duration of the disease, disease activity, radiographic progression, extra-articular manifestations), including the intensity of pain, did not affect the patient's decision to quit smoking.

Conclusion. The smoking cessation program in patients with rheumatoid arthritis is effective and should become part of clinical practice.

Keywords: smoking, rheumatoid arthritis, smoking cessation

For citation: Khokhlova Yu. V., Kuznetsova O. Yu., Pokhaznikova M. A., Lesnyak O. M. Efficacy of a smoking cessation program in patients with rheumatoid arthritis. *Lechaschi Vrach*. 2025; 7-8 (28): 50-56. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.8.008>

Conflict of interests. Not declared.

Употребление табака остается одной из самых серьезных угроз здоровью населения и ежегодно в мире уносит жизни более 8 млн человек. Ожидается, что к 2030 г. число смертей из-за курения возрастет до 8,3 млн [1]. По данным исследования РЕСПЕКТ среди населения Санкт-Петербурга в возрасте от 35 до 70 лет в течение жизни курили или продолжают курить 49,5% [2]. В Российской Федерации курение является вторым по частоте фактором риска после высокого артериального давления (АД) и причиной 24% смертей у мужчин, а также третьим по распространенности атрибутивным фактором риска смерти у женщин 15-49 лет [3].

Курение — один из наиболее важных внешних факторов риска развития и тяжести ревматоидного артрита (РА)

[4], оно ассоциируется с быстрым прогрессированием заболевания [4], стойким болевым синдромом [5] и неудовлетворительным ответом на лечение [4, 6, 7]. Кроме того, курение при РА сопровождается повышением риска кардиоваскулярных заболеваний и сердечно-сосудистой смертности [8]. Roelsgaard и соавт. на большой когорте пациентов с РА показали, что у бывших курильщиков по сравнению с продолжающими курить существенно ниже частота сердечно-сосудистых событий и активность РА [9]. Все это определяет важность прекращения курения больных РА, что подчеркнуто в клинических рекомендациях «Ревматоидный артрит» Минздрава России [20].

Целью данного исследования было разработать программу отказа от курения

при РА и оценить ее влияние на решение пациента прекратить курить.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ГБУЗ) «Клиническая ревматологическая больница № 25 имени В. А. Насоновой» (Санкт-Петербург) среди пациентов, госпитализированных в стационарные отделения больницы. Исследование одобрено локальным этическим комитетом федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования (ФГБУ ВО) «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» (Протокол № 10 от 03.11.2021 г.).

Дизайн исследования — проспективная закрытая когорта с вмешательством. *Критерием включения* было наличие у пациента достоверного РА, верифицированного согласно классификационным критериям ACR/EULAR (2010), разработанным экспертами Американской коллегии ревматологов (ACR) и Европейского альянса ассоциаций ревматических болезней (EULAR), и табакокурения. *Критерий исключения* — отказ курящего пациента от участия в программе. Под вмешательством имеется в виду разработанная авторами программа отказа от курения для пациентов с РА, включавшая индивидуальное профилактическое консультирование и посещение занятий школы отказа от курения.

Продолжительность наблюдения — 12 мес после вмешательства с частотой визитов один раз в три месяца. При невозможности очного визита информация о пациенте собиралась путем телефонного контакта (уточнялся статус курения на данный момент, интенсивность болевого синдрома, заполнялись опросники SF-36 и HAQ). Очные визиты проводились у всех пациентов, завершивших курение, для определения уровня окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе, контроля и подтверждения отказа.

Основной исход — отказ от курения, который подтверждался инструментально с использованием смеклайзера (анализатор CO в выдыхаемом воздухе Pico+ Smokerlyzer). Выдыхаемый CO измерялся в частях на миллион (ppm). Показатели оценивались по шкале от 0 до 36+, где результат 0–6 баллов указывал на отсутствие курения, а более 7 — говорил о курении.

Вторичная конечная точка — доля пациентов, сокративших количество выкуриваемых сигарет.

Вмешательство: каждому пациенту проведено индивидуальное профилактическое консультирование, во время которого определялся также статус курения, наличие мотивации к отказу от него и степень зависимости от никотина. Консультирование включало освещение аспектов, связанных с повышением риска развития, усугублением течения, снижением эффективности терапии РА при употреблении табака, персонализированный совет отказаться от курения, предоставление информации о возможности получения специализированной помощи в отказе от курения, пациентам с высокой и очень высокой степенью никотиновой зависимости предлагалось назначение медикаментозной терапии табачной зависимости

(никотин-заместительная терапия, НЗТ).

Всем участникам предложено посещение разработанной и организованной на базе больницы школы отказа от курения для пациентов с РА, состоявшей из двух занятий, которые проводил врач, прошедший обучение на цикле «Организация и оказание помощи населению по преодолению потребления табака в системе здравоохранения» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России (2021).

На первом занятии освещалась информация об истории и распространенности табакокурения, о механизмах формирования никотиновой зависимости, вредных веществах, содержащихся в табачном дыме, развешивались заблуждения и убеждения курильщиков по поводу курения и его влияния на организм. Подробно разбирались вред курения при РА.

На втором занятии освещалась проблема синдрома отмены на фоне отказа от курения, способы борьбы с ним, подробно обсуждались вопросы о методах лечения никотиновой зависимости (медикаментозных и немедикаментозных). На каждом из занятий озвучивалась возможность получения дополнительной специализированной помощи в отказе от курения (предоставлены номер телефона горячей линии Минздрава России для консультаций по избавлению от никотиновой зависимости, информация об очных консультациях в центрах здоровья по месту жительства и кабинете по отказу от курения на базе ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России).

Методы исследования включали сбор демографических и анамнестических данных, оценку тяжести и активности РА, наличие сопутствующих заболеваний. Для расчета активности РА использовался интегральный индекс Disease Activity Score/Erythrocyte Sedimentation Rate — DAS28-ESR (шкала активности болезни/скорость оседания эритроцитов — СОЭ). Степень никотиновой зависимости определялась по тесту Фагерстрема [10], также выяснялся уровень мотивации к отказу от курения [10].

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Расчет объема выборки проводился при уровне значимости, равном 0,05, и мощности (1-β), равной 95%, на основе первичной конечной точки: разница по шкале психологического компонента здоровья (Mental Component Summary, MCS)

опросника качества жизни SF-36 через 6 мес после включения в исследование между пациентами с РА, отказавшимися от курения и продолжающими курить, составляющая 10 баллов (47 в группе продолжающих курить и 57 в группе отказавшихся от курения). В основу расчета положены данные опросника SF-36 у курильщиков и отказавшихся от курения [11, 14]. При расчете использовался консервативный показатель доли отказа от курения — один из 10 пациентов [12]. Расчетный объем выборки составил 158 человек. Такой же объем выборки соответствует ожидаемой разнице между показателями психического функционирования по опроснику SF-36 в 6 баллов (45 в группе продолжающих курить и 51 в группе отказавшихся от курения). За ожидаемые показатели опросника SF-36 взяты средние цифры по РА мета-анализа F. Matcham с соавт. (2014) [13].

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows (версия 12.0). Полученные данные обрабатывались с использованием параметрических и непараметрических методов статистического анализа. Количественные признаки предварительно исследовались на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова — Смирнова. Описание количественных признаков, соответствующих нормальному распределению, представлено в виде среднеарифметического значения и стандартного квадратического отклонения — $M \pm SD$. Качественные признаки представлены в виде долей — процентов и абсолютных чисел. Сравнение количественных признаков, удовлетворяющих условиям нормального распределения, проводилось при помощи t-критерия Стьюдента. Анализ качественных признаков проводился при помощи таблиц сопряженности (критерий χ^2) с поправкой Йейтса на непрерывность. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Участие в исследовании последовательно предложено 209 курящим пациентам с РА, 194 из них дали согласие на участие (123 женщины и 71 мужчина, средний возраст — $58,3 \pm 10,2$ года). Клиническая характеристика приведена в табл. 1.

В группе отмечалась высокая частота серопозитивности, системных проявлений и преобладали пациенты с высокой

Таблица 1. **Клиническая характеристика группы курящих пациентов с РА, включенных в исследование (n = 194) [таблица составлена авторами] / Clinical characteristics of a group of smoking patients with rheumatoid arthritis included in the study (n = 194) [table compiled by the authors]**

Параметры	Значения
Характеристики РА	
Возраст дебюта, лет	51,3 ± 11,4
Продолжительность заболевания, лет	7,9 ± 7,0
Серопозитивный вариант, n (%)	180 (93)
Активность: высокая, n (%) средняя, n (%) низкая, n (%)	116 (60) 70 (36) 8 (4%)
Рентгенологическая стадия: I, n (%) II, n (%) III, n (%) IV, n (%)	33 (17) 87 (45) 56 (29) 18 (9)
Системные проявления: Ревматоидные узлы, n (%) Полинейропатия, n (%) Синдром Шегрена, n (%) Интерстициальное поражение легких, n (%)	16 (8) 11 (5) 19 (10) 5 (3)
Сопутствующие заболевания	
Хроническая обструктивная болезнь легких, n (%)	41 (21)
Бронхиальная астма, n (%)	12 (6)
Гипертоническая болезнь, n (%)	102 (53)
Ишемическая болезнь сердца, включая острый инфаркт миокарда n (%)	29 (15)
Острое нарушение мозгового кровообращения, n (%)	11 (5)
Сахарный диабет, n (%)	18 (9)
Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, n (%)	30 (15)
Онкологические заболевания, n (%)	3 (1)
Хроническая болезнь почек, n (%)	6 (3)
Общее число пациентов, имеющих сопутствующие заболевания, n (%)	148 (76)
Статус курения	
Стаж курения, лет	32,0 ± 12,1
Индекс курения, пачка/лет	22,1 ± 14,6
Доля пациентов с высокой мотивацией к отказу от курения, n (%)	39 (20,1)

активностью РА, что было обусловлено стационарным контингентом выборки. Также была высокой доля пациентов с сопутствующими заболеваниями, среди которых самыми частыми были сердечно-сосудистые и хроническая обструктивная болезнь легких. Группу составляли курильщики с большим стажем и высокой интенсивностью курения. Все пациенты, включенные в исследование, начали курить до дебюта РА. Каждый пятый курильщик с РА имел высокую мотивацию к отказу от курения. 138 человек (71,1%) делали неоднократные безуспешные попытки отказаться от курения.

Все пациенты получили индивидуальную консультацию по отказу от курения, а 38 (19,6%) из них посетили занятия соответствующей школы. Ее участни-

ки были моложе ($54,5 \pm 11,7$ года против $59,2 \pm 9,7$ года, $p = 0,01$) и имели меньшую частоту сопутствующих заболеваний (57% против 79%, $p = 0,0001$). Стаж РА и его активность в группах не различались. Участники школы имели такой же высокий индекс курения, но его стаж был значительно ниже ($27,7 \pm 11,0$ года против $33,0 \pm 12,0$, $p = 0,01$). Важным различием была высокая мотивация к отказу от курения в группе посетивших школу, зарегистрированная у 15 (39%) против 23 (14%) человек, не участвовавших в занятиях ($p = 0,0006$).

Из 194 пациентов 187 (96,4%) были доступны проспективному наблюдению в течение 12 мес, включая всех 38 посетивших школу. Из семи оставшихся пациентов двое умерли от тромбоэмболии легочной артерии, один пере-

ехал в другой регион, остальные четверо не отвечали на звонки исследователей. За время наблюдения два пациента воспользовались горячей линией по отказу от курения и четыре — НЗТ.

От курения отказались 22 человека (11,8%). Частота отказа среди мужчин и женщин статистически значимо не различалась: 6 (8%) и 16 (13%) соответственно, $p = 0,46$. Посетившие школу отказа от курения прекращали курить несколько чаще по сравнению с другой группой, получившей только индивидуальное профилактическое консультирование: 8 (21%) против 14 человек (9,0%), $p = 0,09$. Среди пациентов, получавших НЗТ, отказался от курения лишь один. В течение первых 6 мес после вмешательства прекратили курить 15 человек (68%), остальные сделали это к концу наблюдения. У всех пациентов факт отказа от курения доказан низкой концентрацией СО в выдыхаемом воздухе. В течение всего наблюдения ни один из прекративших не возобновил курение.

У отказавшихся от курения (по сравнению с продолжившими курить) была более высокая частота сердечно-сосудистых заболеваний ($p = 0,02$) и хронической болезни почек ($p = 0,003$). Никакие характеристики РА, включая интенсивность боли, не влияли на решение пациента (табл. 2). Среди отказавшихся от курения было практически в 3 раза больше пациентов с высоким уровнем мотивации (рис. 1), в этой же группе результаты теста Фагерстрема демонстрировали значительно меньшую долю имевших высокую никотиновую зависимость (рис. 2). Среднее число попыток отказа у бросивших было значимо выше, чем в группе продолжавших курить: $2,3 \pm 1,1$ против $1,4 \pm 1,2$ ($p = 0,01$).

Еще 16 (8%) пациентов снизили интенсивность курения с $12,7 \pm 6,2$ сигареты в сутки до $6,4 \pm 14,0$ ($p = 0,00006$). В общей сложности отказались от курения либо снизили его интенсивность 38 человек (20%): 12 (31,6%) после посещения школы и 23 (16%) после однократного индивидуального консультирования ($p = 0,03$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Курящие пациенты с РА представляют собой особую группу курильщиков, поскольку заболевание связано с болевым синдромом, влечет за собой социальную изоляцию, сексуальную дисфункцию и, как следствие, депрессию и снижение качества жизни [14, 15], что может затруднить процесс отказа от курения. Между тем востребованность помощи курящим

Таблица 2. Сравнительный анализ пациентов с РА, отказавшихся от курения и продолживших курить [таблица составлена авторами] / Comparative analysis of patients with rheumatoid arthritis who quit smoking and continued smoking [table compiled by the authors]

	Отказавшиеся от курения, n = 22	Продолжающие курить, n = 165	p
Возраст пациента, лет	59,3 ± 9,3	57,9 ± 10,4	0,67
Стаж РА, лет	7,7 ± 6,4	7,9 ± 7,2	0,89
Активность РА: высокая, n (%)	11 (50)	103 (62)	0,26
средняя, n (%)	10 (45)	2 (2)	0,40
низкая, n (%)	1 (5)	2 (2)	0,24
Рентгенологическая стадия РА: I, n (%)	6 (27)	26 (16)	0,58
II, n (%)	8 (36)	73 (44)	0,48
III, n (%)	7 (32)	49 (30)	0,83
IV, n (%)	1 (5)	17 (10)	0,38
Наличие системных проявлений РА, n (%)	8 (36)	44 (27)	0,48
Интенсивность боли (ВАШ)	63,4 ± 20,8	63,0 ± 19,1	0,08
Сопутствующие заболевания			
Хроническая обструктивная болезнь легких, n (%)	3 (14)	35 (21)	0,40
Бронхиальная астма, n (%)	1 (5)	10 (6)	0,84
Гипертоническая болезнь, n (%)	17 (77)	82 (50)	0,02
Ишемическая болезнь сердца, включая острый инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	7 (32)	21 (13)	0,02
Острое нарушение мозгового кровообращения, n (%)	2 (9)	9 (5)	0,49
Сахарный диабет, n (%)	3 (14)	14 (8)	0,42
Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, n (%)	4 (18)	24 (15)	0,65
Онкологические заболевания, n (%)	0 (0)	3 (1)	0,52
Хроническая болезнь почек, n (%)	3 (14)	3 (1)	0,003
Возраст начала курения, лет	30,9 ± 10,5	25,5 ± 9,6	0,01
Индекс курения, пачка/лет	19,8 ± 14,9	22,0 ± 14,0	0,48
Стаж курения, лет	28,4 ± 12,3	32,3 ± 11,9	0,15

пациентам высока, что и демонстрируют результаты нашего исследования: каждый пятый больной с РА был высоко мотивирован на отказ от курения,

71% участников делал неоднократные безуспешные попытки бросить курить. Мы использовали общепринятые мероприятия по отказу от курения — инди-

видуальное профилактическое консультирование, дополненное для желающих групповыми занятиями (школа отказа от курения), к которым была добавлена специфическая информация о влиянии курения на РА. Именно высокомотивированные пациенты в дополнение к индивидуальной консультации посетили занятия школы. В результате этих мероприятий отказались от курения 11,8% пациентов с РА, а общее число вместе со снизившими его интенсивность составило 38 (20%). Причем у последних количество выкуриваемых сигарет снизилось наполовину.

Обычно курильщики, обратившиеся за специализированной помощью по отказу от курения, демонстрируют большую эффективность. Так, среди пациентов центра здоровья через 6 мес после индивидуальной консультации и группового занятия отказались от курения 57,8%, снизили интенсивность 13,2% участников [16]. Однако необходимо учитывать, что в наше исследование включались пациенты с активным РА, поступившие в ревматологический стационар для лечения своего заболевания, а не помощи в отказе от курения, что могло оказать влияние на исходы программы.

Между тем наше вмешательство продемонстрировало результаты, которые соотносятся с данными других подобных исследований, проведенных у больных с РА. Так, в работе Karlsson с соавт. [17] целенаправленная консультация ревматолога привела к отказу от курения через 12 мес у 12% пациентов, и в два раза снизилось количество выкуриваемых сигарет у тех, кто сохранил эту привычку. В мета-анализе 18 исследований вмешательств у пациентов с РА доля отказавшихся

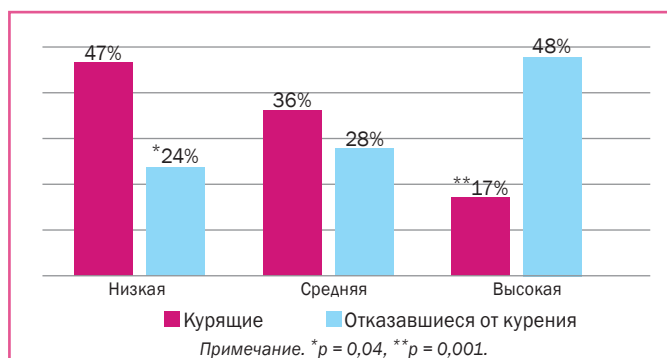


Рис. 1. Уровень мотивации к отказу от курения среди пациентов с РА, участвовавших в программе (n = 194) [предоставлено авторами] / The level of motivation to quit smoking among patients with rheumatoid arthritis who participated in the program (n = 194) [provided by the authors]

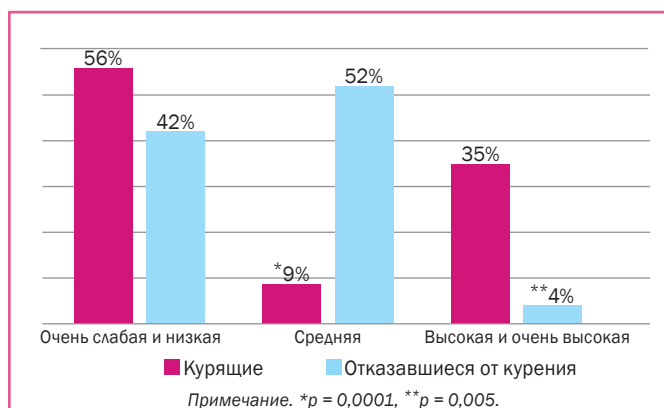


Рис. 2. Уровень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема (n = 194) [предоставлено авторами] / Analysis of the level of nicotine dependence according to the Fagerstrom test (n = 194) [provided by the authors]

от курения варьировала от 4% до 43%, а суммарный показатель в сроки от 4 до 104 недель составил 22% [18].

В нашем исследовании была эффективной и структурированной индивидуальная консультация, однако участие пациентов в школе отказа от курения сопровождалось большим числом бросивших эту вредную привычку и сокративших число выкуриваемых сигарет. Наиболее эффективной программа оказалась у людей с меньшей никотиновой зависимостью, большей мотивацией и большим количеством попыток отказа от курения, что подтверждает данные других исследователей [12]. Согласно результатам опроса Lopez-Olivo с соавт., проведенного среди нынешних и бывших курильщиков с РА, 27% считали полезными индивидуальные консультации, 21% — групповые занятия, 31% отметил эффективность НЗТ. Наиболее частыми методами, использовавшимися для прекращения курения, были полный одномоментный отказ от курения и НЗТ [19]. В нашем исследовании всем пациентам с высокой и очень высокой степенью никотиновой зависимости предлагалась ее медикаментозная терапия, однако воспользовались ею лишь четверо, из них только один пациент отказался от курения. Вероятно, более широкое использование НЗТ нашими пациентами могло бы привести к увеличению числа прекративших курение.

Интересно, что активность и тяжесть РА, включая интенсивность болевого синдрома, не оказывали влияния на решение пациента отказаться от курения. Однако отказ от курения ассоциировался с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний и хронической болезни почек, развитие которых, видимо, и оказало влияние на решение пациента.

Результаты нашего исследования демонстрируют важную роль терапевтов и ревматологов в мотивации пациентов к отказу от курения. Согласно Закону № 15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [21], помощь, направленная на прекращение потребления табака, должна оказываться всеми медицинскими организациями независимо от причины обращения курящего пациента, в том числе на уровне специализированной помощи поликлиник и в учреждениях стационарной помощи. Очевидно, что ревматологи должны включать в свои консультации также элементы профилактического консультирования, для чего они долж-

ны быть обучены проведению индивидуальных консультаций у курильщиков. По данным М. А. Lopez-Olivo и соавт. (2022) после обучения ревматологов определению статуса курильщика и формулировке рекомендаций по прекращению курения совокупный показатель обращений в службы помощи по отказу от курения увеличился с 5% до 70% [18].

Таким образом, мероприятия по отказу от курения пациентов с РА эффективны и должны стать частью клинической практики, для чего ревматологов необходимо обучать проведению индивидуального профилактического консультирования. Наряду со школами для пациентов с определенными нозологиями должны внедряться и школы отказа от курения. В их основу должны лечь общепринятые принципы проведения таких школ с включением вопросов влияния курения на РА. Ревматологический стационар — удобное место для организации таких мероприятий с учетом продолжительного пребывания курильщика под наблюдением врача, а также удобства посещения школы пациентом. **ЛВ**

Благодарности: авторы выражают благодарность Оксане Владимировне Инамовой, главному врачу СПб ГБУЗ КРБ № 25 имени В. А. Насоновой, а также Марианне Семеновне Петровой, заместителю главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ КРБ № 25 имени В. А. Насоновой, за предоставление возможности работы с пациентами и организации школы.

Acknowledgements: the authors wish to acknowledge to Oksana V. Inamova, Chief physician of the V. A. Nasonova Clinical Rheumatology Hospital No. 25, as well as to Marianna S. Petrova, Deputy Chief Medical Officer of the V. A. Nasonova Clinical Rheumatology Hospital No. 25, for providing the opportunity to work with patients and organize a school.

Вклад авторов:

Концепция статьи — Лесняк О. М.

Концепция и дизайн исследования — Лесняк О. М.

Написание текста — Хохлова Ю. В., Лесняк О. М., Кузнецова О. Ю., Похазникова М. А. Сбор и обработка материала — Хохлова Ю. В. Анализ материала — Хохлова Ю. В., Лесняк О. М. Редактирование — Лесняк О. М., Кузнецова О. Ю., Похазникова М. А.

Утверждение окончательного варианта статьи — Лесняк О. М., Кузнецова О. Ю., Похазникова М. А.

Contribution of authors:

Concept of the article — Lesnyak O. M.

Study concept and design — Lesnyak O. M.

Text development — Khokhlova Yu. V., Lesnyak O. M., Kuznetsova O. Yu., Pokhaznikova M. A.

Collection and processing of material — Khokhlova Yu. V.

Material analysis — Khokhlova Yu. V., Lesnyak O. M.

Editing — Lesnyak O. M., Kuznetsova O. Yu., Pokhaznikova M. A.

Approval of the final version of the article — Lesnyak O. M., Kuznetsova O. Yu., Pokhaznikova M. A.

Литература/References

1. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2021 г.: решение проблемы новых и появляющихся изделий. Geneva: World Health Organization, 2021. 210 с.
2. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021: Addressing New and Emerging Products. Geneva: World Health Organization, 2021. 210 p. (In Russ.)
3. Andreeva E. A., et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and its risk factors among residents of Saint Petersburg and Arkhangelsk (based on the RESPECT project). Russian Family Doctor. 2023; 4 (26): 17-24.
4. Starodubov V. I., et al. The burden of disease in Russia from 1980 to 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2018; 10153 (392): 1138-1146.
5. Gwinnett J. M., Verstappen S. M., Humphreys J. H. The impact of lifestyle behaviours, physical activity and smoking on morbidity and mortality in patients with rheumatoid arthritis, Best Practice & Research. Clinical Rheumatology. 2020; 2 (34): 101562.
6. McWilliams D. F., et al. Discrete Trajectories of Resolving and Persistent Pain in People With Rheumatoid Arthritis Despite Undergoing Treatment for Inflammation: Results From Three UK Cohorts. The Journal of Pain. 2019; 6 (20): 716-727.
7. Safy-Khan M., et al. Current Smoking Negatively Affects the Response to Methotrexate in Rheumatoid Arthritis in a Dose-responsive Way, Independently of Concomitant Prednisone Use. The Journal of Rheumatology. 2021; 10 (48): 1504-1507.
8. Jansen G., De Rotte M. C. F. J. De Jonge R. Smoking and Methotrexate Inefficacy in Rheumatoid Arthritis: What About Underlying Molecular Mechanisms? The Journal of Rheumatology. 2021; 10 (48): 1495-1497.
9. Crowson C. S., et al. Impact of risk factors associated with cardiovascular outcomes in patients with rheumatoid arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 2018; 1 (77): 48-54.
10. Roelsgaard I. K. и др. Smoking cessation is associated with lower disease activity and predicts cardiovascular risk reduction in rheumatoid arthritis patients. Rheumatology (Oxford, England). 2020; 8 (59): 1997-2004.
11. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых: F17.2, F17.3 клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации,

- Российское респираторное общество, Ассоциация наркологов. М., 2018. 53 с. Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults: F17.2, F17.3 clinical guidelines. Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Respiratory Society, Association of Narcologists. Moscow, 2018. 53 p. (In Russ.)
 11. Sales M. P. U. и др. The impact of smoking cessation on patient quality of life. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2009; 5 (35): 436-441.
 12. Naranjo A., et al. Results of a specific smoking cessation program for patients with arthritis in a rheumatology clinic. *Rheumatology International*. 2014; 1 (34): 93-99.
 13. Matcham F., et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2014; 2 (44): 123-130.
 14. Tański W., et al. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 5 (19): 3088.
 15. Nebhinani N., Mattoo S. K., Wanchu A. Quality of Life, Social Support, Coping Strategies, and Psychiatric Morbidity in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2022; (13): 119-122.
 16. Найденова Н. Е. Опыт проведения и оценка эффективности консультативной помощи по отказу от курения в первичном звене здравоохранения. Профилактика 2015, Москва, 11 июня 2015 года. Российское кардиологическое общество. М.: ООО «Силицея-Полиграф», 2015. С. 13b-14a. EDN UATNUR. Naidenova N. E. Experience in providing and evaluating the effectiveness of counseling services for smoking cessation in primary health care. *Prevention 2015, Moscow, June 11, 2015. Russian Cardiological Society. Moscow: Silicea-Poligraf LLC, 2015. Pp. 13b-14a. EDN UATNUR*. (In Russ.)
 17. Karlsson M.-L., et al. Evaluation of an individually tailored smoking-cessation intervention for patients with rheumatoid arthritis in an outpatient clinic. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2023. P. 1-11.
 18. Lopez-Olivo M. A., et al. A systematic review with meta-analysis of the effects of smoking cessation strategies in patients with rheumatoid arthritis. *PLOS ONE*. 2022; 12 (17): e0279065.
 19. Lopez-Olivo M. A., et al. Smoking cessation patterns, usefulness of quitting methods, and tobacco cessation motivators and barriers to quit in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2023; 8 (42): 2053-2068.
 20. Ревматоидный артрит: МКБ 10: M05, M06 клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Ассоциация ревматологов России, ООИИ «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда». М., 2023. 112 с. Текст: электронный. Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ: [сайт]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/250_2 (дата обращения: 10.10.2024).
 - Rheumatoid arthritis: ICD 10: M05, M06 clinical guidelines. Ministry of Health of the Russian Federation, Association of Rheumatologists of Russia, Russian Rheumatology Association "Nadezhda" LLC. Moscow, 2023. 112 p. Text: electronic. Rubricator of clinical guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation: [website]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/250_2 (accessed: 10.10.2024). (In Russ.)
 21. Федеральный закон от 23.02.13 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Б. м.: Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс. www.consultant.ru. Federal Law No. 15-FZ of February 23, 2013, "On the Protection of Citizens' Health from the Effects of Environmental Tobacco Smoke and the Consequences of Tobacco Consumption". B. m.: Specialized legal website ConsultantPlus. www.consultant.ru. (In Russ.)
- Сведения об авторах:**
- Хохлова Юлия Владимировна**, аспирант кафедры семейной медицины, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, 47; ревматолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая ревматологическая больница № 25» имени В. А. Насоновой, Россия, 190068, Санкт-Петербург, ул. Большая Подъяческая, 30; julia-khokhlova@mail.ru
- Кузнецова Ольга Юрьевна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой семейной медицины, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, 47; oukuznetsova@mail.ru
- Похазникова Марина Александровна**, к.м.н., доцент кафедры семейной медицины, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, 47; pokmar@mail.ru
- Лесняк Ольга Михайловна**, д.м.н., профессор кафедры семейной медицины, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, 47; ревматолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая ревматологическая больница № 25» имени В. А. Насоновой, Россия, 190068, Санкт-Петербург, ул. Большая Подъяческая, 30; olga.m.lesnyak@yandex.ru
- Information about the authors:**
- Yuliya V. Khokhlova**, PhD student of the Department of Family Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 47 Piskarevsky Prospekt, Saint Petersburg, 195067, Russia; Rheumatologist, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution V. A. Nasonova Clinical Rheumatology Hospital No. 25, 30 Bolshaya Podyacheskaya str., St. Petersburg, 190068, Russia; julia-khokhlova@mail.ru
- Olga Yu. Kuznetsova**, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Family Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 47 Piskarevsky Prospekt, Saint Petersburg, 195067, Russia; oukuznetsova@mail.ru
- Marina A. Pokhaznikova**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Family Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 47 Piskarevsky Prospekt, Saint Petersburg, 195067, Russia; pokmar@mail.ru
- Olga M. Lesnyak**, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Family Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 47 Piskarevsky Prospekt, Saint Petersburg, 195067, Russia; Rheumatologist, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution V. A. Nasonova Clinical Rheumatology Hospital No. 25, 30 Bolshaya Podyacheskaya str., St. Petersburg, 190068, Russia; olga.m.lesnyak@yandex.ru