

2018

Посібник
з лікування
тютюнової
залежності



ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

2018

Посібник
з лікування
тютюнової
залежності





ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

Переклад українською мовою та редагування здійснено компанією «MORION». Відповідальний за випуск кандидат медичних наук О. Стойка, Київський міський центр здоров'я

«MORION» — провідне українське підприємство, яке спеціалізується у сфері систематизації інформації, що стосується лікарських засобів. Основні напрямки діяльності компанії «MORION» — видавничий бізнес, розвиток і впровадження комп'ютерних технологій в медицині та фармації, дослідження та аналіз фармацевтичного ринку України.

«MORION» is a leading Ukrainian company specializing in the systematization of information related to medicines. The main activities of the company «MORION» — publishing business, development and implementation of computer technologies in medicine and pharmacy, research and analysis of the pharmaceutical market of Ukraine.

© 2018

Європейська мережа з профілактики куріння та вживання тютюну (ENSP)

Chaussée d'Ixelles 144

B-1050 Брюссель, Бельгія

Тел.: +32 2 2306515

Факс: +32 2 2307507

E-mail: info@ensp.org

Internet: www.ensp.org

© MORION, 2018

E-learning platform: <http://elearning-ensp.eu/>

ISBN: 978-618-83620-8-6

Зміст

Подяка.....	7
Декларація інтересів.....	8
Рівень доказовості рекомендацій у посібнику.....	9
Передмова.....	10

Частина перша

1.0. Оцінка вживання тютюну та тютюнової залежності.....	15
1.1. Вживання тютюну є захворюванням.....	16
1.2. Визначення, класифікація, терміни та спеціальні пояснення.....	17
1.2.1. Тютюнова залежність як набуте професійне захворювання.....	17
1.2.2. Механізм виникнення тютюнової залежності.....	17
1.2.3. Нікотин — не єдиний чинник тютюнової залежності.....	18
1.2.4. Нікотинова залежність за даними ВООЗ.....	18
1.3. Куріння є хронічним рецидивуючим захворюванням.....	19
1.3.1. Моделі рецидивів.....	19
1.3.2. Лікування тютюнової залежності після припинення куріння.....	20
1.4. Регулярне виявлення курців обов'язкове у сучасній медичній практиці.....	21
1.5. Оцінка/діагностика вживання тютюну та залежності.....	21
1.5.1. Клінічна діагностика вживання тютюну та залежності.....	21
1.5.2. Аналіз попередніх спроб припинення куріння.....	23
1.5.3. Мотивація кинути курити.....	23
1.5.4. Історія хвороби пацієнта.....	24
1.5.5. Вагітність/годування грудьми/контрацепція.....	24
1.5.6. Історія депресії та тривожності пацієнта.....	24
1.5.6.1. Початковий скринінг.....	24
1.5.6.2. Клінічна оцінка депресії та тривожності.....	25
1.5.7. Лабораторна діагностика тютюнової залежності.....	25
Література.....	26
2.0. Загальні рекомендації щодо лікування вживання тютюну та тютюнової залежності.....	29
2.1. Вживання тютюну.....	30
2.2. Хвороба тютюнової залежності.....	30
2.3. Припинення куріння.....	31
2.3.1. Терапевтична підготовка.....	31
2.3.2. Поведінкова підтримка.....	31
2.3.3. Лікарські засоби.....	31
2.3.4. Припинення вживання тютюну.....	31
2.4. Лікування тютюнової залежності після припинення вживання тютюну.....	32

2.5. Профілактика рецидивів.....	32
Література	32
3.0. Коротка консультація щодо припинення вживання тютюну	35
3.1. Загальні рекомендації	36
3.2. План заходів для медичних працівників, залучених до підтримки курців ...	36
3.3. Рекомендації для лікарів загальної практики	36
3.4. Рекомендації для госпіталізованих пацієнтів	37
3.5. Рекомендації для вагітних	38
3.6. Рекомендації для пацієнтів хірургічного профілю.....	38
Література.....	38
Частина друга	
4.0. Стандарти втручання для лікування тютюнової залежності.....	39
4.1. Терапевтичні втручання щодо вживання тютюну та тютюнової залежності	41
4.1.1. Лікувальні заходи, спрямовані на припинення куріння, є обов'язковими	41
4.1.2. Стандартний підхід до припинення куріння.....	42
4.1.3. Ефективність лікування вживання тютюну і тютюнової залежності (Допомога).....	46
4.1.4. Підтримка при подальшому спостереженні (Організація).....	46
4.1.5. Підхід системи охорони здоров'я до лікування споживання тютюну та тютюнової залежності	48
4.1.6. Типи заходів з припинення куріння.....	48
4.1.6.1. Мінімальне втручання (коротка порада).....	48
4.1.6.2. Спеціалізовані індивідуальні заходи по відношенню до припинення куріння	48
Література.....	50
4.2. Поведінкове консультування.....	51
4.2.1. Психологічна підтримка припинення куріння.....	51
Література.....	52
4.2.2. Когнітивно-поведінкова терапія.....	52
4.2.3. Мотиваційне інтерв'ю (MI).....	55
Література	57
4.2.4. Формати надання допомоги.....	57
4.2.4.1. Індивідуальне консультування з метою припинення куріння	57
4.2.4.2. Групове консультування з припинення куріння	57
Література.....	59
4.2.4.3. Підтримка за телефоном та лінія підтримки осіб, що кидають курити	60
Література.....	60
4.2.4.4. Матеріали для самодопомоги	60
Література.....	63
4.2.4.5. Комп'ютерні втручання на базі інтернету.....	64
Література.....	64
4.3. Фармакотерапія тютюнової залежності	64
4.3.1. Лікування за допомогою НЗТ.....	67

4.3.2. Лікування бупропіоном SR.....	75
4.3.3. Лікування варенікліном.....	79
4.3.4. Лікування клонідином.....	87
4.3.5. Лікування нортриптиліном	88
4.3.6. Цитизин.....	90
Література.....	91
4.4. Індивідуалізовані схеми лікування.....	94
4.4.1. Комбінація видів фармакотерапії	95
4.4.2. Рекомендації щодо продовження терміну лікування.....	99
4.5. Наявні докази для інших видів підтримки припинення куріння	101
4.5.1. Електронні сигарети	104
4.6. Рекомендації для підходу до скорочення куріння.....	106
4.6.1. Скорочення куріння із заміниками нікотину.....	106
4.6.2. Скорочення куріння з варенікліном	107
Література.....	107
4.7. Рекомендації з лікування для запобігання рецидивам куріння.....	108
Література.....	109
4.8. Рекомендації з лікування для особливих ситуацій та груп ризику.....	110
4.8.1. Рекомендації з лікування вагітних.....	110
4.8.2. Рекомендації з лікування молодих людей віком до 18 років.....	111
Література.....	114
4.8.3. Рекомендації з лікування курців з респіраторними, серцево-судинними, психічними, онкологічними та іншими супутніми захворюваннями	115
Література.....	120
4.8.4. Рекомендації з попередження збільшення маси тіла після припинення куріння	122
Література.....	123
5.0. Наукові дослідження та наукові рекомендації для оцінки припинення куріння	125
5.1. Критерії клінічних досліджень з припинення куріння.....	126
5.2. Економічна ефективність лікування нікотинової залежності.....	126
5.3. Рекомендації щодо впровадження методичних рекомендацій з припинення куріння	129
5.4. Рекомендовані джерела наукової літератури з припинення куріння	130
Частина третя	
6.0. Європейські стандарти акредитації служб з припинення вживання тютюну та підготовка до роботи з припинення вживання тютюну	131
6.1. Рекомендації щодо критеріїв стандартів спеціальної підготовки з припинення вживання тютюну.....	134
6.2. Рекомендації з розробки програми підготовки з припинення куріння для випускників медичних університетів в Європі	135
6.3. Рекомендації з розробки навчальних програм щодо відмови від куріння для післядипломного навчання медичних працівників в Європі — Програма з одержанням сертифіката.....	138
6.4. . Рекомендації з розробки навчальних програм щодо відмови від куріння для інших категорій	

професіоналів, які забезпечують припинення куріння в Європі: психологів, медичних сестер, осіб, які визначають політику у сфері охорони здоров'я.....	140
6.5. Стандарти підготовки клініцистів з припинення куріння	140
6.6. Стандарти якості при лікуванні тютюнової залежності.....	142
6.7. Вимоги до акредитації спеціалізованих служб з припинення вживання тютюну	145
6.7.1. Три рівні служб з припинення вживання тютюну.....	146
6.7.2. Акредитація спеціалізованих підрозділів з припинення вживання тютюну	146
6.7.3. Самостійний аудит служби з припинення вживання тютюну.....	151

Подяка

4-те видання 2018 року координували та редагували д-р Софія Пападакіс (Sophia Papadakis) та д-р Костянтин Вардавас (Constantine Vardavas).

ENSP висловлює щире вдячність Редакційній колегії 1-ї, 2-ї та 3-ї версій за їх гідний внесок:

Панайотіс К. Бехракіс (Panagiotis K. Behrakis), кандидат медичних наук, доктор наук (Університет МакГілла), Член Американської колегії спеціалістів у сфері торакальної медицини, Голова Наукової ради ENSP, директор Інституту громадського здоров'я Американського коледжу Греції та дослідник Фонду біомедичних досліджень Афінської академії, Греція;

Назмі Білір (Nazmi Bilir), кандидат медичних наук, професор у сфері громадської охорони здоров'я, Університет Хаджетепе, медичний факультет, Департамент громадського здоров'я, Анкара, Туреччина;

Люк Кленсі (Luke Clancy), бакалавр наук, бакалавр медичних наук, кандидат медичних наук, доктор наук, член Королівського терапевтичного коледжу Ірландії, член Королівського терапевтичного коледжу (Едін), Член Американської колегії спеціалістів у сфері торакальної медицини, співробітник Факультету гігієни праці, фахівець з респіраторних захворювань та генеральний директор Ірландського інституту досліджень свободи від тютюну (TobaccoFree Research Institute Ireland TFRI); Ірландія;

Бертран Даутценберг (Bertrand Dautzenberg), кандидат медичних наук, професор торакальної медицини лікарні Pitié-Salpêtrière, Париж, і голова Французького бюро з профілактики табакізму (Office français de prévention du tabagisme OFT), Париж, Франція;

Андрій Костянтинович Дьомін, кандидат медичних наук, доктор політичних наук, лікар ФГАУ «Лікувально-реабілітаційний центр» Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації, професор Вищої школи Управління охороною здоров'я Першого Московського державного медичного університету імені І.М. Сеченова, президент

Російської асоціації громадського здоров'я, Москва, Російська Федерація;

Софія Пападакіс (Sophia Papadakis), доктор наук, МНА, дослідник, відділ профілактики та реабілітації Інституту серця Оттавського університету (Division of Prevention and Rehabilitation at the University of Ottawa Heart Institute), ад'юнкт-професор медичного факультету Оттавського університету і відвідувач-вчений Клініки соціальної та сімейної медицини Школи медицини Критського університету (Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine of the University of Crete), Греція;

Антігона Трофор (Antigona Trofor), кандидат медичних наук, доктор медицини, доцент пульмонології Університету медицини та фармації Гр. Т. Пора, Ясси, і спеціаліст з респіраторних хвороб Клініки хвороб легень, Ясси, Румунія; Костянтин Вардавас (Constantine Vardavas), кандидат медичних наук, RN, магістр у сфері загальної охорони здоров'я, доктор наук, член Американської колегії спеціалістів у сфері торакальної медицини, науковий співробітник Клініки соціальної та сімейної медицини Школи медицини Критського університету (Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine of the University of Crete), Греція, та помічник директора Інституту громадського здоров'я Американського коледжу Греції (Institute of Public Health (IPH) of the American College of Greece).

ENSP висловлює щире вдячність рецензентам 1-го видання за їх внесок:

Софія Каттаруцца (Sofia Cattaruzza), керівник UNITAB, Університет Sapienza, Рим, Італія;

Флорін Думітру Міхалтан (Florin Dumitru Mihăltan), професор пневмології, Національний інститут пневмології М. Nasta, Президент Румунського товариства пневмології, Бухарест, Румунія;

Манфред Неубергер (Manfred Neuberger), ординарний професор університету, кандидат медичних наук, Відень, Австрія;

Біагіо Тінгхіно (Biagio Tinghino), президент Італійського товариства тютюнології (SITAB), координатор робочої групи з Рекомендацій SITAB, керівник Центру з припинення куріння, ASL Monza e Brianza, Італія;

Пауло Д. Віторія (Paulo D. Vitoria), психолог, доктор наук, професор профілактичної медицини факультету наук про здоров'я — Університет da Beira Interior, член Координаційної бригади португальської телефонної лінії з припинення споживання тютюну, член Наглядової ради Португальського товариства тютюнології (SPT), Португалія; Вінченцо Зага (Vincenzo Zagà), головний редактор журналу

Tabaccologia італійського товариства тютюнології (SITAB), Болонья, Італія;

Вітольд А. Затонський (Witold A. Zatoński), професор, кандидат медичних наук, доктор наук, директор відділу епідеміології та профілактики раку, директор центру ВООЗ, Варшава, Польща.

ENSP висловлює подяку **Cornel Radu-Loghin**, генеральному секретарю за керівництво проектом.

Декларація інтересів

Заяви про наявність інтересів:

Члени редакційної ради ENSP Посібника з лікування тютюнової залежності заявляють про такі інтереси:

Панайотіс К. Бехракіс (Panagiotis K. Behrakis) оголошує про відсутність конфлікту інтересів з будь-якою фармацевтичною компанією;

Люк Кленсі (Luke Clancy) заявляє, що його інститут отримав дослідницький грант від компанії Pfizer у 2010 р.; він отримував гонорар консультанта від компаній Pfizer і Pierre Fabre в 2010, 2011, 2012 р.; він отримав гонорари за лекції від компаній Pfizer та Novartis в 2010, 2011, 2012 р.;

Бертран Даутценберг (Bertrand Dautzenberg) співпрацював протягом останніх трьох років, але відмовлявся від будь-яких персональних гонорарів від компаній Pfizer, GlaxoSmithKline, Pierre Fabre Santé;

Антігона Трофор (Antigona Trofor) отримувала регулярно сплачувані гонорари консультанта за клінічну дослідництво

роботу від компаній Novartis Pharma Services Romania SRL, CROM Research Org. SRL, INC Research and Glaxo SmithKline в 2011–2015 рр., а також отримувала гонорари за окремі лекції від Європейської комісії, компаній AstraZeneca, Servier Pharma SRL, Glaxo SmithKline, Chiesi Pharmaceuticals, Cipla, and Pierre-Fabre в 2011–2015 рр.;

Софія Пападакіс (Sophia Papadakis) заявляє, що її інститут отримав навчальний грант від компанії Pfizer, але вона відмовилася від будь-яких персональних гонорарів від фармацевтичних компаній та інших агенцій;

Костянтин Вардавас (Constantine Vardavas) заявляє, що його інститут отримав навчальний грант від компанії Pfizer, але він відмовився від будь-яких персональних гонорарів від фармацевтичних компаній та інших агенцій.

Цей посібник надрукований незалежно від будь-якої фармацевтичної компанії.

Рівень доказовості рекомендацій у посібнику

Таблиця 1: У даному посібнику наявні дані розділені на три категорії за типом, якістю кількістю досліджень, на які є посилання.

Рівень доказовості: Опис		
Категорія доказовості	Джерело доказів	Визначення
A	Контрольовані та рандомізовані дослідження (КРД). Широка база даних	Велика кількість досліджень, яка передбачає значну кількість учасників
B	КРД. Обмежена база даних	Дослідження включають обмежену кількість пацієнтів, аналіз КРД підгруп або метааналізи КРД. Рандомізованих досліджень мало, у неоднорідних популяційних групах із суперечливими результатами
C	Нерандомізовані дослідження. Дослідження даних спостережень. Узгоджена думка експертів	Докази неконтрольованих та нерандомізованих досліджень або дані спостережень

Рівень доказовості: Опис		
Код	Якість наукових даних	Визначення
A	Висока	Дуже мало ймовірно, що подальші дослідження змінять нашу довіру до оцінки ефекту. Кілька досліджень високої якості з узгодженими результатами. В особливих випадках: одне велике, високої якості багатоцентрове дослідження
B	Помірна	Подальші дослідження, ймовірно, матимуть суттєвий вплив на нашу впевненість у оцінці ефекту та можуть змінити оцінку. Одне високоякісне дослідження. Кілька досліджень з деякими обмеженнями
C	Низька	Подальші дослідження, ймовірно, матимуть суттєвий вплив на нашу впевненість у оцінці ефекту і, ймовірно, змінять оцінку. Одне чи кілька досліджень із суворими обмеженнями
D	Дуже низька	Будь-яка оцінка ефекту є дуже невизначеною. Експертна думка. Відсутні безпосередні дані наукових досліджень. Одне або більше досліджень з дуже серйозними обмеженнями

Передмова

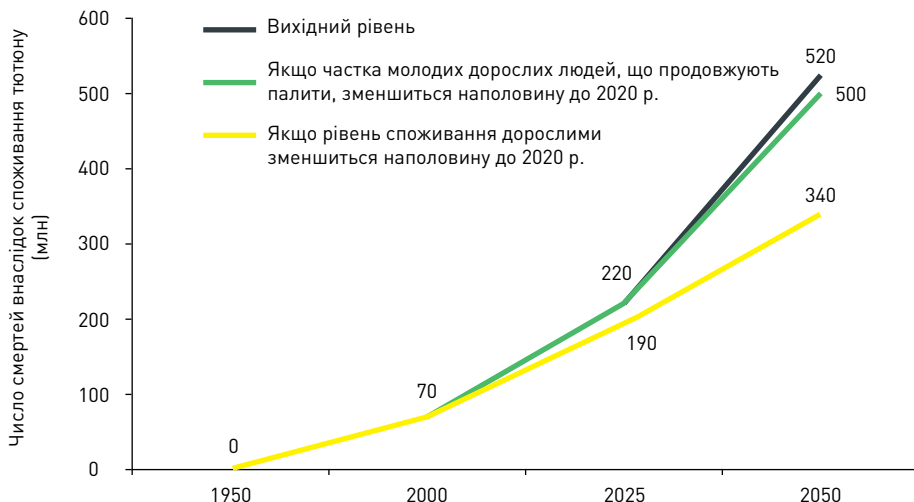
ENSP бачить майбутнє, вільне від тютюну, в якому європейці не будуть страждати від хвороб та ранньої смерті, пов'язаних із тютюном. Усі наші постійні зусилля зосереджені на тому, щоб надати дітям та молодим людям свободу зростати незалежно та мати хороше здоров'я, не погоджуючись на довічну залежність. Споживання тютюну є не тільки найсильнішою залежністю, але й смертельною пасткою, вийти з якої ми хочемо допомогти курцям. Таким чином, наша мета полягає в досягненні більш широкого узгодження заходів з профілактики куріння, а також в просуванні всебічної політики контролю споживання тютюну в Європі та інших країнах.

За даними дослідження Євробарометр, опублікованими в 2017 році, курять майже чверть (26%) європейців віком старше 15 років, і 33% — у віковій групі від 25 до 39 років. Тютюн вбиває половину осіб, які споживають його регулярно, тобто 700,000 європейців щороку. У цьому контексті існує

спільна думка, що тютюнова залежність є хворобою, яку зобов'язані лікувати професійні медичні працівники. Усі професійні медичні працівники повинні розуміти, що споживання тютюну є медичним станом, залежністю згідно з МКХ-10, а не звичкою, вадю, задоволенням або вибором способу життя.

Заходи, спрямовані на припинення споживання тютюну, мають більш середньостроковий вплив на число смертей і, отже, повинні заохочуватися. Як пояснюється в доповіді Світового банку «Стримування епідемії: Уряди та економіка боротьби проти споживання тютюну», якщо початок споживання тютюну зменшиться на 50% до 2020 р., число смертей від тютюну скоротиться з 520 до приблизно 500 млн у 2050 р. З іншого боку, якщо половина курців, що палять в даний час, припинять курити до 2020 р., число смертей від куріння буде скорочено з 520 до 340 млн у 2050 р. (рис. 1).

Рисунок 1. Якщо курці, що палять на даний час, не припинять курити, число смертей різко зросте у наступні 50 років. Розрахунок кількості смертей у 1950–2050 рр. при застосуванні різних стратегій (джерело: Світовий банк)



У статті 14 Рамкової Конвенції з боротьби проти споживання тютюну ВООЗ (WHO FCTC) зазначено, що:

«Кожна Сторона розробляє та поширює належні, всебічні та комплексні керівні принципи, що ґрунтуються на наукових даних і найкращій практиці з урахуванням національних обставин і пріоритетів, та вживає ефективних заходів для сприяння припинення споживання тютюну і забезпечення адекватного лікування тютюнової залежності.»

Керівні принципи для впровадження статті 14 :

- i. закликають Сторони посилити або створити стійку інфраструктуру, що мотивує до спроби припинити вживання тютюну, що забезпечує широкий доступ до підтримки для споживачів тютюнових виробів, які бажають відмовитися від їх споживання, і що є стійким джерелом ресурсів для забезпечення такої підтримки;*
- ii. визначають основні ефективні заходи, необхідні для сприяння припиненню вживання тютюну і включенню лікування тютюнової залежності в національні програми боротьби проти тютюну і системи охорони здоров'я;*
- iii. закликають Сторони ділитися досвідом і співпрацювати, щоб сприяти розвитку або зміцненню підтримки з метою припинення вживання тютюну і лікування тютюнової залежності.*

Відповідно до зазначених вище керівних принципів слід зосередити зусилля на розвитку інфраструктури для підтримки припинення споживання тютюну та лікування тютюнової залежності в країнах — членах Рамкової Конвенції боротьби проти тютюну (РКБТ) ВООЗ, при тому, що РКБТ ВООЗ рекомендує, що «Сторони повинні здійснювати нижченаведені заходи, щоб зміцнити або створити інфраструктуру, необхідну для ефективного сприяння припиненню вживання тютюну і забезпеченню належного лікування тютюнової залежності з урахуванням національних обставин і пріоритетів».

Ці дії можна коротко описати таким чином:

1. Провести національний ситуаційний аналіз.
2. Створити або зміцнити національну координацію.
3. Розробити та розповсюдити всебічні керівні принципи.

4. Звернути увагу на вживання тютюну медичними працівниками та іншими особами, що беруть участь у боротьбі зі споживанням тютюну.
5. Розвивати потенціал в галузі підготовки кадрів.
6. Використовувати існуючі системи та ресурси для забезпечення максимально можливого доступу до послуг.
7. Ввести обов'язкову реєстрацію вживання тютюну в історії хвороби.
8. Заохочувати спільну роботу.
9. Створити стійке джерело фінансування допомоги щодо припинення вживання тютюну.

У рамках цих Рекомендацій ENSP з лікування тютюнової залежності ми орієнтовані головним чином на Дію 3, беручи, однак, до уваги проведення національного ситуаційного аналізу згідно з Дією 1 та інтегруючи якомога більшою мірою Дії 5 (Розвиток потенціалу у сфері підготовки кадрів) і 7 (Введення обов'язкової реєстрації вживання тютюну в історію хвороби).

Відповідно до керівних принципів щодо здійснення «Сторонам слід розробити і поширити всебічні керівні принципи щодо лікування тютюнової залежності, що ґрунтуються на найкращих наявних наукових даних і найкращій практиці. Ці керівні принципи повинні включати дві основні складові: (1) національну стратегію припинення вживання тютюну, призначену сприяти відмові від вживання тютюну і забезпечити лікування тютюнової залежності, яка орієнтована головним чином на осіб, що відповідають за фінансування і здійснення політики і програми; і (2) національні керівні принципи щодо лікування, орієнтовані головним чином на тих, хто буде розробляти, керувати і забезпечувати для споживачів тютюну підтримку в припиненні вживання тютюну.»

Національна стратегія припинення споживання тютюну та національні рекомендації з лікування тютюнової залежності повинні мати такі основні характеристики:

- спиратися на наукові фактори;
- процес їх розробки має бути захищеним від будь-яких фактичних і потенційних конфліктів інтересів;
- їх слід розробляти у співпраці з основними зацікавленими сторонами, включаючи крім іншого вчених, що займаються

проблемами охорони здоров'я, викладачів, професійні організації в галузі охорони здоров'я, медичних працівників, викладачів, осіб, які працюють з молоддю, і неурядові організації, які володіють відповідними знаннями та досвідом у цій галузі;

- робота над ними повинна бути доручена або очолена урядом, але при активному партнерстві та консультаціях з іншими зацікавленими сторонами; однак якщо процес розробки керівних принципів лікування буде ініційований іншими організаціями, вони повинні зробити це при активній співпраці з урядом;
- необхідно, щоб вони включали план поширення і здійснення, підкреслювали важливість того, щоб всі провайдери послуг (в рамках або поза сектором охорони здоров'я) служили прикладом, не використовуючи тютюн, і періодично піддавалися огляду й оновленню відповідно до зобов'язань, передбачених в статті 5.1 РКБТ ВООЗ.

Усі наші зусилля та праця спрямовані на підтримку РКБТ ВООЗ, яку ми вважаємо інструментом в напрямку досягнення цілей ENSP. Саме з цієї причини, відповідно до статті 14 РКБТ ВООЗ ці Європейські рекомендації з лікування тютюнової залежності підготовлені і вільно надані професійним медичним працівникам та громадськості. Ми впевнені, що ці Рекомендації з лікування тютюнової залежності допоможуть озброїти професійних медичних працівників навичками, необхідними для боротьби з цією смертельною залежністю та надати їм широкий арсенал життєво важливих інструментів, щоб допомогти поліпшити їх стратегії у сфері припинення куріння.

Нарешті, ці Рекомендації є результатом постійної та інтенсивної роботи Ради редакторів 1-го і 2-го видань, яким ENSP висловлює свою виняткову вдячність.

Франциско Лозано
(Francisco Lozano)
Президент, ENSP

Панайотіс Бехракіс
(Panagiotis Behrakis)
Голова наукового комітету ENSP

I) European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>

II) WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf

Передмова до українського видання

Скорочення поширеності куріння серед населення є пріоритетним завданням в контексті профілактики захворювань та зменшення глобального тягаря хвороб. Особливої актуальності питання боротьби з цим чинником ризику розвитку НІЗ набувають в Україні, де від хвороб, викликаних тютюнокурінням, в середньому щорічно помирає близько 94 тис. людей (82-107 тис., розрахункові дані для 2015 р.)¹. Тютюн обумовлює майже 28% всієї смертності чоловіків. Разом з тим, впродовж останніх років спостерігається позитивна тенденція до скорочення споживання тютюну, особливо у чоловіків - з 50% у 2010 році до 40% у 2017 році². При цьому залишається багато курців, які мають високий ступінь залежності від тютюну. Однак, лікарі можуть активно вплинути на поліпшення стану здоров'я курців, надаючи їм допомогу у припиненні куріння.

Ми закликаємо наших колег користуватися цим посібником та сприймати надання поради щодо припинення куріння для пацієнта **як медичне призначення!** Важливо серйозно ставитися як до самого консультування пацієнта, так і щодо призначення йому фармакологічних препаратів для допомоги у припиненні тютюнокуріння. Серед тих пацієнтів-курців, які у 2017 році відвідували медичних працівників останні 12 місяців, у 49,2% медичні працівники запитували про їхній статус щодо куріння, тоді як у 2010 році запитання були поставлені тільки 43,4% курцям. В цьому відношенні спостерігається позитивна динаміка за останні 7 років².

Потребує врахування той факт, що 62,5% теперішніх курців планували або думали про те, щоб припинити курити. У той же час, втілити це бажання не така проста справа, оскільки лише 1,2% курців (0,7% серед чоловіків та 2,8% серед жінок), які намагалися припинити курити за останні 12 місяців, змогли утриматися від куріння впродовж більше ніж 6 місяців². Надання медичними працівниками допомоги у припиненні куріння – суттєвий вклад у збільшення чисельності тих, хто кинув курити! Пам'ятайте колеги, якщо Ви допомогли двом пацієнтам, які курили, відмовитися від куріння, то врятували як мінімум одне життя!³

Тетяна Грузєва,

д.мед.н, професор, завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Саме на корекцію такого важливого чиннику ризику як тютюнокуріння розрахований цей посібник. Він дає основні клінічні знання щодо тютюнової залежності та стратегій її лікування. В МКХ-10 тютюнова залежність позначена кодом F17 «нікотинова залежність». Таким чином, куріння розглядається як хронічне рецидивуюче захворювання, яке потребує лікування. Корегувати спосіб життя курця необхідно з такою ж ретельністю, як це відбувається при лікуванні гіпертонічної хвороби або діабету.

Посібник містить детальний опис даних про тютюнову залежність, нікотин, методи виявлення тютюнової залежності і рекомендації щодо її лікування, включаючи основні поведінкові стратегії. У виданні представлено науково обґрунтовані рекомендації, проводиться аналіз медикаментозної допомоги основними препаратами, які використовуються в Україні.

Важливо відмітити, що рекомендації з надання допомоги у відмові від куріння представлено з диференціацією для осіб з деякими захворюваннями та для особливих контингентів, наприклад ВІЛ-інфікованих, вагітних. Окремий розділ даного видання присвячено питанням організації допомоги у відмові від куріння в системі охорони здоров'я та навчання надання даної допомоги. Значний інтерес становлять також стандарти якості та вимоги до акредитації закладів, які надають допомогу у відмові від куріння.

В цілому посібник є комплексним науково-обґрунтованим виданням з питань надання допомоги у відмові від куріння. В нашій країні даний посібник може бути рекомендовано як методичний матеріал для лікарів, середніх медичних працівників, психологів, соціальних працівників, педагогів, які в процесі професійної діяльності надають допомогу у відмові від куріння або її організують.

Шановні колеги та майбутні колеги! Ми сподіваємося, що ви належним чином оціните цей практичний посібник, який підготували європейські фахівці, і він стане вам у нагоді для надання якісної допомоги пацієнтам у припиненні куріння!

Отто Стойка,

к.мед.н., головний лікар Київського міського центру здоров'я

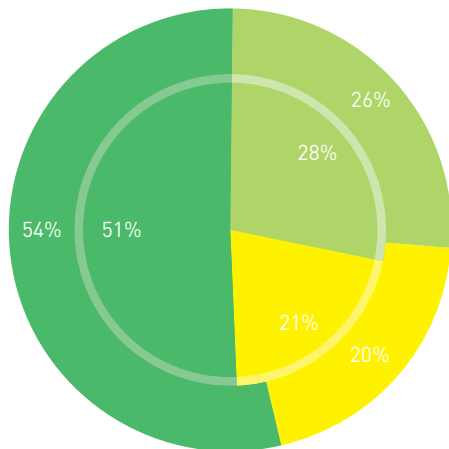
ЧАСТИНА ПЕРША | РОЗДІЛ 1

Оцінка вживання тютюну
та тютюнової залежності



1.0 Оцінка вживання тютюну та тютюнової залежності

QC1 Стосовно куріння сигарет, сигар, сигарил або люльки, яке з наведеного нижче стосується вас? У цьому питанні та в наступних питаннях у цьому розділі куріння сигарет не включає вживання електронних сигарет.



- Ви є активним курцем
- Ви ніколи не курили
- Ви курили, але кинули
- Не знаєте

Внутрішнє коло: EB77.1 Лютий–березень, 2012
Зовнішнє коло: EB824 Листопад–грудень, 2014

«Щонайменше чверть респондентів в ЄС є активними курцями сигарет, сигар, сигарил або люльки (26%), що свідчить про зменшення частки курців на 2% порівняно з 2012 р.»

Eurobarometer 2015

1.1 Вживання тютюну є захворюванням

Вживання тютюну є основною причиною передчасної смерті та інвалідності в Європі.^{1,2} Щороку понад 700 тис. європейців вмирають від захворювань, пов'язаних з курінням тютюну². Загальновідомим фактом є те, що середня тривалість життя курців на 10 років менша, ніж в осіб, які не курять, крім того, половина курців втрачає 20 років здорового життя, перш ніж

померти від хвороби, пов'язаної з курінням тютюну³.

Тютюнова залежність — це захворювання, що виникає у значної кількості дорослих осіб, які вживають тютюн. Тютюнова залежність пов'язана з довгостроковим щоденним вживанням тютюнових продуктів (сигарети, люльки, сигари, кальяни, біді, жувальний тютюн тощо). Більшість курців не можуть кинути курити за власним бажанням. У медичній термінології хронічне куріння визначається наступним чином: тютюнова залежність, ніотинова залежність, тютюнова або ніотинова адикція.

Саме тому лікарі та медичні працівники повинні брати до уваги той факт, що тютюнова залежність є захворюванням, а не звичкою, вадою, задоволенням чи вибором стилю життя.

Основним етіологічним фактором появи хвороби тютюнової залежності є нікотин. Нікотин — це наркотик, який зумовлює надзвичайно високий рівень звикання, він міститься в тютюні та визначає залежність в осіб, які хронічно вживають тютюнові вироби. Навіть незважаючи на те (залежно від інтенсивності, тривалості вживання і типу тютюнової продукції, що використовується), що не всі курці повторюють одну й ту саму ризиковану схему, реакція фахівців у галузі охорони здоров'я на вживання тютюну повинна бути однією: необхідно не гаючи часу лікувати тютюнову залежність курців.

Оскільки тютюнова залежність є захворюванням, встановлювати діагноз та лікувати необхідно таким же чином, як й інші хронічні захворювання. Працівник галузі охорони здоров'я зобов'язаний втрутитися та ініціювати припинення вживання тютюну. Заохочування початку лікування тютюнової залежності є гарною практикою для лікарів і працівників галузі охорони здоров'я, оскільки споживання тютюну зумовлено насамперед тютюновою залежністю. Тільки у надзвичайно виняткових випадках тютюнокуріння викликано вільним вибором курця свого способу життя. Відсутність лікування або домовленостей щодо лікування хворих на тютюнову залежність — це погана практика. Щонайменше лікарі повинні провести короткі заходи з консультуванням всіх пацієнтів, які вживають

Рисунок 1.1: Робота в клінічних умовах з особами, які вживають тютюн.



тютюн (рис. 1.1).

Як тільки-но вживання тютюну та залежність сприймаються як хвороба, логічним наслідком є те, що залежні від тютюну курці потребують медичної допомоги, наданої працівником галузі охорони здоров'я для того, щоб кинути тютюнокуріння, яка забезпечується через лікування тютюнової залежності. Як і у випадку з іншими хронічними захворюваннями, медична допомога складається з діагностики хронічного вживання тютюну та тютюнової залежності, а потім — регулярного лікування з метою ремісії споживання тютюну та лікування хронічної тютюнової залежності.

Таким чином, можна підсумувати, що за рахунок куріння тютюну люди не тільки вводять нікотин в свій організм та підтримують чи збільшують тютюнову залежність, а й до того ж наражають себе на численні тяжкі хвороби, значна частина з яких призводить до смертельних наслідків, викликаних токсинами, що містяться в тютюні. Чим раніше розпочнуть лікування тютюнової залежності, чим швидше пацієнт кине курити або використовувати жувальний тютюн і тютюновий дим, тим більше користі для його здоров'я це принесе³.

1.2 > **Визначення, класифікації, терміни та спеціальні пояснення**

1.2.1 Тютюнова залежність як набуте професійне захворювання

Тютюнова залежність є згубною залежністю від тютюну, викликаною наркотиком нікотин. Курець, що страждає від

тютюнової залежності, не може припинити використання цієї речовини, незважаючи на те, що вона завдає йому/їй шкоди. Нікотин, що вдихається, відомий як наркотик, здатний викликати залежність щонайменше настільки ж сильну, як і залежність від героїну або кокаїну⁴. Тютюнові споживачі, які розпочали курити у підлітковому віці, як правило, більш залежні, ніж ті, хто розпочав вживання тютюну у дорослому віці⁵. Нікотин — це речовина з психоактивними властивостями, створює потяг до сигарет, сигар, люльки, що спричиняє неспроможність курців легко кинути цю звичку і викликає у курців фізичні та психологічні симптоми під час утримання від куріння. У той час як нікотин, що міститься в тютюні, викликає нікотинову залежність, токсичні ефекти зумовлені, в основному, іншими речовинами, що містяться у тютюновому димі.

1.2.2. Механізм виникнення тютюнової залежності

Нікотин, що вдихається, досягає артерій мозкового кровообігу через легені лише за 7 секунд⁶. Нікотин зв'язується зі специфічними рецепторами ацетилхоліну (в основному з $\alpha 4\beta 2$ -нікотиновими ацетилхоліновими рецепторами) в ділянці прилеглого ядра переднього мозку (лат. Nucleus accumbens), так званого центру задоволення, що стимулює вивільнення нейротрансмітерів, таких як дофамін і норадреналін, що сприймається споживачами тютюну як задоволення^{7,8}. Задоволення, яке отримує споживач тютюну, це насправді полегшення симптомів відміни, коли зростає рівень нікотину і відбувається стимулювання нікотинових рецепторів.

Головною особливістю нікотинової залежності є сильне бажання відчувати фармакологічний вплив нікотину й уникнути можливих наслідків синдрому абстиненції та пов'язаних явищ, як позитивних (нікотин зумовлює психоактивну стимуляцію), так і негативних (відсутність нікотину призводить до дискомфорту)⁷.

Кожна сигарета негайно зменшує потяг, але знижує чутливість нікотинових рецепторів і збільшує їх кількість, тим самим підвищуючи потяг до наступної сигарети⁸. Ця стимуляція, викликана споживанням тютюну, обумовлює його хронічний характер^{7,9}. Під час фази ініціювання тютюнової залежності

курець має збільшувати кількість введеного нікотину для того, щоб відтворити відчуття такої ж інтенсивності. Після початкового періоду адаптації курець потребує своєї індивідуальної дози нікотину, щоб підтримувати нейтральне самопочуття і не допускати симптомів абстиненції. Ця морфологічна адаптація, що відбувається в центральній нервовій системі, відповідає розвитку фізичної залежності^{7,9}.

1.2.3. Нікотин — не єдиний чинник тютюнової залежності

Нікотинова залежність має дві складові: фізичну та психологічну залежність¹⁰.

На додаток до фізичної залежності, багаторазове вживання тютюнових виробів може стати звичкою. Соціальні контакти і ситуації, пов'язані з певним повсякденним розкладом, можуть посилити вживання тютюну. З часом така поведінка стає нормою в повсякденному житті. Таким чином, рекомендується, щоб лікування вживання тютюну підтримувалося як фармакологічними засобами з метою полегшення фізичних симптомів, так і поведінковою терапією, спрямованою на усунення повсякденних звичок і тригерів, пов'язаних з використанням тютюну певною особою.

1.2.4. Нікотинова залежність за даними ВООЗ

Людина розглядається як залежна від нікотину у тому випадку, коли він/вона має історію хронічного споживання з наступними характеристиками: зловживання наркотичною речовиною, продовження само введення речовини, незважаючи на передбачувані негативні наслідки, висока толерантність до речовини і демонстрація симптомів відміни, що проявляються під час спроби зупинити вживання⁶.

Відповідно до критеріїв, прийнятих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в *Міжнародній класифікації захворювань*, залежність від тютюну включена до: психічних і поведінкових розладів, викликаних вживанням тютюну, і має код захворювання F17 (табл. 1.1)¹¹.

Синдроми залежності входять до групи фізичних, психологічних, поведінкових і когнітивних явищ, в яких використання речовини (в даному випадку тютюну) стає пріоритетом для певної особи, що негативно впливає на

Таблиця 1.1. Класифікація тютюнової залежності за МКХ-10 (ICD10CM), ВООЗ (оновлення чинне станом на 1 жовтня 2015 р.)¹¹
Інтернет-сайт для отримання довідкової інформації: <http://www.icd10data.com>

Нікотинова залежність F17

Виключення (інші спеціальні коди)

- історія тютюнової залежності (Z87.891);
- вживання тютюну (Z72.0);
- вживання тютюну (куріння) під час вагітності, народження дитини та післяпологового періоду (O99.33-1...5);
- токсичний вплив нікотину (T65.2-)

F17	Нікотинова залежність
F17.2	Нікотинова залежність
F17.20	Нікотинова залежність, невизначена
F17.200	неускладнена
F17.201	у ремісії
F17.203	нікотинова залежність, невизначена, з синдромом абстиненції
F17.208	з іншими викликаними ніотином розладами
F17.209	з невизначеними викликаними ніотином розладами
F17.21	Нікотинова залежність, сигарети
F17.210	неускладнена
F17.211	у ремісії
F17.213	з абстиненцією
F17.218	з іншими викликаними ніотином розладами
F17.219	з невизначеними викликаними ніотином розладами
F17.22	Нікотинова залежність, жувальний тютюн
F17.220	неускладнена
F17.221	у ремісії
F17.223	з синдромом абстиненції
F17.228	з іншими викликаними ніотином розладами
F17.229	з невизначеними викликаними ніотином розладами
F17.29	Нікотинова залежність, інші тютюнові продукти
F17.290	неускладнена
F17.291	у ремісії
F17.293	з синдромом абстиненції
F17.298	з іншими викликаними ніотином розладами
F17.299	з невизначеними викликаними ніотином розладами

інші принципи поведінки, які в минулому мали більш високе значення для цієї людини.

Синдром відміни нікотину

Введення нікотину в організм, головним чином шляхом вдихання, призводить до нікотинової залежності, і навпаки, коли людина, залежна від нікотину, припиняє його вживати, спостерігається синдром відміни.

Симптоми відміни викликаються раптовою зупинкою постачання нікотину. Відміна нікотину може проявлятися в перші 4–12 год після припинення куріння.

Симптоми включають¹²:

- гостру/неконтрольовану потребу у курінні (жагу);
- дратівливість/агресію/гнів;
- занепокоєння;
- збуджений стан;
- втому;
- підвищений апетит;
- труднощі з концентрацією уваги;
- депресію;
- головний біль;
- пробудження у нічний час;
- легке запаморочення/затьмарення.

Ці симптоми варіюють залежно від конкретної особи: деякі курці почувають відміну інтенсивніше, ніж інші. Всі ці прояви мають тимчасовий характер, досягаючи максимальної інтенсивності в перші 24–72 год і знижуються протягом наступних 3–4 тиж¹². Приблизно у 40% пацієнтів симптоми можуть тривати довше, ніж 3–4 тиж¹².

Симптоми нікотинової відміни являють собою суму всіх змін, викликаних раптовим припиненням вживання нікотину, що особливо важко переноситься протягом перших 2–6 тиж., і які повинні супроводжуватися кваліфікованою медичною допомогою та психологічною підтримкою. Таким чином, найкраща стратегія, що рекомендується усіма керівними принципами щодо припинення куріння з метою лікування нікотинової залежності, полягає у поєднанні медикаментозного лікування з поведінковою терапією¹³.

Статус куріння

Рекомендується, щоб всі лікарі належним чином проводили з пацієнтами оцінку поточного і минулого статусу вживання тютюну.

Наступні визначення використовуються для класифікації статусу куріння:

- **не курець**— це особа, яка викурила не більше 100 сигарет протягом всього його/її життя (або 100 г тютюну, у випадку трубки для куріння, сигар або інших тютюнових виробів);
- **щоденний курець**— це особа, яка курила на щоденній основі, принаймні протягом 3 міс;
- **нерегулярний курець**— це особа, яка курила, але не на щоденній основі;
- **колишній курець**— це особа, яка кинула курити, принаймні 6 міс тому.

Деякі наступні стандартні питання розглядаються як корисні при оцінці стану куріння:

1. Ви коли-небудь курили сигарети або використовували інші тютюнові вироби (наприклад, люльки, сигари і тощо)?

Для нинішніх курців:

2. Скільки сигарет (або інших тютюнових виробів, наприклад, трубки, сигари і тощо) ви зазвичай курите протягом дня?
3. Протягом скількох років ви курите?
4. Скільки сигарет ви викурили протягом вашого життя? Це більше чи менше, ніж 100?
5. Ви курите щодня/в певні дні/в певних ситуаціях? В яких ситуаціях?

Для колишніх курців:

6. Скільки років/місяців минуло з того часу, як ви кинули курити?

1.3 Куріння є хронічним рецидивуючим захворюванням

1.3.1 Моделі рецидивів

Залежність від нікотину/тютюну є хронічним рецидивуючим захворюванням, яке в основному розвивається протягом

підліткового віку⁵. Тютюнова залежність має багато характеристик хронічного захворювання, коли більшість курців наполягають на споживанні тютюну протягом багатьох років чи десятиліть.

«Рецидив» розглядається як повернення до регулярного куріння кимось, хто кинув курити. «Рецидив», як правило, належить до періоду від декількох днів або більше безперервного куріння після періоду абстиненції. «Невдачі» або «рецидиви» означають щоденне куріння, принаймні протягом 3 днів після періоду тривалістю, принаймні, 24 год без будь-якого куріння.

«Короткочасне повернення» або «зрив» означає вживання тютюну після попереднього періоду утримання, що не зумовлює повернення до звичайного режиму куріння. Це може трапитися з тими особами, які кинули курити, а також колишніми курцями, які курять менше, ніж одну сигарету в день до 3 днів на тиждень, або курять будь-яку кількість сигарет протягом одного дня в тиждень протягом тижня до будь-якого запланованого візиту. «Короткочасне повернення» може бути винятковою подією, яка супроводжується поновленням утримання, або це потужний провісник рецидиву.

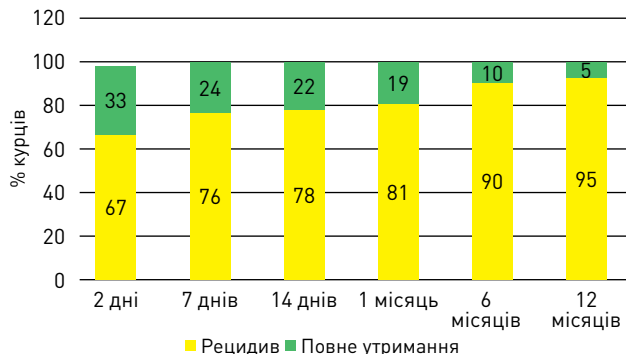
Серед колишніх курців рецидиви є поширеним явищем. Рецидив найчастіше відмічається протягом перших кількох днів спроби відмови від куріння, коли симптоми відмови найбільш виражені. Понад 75% осіб, що намагаються кинути курити без сторонньої допомоги, стикаються з рецидивом протягом першого тижня, і це визначає критичність цього проміжку часу¹². Нарис. 1.2 показано ймовірність рецидиву протягом першого року спроби кинути курити.

Після того, як пацієнти не курять протягом 2–3 міс, ризик рецидиву значно знижується — однак у жодному разі не зникає повністю. Навіть серед курців, яким вдалося кинути курити на короткі або тривалі періоди, ризик рецидиву залишається високим. Пацієнти, які не курять принаймні протягом 12 міс, мають довічну ймовірність рецидиву на рівні 35% (рис. 1.3)¹⁴.

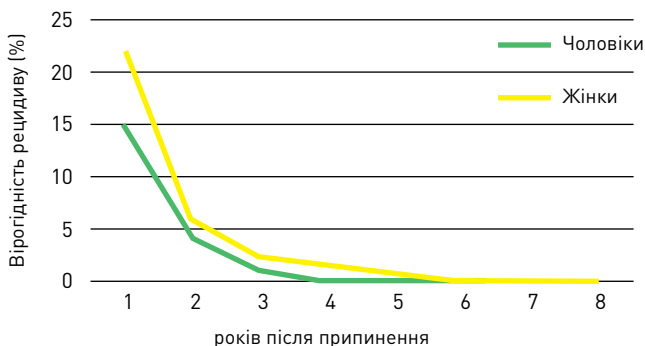
1.3.2. Лікування тютюнової залежності після припинення куріння

Тютюнова залежність може потребувати постійних

Рисунки 1.2. Модель рецидиву курців, що намагаються кинути курити без сторонньої допомоги¹²



Рисунки 1.3. Ймовірність рецидиву за роками¹⁴



і періодичних терапевтичних процедур, а також довгострокового супроводу до того часу, поки вона не буде вилікувана¹⁵.

Розуміння хронічного характеру цієї залежності передбачає довгострокове спостереження, а не просто надання допомоги протягом гострої стадії.

Через це після рецидиву можуть знадобитися декілька фармакологічних курсів лікування, іноді із заміною одного препарату на інший, а також навчання пацієнтів і пропонування їм психологічно-поведінкової підтримки, щоб уникнути ризику рецидиву. До цього моменту не визначено

жодного ефективного виду лікування для успішної боротьби з рецидивами тютюнової залежності в абстинентного курця. Приналежність до категорії колишнього курця не дає жодної гарантії стосовно зникнення тютюнової залежності.

Хоча багато лікарів здатні лікувати пацієнтів з такими хронічними захворюваннями, як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ), тощо, вони відчувають себе менш комфортно, коли йдеться про лікування тютюнової залежності, оскільки вони ігнорують той факт, що тютюнова залежність є хронічним захворюванням. Підхід до вживання тютюну як до хронічного захворювання прискорює лікувальний процес і підвищує ймовірність успіху припинення куріння завдяки фармакотерапії, а також скорочує кількість рецидивів.

Ми рекомендуємо всім практикуючим лікарям, які допомагають пацієнтам, віднесеним до категорії курців, підходити до вживання тютюну та тютюнової залежності як до хронічного рецидивуючого розладу і визначати його за допомогою медичних термінів як тютюнову залежність.

1.4 > Регулярне виявлення курців обов'язкове у сучасній медичній практиці

Для того щоб досягти найкращих показників щодо припинення куріння, всіх курців необхідно систематично визначати при будь-якому контакті з медичним працівником, незалежно від того, чи пов'язана консультація пацієнта із зумовленими тютюнокурінням хворобами. Найкраща нагода для цього — випадкові або щорічні медичні візити, оскільки більшість громадян відвідують сімейного лікаря або лікаря загальної практики, принаймні, один раз на рік, або регулярно/час від часу відвідують стоматолога чи іншого лікаря або медичного фахівця з різних причин, пов'язаних зі здоров'ям або іншого характеру. Всі лікарі, незалежно від їх спеціальності, повинні використовувати ці нагоди для виявлення курців і організації терапії для припинення куріння.

Клінічна оцінка вживання тютюну є обов'язковим медичним

заходом і повинна бути узаконеною в якості рутинної процедури (відповідні накази МОЗ України: від 03.08.2012 р. № 601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів» https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_601.html та від 26.09.2012 р. № 746 «Про затвердження Методичних рекомендацій для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну» http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120926_746.html — прим. укр. ред.).

Статус куріння і споживання тютюну, відповідно до цих рекомендацій для куріння, повинен бути записаним в медичній документації пацієнта: наприклад, через госпіталізацію або у документах про виписку, направленнях, лабораторних звітах тощо. Ця рекомендація базується на результатах мета аналізу 9 рандомізованих досліджень про вплив скринінгу вживання тютюну на показники припинення куріння¹³. Крім того, в огляді, опублікованому в 2009 р., Маккалоу і його колеги продемонстрували, що кількість пацієнтів, зареєстрованих для отримання консультації щодо припинення куріння, було вищим, коли лікарі систематично запитували про вживання тютюну і склали план припинення куріння¹⁴.

1.5 > Оцінка/діагностика вживання тютюну та залежності

Оцінка курців — це процес, що складається з клінічної і біологічної оцінки впливу тютюнового диму, оцінки тютюнової залежності, оцінки психоповедінкових профілів і медичних наслідків вживання тютюну.

1.5.1. Клінічна діагностика вживання тютюну та залежності

Клінічний діагноз ґрунтується на наступних чинниках.

Статус куріння

Статус куріння (не курець, нерегулярний курець, щоденний курець, колишній курець).

Тип тютюнового продукту, що вживається

Тип тютюнового продукту, що вживається, дає уявлення про рівень згубної звички, оскільки ніотинова залежність є більш серйозною у споживачів сигарет в порівнянні з тими, хто використовує сигари, трубки, кальяни, електронні сигарети або тютюн для перорального вживання.

Споживання тютюну

Вживання тютюну може бути визначене як:

- кількість викурених сигарет на день;
- кількість пачок сигарет/років (ПР — пачок/років). Кількість пачок/років розраховується шляхом добутку кількості пачок сигарет, що викурюються в день, та кількості років куріння (наприклад, якщо хтось викурює 15 сигарет на день протягом 15 років, це дорівнює: $15 \cdot 15 : 20 = 11,2$ ПР).

Оцінка тютюнової залежності

Діагностика тютюнової залежності може здійснюватися відповідно до визначення ВООЗ. Тютюнова залежність визначається наявністю принаймні 3 із 7 критеріїв визначення, якщо вони наявні на цей момент протягом останніх 12 міс¹⁷:

- сильне бажання курити;
- труднощі з контролем кількості;
- симптоми відміни при зниженні або спробі кинути курити тютюн;
- продовження споживання, незважаючи на очевидні шкідливі наслідки;
- пріоритет куріння над іншими видами діяльності;
- висока толерантність;
- фізичні симптоми відміни тютюну.

У повсякденному житті залежність від нікотину/сигарет в основному оцінюється за допомогою тесту Фагерстрома на ніотинову залежність, FTND (табл. 1.2), що передбачає не тільки відповіді так/ні, але й остаточну оцінку, яка класифікує споживачів тютюну, які мають низький, середній або високий рівень ніотинової залежності¹⁸. Чим вища оцінка, тим вищий рівень ніотинової залежності певної особи. Рівень

Таблиця 1.2. Тест Фагерстрома на ніотинову залежність (FTND)¹⁸

1. Наскільки швидко після прокидання Ви починаєте курити першу сигарету?

- До 5 хв (3)
- 6–30 хв (2)
- 31–60 хв (1)
- Понад 60 хв (0)

2. Чи складно Вам утримуватися від куріння у місцях, де куріння заборонено (наприклад, церква, кінотеатр, поїзд, ресторан і тощо)?

- Так (1)
- Ні (0)

3. Від якої сигарети Вам було б найскладніше відмовитися?

- Перша сигарета зранку (1)
- Всі інші (0)

4. Скільки сигарет на день Ви викурюєте?

- 10 і менше (0)
- 11–20 (1)
- 21–30 (2)
- 31 і більше (3)

5. Чи курите Ви частіше протягом перших годин після прокидання чи навпаки протягом іншої частини дня?

- Так (1)
- Ні (0)

6. Чи курите Ви також у той час, коли настільки хворі, що знаходитеся у ліжку більшу частину дня?

- Так (1)
- Ні (0)

Пацієнт може безпосередньо заповнити анкету. Кількість набраних балів може варіювати від 0 до 10. Це дає змогу здійснити точну оцінку ніотинової залежності, на основі якої буде розроблятися терапія

- 0–3 бали: відсутність або низька ніотинова залежність
- 4–6 балів: середній рівень ніотинової залежності
- 7–10 балів: високий рівень ніотинової залежності

ніотинової залежності може бути використаний в якості керівництва для розробки планів лікування пацієнтів.

Основними є 1-ше та 4-те питання: кількість сигарет, що викурюються протягом дня, а також час першої сигарети

після пробудження вранці. Ці питання можуть задаватися лікарем під час консультації і є версією короткого тесту, що оцінюється за шкалою від 0 до 6, з тими ж значеннями балів, які присвоюються для версії FTND з 10 запитань повної анкети¹⁸.

У спеціалізованих клініках для лікування нікотинової залежності використання додаткових інструментів оцінки для профілю рівня тютюнової залежності пацієнтів не є обов'язковим. Така оцінка може здійснюватися за допомогою декількох інструментів, наприклад, Шкали синдрому нікотинової залежності (NDSS)¹⁹ та Списку Вісконсину нікотинової залежності (WISDM)²⁰.

1.5.2. Аналіз попередніх спроб кинути курити

Минулий досвід відмови від куріння, як було виявлено, характеризується високою прогностичністю щодо майбутніх спроб кинути курити і може бути використаний в якості настанови для майбутнього лікування²¹. Рекомендується, щоб клініцисти оцінювали:

- кількість спроб кинути курити у минулому;
- найбільш тривалий період відмови від куріння;
- будь-яке попереднє лікування у зв'язку з припиненням і з чого складалося лікування;
- будь-яку історію абстинентних синдромів;
- будь-які фактори ризику рецидивів;
- позитивні аспекти, описані протягом відмови.

Ці характеристики важливі для прогнозування успіху лікування або факторів ризику невдачі, а також дотримання лікування та здатності пацієнта подолати відмову.

1.5.3. Мотивація кинути курити

Рекомендується проведення оцінки мотивації курця кинути курити. Усі медичні працівники повинні оцінювати мотивацію пацієнтів. Існує безліч методів, які можуть використовуватися для оцінки мотивації кинути курити, деякі з них ми описуємо тут.

Мотивація може бути оцінена за допомогою прямих питань, включаючи такі:

- Ви хочете кинути курити (в даний час)?

- Якщо ви вирішили кинути курити, наскільки ви впевнені, що досягнете в цьому успіху?
- Через які причини ви хочете кинути курити?
- Наскільки важливо для вас кинути курити?

Згідно з добре відомою Транстеоретичною моделлю (TTM) зміни поведінки Дж. Прочазка та ДіКліменте (Transtheoretical Model (TTM) of Behaviour Change, J.O. Prochaska and C.C. DiClemente), психологічний процес відмови від куріння проходить 5 стадій (рис. 1.4)²³:

- *Стадія відсутності усвідомлення проблеми*: пацієнт повністю задоволений своєю поведінкою, пов'язаною з курінням, і він/вона не відчуває жодної необхідності в зміні.
- *Усвідомлення проблеми*: пацієнт відчуває необхідність змін, але це усвідомлення недостатньо сильне для реалізації конкретних дій або для розробки плану дій.
- *Стадія підготовки*: пацієнт вирішив спробувати змінити свою поведінку, пов'язану з курінням, і готовий до цих

Рисунок 1.4. Стадії змін для припинення куріння відповідно до ТТМ Дж. Прочазка



Джерело: Di Clemente C.C., et al. J Consult Clin Psychol, 1991; 59: 295-304

змін в найближчому майбутньому.

- *Дія*: пацієнт починає спробу припинення куріння.
- *Підтримання дії*: утримання протягом 6 міс або довше.

Зазвичай етап зміни оцінюється за допомогою питання: «Що ви думаєте про те, щоб кинути курити безпосередньо зараз? Варіанти відповіді включають: а) я хотів би кинути протягом найближчих 30 днів, б) я хотів би кинути протягом найближчих 6 міс, в) я не планую відмовлятися від куріння протягом наступних 6 міс.

Важливо відзначити, що особи не обов'язково проходять через всі стадії зміни за лінійним законом; частіше вони переміщуються вперед і назад між етапами залежно від мотивації, готовності та інших факторів, що впливають на зміну.

Простий тест, за допомогою якого клініцисти просять пацієнтів провести за шкалою від 1 до 10 ранжування своєї мотивації, щоб кинути курити, яка також може бути корисною при напруженому графіку клінічної практики (рис 1.5).

Існують додаткові опубліковані інструменти для вимірювання мотивації, включаючи Шкалу мотивації, щоб кинути курити²³. Незалежно від готовності або мотивації пацієнта кинути курити, лікування з припинення куріння має бути ініційоване лікарем для всіх пацієнтів, які повідомляють про вживання тютюну. У випадку курців із супутніми захворюваннями і пацієнтів з тютюновою залежністю медичний працівник повинен повідомити пацієнта про ризик подальшого вживання тютюну і необхідність негайно кинути курити. Як і у разі з усіма медичними рішеннями, право відмовитися від лікування залишається за пацієнтом, однак медичний працівник повинен запропонувати лікування з метою припинення куріння та має бути настільки ж переконливим, як і пропонуючи лікування діабету або гіпертензії.

Рисунок 1.5. Проста у використанні шкала мотивації



1.5.4. Історія хвороби пацієнта

Історія хвороби пацієнта актуальна при виборі методу терапії у зв'язку із взаємодією або несумісністю будь-яких лікарських препаратів, які необхідні через супутній розлад/патологію. Гострі серцево-судинні ускладнення, епілептичні приступи в анамнезі, захворювання нирок, актуальна залежність або залежність в анамнезі тощо також можуть потребувати дотримання обережності при призначенні деяких фармакологічних методів лікування; таким чином, необхідно це відзначити в медичній документації курця.

1.5.5. Вагітність/ Грудне вигодовування/ Контрацепція

Також дуже важливо перевірити фізіологічний стан у жінок (період вагітності, грудного вигодовування, методи контрацепції тощо), щоб ефективно організувати припинення куріння. Вагітність пов'язана зі значним збільшенням швидкості нікотинового метаболізму²⁴.

1.5.6. Історія депресії та тривожності пацієнта

1.5.6.1. Початковий скринінг

Як правило, депресія і тривожність є найбільш частими патологічними станами, описаними у важких курців. Дуже часто такі синдроми вимагають обережності або підвищення рівня інформованості про побічні наслідки, пов'язані з препаратами для лікування нікотинової залежності. Рекомендується два простих запитання з первинної медичної допомоги в якості скринінгового інструмента для визначення депресії²⁵:

- *Чи відчували ви сум, депресію, відчай протягом минулого місяця?*
- *Чи було у вас відчуття, що ви робите щось без задоволення або жодної зацікавленості протягом минулого місяця?*

Позитивна відповідь на обидва питання може тлумачитися як серйозна ознака депресії.

Інший швидкий спосіб для якісного визначення депресії можна реалізувати за допомогою лише одного питання:

- *Чи відчували ви сум протягом більшості днів за останні 2*

тижні?

Якщо відповідь так, ми знову можемо розглядати це як серйозну ознаку того, що пацієнти можуть страждати від депресії.

Усі пацієнти, які дають позитивну відповідь на це питання, повинні бути обстежені в аспекті визначення суїцидальних думок за допомогою простих інструментів скринінгу або перевірених інструментів оцінки:

- Чи з'являлися у вас будь-які думки про смерть?

1.5.6.2. Клінічна оцінка депресії і тривожності

При необхідності в клінічній практиці можуть бути використані перевірені клінічні дослідження, щоб допомогти з діагнозом депресії і тривожності та оцінити їх тяжкість:

- Шкала депресії і тривожності²⁶;
- Шкала Гамільтона для оцінки депресії²⁷;
- Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ)²⁸;
- Шкала депресії Бека – II²⁹.

1.5.7. Лабораторна діагностика тютюнової залежності

Статус куріння, як визначено на підставі клінічних критеріїв, можна також оцінювати з використанням біохімічних лабораторних тестів для оцінки біомаркерів впливу тютюнового диму, таких як концентрація окису вуглецю в повітрі, що видихається, і рівня котиніну (метаболіт нікотину). У наукових дослідженнях використовується, як правило, біохімічна оцінка з метою підтвердження самостійно повідомлених рівнів утримання від куріння і як така не рекомендується в якості стандартної практики в клінічних умовах.

Окис вуглецю (чадний газ, хімічна формула — CO)

Вдихання CO — це найпростіший біомаркер для моніторингу; при відсутності CO в навколишньому середовищі це прийнятний спосіб вимірювання споживання тютюну. Вдихання CO легко виміряти, запропонувавши курцю видихнути у доступний на ринку ЄС портативний газоаналізатор CO— Smokerlyzer®, який відсутній на ринку України, – прим. укр. ред., рис. 1.6). CO вимірюється в проміле (частин на мільйон), одиницях виміру, які можуть

Рисунок 1.6. Пристрої для моніторингу окису вуглецю (CO)



бути перетвореними в еквівалент карбоксигемоглобіну. Період напіврозпаду CO становить близько 2–6 год³⁰. Рівні CO у повітрі, що видихає курець, можуть досягти 10–20 проміле (тобто 2–5% карбоксигемоглобіну)³⁰. Існує взаємозв'язок між кількістю спожитих за день сигарет і показниками CO; втім, можна очікувати на значні індивідуальні відмінності³⁰. Рівень CO також залежить від фізичного зусилля³⁰.

Через 24 год після відмови від куріння рівень CO досягає нормальних значень. Як правило, концентрація CO у повітрі, яке видихає особа, що не курить, не перевищує 4 проміле. Пасивне куріння впливатиме на показники CO. Рекомендоване граничне значення для відокремлення курця від особи, що не курить, становить 9 проміле³¹. Показник на рівні 10 проміле або більше означає куріння. Втім, дослідження показують, що граничні значення на рівні 2 або 5 проміле забезпечують високий ступінь точності визначення того, чи курила певна особа протягом останніх 24 год^{32,33}.

Концентрація CO вранці (після декількох годин сну без куріння), як правило, нижча, ніж результати вимірювання опівдні. З цієї причини рекомендується вимірювати CO опівдні, коли він буде являти собою більш правдивий біомаркер впливу тютюну³⁰.

Було виявлено, що концентрація CO у курців з ХОЗЛ вища, ніж загалом у популяції³⁴. З цієї точки зору, більш високий

рівень CO або пояснюється утворенням окису вуглецю в результаті хронічного запального процесу дихальних шляхів (ХОЗЛ), або це просто зумовлено більш інтенсивним курінням, описаним в цій категорії пацієнтів.

Клінічна практичність моніторингу CO

Вимірювання CO використовувалося як інструмент для підвищення мотивації пацієнта кинути курити³⁵. Швидке повернення показника CO до нормальних значень заохочує курця менше курити і, таким чином, демонструє більш низькі значення CO під час кожного наступного візиту, що підтримує намагання кинути курити. Існує, однак, недостатньо доказів, щоб підтримувати використання моніторингу CO в порівнянні зі стандартним лікуванням³⁵. Однак через його цінність як мотиваційного інструмента рекомендується, щоб центри з лікування нікотинової залежності були обладнані аналізатором CO. Використання CO-аналізаторів в інших умовах, наприклад, під час надання первинної медичної допомоги, це також належна практика.

Котинін

Котинін — основний метаболіт нікотину і біомаркер впливу тютюнового диму. Контролюючи концентрацію котиніну в організмі, можна оцінити вплив тютюнового диму на індивіда. Вміст котиніну можна вимірювати в крові, волоссі, слині та сечі.

Період напіврозпаду нікотину становить близько 2 год, однак концентрація нікотину може змінюватися залежно від часу доби, коли була викурена остання сигарета³⁰. Період напіврозпаду котиніну становить 15–20 год, і через це може використовуватися для вимірювання 24–48 год утримання від куріння³⁰. У плазмі курців міститься близько 200 нг/мл котиніну, однак цей показник може досягати 1000 нг/мл залежно від інтенсивності куріння³¹. Існує значна різниця між окремими курцями за рівнем вмісту котиніну і щоденним споживанням сигарет³⁰. Показники метаболізму нікотину генетично обумовлені та можуть впливати на рівні котиніну³⁶. Рекомендується порогове значення <15 нг/мл для слини і 50 нг/мл для сечі^{30,31,37}.

У ситуаціях, коли пацієнт використовує нікотинозамісну

терапію, вимірювання вмісту котиніну не рекомендується. У цих випадках кращим методом оцінки є моніторинг CO³¹. Встановлено, що використання методики оцінки рівня котиніну не є більш чутливим, ніж використання моніторингу клінічних симптомів для адаптування терапевтичної дози медичних препаратів з метою лікування нікотинової залежності³⁸. По суті оцінка котиніну в даний час не рекомендується як інструмент для визначення напрямку клінічної практики.

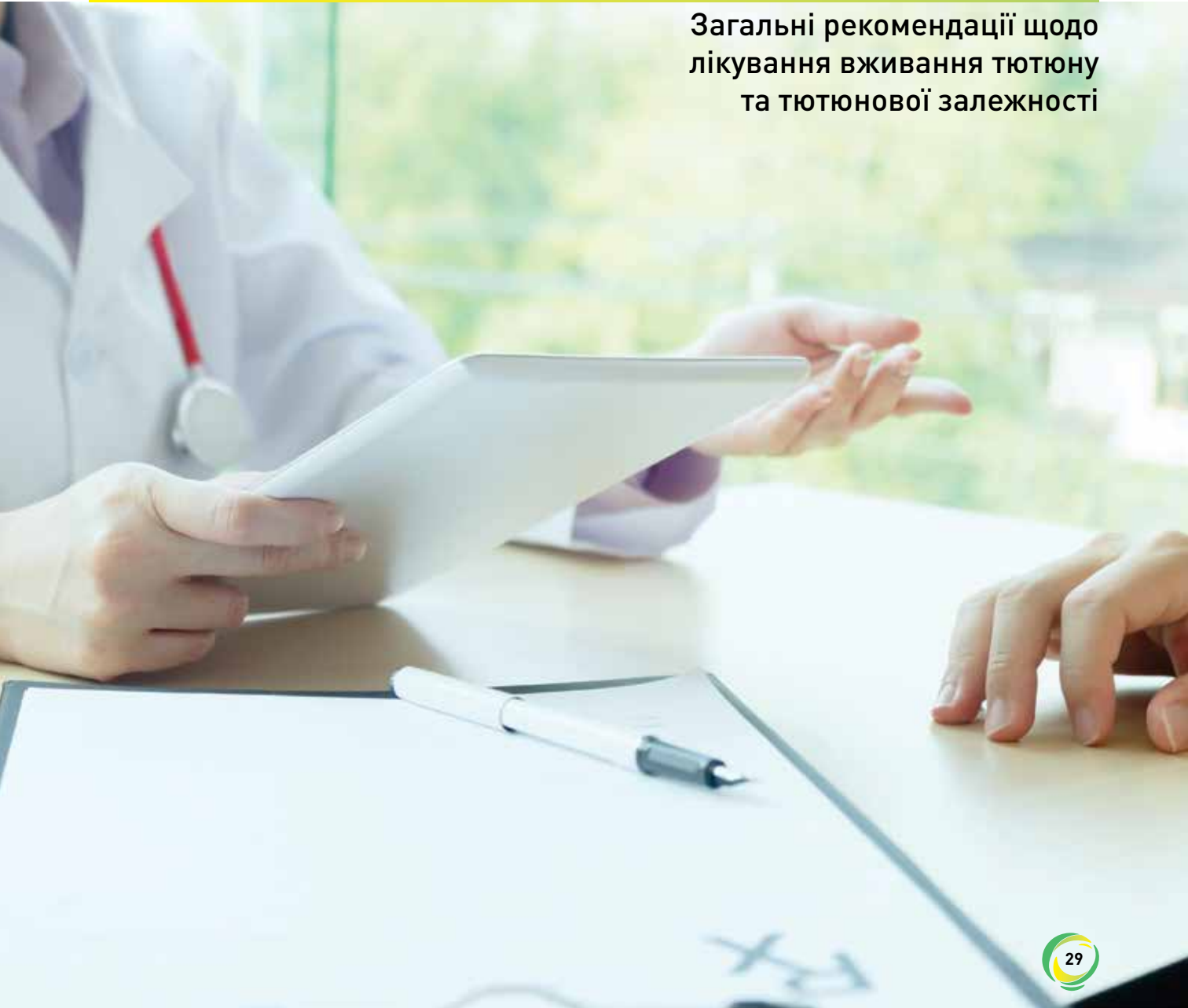
Література

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco.. 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :<https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990, 9:701–716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*, 2004, 328:277–279.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>

12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4.
13. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/ nicotine dependence according to ICD10, DSMIIIR, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155-166.
16. MCCulough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625-632.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-182.
19. Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob. Res.* 2004;6(2):327-48.
20. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(2):139-154.
21. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006; 15:2370-2377.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 1992;47:1102-1114.
23. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;128(2):15-19.
24. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2002;301:594-598.
25. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
26. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gi-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
27. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006;66:255-263.
28. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>
29. The Beck Depression Inventory – II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
30. Benowitz NL. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res.* 2002;4:149-159.
31. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.
32. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005;100:159-167.
33. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*. 2011;106(7):1325-34.
34. Montuschi P1, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. *Chest*. 2001;120(2):496-501.
35. Bize R1, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
36. Ho M.K., Tyndale R.F. Overview of the pharmacogenomics of cigarette smoking *The Pharmacogenomics Journal* 2007;7:81-98.
37. Jarvis, M. J., Primates, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. Measuring nicotine intake in population surveys: comparability of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research*, 2003;5:349-355.
38. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction*. 2011;106(4):833-43.

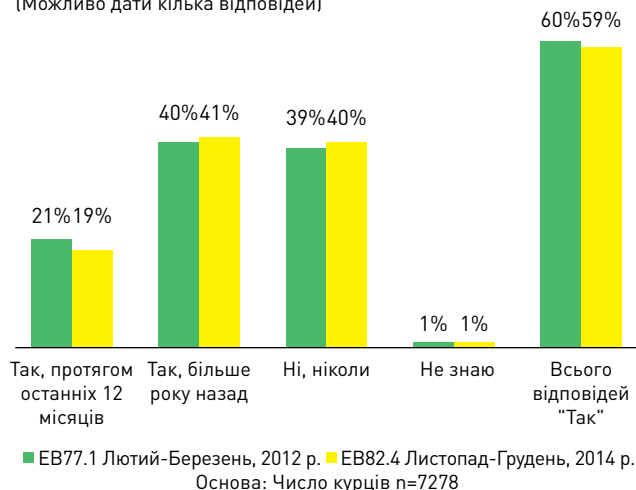
ЧАСТИНА ПЕРША | РОЗДІЛ 2

Загальні рекомендації щодо лікування вживання тютюну та тютюнової залежності



2.0 Загальні рекомендації щодо лікування вживання тютюну та тютюнової залежності

QC17. Чи робили ви спроби кинути палити?
(Можливо дати кілька відповідей)



«Протягом останніх 12 місяців в Європі майже кожен п'ятий курець намагався кинути курити (19%), тоді як близько 41% намагалися кинути курити в минулому. Загалом 59% курців в Європі намагалися кинути курити»

Eurobarometer, 2015

У цій главі коротко представлені загальні рекомендації щодо лікування тютюнокуріння та тютюнової залежності.

2.1 Вживання тютюну

Вживання тютюну зумовлено головним чином тютюновою залежністю, хронічним розладом, набутим переважно у підлітковому віці, але всі медичні працівники повинні розглядати всі випадки вживання тютюну (куріння або жування) як небезпеку для здоров'я, навіть у разі відсутності тютюнової залежності. Лише незначна кількість дорослих людей курять винятково через свою поведінкову модель без тютюнової залежності^{1,2}. Медичні працівники повинні

інформувати цих пацієнтів про пов'язані ризики для здоров'я і радити їм не вживати тютюну, а також підтримувати припинення куріння з використанням наявних науково-обґрунтованих методів лікування.

Медичні працівники мають відігравати активну роль у вирішенні проблеми вживання тютюну підлітками, щоб запобігти початку куріння та надати підтримку припиненню куріння серед тих підлітків, які вже вживають тютюну. Підлітки, які курять без тютюнової залежності, вимагають якнайшвидшого втручання, враховуючи той факт, що споживання в підлітковому віці перетворюється на тютюнову залежність до кінця підліткового віку.

2.2 Хвороба тютюнової залежності

У майже всіх дорослих курців куріння зумовлено захворюванням, набутим у підлітковому віці. Це тютюнова залежність, хронічне захворювання, яке повністю не виліковується. Однак вживання тютюну може бути зупинено на короткий період або на все життя, що принесе значну користь здоров'ю³.

Залежні від тютюну курці викурюють більшість сигарет в той момент, коли в мозку знижується рівень нікотину, як правило, через 20–60 хв після останньої сигарети⁴. Споживання тютюну не визначається корою головного мозку, але, швидше за все, несвідомою частиною мозку, що не контролюється волею (центр задоволення).

Як і у всіх хронічних захворювань, після встановлення діагнозу та оцінки медичні працівники повинні розробити план лікування для підтримки припинення куріння. Пацієнт може відмовитися від лікування, але медичні працівники повинні діяти таким чином, щоб вилікувати пацієнта від хвороби, яка вбиває половину пацієнтів з цією патологією⁵. Так само, як медичні працівники здійснюють лікування цукрового діабету, гіпертензії або будь-яких інших хронічних

захворювань, таким же чином медичні працівники повинні лікувати тютюнову залежність після встановлення діагнозу. Лікування нікотинової залежності — глибоко досліджена проблема, й існує багато інструментів, щоб допомогти курцям та іншим споживачам тютюну відмовитися від цієї згубної звички.

2.3 Припинення куріння

Ключовими компонентами успішного припинення тютюнокуріння (ремісії) є комбінування терапевтичної підготовки, поведінкової підтримки та фармакологічної терапії^{2,6}.

Підготовка споживачів тютюну, мотивація кинути курити, нікотинова залежність, вік, супутні захворювання і численні особисті чинники впливатимуть на шанси досягнення успіху².

2.3.1. Терапевтична підготовка

- Роз'яснити особливості такого захворювання, як тютюнова залежність.
- Роз'яснити причини закурювання сигарети.
- Роз'яснити наслідки куріння для здоров'я.
- Роз'яснити переваги відмови від куріння.
- Роз'яснити особливості лікування тютюнової залежності.
- Роз'яснити управління хронічною тютюновою залежністю, щоб запобігти рецидивам.
- Надати для курців інструменти, які територіально доступні.

2.3.2. Поведінкова підтримка

- Визначте поведінкові причини куріння, довгострокові та безпосередні фактори стимулювання куріння.
- Підвищить мотивацію кинути курити і зменшіть побоювання щодо можливості кинути і стати не курцем.
- Навчіть, як справлятися з емоціями.

2.3.3. Лікарські засоби

- Нікотинозамісна терапія доступна у формі трансдермальних засобів (пластири), формі пероральних

засобів — жувальна гумка (інші форми — пастилки, таблетки для сублінгвального застосування, інгалятор), а в деяких країнах у формі назального спрею. Порівняно з минулим дозування стало більш гнучким, фіксоване дозування використовується мало і в основному застосовують комбінації пластиря та пероральних препаратів нікотинозамісної терапії (НЗТ) для підвищення дози нікотину з наближенням до рівня нікотину, який отримувався за рахунок сигарет.

- Вареніклін є частковим агоністом $\alpha 4\beta 2$ -рецептора нікотину, що використовується в якості монотерапії лікування нікотинової залежності з певною ефективністю порівняно з плацебо, яка була визначена як більш висока порівняно з іншими видами монотерапії першої лінії. Вареніклін і комбінована замісна терапія з високими дозами нікотину має аналогічний рівень ефективності⁶.
- Бупропіон є препаратом, що використовувався спочатку для лікування депресії, але продемонстрував свою ефективність у лікуванні нікотинової залежності^{2,6}. Цей препарат може призначатися в поєднанні із НЗТ.
- Нортриптилін (трициклічний антидепресант) і цитизин (частковий агоніст нікотинових рецепторів) належить до другої лінії лікування нікотинової залежності, доступний в деяких країнах і продемонстрував свою ефективність^{2,6}. Ці лікарські засоби, як правило, дешевші.

2.3.4. Припинення вживання тютюну

Первинною метою лікування є позбавлення від тютюнової залежності.

- Особа, що кидає, є курцем, який добровільно не викуриє жодної сигарети.
- Утримання має контролюватися, коли це можливо, разом із моніторингом видихання CO.
- Максимальний рекомендований рівень CO у повітрі, що видихається, для перевірки утримання, становить 7 проміле.

Для клінічної практики ми рекомендуємо, щоб утримання підтверджувалося після 6 тижнів утримання від тютюну з

дати відмови від куріння, з дозволим пільговим періодом строком 2 тиж. Крім того, утримання встановлюється, коли самостійно задекларована особою відсутність куріння або відсутність споживання тютюну підтверджується показниками тестування СО на рівні нижче 7 проміле. «Пільговий період» є періодом відразу після дати відмови від куріння або процедури, коли продовження куріння не вважається невдачею. Рекомендується проведення регулярної, раз на 6 міс, оцінки утримання для оцінки відмови від куріння та раннього рецидиву.

2.4 Лікування тютюнової залежності після припинення вживання тютюну

Тютюнова залежність є хронічним розладом з високим ризиком рецидиву після припинення вживання тютюну. Половина нових колишніх курців стикаються з рецидивом протягом наступного року⁷. Частота рецидивів вища протягом перших тижнів після припинення, таким чином в клінічній практиці рекомендується довгостроковий супровід протягом, принаймні,

6 міс, а бажано 12 міс, для того, щоб підтвердити утримання і з метою охоплення періоду високого ризику рецидиву. Навіть після кількох років утримання ризик рецидиву залишається високим⁸. Необхідні подальші дослідження, щоб виявити тих, хто має високий ризик рецидиву.

Потяг є основним чинником рецидиву. До неконтрольованих потягів слід ставитися з поліпшеним консультуванням (підтримкою) та/або оптимізацією фармакотерапії. Потяги і абстинентні симптоми необхідно оцінювати при кожному контакті. До неконтрольованих потягів/абстинентних симптомів слід ставитися з поліпшеним консультуванням (підтримкою) та/або оптимізацією фармакотерапії. Для лікування потягу невідкладні лікарські форми НЗТ можуть бути об'єднані зі стандартними процедурами, однак вимагаються нові оціночні дослідження та нові ефективні методи лікування потягу. Проте дані свідчать, що заходи з профілактики рецидивів, швидше за все, будуть економічно ефективними⁹.

2.5 Профілактика рецидивів

Після відмови від куріння рецидив визначається як викарчування ≥ 7 сигарет протягом 7 днів поспіль або протягом 2 тиж поспіль. Куріння у менших обсягах визначається як короткочасне повернення (для більш конкретних визначень для клінічної практики, будь ласка, див. 1.3.1.).

Після дати відмови від куріння лікування має бути адаптоване до рівня потягу і ризику рецидиву. Існує нагальна необхідність у дослідженнях оціночних інструментів та процедур для цієї мети. Високий показник потягу є важливим чинником у прогнозуванні ризику рецидиву.

Після того, як відбулося короткочасне повернення, наступні передбачені процедури можуть попередити рецидив або лікувати його:

- збільшення тривалості сеансів терапії когнітивної поведінки, їх формат та кількість підтримують ефективність лікування;
- використання нікотинного пластиру протягом більше ніж 14 тиж, разом з лікарськими формами НЗТ короткої дії, при необхідності;
- продовження використання варенікліну від 12 до 24 тиж;
- продовження застосування бупропіону;
- комбіновані лікарські засоби.

Лікування хронічної тютюнової залежності після припинення куріння у колишніх курців широко оцінювалося й залишається серйозною проблемою¹⁰. Немає жодного перевіреного інструменту, щоб визначити колишніх курців з високим ризиком рецидиву, і не запропоновано жодного іншого перевіреного методу лікування, окрім продовження лікування нікотинної залежності і когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), щоб запобігти рецидиву в ситуаціях з високим ризиком рецидиву¹⁰. Необхідні нові дослідження з метою оцінки нових стратегій для лікування тютюнової залежності у некурців і запобігання рецидиву.

Література

1. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series:

- Is Nicotine Addictive?. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2012.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
 3. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990;9:701–716.
 4. 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.
 5. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
 6. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
 7. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol.* 1992;11:331-4.
 8. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
 9. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. *Addiction* 2011;106:1819-1826.
 10. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.

ЧАСТИНА ПЕРША | РОЗДІЛ 3

Коротка консультація щодо припинення вживання тютюну

*«Залучення курця починається з простого питання:
Чи споживаєте ви наразі тютюн?»
Eurobarometer, 2015*

3.0 Коротка консультація щодо припинення вживання тютюну

Усі медичні працівники зобов'язані надати всім пацієнтам, щонайменше, коротку консультацію щодо відмови від куріння. Відсутність серйозних спроб розв'язати проблему вживання тютюну з пацієнтом-курцем є поганою практикою та посилює тютюнову залежність пацієнта.

3.1 Загальні рекомендації

Чітка і в той же час коротка консультація щодо припинення куріння, надана постачальником будь-яких медичних послуг, значно підвищує мотивацію пацієнта кинути курити і показники утримання від куріння^{1,2}. Аналіз тривалості часу контакту між лікарем і пацієнтом з цією метою свідчить, що мінімальне консультування (3–5 хв), запропоноване різними практикуючими лікарями, підвищує довгострокове утримання від куріння^{1,2}. Існує ряд доказів, що пропонування допомоги в боротьбі з курінням для всіх курців, незалежно від готовності кинути, є більш ефективним, ніж пропонування консультації з медичних підстав для підвищення спроб пацієнта кинути курити².

Мінімальне консультування (також відоме як коротка порада) може мати істотний вплив на стан здоров'я суспільства у зв'язку з великою кількістю курців, які звертаються до практикуючих лікарів щороку. Усі медичні працівники, тобто лікарі загальної практики, сімейні лікарі, лікарі підприємств, вузькі спеціалісти, хірурги, медсестри, акушерки, стоматологи тощо повинні пропонувати мінімальне консультування для споживачів тютюну. Стоматологи та зубні техніки можуть бути ефективними в оцінці та консультуванні курців щодо можливостей припинення куріння³.

Рекомендації

- Усі лікарі повинні рекомендувати відмовитися від вживання тютюнових виробів всім споживачам тютюну. Наукові дані свідчать, що консультації з лікарем значно збільшують спроби кинути куріння і показники відмови

від куріння (рівень доказовості А)^{1,2}.

- Ефективність короткої консультації (3–5 хв) лікаря або інших медичних працівників призводить до підвищення показника довгострокової відмови від куріння (рівень доказовості А).
- Пропозиція надання підтримки у спробі кинути курити для всіх споживачів тютюну є рекомендованою практикою (рівень доказовості В)².

3.2 План заходів для медичного персоналу, що бере участь у наданні допомоги курцям

- Оцініть статус куріння для кожного пацієнта при кожному відвідуванні медичного працівника.
- Надайте допомогу всім курцям, які хочуть кинути курити.
- Надайте спеціалізоване консультування тим, хто готовий кинути курити.
- Кожного разу і де це можливо направляйте курців до клініки, що спеціалізується на боротьбі з ніотиною залежністю, або скеровуйте їх на те, щоб вони кинули куріння.
- Рекомендуйте залежним від тютюну курцям, які бажають кинути тютюнокуріння, використання ніотинових замінників або призначайте лікарські засоби і запропонуйте їм конкретну інформацію та поради про терапію та консультування.

3.3 Рекомендації для лікарів загальної практики

- Усі лікарі загальної практики або сімейні лікарі повинні регулярно консультувати пацієнтів, що курять, кинути курити, пропонувати їм підтримку у відмові від куріння і рекомендувати використання доступних

лікарських засобів, які сприяють боротьбі з курінням. Рекомендується відзначати поведінку пацієнта в його/її медичній документації та, при необхідності, направляти пацієнтів на спеціалізовану терапію та консультування (рівень доказовості A).

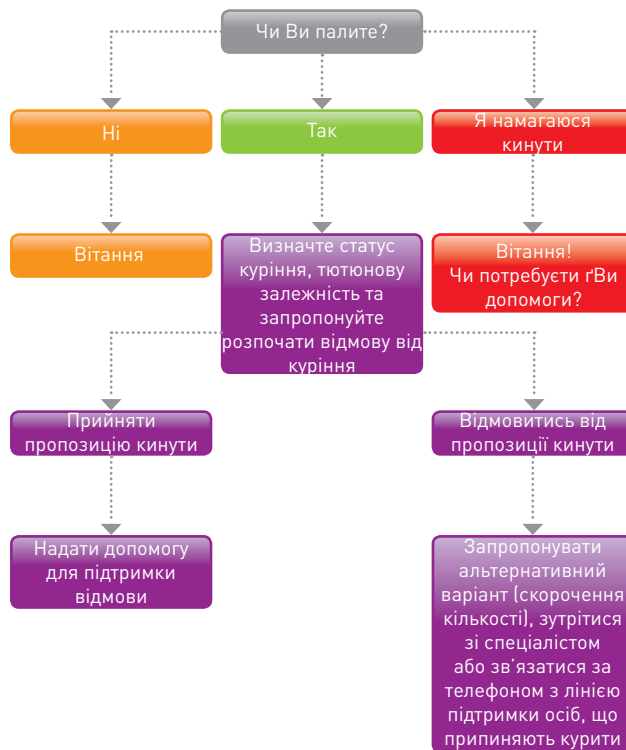
- Усі сімейні лікарі та медсестри повинні мати підготовку в наданні мінімального консультування з припинення куріння і бути готовими надавати допомогу пацієнтам зі спробою покинути цю звичку, а також рекомендувати відповідне лікування (рівень доказовості A).
- Курці, які не можуть кинути курити лише за рахунок первинної дії (власна воля, коротка медична консультація, фармакотерапія), повинні отримувати спеціалізоване лікування в якості другого етапу. Ця стратегія поки що не знайшла одностайного застосування у поточній практиці, але програма консультування з припинення куріння повинна бути розпочата в рамках стандартного лікування і має бути продовжена з втручаннями другого ряду у спеціалізованому центрі (рівень доказовості C).
- Коротка консультація дає курцям попередню мотивацію кинути курити у разі її відсутності на відповідний момент, а також продемонстровано підвищення показників припинення куріння^{1,2}. Значна кількість курців не можуть кинути курити без медичної допомоги; більша частина завязятих курців, які наражаються на більш високий ризик розвитку пов'язаних з курінням захворювань, мають найбільшу потребу у кваліфікованій терапії (рис. 3.1).

3.4 ➤ Рекомендації щодо госпіталізованих пацієнтів

Результати роботи з курцями, коли вони знаходяться у лікарні, продемонстрували ефективність в підтримці припинення куріння, зокрема, серед пацієнтів із захворюваннями, пов'язаними з курінням, а також і в інших групах пацієнтів⁴.

- Рекомендується, щоб всі категорії медичного персоналу в лікарнях оцінювали статус курця і надавали короткі консультації щодо відмови від куріння для всіх

Рисунок 3.1. Мінімальне консультування в загальній практиці



госпіталізованих пацієнтів, які курять (рівень доказовості A).

- Пацієнти повинні бути проінформованими про статус лікарень, де заборонено куріння (рівень доказовості C).
- Для госпіталізованих пацієнтів, які курять в даний час, рекомендується надати підтримку у контролі за потягом до куріння та утриманням від куріння в лікарні, а також допомогу у припиненні куріння від кваліфікованого медичного персоналу (рівень доказовості A).
- Заходи високої інтенсивності, при яких забезпечується підтримувальний контакт тривалістю принаймні 1 міс після виписки, є найбільш ефективними для підвищення показників припинення куріння (рівень доказовості A).

3.5 ▶ Рекомендації для вагітних

- Рекомендується, щоб усі категорії медичного персоналу, які працюють з вагітними (гінекологи, акушерки, медсестри та лікарі загальної практики), оцінювали статус куріння і надавали консультації з припинення куріння для всіх вагітних, які курять (рівень доказовості A).
- Для матері надзвичайно важливо кинути курити якомога раніше в період вагітності і підтримувати припинення особливо важливо після першого триместру у зв'язку з тим, що сильні побічні ефекти куріння проявляються протягом другого і третього триместрів вагітності (рівень доказовості C)⁵.

3.6 ▶ Рекомендації для пацієнтів хірургічного профілю

Вживання тютюну подвоює ризик ускладнень, пов'язаних із загоєнням ран, загоєнням рубців кістки, інфекціями та іншими побічними наслідками^{6,7}. Також доведено, що припинення куріння після термінової операції і підтримка утримання від куріння протягом 6 тиж знижують ризик ускладнень у 2 рази^{6,8}.

- Рекомендується, щоб всі пацієнти кинули курити на строк тривалістю від 6 до 8 тиж до операції, щоб знизити ризик ускладнень (рівень доказовості A)⁶.
- Дуже важливо проінформувати всіх пацієнтів про необхідність кинути курити до кінця процесу загоєння (3 тиж для малої операції і 3 міс для ортопедичної хірургії), щоб подолати інші ризики (рівень доказовості A)^{6,8}.

Література

1. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.:CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
2. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and

meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.

3. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
5. Office on Smoking and Health. USDHHS. Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion. Atlanta. 2001.
6. Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
7. Silverstein P. Smoking and wound healing. *American Journal of Medicine* 1992;93(1A):22S-24S.
8. Nåsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2010;92(6):1335-42.

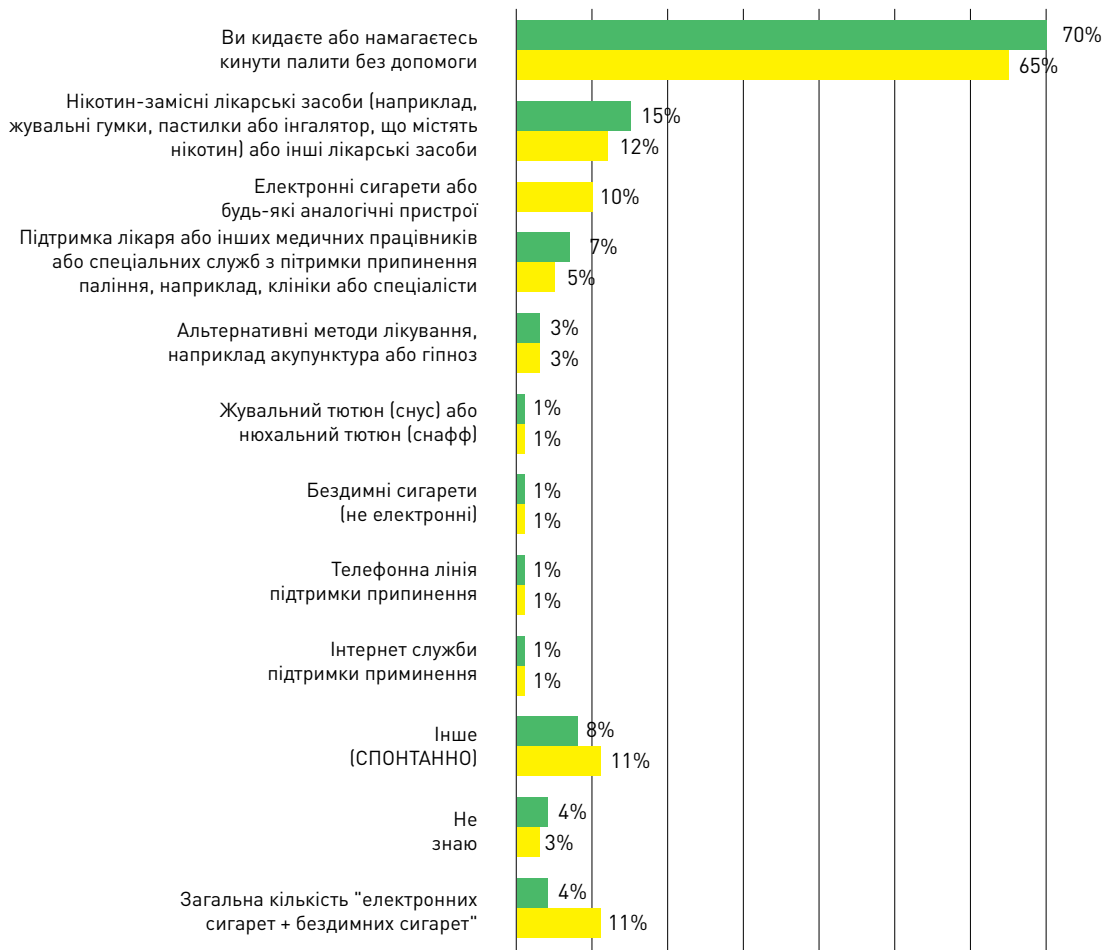
ЧАСТИНА ДРУГА | РОЗДІЛ 4

Стандартні втручання для лікування тютюнової залежності



4.0 Стандартні процедури лікування тютюнової залежності

QC18. Що із зазначеного далі Ви використовували для того, щоб кинути або спробувати кинути палити? (можливо дати кілька відповідей)



■ EB77.1 Лютий-Березень, 2012 р. ■ EB82.4 Листопад-Грудень, 2014 р.

«Відповідно до опитування Eurobarometer2015 р., 65% курців та колишніх курців повідомили, що вони кидають або намагаються кинути курити без допомоги, 12% використовували нікотинові препарати, такі як пластирі, 10% використовували електронні сигарети, тоді як лише 5% звернулися за допомогою лікаря або медичного працівника».

4.1 ▶ **Терапевтичні втручання щодо вживання тютюну та тютюнової залежності**

4.1.1 Лікувальні заходи, спрямовані на припинення куріння, є обов'язковими

Стаття 14 Рамкової конвенції боротьби зі споживанням тютюну¹ стверджує, що кожна країна повинна надавати допомогу у відмові від куріння, і реалізація цього підходу в даний час розглядається багатьма країнами². Сприяння у відмові від куріння має бути основною частиною стратегії боротьби з тютюном в кожній європейській країні. У редакційній статті R.West і колеги³ виділили чотири міфи в конструктивних дебатах про роль допомоги у припиненні куріння.

«Більшість курців припиняють курити без допомоги, таким чином надання допомоги може здатися непотрібним».

Це невірно, як і той факт, що якщо більшість курців, які припиняють курити, роблять це без допомоги, не означає, що це найефективніший метод припинення; він відображає лише той факт, що число осіб, які намагаються кинути курити без допомоги, значно більше, ніж тих, хто намагається кинути з допомогою, але дані засвідчують, що спроби кинути без сторонньої допомоги у 4 рази менш ефективні.

«Рекламування допомоги у припиненні куріння може змусити курців думати, що вони мають згубну звичку, і таким чином менша кількість серед них намагатимуться припинити куріння».

Це невірно, тому що дані засвідчують, що курці, які вважали, що вони насправді були залежними, швидше за все намагатимуться кинути курити, аніж інші курці².

«Результати дослідження припинення з наданням допомоги не застосовуються до реального світу».

Це невірно, оскільки за результатами оцінки послуг з припинення куріння в Великій Британії виявлено (за допомогою тесту на вміст CO), що майже кожен сьомий курець (14,6%) покинув курити через 1 рік після отримання лікування, ця частка аналогічна результатам, отриманим у

клінічних дослідженнях⁴, і вона істотно вища, ніж результати, досягнені без підтримки.

«Інші заходи боротьби зі споживанням тютюну є більш економічно ефективними, особливо кампанії в засобах масової інформації».

Це неправда, оскільки ефективність витрат на заходи з надання допомоги для припинення оцінювалася чітко за даними рандомізованих контрольованих досліджень, доповненими даними з «реального світу», і була визначена як відмінна², в той час як оцінки ефективності багатьох інших заходів боротьби з вживанням тютюну покладаються на більш випадкові дані і перешкоди. Крім того, не потрібно було створювати помилкову дихотомію між клінічними заходами та іншими заходами боротьби з вживанням тютюну, оскільки різні заходи виконують різні функції і вони працюють в синергії один з одним. Відповідна комбінація втручань залежить від конкретних обставин в кожній країні/ регіоні в будь-який відповідний момент часу⁵.

Отже, оскільки користь для здоров'я від припинення куріння добре підтверджена документами і допомога певним особам кинути куріння економічно ефективна в порівнянні з іншими заходами в секторі охорони здоров'я⁶, обов'язковою є умова, щоб будь-якому курцю, визначеному під час медичного візиту, була надана можливість отримувати медичну допомогу у припиненні куріння.

Послуги підтримки для бажаючих кинути куріння широко варіюють в межах Європи. На даний момент в той час, як Велика Британія, порівняно з іншими країнами, приділяє значну увагу допомозі курцям, які намагаються припинити курити, у багатьох європейських країнах більшість курців, які звертаються до центру сприяння у боротьбі з ніотиновою залежністю, до цього не отримали переваг від короткої консультації або будь-якого іншого кваліфікованого втручання, щоб допомогти їм припинити курити. Лише незначна частина курців знають про шкоду, якої завдає продовження куріння, або отримали мінімальні вербальні рекомендації кинути курити, можливо навіть фармакотерапію або консультування.

Країни повинні встановити реалістичні цільові показники як

щодо кількості осіб, що користуються послугами з припинення куріння, так і щодо частки осіб, які успішно кинули курити. Ці цілі повинні відображати демографічні показники місцевого населення. Послуги повинні бути спрямовані для лікування щонайменше 5% осіб оціненого місцевого населення, що курять або вживають тютюн у будь-якій формі, кожного року, а також прагнути досягти успіху, принаймні, на рівні 35% за 4 тиж, підтверджені за рахунок вмісту СО. Цей показник повинен розраховуватися на базі всіх тих осіб, які починають лікування, з визначенням успіху тих, хто не курил на 3-й і 4-й тиждень після дати відмови від куріння. Успіх повинен бути підтверджений результатами оцінки тесту вмісту СО на рівні менше 7 проміле через 4 тиж. Це не означає, що лікування слід припинити через 4 тиж⁷.

Це стосується всіх медичних працівників

Огляд доступних посібників щодо припинення куріння продемонстрував, що вони одноставно рекомендують всім лікарям і всім працівникам галузі охорони здоров'я в якості рутинної процедури регулярно виявляти курців і відмічати статус куріння пацієнтів у їх медичних записах під час кожного візиту⁸.

Огляд літератури показує, що серед пацієнтів, які намагаються самостійно кинути курити лише за рахунок власних вольових зусиль, результати дуже скромні: хоча більшість курців (80–90%) хочуть кинути курити^{9,10}, лише 30% повідомляють про серйозну спробу припинити вживання тютюну за минулі 12 міс, і ці спроби були успішними тільки в 5% випадків¹¹. Більше того, курці також часто не використовують перевірені методи лікування, близько 90–95% спроб кинути курити без сторонньої допомоги закінчуються невдачею¹². Нарешті, загальнопоширеним явищем стало недотримання режиму прийому призначених лікарських засобів та консультацій, що знижує ймовірність успішного припинення куріння⁵. Пацієнти, як правило, отримують лише близько 50% рекомендованої дози лікарських засобів і часто завершують менше половини запланованих сеансів консультування¹³. Вирішення проблеми вживання тютюну з пацієнтами повинно бути пріоритетом для всіх працівників галузі охорони

здоров'я. Працівники галузі охорони здоров'я повинні бути підготовленими для лікування тютюнової залежності в якості стандарту медичної допомоги таким же чином, як вони будуть лікувати будь-яку іншу хронічну хворобу.

Рекомендації

- Усі лікарі та інші медичні працівники повинні рекомендувати відмову від куріння кожному пацієнту, який курить. Існують докази, відповідно до яких медична консультація значно підвищує рівень відмови від куріння (рівень доказовості А).
- Під час регулярних медичних візитів лікарі загальної практики зобов'язані радити пацієнтам, що курять, повністю припинити куріння, призначити їм лікування від нікотинової залежності/направляти їх до спеціалізованого центру боротьби з курінням, принаймні, один раз на рік. Ці медичні заходи повинні відзначитися в історії хвороби пацієнта (рівень доказовості А).
- У будь-який можливий час нинішні курці, які госпіталізовані, повинні отримати від своїх лікарів ті ж заходи, які рекомендовані для лікарів загальної практики: коротка порада кинути курити/консультування щодо припинення куріння, припис фармакотерапії нікотинової залежності або направлення у спеціалізований центр/консультативний центр з припинення куріння (рівень доказовості А).

4.1.2. Стандартний підхід до припинення куріння

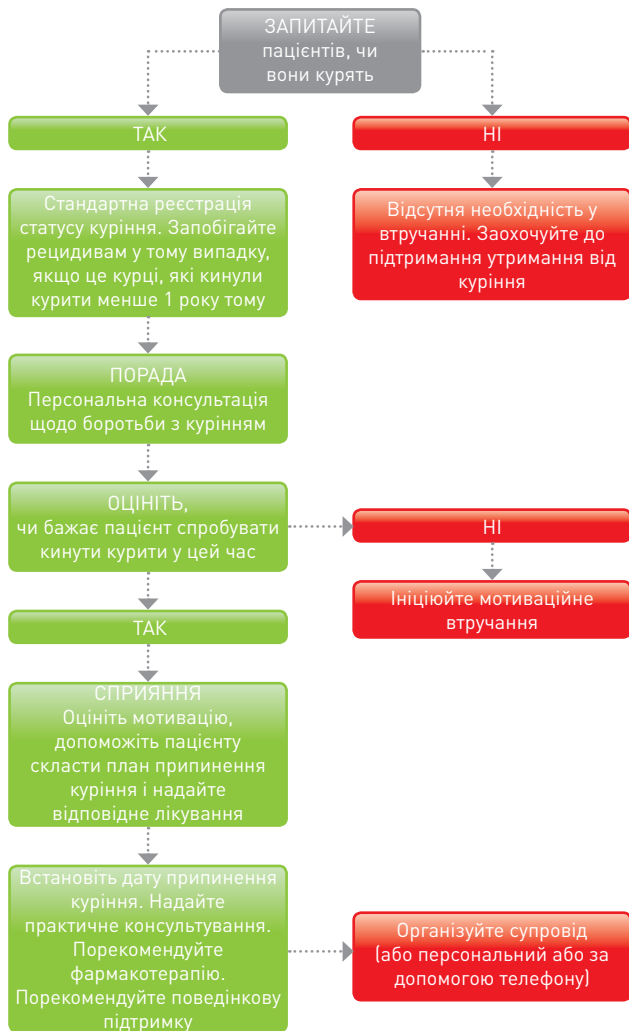
Стратегія «5А»

У клінічних умовах для вирішення проблеми вживання тютюну рекомендується використання п'яти стратегій. Серед них такі¹⁴:

- **Запитайте (Ask)** всіх пацієнтів про статус куріння;
- **Надайте пораду (Advice)** — проконсультуйте пацієнтів, які курять, щоб вони могли кинути курити;
- **Оцініть (Assess)** готовність кинути курити;
- **Допоможіть (Assist)** у спробі кинути курити, включаючи надання поведінкової консультації та припис лікарських засобів для боротьби з нікотиновою залежністю першої лінії; та
- **Організуйте (Arrange)** супровід.

Модель 5-тистратегій є підходом на основі фактичних даних для підвищення показників припинення куріння. Методологія «5 стратегій» використовувалася у різних програмах з відмови від куріння. Рис. 4.1 описує алгоритм

Рисунок 4.1. Алгоритм «5 стратегій» для забезпечення лікування тютюнової залежності в клінічних умовах



«5 стратегій».

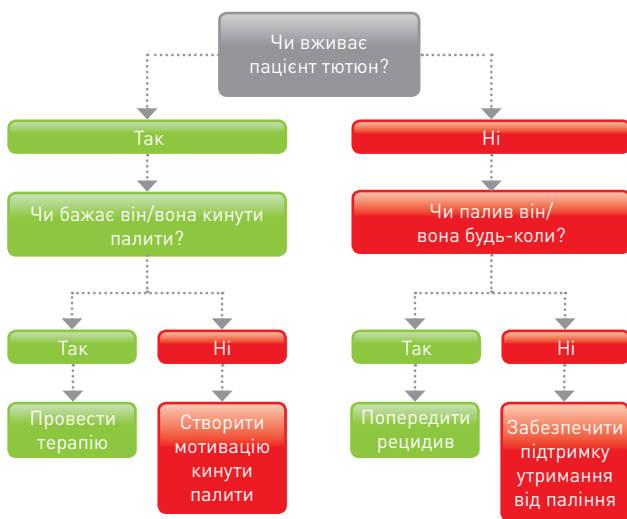
Клініцисти повинні запитувати про статус куріння при кожному відвідуванні та документально фіксувати статус куріння в медичній карті пацієнта.

Лікар повинен поради всім пацієнтам, що звітують про поточне куріння, кинути цю звичку, оцінити готовність пацієнта кинути курити і сприяти пацієнтові під час його спроби кинути або самостійно (якщо він/вона має відповідну підготовку для цього), або шляхом направлення до спеціалізованого центру боротьби з тютюновою залежністю¹⁵. Працівники галузі охорони здоров'я повинні піклуватися про всіх курців, незалежно від того, мають вони мотивацію кинути курити, чи ні: всі пацієнти повинні отримувати медичну допомогу, щоб кинути курити. Чотири ситуації відмічають в сучасній практиці найчастіше, як показано на рис. 4.2, залежно від статусу куріння і мотиваційної стадії.

Для кожної з цих ситуацій нижче викладено запропонований підхід:

1. Для осіб, що вживають тютюн і хочуть кинути курити на момент оцінки, рекомендується негайно

Рисунок 4.2. Відмова від куріння в сучасній практиці — найважливіші ситуації



надати фармакотерапію і когнітивно-поведінкове консультування.

- Для осіб, що вживають тютюн і не хочуть кинути курити на момент оцінки, рекомендується використовувати стратегію мотиваційного інтерв'ю для того, щоб сприяти припиненню куріння/зростанню мотивації, спрямованих на прискорення прийняття рішення щодо припинення куріння щонайшвидше як тільки це можливо у найближчому майбутньому. Метааналіз 14 рандомізованих досліджень показав, що в порівнянні з короткою консультацією або стандартним лікуванням мотиваційне інтерв'ю підвищило показники припинення куріння за 6 міс приблизно на 30%. Показники припинення в двох дослідженнях за участю терапевтів-консультантів (які, як правило, отримали ≥ 2 год навчання) становили близько 8% для мотиваційного інтерв'ю в порівнянні з 2% короткої консультації або стандартного лікування¹⁶. Крім того, показники припинення куріння були вищими у тому випадку, якщо курці отримали два або більше сеансів консультування, а не один сеанс, та якщо тривалість сеансів становила більше 20 хв.

Заходи, спеціально призначені для цієї категорії пацієнтів, довели свою ефективність в зміцненні мотивації кинути курити. У посібнику 2008 р. Служби громадської охорони здоров'я США використовували компоненти мотиваційного інтерв'ю для розробки скороченого втручання, простішого у використанні¹⁴.

Допомога невмотивованим курцям кинути курити

Мотивація для відмови від куріння є вирішальною при виборі терапевтичного методу для лікування тютюнової залежності. Деякі фахівці вважають, що найкраще надавати лікування тільки мотивованому пацієнту, багато фахівців тепер підтримують відмову від куріння без будь-яких вступних бесід або на основі так званого катастрофічного шляху. Такі теорії були висунуті з боку Ларабі, а також Веста і Зохла, які встановили більш високий коефіцієнт успіху під час незапланованих спроб у порівнянні з тими, що плануються завчасно^{17,18}. Ці автори стверджують, що

особливо у пацієнтів із захворюваннями органів дихання все обертається навколо накопичення напруження таким чином, що несприятлива подія, навіть незначна, може прискорити зміну в бік ухвалення вирішення кинути курити^{17,18}.

З точки зору громадської охорони здоров'я, значно ефективнішою є реалізація стратегії, коли лікування отримують всі залежні від тютюну курці незалежно від їх мотивації, аніж лікування тільки незначної частини курців, мотивованих кинути курити, оскільки немає явних недоліків в успіху припинення у тих осіб, які спочатку були невмотивованими, якщо лікар допомагає курцеві кинути курити.

Стратегія «5R»

Стратегія консультування «5R» фокусується на персональних актуальних причинах кинути курити, ризиках, пов'язаних з продовженням куріння, винагородами у зв'язку з відмовою від куріння і перешкодами на шляху до успішного припинення куріння, з повторенням консультування під час наступних відвідувань. Стратегія «5R», у разі коли вона застосовується у випадку курця, що не готовий негайно припинити курити, складається з таких компонентів¹⁴:

- **Актуальність (Relevance):** при обговоренні з пацієнтом лікар повинен спробувати відповісти на питання: «Чому припинення куріння важливо для вас в особистому плані?».
- **Ризики (Risks):** лікар повинен спробувати визначити індивідуальні потенційні ризики для здоров'я курця та виокремити як гострі (загострення ХОЗЛ), так і довгострокові (безпліддя, рак) ризики.
- **Винагороди (Rewards):** лікар повинен показати пацієнтові його особисті переваги у відмові від куріння.
- **Перешкоди (Roadblocks):** лікар повинен поставити пацієнту певні питання, щоб визначити бар'єри або перешкоди, які можуть заважати досягненню успіху у спробі кинути курити.
- **Повторення (Repetition):** заходи з припинення куріння повинні проводитися неодноразово, щоразу, коли лікар виявить, що пацієнт не готовий/достатньо готовий кинути курити.

Заходи, спрямовані на підвищення мотивації для припинення куріння, які спираються на методи мотиваційного інтерв'ю, представлено нижче¹⁹:

- висловлювання емпатії через відкриті питання, досліджуючи ставлення до куріння («Наскільки важлива, на вашу думку, відмова від куріння для вас особисто?»);
- використання методів активного слухання («Отже, ви думаєте, куріння допомагає вам зберегти вашу поточну масу тіла?»);
- підтримка права пацієнтів відмовлятися від змін («Я розумію, що ви не готові кинути курити прямо зараз. Коли ви будете готові спробувати, я буду тут, щоб допомогти вам»);
- виявлення розбіжностей між нинішньою поведінкою пацієнта та його/її особистими цінностями («Ви кажете, що ваша сім'я має велике значення для вас. Як ви думаєте, чи впливає ваше куріння на дружину і дітей?»);
- сприяння підвищенню рішучості впровадження змін («Ми збираємося допомогти вам уникнути серцевого нападу, який трапився з вашим батьком»);
- чуйне ставлення («Ви турбуєтеся про можливі симптоми відміни?»);
- просити дозволу для надання інформації («Чи погоджуєтеся ви вчитися разом зі мною кільком поведінковим стратегіям, які допоможуть вам сміливо зустрічати ситуації, через які ви курите?»);
- надання простих рішень у вигляді маленьких кроків на шляху до утримання: номер телефона (телефонний номер безкоштовної лінії допомоги особам, що кидають курити, листівки з представленими порадами про зміну поведінки і тощо).

Додаткову інформацію стосовно мотиваційного інтерв'ювання див. розділ 4.2.3.

Скорочення куріння

Якщо стандартний підхід до припинення куріння не вдається реалізувати, рекомендується заохочування зменшити щоденний обсяг куріння «якомога більше», або самостійно, або в поєднанні з НЗТ²⁰.

Дивіться розділ 4.7. для отримання додаткової інформації про підходи до скорочення куріння.

Споживачі тютюну, які нещодавно кинули курити

Оскільки особи, що нещодавно кинули курити, уразливі стосовно рецидиву, насамперед, протягом перших 3–6 міс після закінчення курсу лікування, рекомендується, щоб лікар систематично при кожному візиті запитував їх про те, чи не курять вони іноді або, можливо, відчувають бажання курити. Їх потенційний ризик рецидиву куріння має максимальну інтенсивність протягом 2 тиж після дати, коли вони кинули курити, і зменшується протягом наступних тижнів. Цей ризик необхідно оцінити якомога раніше. Наступні питання дуже важливі в цьому аспекті:

- «Чи ви все ще відчуваєте потребу/бажання курити?»;
- «Наскільки важко вам утримуватися від куріння?»

Пацієнтам зі значним ризиком рецидиву слід інтенсивніше надавати допомогу, в тому числі, рекомендуючи їм повторити первинний курс лікування, якщо це вважається корисним. Успішних нещодавніх абстинентів рекомендується заохочувати підтримувати утримання, вітати їх з кожною маленькою перемогою і здійснювати ретельний моніторинг будь-якого ризику рецидиву.

Усі пацієнти, які нещодавно кинули курити, повинні отримати користь від періоду спостереження з кваліфікованою підтримкою з метою підтримки статусу осіб, що не курять. Таким чином, лікар забезпечить для них такі мінімальні втручання, як когнітивно-поведінкове консультування для підтримки утримання і запобігання рецидиву куріння⁹. У тому випадку, коли пацієнти відмічають абстинентні симптоми або зростання потягу до куріння, вказується, що необхідно надати їм більш інтенсивне консультування в спеціалізованому центрі. Для тих пацієнтів, які припинили курити, однак не відчувають потягу до куріння або симптомів відміни, спостереження може здійснюватися адекватним чином в межах стандартного лікування.

Для осіб, які ніколи не курили

Лікар підтверджуватиме при кожному візиті первісний статус

не курця і дасть короткі рекомендації щодо збереження здоров'я, щоб зберегти цей статус. Ці незначні заходи прості й можуть здійснюватися будь-яким лікарем, незалежно від того, чи спеціалізується він/вона на припиненні куріння.

Рекомендації

- Рекомендується оцінити мотивацію пацієнта кинути курити, якщо було визначено статус курця, і порадити кинути куріння (рівень доказовості C).
- Клініцисти повинні використовувати мотиваційні методи для заохочення тих курців, які не бажають кинути курити (рівень доказовості B).

Втручання, які використовують мотиваційні методи, вважаються ефективними у визначенні, якщо пацієнт робить майбутні спроби припинення, однак всі залежні від тютюну курці повинні лікуватися для припинення незалежно від рівня їх мотивації (рівень доказовості C).

4.1.3. Ефективність лікування вживання тютюну і тютюнової залежності (Допомога)

Комбінована терапія методом консультування та застосування лікарських засобів

Дослідження забезпечили переконливі докази на підтримку ефективності поєднання консультування та фармакологічних втручань з метою підвищення показників припинення куріння серед пацієнтів, які бажають кинути курити^{14,2,3}. Консультування та лікарські засоби є ефективними, коли використовуються окремо, але поєднання консультування та лікарських засобів є більш ефективним, ніж використовувати їх самостійно, і збільшує показники утримання^{14,21,22}. Лікар, що виписує лікарські засоби, не обов'язково повинен бути лікарем, що надає консультації. Це може бути терапевт, стоматолог, асистент терапевта або практикуюча медсестра, які можуть виписувати лікарські засоби, а консультування може бути надане іншим спеціалістом з лікування тютюнової залежності (лікар, медсестра, психолог, працівник соціальної телефонної лінії для осіб, які бажають кинути курити, тощо). У Кокранівському огляді 53 досліджень за 2016 р. (25000 учасників) порівнювали ефективність комбінованого

застосування консультування та фармакотерапії. З'явилися докази високої якості того, що комбіноване застосування фармакотерапії та поведінкового консультування було кращим, ніж коротка консультація або звичайна допомога (відносний ризик (BP) 1,83, 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,68–1,98)²². Існує послідовний зв'язок між більш інтенсивним консультуванням (стосовно тривалості та кількості консультативних сеансів) і утриманням від куріння, однак оптимальна кількість сеансів не визначена²².

Рекомендації

- Поєднання консультування і лікарських засобів є більш ефективним для припинення куріння, ніж використання окремо або лікарських засобів, або консультацій. Таким чином, кожного разу, коли це можливо і доречно, як консультування, так і призначення лікарських засобів мають бути передбачені для пацієнтів, які намагаються кинути курити (рівень доказовості A).
- Існує тісний взаємозв'язок між кількістю сеансів консультування, коли вони поєднуються з прийомом лікарських засобів, та ймовірністю успішного утримання від куріння. Таким чином, у міру можливості, клініцисти повинні забезпечити кілька сеансів консультування на додаток до медикаментозного лікування для своїх пацієнтів, які намагаються кинути курити (рівень доказовості A).

4.1.4. Підтримка при подальшому спостереженні (Організація)

Надзвичайно важливо забезпечити довгостроковий наступний супровід пацієнта шляхом моніторингу процесу припинення куріння та можливих побічних наслідків фармакотерапії. Статус куріння необхідно перевіряти під час кожного наступного візиту й об'єктивно оцінювати шляхом визначення концентрації CO у повітрі, що видихається. Вимірювання вмісту котиніну в сечі, крові, слині або волоссі також дає корисну інформацію про схильність організму до тютюну, однак потребує коригування у випадку курців, що отримують НЗТ, оскільки фармацевтичний нікотин збільшує вміст нікотину, що отримується з тютюну, якщо пацієнт все ще курить^{19,23}.

Дотримання лікування

Дотримання комбінованого лікування (як лікарських засобів, так і консультування) також є важливим фактором, який варто розглядати, для успіху припинення куріння. Було висловлено припущення, що фармакологічний і нефармакологічний підхід доповнюють один одного, і це підтверджується результатами метааналізу, який демонструє, що поведінкова терапія може покращити навички людей відносно ситуацій, в яких вони, як правило, курять, у той час як фармакотерапія полегшує фізіологічне усунення симптомів¹⁴. Крім того, фармакотерапія допомагає пацієнтам подолати гостру фазу відмови від куріння, коли симптоми абстиненції є найбільш інтенсивними, в той час як поведінкова терапія забезпечує механізми психологічної адаптації, щоб підтримувати довгострокове утримання. Таким чином, поєднання обох методів лікування може посилити дотримання кожного методу¹⁴.

Значна частина курців не братимуть участі у консультуванні, особливо якщо воно включає тривалі сеанси або кілька візитів. Через це пацієнтам повинні бути запропоновані інші варіанти для відмови від куріння, у тому числі коротке і доступне консультування. Недотримання призначення лікаря щодо прийому лікарських препаратів для припинення куріння є загальним і пов'язане з переконаннями, що вони небезпечні, неефективні і не повинні використовуватися, якщо у людини був рецидив. Оскільки недотримання призначення щодо лікарських препаратів пов'язане з неможливістю покинути курити, лікар повинен обговорити з пацієнтом будь-які питання щодо лікарських засобів для припинення куріння і заохочувати його/її дотримуватися призначеного режиму.

Дослідження показали, що забезпечення легкої доступності лікування і зниження бар'єрів для лікування підвищує сприйняття лікування. Наприклад, коли лікування відкладається і відбувається в окремому місці, тільки 10% або менше курців ініціюють його, у той час як близько третини пацієнтів починають лікування, яке легко доступне²⁴. Сприйняття лікування також може бути підвищене за рахунок пропозицій допомогти, які повторюються протягом тривалого часу, оскільки інтерес курців кинути курити може

змінюватися протягом життя²⁵.

Іншими словами, немає магічного рецепта для припинення куріння. Будь-який метод вітається, якщо він призводить до тютюнової абстиненції і потенційно піде на користь здоров'ю. У цьому відношенні дуже важливим є спосіб, за допомогою якого лікар взаємодіє з пацієнтом, що звертається по допомогу у відмові від куріння. Лікар повинен брати до уваги, що в більшості випадків курці, які приходять до центру боротьби з тютюновою залежністю, особливо якщо це амбулаторні пацієнти, не вважають себе хворими, навіть не розуміють, що вони страждають від згубної звички та потребують лікарських засобів в якості лікування того, що вони розглядають швидше як «слабкість, відсутність волі, погану звичку» тощо. Рекомендується виділити окремий простір, де буде проведено обговорення, стимулюючи курця говорити, без його/її звинувачення, а також слід намагатися встановити відносини співпраці і взаємної довіри, надаючи у розпорядження пацієнта всі методи припинення куріння²⁷.

Рекомендації

- Оскільки існує сильний взаємозв'язок доза-реакція між тривалістю особистих сеансів і успіхом терапії для припинення куріння, інтенсивні заходи втручання є більш ефективними порівняно з менш інтенсивними і повинні використовуватися завжди, коли це можливо (рівень доказовості А).
- Клініцисти повинні заохочувати всіх пацієнтів використовувати ефективні лікарські засоби для лікування тютюнової залежності (рівень доказовості А).
- Клініцисти мають забезпечити всім курцям, які бажають кинути курити, лікування у форматі, який забезпечить щонайменше 4 особисті консультаційні сеанси. Це виявилось ефективним щодо підвищення рівня утримання (рівень доказовості А).
- Поєднання консультування та фармакотерапії для лікування ніотинової залежності є більш ефективним для припинення куріння, аніж використання кожного із двох цих методів окремо. Саме тому рекомендується пов'язувати обидва методи в будь-який час, коли це можливо (рівень доказовості А).

Коли неможливе використання фармакологічного лікування, залишається рекомендованим використання нефармакологічної терапії таким чином, щоб всі курці отримували терапевтичну підтримку, враховуючи, що була доведена ефективність лікування тютюнової залежності (рівень доказовості А).

4.1.5. Підхід системи охорони здоров'я до лікування споживання тютюну та тютюнової залежності

Послідовне ефективне забезпечення втручання для припинення вживання тютюну потребує підтримки з боку систем охорони здоров'я. Курці значно частіше готові зробити спробу кинути курити, якщо лікування тютюнової залежності покривається за рахунок медичної страховки²⁶. Через переваги для здоров'я й економічні переваги припинення куріння більше страхових компаній в даний час планують охопити підтвержені фактичними даними системи лікування припинення куріння; наприклад, у 2010 р., американська компанія «Medicare» розширила своє охоплення консультаціями на всіх курців (4 млн осіб), а не тільки для тих, які мають пов'язані з курінням хвороби.

Крім того, використання електронних медичних записів для нагадування терапевтам та персоналу клінік систематично виявляти й лікувати курців було пов'язано зі збільшенням обсягу документування статусу куріння, а також може збільшити використання процедур для припинення куріння²⁷. Навчання клініцистів і реакція на результати, турботливий персонал для надання лікування, і програми «fax to quit» (програма, яка дозволяє фахівцям галузі охорони здоров'я, а також немедичним працівникам направляти осіб, що вживають тютюн, до центрів, які надають експертну та конфіденційну допомогу у боротьбі з тютюновою залежністю), які зв'язують пацієнтів з центрами боротьби з тютюновою залежністю по всій країні, також підвищують показники успіху.

Системи охорони здоров'я в усьому світі враховують забезпечення мінімальних умов для надання допомоги курцям у припиненні куріння, залежно від їх існуючих місцевих можливостей і ресурсів: визначення курців, рекомендування їм кинути курити, полегшення доступу

до терапії. Існують наукові докази успішного припинення куріння, коли доступними були безкоштовні процедури²⁸.

4.1.6. Типи заходів з припинення куріння

У сучасній практиці існує два основних типи втручання з припинення куріння: мінімальне втручання і спеціалізоване лікування припинення куріння.

4.1.6.1. Мінімальне втручання (коротка порада)

Цей тип втручання триває максимум 3–5 хв (як втручання рівня 1) і рекомендується в рамках стандартного лікування, а також з боку сімейних лікарів, стоматологів, всіх категорій фахівців.

Коротка порада є «сумою словесних інструкцій припинити курити, наведених за допомогою медичних термінів і шляхом додавання інформації про шкідливі наслідки куріння». При її самостійному застосуванні вона чинить дуже низький вплив: всього 1 з 40 курців вдається кинути курити²⁹. Коли вона регулярно надається для всіх пацієнтів в якості основного систематичного втручання з подальшим направленням до спеціалізованого центру, це стає дуже сильним терапевтичним засобом.

Мінімальна порада рекомендується для всіх категорій курців, колишніх курців, а також для тих, хто ніколи не курил. Надання короткого консультування (3 хв) є більш ефективним, ніж просто порада пацієнтові кинути курити, і подвоює швидкість припинення в порівнянні з відсутністю втручання⁷.

Система охорони здоров'я повинна запропонувати лікування як резерв для коротких незапланованих заходів для тих курців, які потребують більш активної підтримки. Ця підтримка може бути запропонована або індивідуально, або в групах, і повинна включати психологічні навички, навчання та соціальну підтримку.

4.1.6.2. Спеціалізовані індивідуальні заходи по відношенню до припинення куріння

У якості втручання другого рівня споживачі тютюну повинні одержати спеціалізоване індивідуальне лікування з метою вирішення проблеми вживання тютюну від свого

підготовленого лікаря, медсестри, психолога тощо (за наявності таких). Як альтернатива пацієнти можуть бути направлені до спеціалізованої служби допомоги у припиненні куріння за їх наявності у громаді.

Лікування складається з лікарського засобу, який довів свою ефективність в лікуванні нікотинової залежності, і ряду когнітивно-поведінкових сеансів консультування, наданих в індивідуальному порядку. Фахівці використовують термін «консультування» для визначення конкретної когнітивно-поведінкової допомоги, що надається пацієнтам при лікуванні тютюнової залежності. Консультаційні сеанси відіграють певну роль у наданні курцям знань про процес відмови від куріння разом з рішеннями для подолання перешкод під час спроби відмови від куріння.

Зазвичай надається командою (лікар, медсестра і, можливо, психолог) підготовлених фахівців у сфері припинення куріння, спеціалізоване втручання передбачає допомогу вже проінформованому пацієнту, який вже отримав мінімальну консультацію про припинення куріння, а тепер звертається за кваліфікованою допомогою. Лікар відіграє головну роль в цьому процесі, оскільки він/вона несе відповідальність за рекомендацію та пораду фармакотерапії; медсестра допомагає заповнювати документацію, заповнюючи базу даних, лабораторні дослідження тощо, і може навіть надати мінімальну консультацію. Психолог допомагає під час втручання, надаючи елементи психологічної підтримки та когнітивно-поведінкові методи.

Оптимально індивідуальні стратегії відмови від куріння поєднують пораду (тобто рекомендацію кинути курити) з фармакологічним лікуванням (вареніклін, бупропіон, НЗТ тощо) з когнітивно-поведінковою терапією. Втручання звичайного формату складається з декількох (щонайменше 4) сеансів тривалістю 20–45 хв протягом 9–12 тиж лікування. На першій консультації пацієнту коротко представляють наявні системи лікування, попереджаючи про симптоми відміни, і він погоджується на найбільш слушні рішення. Початковий контакт повинен бути можливістю для оцінки шансів на успіх і ризиків рецидиву.

Протягом 9–12 тиж стандартного лікування, незалежно від зазначеної терапії, рекомендується супроводжувати

всіх пацієнтів (принаймні 2 відвідування), щоб бути впевненим, що пацієнт дотримується правильного лікування, стандартних доз у разі фармакотерапії, розв'язує психологічно-поведінкові труднощі або здатен впоратися із симптомами відміни, а також що відсутні побічні наслідки прийому лікарських засобів. Візити супроводу дозволяють лікарю отримати дані про оновлення статусу куріння, стежити за біомаркерами вживання тютюну і запобігати тимчасовим зривам або рецидивам. Ці візити дають можливість забезпечити швидку підтримку – лікар може вчасно втрутитися у тому разі, якщо курець збентежений або зірвався після короткого тимчасового утримання. Найбільш важливий візит — перший, рекомендується запланувати його відразу ж після призначення цільової дати припинення куріння.

Більшість фахівців рекомендують встановити дату припинення куріння на 2-й тиждень лікування. Тим не менш, залежно як від досвіду лікаря, так і характеристик курця, слід зазначити, що фахівець може рекомендувати іншу дату припинення куріння, наприклад, протягом 3–6 тиж, залежно від можливих обставин.

Остаточна консультація відбувається в той момент, коли закінчується лікування, як правило, через 2–3 міс після первинної консультації, і спрямована, головним чином, на оцінку утримання від вживання тютюну в результаті терапії. З цього приводу необхідно знову клінічно й біологічно оцінити статус куріння. Потяг до куріння також має бути оцінений, а також спосіб, за допомогою якого суб'єкт стикається зі складними ситуаціями у зв'язку з курінням. Необхідно перевірити симптоми відміни та побічні ефекти фармакотерапії. У той же час пацієнт, який кинув курити, повинен отримати консультацію з метою підтримки абстиненції та запобігання рецидиву куріння. Пацієнтів, яким не вдалося відмовитися від куріння, необхідно повторно оцінити для того, щоб розпочати іншу спробу відмови від куріння.

Спеціалізовані заходи з метою припинення куріння в індивідуальному форматі є найбільш рекомендованим підходом до лікування тютюнової залежності. Інтенсивна програма зі щотижневими відвідуваннями, особисті

консультаціїзпульмонологомтавикористанняфармакотерапії може збільшити показники припинення мотивованих курців, що намагаються кинути курити, і це може бути більш легко забезпечено спеціалізованими центрами з припинення куріння. Втім, оскільки куріння тютюну включає пристрасть до нікотину, найвищий показник припинення куріння за рік очікується на рівні 25–40%⁷.

Дослідження показали, що науково обґрунтовані послуги з припинення куріння є високоефективним економічним способом допомоги курцям кинути курити. Завдяки клінічним даним національної системи охорони здоров'я щодо припинення куріння, а також контрольованим дослідженням, з'ясувалося, що якщо курці отримують підтримку від спеціалізованих клінік, з лікуванням в групах разом з доступом до комбінованої НЗТ або варенікліну, вони з більшою ймовірністю досягнуть успіху, ніж ті курці, які отримували лікування при первинному огляді, і ті, хто отримує індивідуальну НЗТ³¹.

Література

1. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
2. West R., McNeill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2011;105:1867-1869.
3. Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, *Addiction* 2005;100:59-69.
4. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults, *Cochrane Database Systematic Review* 2013; Issue 6. Art. No. CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3.
5. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services.
6. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, www.nice.org.uk.
7. Gratzou C., Tønnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
8. Gratzou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur.Respir.Mon.*,2008; 42: 35-43.
9. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
10. CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:1217-20.
11. Andreas S., Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(16):276-82.
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol.* 1992; 11:331-34.
13. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther.* 2008;30:1852-8.
14. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
15. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No. CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
17. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005;14: 425-428.
18. West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006;332:458-460.
19. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008;42:44-50. ISSN 1025448x.
20. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003;98:1395-402.
21. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314-326.
22. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
23. Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, *Am J Epidemiology* 2000; 151: 251-258.
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study,

- Prev. Med. 2004;38:412-20.
25. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob. Res.* 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]
 26. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur.Respir.Mon* 2008, 42, 57-60.
 27. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, *WMJ* 010;109:335-40.
 28. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, *Addiction* 2005;100:1012-20.
 29. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA)*, 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
 30. *Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011*, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2 Поведінкове консультування

Ми розглядаємо в цьому розділі докази, пов'язані з поведінковим консультуванням з питання припинення куріння. На додаток до загальних доказів ми розглянемо два ефективних методи консультування для вирішення проблеми споживання тютюну з пацієнтами: когнітивно-поведінкове консультування та мотиваційне інтерв'ю.

4.2.1. Психологічна підтримка припинення куріння

Окрім фармакологічного лікування та консультування пацієнт, який хоче кинути курити, може скористатися перевагами психологічної допомоги, в міру необхідності. Кожен курець повинен отримати пораду щодо його/її власних зусиль кинути курити. Якщо це зусилля виявляється невдалим або якщо курець відчуває себе не в змозі кинути курити без допомоги, у такому разі повинні бути застосовані методи психотерапії для підтримки відмови від куріння.

Рекомендовані елементи лікування отримані з поведінкової терапії; зараз немає достатньо доказів на підтримку психодинамічно орієнтованих методів лікування через відсутність відповідних контрольованих досліджень.

Програми боротьби з нікотиновою залежністю базуються на припущеннях, що психологічна залежність виникає через оперантне і класичне обумовлювання, і що когнітивні процеси, особисті цінності, а також функціональність споживання тютюну відіграють важливу роль у підтримці поведінки куріння. Такі програми поєднують психологічну освіту та мотиваційні методи з поведінково-терапевтичними елементами. Ці заходи можуть бути проведені або за рахунок групової терапії або під час індивідуальних терапевтичних сеансів. В одній популярній моделі група з припинення куріння, яка налічує 6–12 пацієнтів, проходить спільне лікування протягом 6–10 сеансів, які складаються з двох терапевтичних сеансів тривалістю 90–120 хв кожна¹.

Психологічна підтримка надається за рахунок систематизованого і стандартизованого підходу. Вона розпочинається з оцінки психологічних характеристик пацієнта і допомагає пацієнтам в здійсненні порівняльної оцінки переваг та недоліків у персоналізованій формі, а також оцінки, який вплив чинить тютюнова залежність на їх власні життєві перспективи (табл. 4.1, 4.2).

Потім зміст письмового аналізу обговорюється з фахівцями як стосовно переваг, так і недоліків, для того, щоб розкрити позитивні результати. Акцент необхідно робити на позитивних досягненнях, рекомендується рішуче підтримувати власну впевненість пацієнта.

Потім складається персональний план лікування тютюнової залежності шляхом колективного процесу співпраці лікаря

Таблиця 4.1. Пацієнт аналізує себе

Тютюнова залежність, від якої я страждаю, створює для мене:	
Коротко- та довготривалі переваги	Коротко- та довготривалі недоліки

Таблиця 4.2. Пацієнт прогнозує вплив статусу тютюнової залежності на цілі, які він/вона бажає досягти

Через 5 років з цього моменту, мені буде..... років	
Ким я зможу стати і що буду робити?	Що станеться, якщо я не кину курити?

з пацієнтом. Перший крок полягає в узгодженні дати припинення куріння. З цього дня пацієнт не повинен тримати сигарети в його/її кишенях, сумці, валізі, у себе вдома тощо. Це необхідно, оскільки ми знаємо, що наукові докази демонструють, що нездоланна потреба у курінні триває 7 хв, а потім, навіть якщо потреба в курінні все ще залишається, вона буде проявлятися на більш стерпному рівні. Оскільки пацієнти не матимуть жодних сигарет в зоні доступу, поки вони не зможуть в кінцевому підсумку отримати їх, ці 7 хв екстремального тиску минають, і вони можуть стикнутися з цією непростою ситуацією з більш сильної позиції¹. Якщо пацієнт все ще курить, але почав фармакологічне лікування, рекомендуються такі дії:

Таблиця 4.3. Загальні елементи допоміжних втручань під час лікування

КОМПОНЕНТИ ПІДТРИМУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ	ПРИКЛАДИ
Заохочувати пацієнта у його спробі кинути куріння	<ul style="list-style-type: none"> • Зауважте, що наразі наявні ефективні види лікування тютюнової залежності і що близько половини осіб, що колись курили, зараз відмовилися від цієї звички
Повідомляти про свою турботу та занепокоєння	<ul style="list-style-type: none"> • Спитайте пацієнта про те, що він відчуває стосовно припинення куріння • Прямо висловіть своє занепокоєння та бажання допомагати так часто, як це знадобиться • Запитайте пацієнта про його страхи та подвійне ставлення стосовно припинення куріння
Заохочувати пацієнта говорити про процес припинення куріння	Запитайте про причини, через які пацієнт хоче кинути курити, занепокоєння та побоювання щодо припинення куріння, досягнутий успіх або складнощі, з якими доведеться стикнутися під час припинення куріння

- оголосити всім друзям, родині тощо про його/її ініціативу кинути курити;
- написати на аркуші паперу причини, чому він/вона хоче кинути курити, і розмістити його в місці, де він може часто його бачити — на двері холодильника, у ванній кімнаті, на моніторі комп'ютера тощо;
- визначити, чим для нього/неї оптимально замінити жест куріння: це може бути склянка води, чаю, кави і тощо, — і пити це мало-помалу; інші поради можуть бути також корисними, щоб відкласти куріння: використовувати антистресові кульки, жувати гумку, їсти печиво/моркву тощо;
- визначити особу для підтримки— людину, з якою він/вона може зв'язатися телефоном, перш ніж, можливо, повернутися до куріння;
- представити тип реакції на ситуації, коли з'являється бажання вживати тютюн: пити воду, піти на прогулянку тощо;
- змінити його/її повсякденне життя, звички або місце, коли і де він/вона раніше курили на інші періоди^{1,2,3} (табл. 4.3).

Рекомендація

- Психологічна підтримка для припинення куріння повинна бути інтегрованою до медикаментозного лікування пацієнта, залежного від нікотину (рівень доказовості А).

Література

1. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555-64.
2. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007;1:201-213.
3. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.

4.2.2. Когнітивно-поведінкова терапія

Принципи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)

До принципів КПТ належать: ініціювання відносин співпраці

між лікарем і пацієнтом; уникання конфліктів; активне слухання — що передбачає повторення висловлювань, які говорить пацієнт; оцінка успіху; створення навичок позитивної оцінки переваг відмови від куріння.

Ці лікування спрямоване на зміну погано пристосованої поведінки індивідів та дерегуляцію, а також рух у напрямку адаптованої поведінки. Використання КПТ в центрах з припинення допомагає курцям навчитися брати до відома свою поведінку куріння й оцінювати себе, враховуючи, що куріння є завченою поведінкою, згодом підтримуваною через залежність, яка зазнає постійного впливу стимулів навколишнього середовища¹. Ця методика, розроблена в результаті лікування тривоги і депресії (так звана КПТ), намагається змінити звичні способи мислення і відчуття про куріння і себе, забезпечує підтримку і консультації про шляхи мінімізації бажання курити та управління ним².

Консультування також забезпечує можливість попередити пацієнта про перешкоди або проблеми на шляху до припинення куріння і спонукає пацієнта планувати використання стратегій подолання складнощів для боротьби з потребою курити та опору цьому почуттю. Лікар повинен оцінити і проконсультувати пацієнта щодо факторів, які являють собою найбільш серйозні виклики на шляху до припинення куріння, такі, зокрема, як спільне проживання з курцем, надмірне вживання алкоголю, страх збільшити масу тіла. Консультування повинно здійснюватися з емпатією і підтримкою, не бути конфронтаційним¹. Консультування залишається недостатньо використовуваним, і основна мета полягає у збільшенні його використання в клінічній практиці, або особисто, або завдяки телефонній лінії підтримки осіб, що кидають курити³.

Завдяки КПТ курець дізнається про практичні методи поводження у ситуаціях, пов'язаних із курінням, і скористається перевагами психологічної та поведінкової підтримки для заохочення його/її повністю кинути курити. Дані свідчать, що одне й те саме стандартне консультування зрідка може бути застосоване до всіх пацієнтів; деякі моделі КПТ пов'язані з певною терапевтичною стратегією; у більшості досліджень у цій сфері відсутня кореляція з будь-якою контрольною групою. КПТ сприяє підвищенню показника

абстиненції за оцінкою мотивації для відмови від куріння за рахунок розвитку навичок спілкування і діалогу лікар-пацієнт на основі поваги й розуміння та оцінки нікотинової залежності (аналіз потягу до куріння з поясненням концепції тютюнової залежності). Більшість курців не володіють точними знаннями про те, що відбувається в їх мозку, коли вони курять, а також про причини, через які важко кинути курити, навіть якщо вони мають високу мотивацію. Обговорення з фахівцем наслідків впливу нікотину на мозок і шляхів прояву нікотинової залежності самої по собі може ефектно підвищити ініціативу пацієнта в напрямку повної відмови від куріння^{4,5,6}. Заходи також дозволяють здійснити поглиблений аналіз проблем і страхів, пов'язаних з процесом відмови від куріння і створює можливість для узгодження з пацієнтом адекватної терапевтичної стратегії.

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії

Метааналіз 64 досліджень про ефективність і прогностичні показники абстиненції для різних типів консультування і поведінкової терапії показали статистично значиме зростання рівня абстиненції порівняно з відсутністю контакту в наступних категоріях консультування: (1) надання практичної консультації, наприклад, розв'язання проблем/напрацювання навичок/ управління стресом; (2) надання підтримки при безпосередньому контакті курця з лікарем (соціальна підтримка під час лікування); (3) втручання з метою збільшення соціальної підтримки в середовищі курця (соціальна підтримка поза лікуванням); (4) використання процедури виклику огиди до куріння (швидке куріння, швидке затягування)⁷ (табл. 4.4).

Як подолати поведінкову залежність від куріння

Успішні втручання для припинення вживання тютюну спонукають взятися за сукупність взаємодіючих факторів — особистих, сімейних, соціально-економічних, фармакологічних і поведінкових, — які підтримують вживання і можуть виступати як основні перешкоди на шляху до припинення куріння. Іноді, якщо складність цієї умови не враховується, пацієнт важко боротиметься, щоб домогтися довгострокового утримання, і цей процес

триватиме протягом багатьох років чи десятиліть. Таким чином, окрім фізичного і психологічного звикання повинна також розглядатися поведінкова залежність, оскільки у

Таблиця 4.4. Загальні елементи практичного консультування (вирішення проблем/ навчання навичкам)

КОМПОНЕНТИ ЛІКУВАННЯ	ПРИКЛАДИ
Виявіть небезпечні ситуації — визначте події, внутрішні стани чи види діяльності, які підвищують ризик куріння або рецидиву	Негативні наслідки та стрес. Перебування поряд з іншими споживачами тютюну. Вживання алкоголю. Відчуття сильного потягу до куріння. Ознаки сигарет та наявність сигарет
Розробіть навички подолання труднощів. Визначте та застосуйте на практиці навички подолання труднощів або вирішення проблем. Як правило, ці навички призначені для того, щоб справлятися з небезпечними ситуаціями	Навчіться передбачати спокуси й уникати її, а також способи активувати ситуації. Вивчіть когнітивні стратегії, що зменшать негативний настрій. Доведіть до кінця зміни у стилі життя, які можуть зменшити стрес, покращити якість життя, а також знизити вплив спокуси куріння. Вивчіть когнітивні та поведінкові види діяльності для того, щоб справлятися з потягом до куріння (наприклад, відволікаюча увага, зміна життєвого стилю)
Надайте основну інформацію про куріння та успішну відмову від куріння	Факт, що будь-яке куріння (навіть єдина затяжка) підвищує ймовірність повного рецидиву. Пік прояву симптомів відміни зазвичай припадає на 1–2-й тиждень після припинення куріння, однак може тривати місяцями. Ці симптоми включають поганий настрій, потяг до куріння, складнощі з концентрацією. Куріння, яке обумовлено звиканням

деяких курців цей аспект може чинити серйозний вплив. В даний час одноставно визнано, що куріння сигарет є насамперед проявом ніотинової залежності, і що курці мають преференції індивідуальних характеристик щодо свого рівня споживання нікотину, оскільки вони регулюють власний спосіб затягування і вдихання для отримання бажаної для них дози нікотину.

Рекомендації

- КПТ повинна бути включеною до планування всіх видів медичних втручань для припинення куріння в якості ефективного методу, який сприяє підвищенню рівня успіху припинення куріння (рівень доказовості B).
- Два типи консультування і поведінкової терапії призведуть до підвищення показників утримання: (1) надання курцям практичного консультування (навички вирішення проблем/навчання навичкам) та (2) надання підтримки та заохочення в рамках лікування (рівень доказовості B).
- Ці елементи консультації повинні бути включені до втручань з метою припинення куріння (рівень доказовості B).

Література

1. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population- based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-311.
2. West R., *New Approaches to Smoking Cessation*, http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598 16/09/2006
3. Fiore M.C., Baker T.B., *Treating Smokers in the Health Care Setting*, *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
4. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependence au tabac*, *Guide Pratique* 2009.
5. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system, *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1-S19.
6. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.
7. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

4.2.3 Мотиваційне інтерв'ю (MI)

Важливе значення має мотивація для кожного курця, який планує припинити вживання тютюну. Таким чином, методи для зміцнення мотивації пацієнта кинути курити є важливим завданням дослідження.

Що таке мотиваційне інтерв'ю?

Мотиваційне інтерв'ю — це метод, розроблений в США психологом Вільямом Р. Міллером (W.R. Miller) в 1980-х роках, коли він займався лікуванням пацієнтів з проблемами зловживання. В. Міллер показав, що вислуховування з емпатією може зменшити споживання клієнтом алкоголю. Дослідження показали, що опір і заперечення є явищами, які виникають у відносинах між клієнтом і консультантом.

Перша книга про мотиваційне інтерв'ю, написана В. Міллером у співпраці зі Стівеном Ролніком (S. Rollnick), психологом з Великої Британії, була опублікована в 1991 р. С. Ролнік пізніше розробив коротші версії мотиваційного інтерв'ю, придатні для використання в галузі охорони здоров'я. По суті цей метод спрямований на те, щоб запропонувати зацікавленим клієнтам інформацію про ризики для здоров'я у поєднанні з певною залежністю, і викликають інтерес для зміни. Мотиваційне інтерв'ю в даний час практикується в багатьох країнах для лікування таких видів зловживання, як алкоголь, тютюн, а також для тих, хто потребує поліпшення харчування і фізичних вправ. Мотиваційне інтерв'ю також широко використовується для вирішення проблем з азартними іграми, для відповідності лікування і в кримінальній системі.

Мотиваційне інтерв'ю описує те, що ви в якості консультанта можете зробити для того, щоб підвищити ймовірність того, що клієнт зможе домогтися зміни поведінки. Вона спирається на вдосконалення розуміння консультантом того, як ми спілкуємося, і краще ставиться до пацієнта. Мотиваційне інтерв'ю прагне уникнути агресивного або конфронтаційного підходу і намагається спрямовувати людей до вибору зміни своєї поведінки і заохочувати їх впевненість у собі¹.

- Консультант виступає в якості співучасника і бачить себе на рівних з пацієнтом.
- Консультант шукає і викликає власні думки клієнта та ідеї

про його/її куріння і як їх змінити.

- Консультант демонструє повагу до автономії клієнта і його/її права і здатність приймати рішення.

Основні принципи мотиваційного інтерв'ю¹

- *Демонструвати емпатію.* Консультант чітко демонструє зацікавленість у спробі зрозуміти пацієнта. Це робиться за допомогою відображень і коротких висновків.
- *Виділяти розбіжності.* Консультант допомагає пацієнтові усвідомити розрив між нинішніми ситуаціями і тим, як це може виглядати з урахуванням цілей і цінностей пацієнта. Відчуття широких розбіжностей є значною рушійною силою для зміни поведінки за умови, що клієнт/пацієнт має можливість змінюватися.
- *Уникати суперечки.* Так званий опір вважають як природний знак тривоги або сумнівів з приводу зміни. Якщо консультант стикається з цим чи починає сперечатися, опір пацієнта буде збільшуватися. Радник спокійно приймає опір, коли він з'являється, але намагається запобігти таким ситуаціям, через які він виникає.
- *Підтримувати впевненість у своїх силах.* Консультант підтримує впевненість у своїх силах пацієнта, демонструючи віру в здатність клієнта/пацієнта до змін. Консультант демонструє, що він/вона цінує зусилля пацієнта.

Деякі важливі особливості мотиваційного інтерв'ю

- *Просити дозволу.* Розмова про тютюн зрідка розглядається пацієнтами як атака, але завжди слід мудро підійти до цього питання, попередньо запитавши про дозвіл його обговорити.
- *Амбівалентність.* Амбівалентність є природною фазою зміни. Є завжди плюси і мінуси у певних змінах, наслідки яких можуть проявитися у віддаленому майбутньому. Консультант повинен прагнути допомогти пацієнтові висловити його/її причини здійснити зміни.
- *Відкриті питання.* Закриті питання передбачають відповідь так чи ні; відкриті питання передбачають більш розгорнуті відповіді або докладну розробку.

- *Зміна розмови.* Для радника важливо відмічати «зміни розмови», слова і думки, висловлені пацієнтом, що може призвести до зміни.
- *Підтвердження позитивної розмови і поведінки.* Пацієнт буде більш готовим до змін, якщо позитивні ознаки або думки виявляються і підтверджуються.
- *Відображення того, що ви чуєте або бачите.* За своєю суттю відображення є здогадами щодо того, що пацієнт говорить або думає. Відображення не підтверджують угоду з пацієнтом; швидше вони говорять пацієнтові, що радник слухає і допомагає пацієнтові почути те, що він/ вона говорить.
- *Узагальнення того, що вже було сказано.* Короткий висновок — це особлива форма відображення. Короткий висновок нагадує пацієнту про головні пункти обговорення, про план дій і власні причини пацієнта для вжиття відповідних заходів. Короткий висновок корисний у двох ситуаціях. Якщо пацієнт сповільнюється або перестає говорити, короткий висновок може виступати як місток, щоб допомогти йому/їй продовжувати. Короткий висновок може також допомогти нагадати пацієнту, що він/вона заявив, або вказати на зв'язок між його/її заявами.

Мотиваційне інтерв'ю в клінічній практиці

Багато в чому мотиваційне інтерв'ю пориває з традиціями консультування в медицині. Мотиваційне інтерв'ю знижує авторитет «експерта в білому халаті», який звертається до пацієнта і каже йому/їй, що робити. Мотиваційне інтерв'ю більше схоже на запрошення пацієнта до танцю, в якому пацієнт і радник тримають один одного і супроводжують один одного крок за кроком через танцювальний майданчик. Ролі змінилися. Деякі фахівці галузі охорони здоров'я мають природний талант, щоб поговорити з пацієнтами у неупереджений та зрозумілий спосіб і можуть легко прийняти мотиваційне інтерв'ю. Частіше, однак, медичні працівники повертаються до старих звичок і починають наказувати пацієнту. Отже, щоб добре освоїти мотиваційне інтерв'ю, потрібно багато навчання, й експертний супровід дотримання процедур консультування є дуже важливим (і дорогим). Щоб зробити мотиваційне інтерв'ю більш доступним і

зручним, була розроблена спрощена версія, що називається швидка взаємодія.

Швидка взаємодія. Швидка взаємодія є скороченою і спрощеною версією мотиваційного інтерв'ю та призначена для використання при напруженому графіку роботи лікаря². Швидка взаємодія використовує простий набір питань. Візуальна аналогова шкала може бути використана для візуалізації ступеня мотивації, але не є необхідною, оскільки подібні оцінки можуть бути зроблені в усній формі.

Важливість змін. Питання¹: Наскільки важливо для вас кинути курити за шкалою від 0 до 10 (де 0 — неважливо, а 10 — дуже важливо)? Відповідь спрямовує подальше обговорення. Консультант може слідувати далі, «провокуючи» пацієнта такими висловлюваннями: «Я б подумав, що менше число». Це часто призводить до обговорення, коли пацієнт бере на себе провідну роль і прагне переконати консультанта, що його припущення було неправильним.

Впевненість у своїх силах. Впевненість у своїх силах може залежати від успіхів або невдач попередніх спроб, досягнень інших, знань і підтримки. Знову ж таки, пацієнт оцінює за шкалою від 0 до 10 власні шанси на успіх кинути курити (або та ж шкала, виражена словами). Якщо пацієнт оцінює свої шанси вище 0, консультант повинен запитати, чому пацієнт не вибирає менше число, ніж обране, метою цього є те, щоб пацієнт прагнув відшукати власні здібності мобілізувати внутрішні ресурси. Чим вища ця мобілізація, тим сильніше впевненість у собі. Навіть більше, «зміна розмови» може бути викликана питанням: «Що необхідно зробити, щоб ще більше збільшити ваші шанси?». Воля і здатність змінювати поведінку — це два різних, але взаємопов'язаних аспекти мотивації, які нелегко розрізнити. Для деяких пацієнтів легшим рішенням може бути визначити швидше те, чого вони не хочуть, аніж визнати низький рівень впевненості в своїх силах. Для інших ситуація може бути протилежною («Я хочу, але це не спрацює!»). Важливо, щоб консультант був здатний зрозуміти, що пацієнт насправді має на увазі.

Доказ ефективності

Огляд Кокранівської асоціації 2015 р. визначив 28 досліджень, опублікованих в період між 1997 і 2014 р. за участю понад 16

000 курців, які перевіряли мотиваційне інтерв'ю в порівнянні з короткою консультацією або стандартним лікуванням³. Оцінювані дослідження передбачали від 1 до 6 сеансів з тривалістю кожного 10–60 хв. Метааналіз показав, що в порівнянні з короткою порадою або стандартним лікуванням мотиваційне інтерв'ю продемонструвало скромне, але помітне підвищення показника припинення куріння (BP 1,26; 95% ДІ 1,16–1,36). Аналіз підгруп дав змогу припустити, що мотиваційне інтерв'ю було ефективним при наданні лікарями первинної допомоги (BP 3,49; 95% ДІ 1,53–7,94) і радниками (BP 1,25; 95% ДІ 1,15–1,63), і коли воно проводилося під час більш тривалих сеансів (більше 20 хв за сеанс) (BP 1,69; 95% ДІ 1,34–2,12). Лікування з декількома сеансами може бути дещо більш ефективними, аніж одиничні сеанси, але обидві схеми продемонстрували позитивні результати. Докази недостатньо чіткі в даний час відносно оптимальної кількості дзвінків супроводу. Докази, що перевіряють мотиваційне інтерв'ю, середньої якості, і тому виправданою є деяка обережність у зв'язку з неоднорідністю характеристик досліджень.

Наукові дані відсутні щодо методу швидкої взаємодії, але лікарі повідомляють, що метод корисний навіть під час напруженого графіку роботи і що він робить обговорення про зміну поведінки набагато розслабленим.

Рекомендації

- Мотиваційне інтерв'ю або його варіанти широко використовуються в якості методів консультування і може бути ефективним в допомозі пацієнтам кинути курити (рівень доказовості B).

Література

1. Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.
2. Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial.

BMC Fam Pract. 2010;11:69.

3. Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson, Rachna Begg. Motivational interviewing for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

4.2.4 Формати надання допомоги

Різноманітні формати були досліджені для надання процедур з припинення куріння, включаючи індивідуальне консультування, телефонні консультації, групове консультування, доступну інформацію в мережі Інтернет і самопомогу.

4.2.4.1. Індивідуальне консультування з метою припинення куріння

В результаті метааналізу 30 досліджень було виявлено, що таке індивідуальне консультування з метою боротьби з курінням є більш ефективним, ніж проста консультація (13,9% порівняно з 10,8%, BP=1,39, ДІ 1,24–1,57)¹. Відповідно до метааналізу 35 рандомізованих досліджень показники 6 міс абстиненції значно збільшилися за рахунок тривалості хвилини контакту загального консультування: близько 14% для 1–3 хв консультування, 19% для 4–30 хв консультування та 27% для 31–90 хв консультування порівняно з 11% за відсутності консультування (деякі дослідження включали фармакотерапію за всіх умов консультування, таким чином лікарські засоби також зробили свій внесок у ці показники успіху). Успішне консультування підвищує мотивацію відмовитися від куріння шляхом персоналізації витрат і ризиків вживання тютюну пацієнтом (пов'язуючи їх зі здоров'ям пацієнта, економічною ситуацією і сімейним станом). Існує пряма залежність між більш інтенсивним консультуванням (як щодо тривалості, так і кількості консультацій) та утриманням від куріння.

4.2.4.2. Групове консультування з припинення куріння

Групова поведінкова терапія передбачає регулярні зустрічі, де групи курців отримують інформацію, консультацію та підтримку і деякі форми поведінкового втручання (наприклад, КПТ)². Ця терапія пропонується щотижня протягом принаймні

перших 4 тиж після спроби припинити куріння (тобто протягом 4 тиж після дати припинення куріння). Як правило, групове консультування поєднується з фармакотерапією.

Є два підходи до проведення групових занять. Одним з них є схоластичний, з професіоналами галузі охорони здоров'я, що діють як викладачі, що надають інформацію про те, як досягти і підтримувати утримання від куріння. Інший прагне взаємної підтримки між членами групи для досягнення абстиненції.

В огляді Кокранівської асоціації виявлено 16 досліджень, в яких порівнювали групову програму з програмою самопомоги³. Було зафіксовано збільшення частки припинення куріння за рахунок використання групової програми (BP 1,98; 95% ДІ 1,60–2,46). Відсутні жодні докази того, що групова терапія більш ефективна, ніж індивідуальна консультація аналогічної інтенсивності. Обмежені докази отримано щодо того, що додавання групової терапії до інших форм лікування, таких як порада від фахівців галузі охорони здоров'я або заміна нікотину, викликало будь-які додаткові переваги.

Дані дослідження опитувань як ключового персоналу, так і курців у трьох видах послуг з припинення куріння (спеціалізовані команди, працівники галузі охорони здоров'я на базі громад та комбінація зазначених) припускають, що всі ці фактори — структура обслуговування, метод підтримки, залучені працівники галузі охорони здоров'я і фармакотерапія, відіграють свою роль в успішному припиненні куріння⁴. Групова підтримка призвела до найвищих показників припинення куріння (64,3% для закритих груп відносно 42,6% для індивідуальної підтримки, запропонованої фахівцями). Послуги мають бути адаптованими для підтримки індивідуальних потреб з вибором пацієнта і з доступом до різноманітних послуг, у тому числі групового консультування⁴.

Численні програми з припинення куріння включають групові стратегії, що ґрунтуються на інтерактивних методах навчання, поліпшення доступу до лікування, а також психологічну підтримку. Добре перевірений формат групи включає в себе близько 51-годинних сеансів протягом періоду тривалістю 1 міс з наступними візитами.

Інтенсивна підтримка повинна включати пропозицію або заохочення використання фармакотерапії (при необхідності) і чіткі рекомендації та інструкції про те, як їх використовувати⁵. Групове консультування повинно проводитися спеціально навченими консультантами, здатними змусити курців взаємодіяти і ділитися своїми страхами і перешкодами на шляху до відмови від куріння, але в той же час навчатися завдяки колективному досвіду. Це також може забезпечуватися у вигляді щотижневих сеансів і за допомогою допоміжного персоналу (медсестер, навчених посередників, психологів тощо). У будь-якому разі груповий підхід може підтримуватися в якості альтернативи для тих пацієнтів, які спілкуються краще в групі, але там, де він доступний, також може бути інтегрованим до індивідуального лікування в цілях консолідації терапевтичних заходів.

Бажано пропонувати індивідуальні (тобто один на один) і групові заходи, щоб краще задовольнити потреби і бути корисним для пацієнтів, які потребують проведення обстеження для діагностування серйозних психічних розладів. Критерієм винятків для групового лікування можуть бути розлади особистості або виражені психопатологічні риси (наприклад, нарцисичні або істеричні розлади, тривога, соціальні фобії, сильні маніпулятивні відносини, шизофренічна поведінка або багатопроблемні випадки, як у разі з кількома залежностями). Групові моделі, що набули значного поширення, зазвичай складаються з 5–10 сеансів протягом 2- або 3-місячного періоду лікування.

Рекомендації

- Групове консультування є ефективним для припинення куріння. Включення соціальної підтримки в групове втручання і види когнітивно-поведінкових компонентів, задіяні в групі, не впливають на його ефективність (рівень доказовості А).
- Групове консультування аналогічне в плані ефективності індивідуальному консультуванню, і для визначення того, якому виду консультування (індивідуальному чи груповому) надається перевага, можна звернутися до пацієнта (рівень доказовості В).

Література

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England BMC Research Notes 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2.4.3 Підтримка за телефоном та лінія підтримки осіб, що кидають курити

У багатьох країнах існує безкоштовна телефонна служба, відома як «лінії сприяння у припиненні куріння» або «лінії допомоги/припинення». Пацієнти, які дзвонять на ці номери, можуть отримати інформацію про доступ до місцевих центрів з припинення куріння і консультацію про те, як кинути курити з мінімальним або повним консультуванням¹. Використання телефона для надання КПТ схоже на структуру традиційного індивідуального контакту, однак є більш гнучким.

Однією з важливих переваг таких телефонних ліній є їх доступність. Взаємодія за допомогою телефона усуває багато бар'єрів традиційних сеансів припинення куріння, наприклад, того, щоб чекати, поки сформується група, або необхідність вирішення питань транспортного сполучення тощо. Зустрічі можуть бути організовані у зручний час, у тому числі під час обідніх перерв, а також ввечері і в суботу. Учасники можуть вибрати, де їм зручніше спілкуватися,— у себе вдома чи за допомогою мобільного телефона, їм пропонується підтримка за допомогою телефона з метою надання інструкцій щодо втілення в життя різних стратегій припинення куріння та реалізації позитивних змін у повсякденному житті. Телефонні розмови в цілому тривають 20–25 хв, але цей показник гнучкий і може бути адаптований для задоволення

індивідуальних потреб². Телефонні лінії підтримки особливо корисні для осіб з обмеженою рухливістю і тих, хто живе в сільських або віддалених районах. Через квазіанонімний характер телефонні послуги можуть також бути призначені для тих, хто не хоче звернутися за допомогою, надання якої передбачено в групі.

Телефонні лінії підтримки також пропонують превентивні дзвінки, визначені як телефонне консультування, завдяки якому консультанту вдається переконати принаймні деяких співрозмовників у важливості проведення заходів з припинення куріння, включаючи консультування за допомогою зворотного виклику (проактивний).

Існує значний обсяг фактичних даних рандомізованого контрольованого дослідження, що вивчає ефективність послуг телефонної лінії підтримки^{3,4}. Метааналіз, що включає 70 досліджень, опублікований Кокранівською асоціацією, виявив, що отримання декількох проактивних телефонних викликів з лінії підтримки сприяло підвищенню показників тютюнової абстиненції (BP 1,37; 95% ДІ 1,26–1,50)⁴. Здійснення щонайменше двох дзвінків, як виявлено, призвело до підвищення показників припинення куріння. Відсутні дані щодо того, чи призведе збільшення числа дзвінків до 2 чи більше до зростання кількості випадків припинення куріння. Реактивні лінії підтримки, які реагують тільки на безпосередні запити абонентів, також довели свою ефективність в аспекті підвищення показників припинення по відношенню до самопомоги (BP 1,27; 95% ДІ 1,20–1,36). У цілому дані свідчать про те, що телефонні лінії підтримки мають потенціал не тільки в аспекті надання ефективної допомоги тим, хто її розшукує, але й для підвищення показників припинення куріння серед споживачів тютюну в цілому. Це хороший спосіб повідомити споживачам тютюну, де б вони не знаходилися, про наявність допомоги⁴.

Рекомендації

- Існує достатньо доказів того, що проактивні телефонні консультації є ефективним заходом для сприяння припиненню куріння (рівень доказовості А).
- Як видається, важливо провести щонайменше 2 сеанси для підвищення показників припинення куріння.

Переваги збільшення кількості телефонних розмов (більше 2) недостатньо доведені (рівень доказовості B).

Література

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.
3. Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(12):922-41.
4. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

4.2.4.4 Матеріали для самодопомоги

Ця категорія включає буклети, листівки, інструкції, матеріали ЗМІ, реактивні телефонні лінії допомоги, комп'ютерні програми/інтернет-програми та різні громадські програми. Заходи самодопомоги визначаються як «будь-які інструкції або програми, які мають використовуватися особами для надання допомоги у спробі кинути курити, які не супроводжуються допомогою медичних працівників, консультантів або групи підтримки»².

Нижче міститься зразок короткої пояснювальної листівки, призначеної для курців, щоб допомогти ознайомитися з основними поняттями щодо лікування споживання тютюну та залежності.

Приклад контрольного списку і питань для матеріалу самодопомоги

Навіщо вживати тютюн?

- Отже, як пояснити продовження куріння, незважаючи на те, що так багато зусиль докладається для боротьби з тютюном, щоб зупинити захворюваність і смертність від тютюну?

- Чи можна припустити, що курці зовсім не поважають своє здоров'я, чи вони уявляють це як «ці шкідливі наслідки можуть і не вплинути на мене»?
- Невже вони не здатні усвідомити шкідливі наслідки, продемонстровані в навчальних матеріалах? Чи це щось інше впливає на них таким чином, що вони не в змозі кинути курити, незважаючи на те, що знають про небезпеки?
- Можливо, це складні психо-поведінкові та фізичні зміни, визначені хімічною речовиною, що міститься в тютюні? Очевидно, що це саме той випадок^{3,4}.

Тютюнова залежність

- Інтенсивність/сила нікотинової залежності дуже висока, вища або подібна до залежності від героїну та кокаїну, нікотин зумовлює набагато більш сильну залежність, ніж алкоголь, марихуана або ЛСД та аналогічні наркотики.
- Хронічне вживання тютюну, або простими словами «куріння», було визнано всіма психіатричними медичними організаціями як хвороба сама по собі, яка викликає фізичне і психологічне хронічне захворювання, тобто тютюнову або нікотинову залежність.
- Більшість сигарет курять не через вільний вибір, але через залежність від нікотину, наркотику, який міститься у всіх тютюнових продуктах і викликає високу залежність⁵.
- Було доведено, що хронічний вплив тютюну викликає широкий спектр захворювань і смерть через численні токсини і канцерогенні сполуки, наявні в тютюні.
- Виробники тютюну використовують для тютюнових виробів багато стратегій з метою збільшення нікотинової залежності: добавки, ароматизатори, характеристики фільтру тощо.
- Тютюнова промисловість постійно інвестує в нові ринки, спрямовані на вразливі категорії потенційних клієнтів, тобто на дітей і молодих людей, які найбільшою мірою схильні до залежності.
- Найкращий спосіб реагувати на тютюнову промисловість — надати людям знання і навички, що базуються на наукових даних, для того, щоб впоратися з цією проблемою.

Окремі наслідки вживання тютюну⁵

- Кожен другий курець помре передчасно внаслідок захворювання, пов'язаного з тютюном.
- Вживання тютюну є єдиною найбільшою причиною смерті, якій можна було б запобігти.
- Більше половини з цих випадків смерті відбувається у віці 35–69 років.
- Кожного дня у всьому світі це число смертей еквівалентне 50 аеробусам, що розбиваються.
- Вживання тютюну призводить до 87% смертей від раку легені, 82% — ХОЗЛ, 21% — ішемічної хвороби серця і 18% — інсульту.
- Було доведено, що вживання тютюну викликає ускладнення у період вагітності.
- Через вживання тютюну у людини з'являється поганий запах від подиху, волосся і одягу, з'являються плями на зубах, нігтях і шкірі, а одяг псується або підпалюється.
- Вживання тютюну знижує спортивні результати.
- Тютюн є основною причиною пожеж і випадкових смертей.
- Вживання тютюну є воротами до інших наркотиків, і пристрасть до тютюну може зробити людину більш сприйнятливою до спроби інших небезпечних наркотиків.

Наслідки для сім'ї, друзів і колег споживачів тютюну⁶

- Ви піддаєте свою сім'ю, друзів і колег впливу оточуючого або вторинного тютюнового диму.
- Вторинний тютюновий дим підвищує ризик розвитку раку легені на 30%. Це призводить в 3000 додаткових випадків раку легені на рік.
- Немовлята і діти, які хронічно зазнають впливу вторинного тютюнового диму, мають підвищений ризик розвитку бронхіальної астми, інших респіраторних захворювань, злоякісних пухлин та інших проблем зі здоров'ям. Ці захворювання призводять до збільшення випадків госпіталізації і пропусків у школі.
- Вплив тютюнового диму підвищує ризик народження немовлят з низькою масою тіла і синдрому раптової дитячої смерті.
- Дорослі особи, що не вживають тютюну та зазнають

впливу вторинного тютюнового диму, також, вірогідно, матимуть респіраторні захворювання та симптоми, які зумовлюють невихід на роботу та заважатимуть іншим видам діяльності.

- Подружжя курців мають більш високий ризик серцево-судинних захворювань і раку легені.

Переваги відмови від вживання тютюну

1. Короткострокові переваги

- Через 20 хв артеріальний тиск і частота пульсу повертаються до нормальних показників.
- Через 8 год рівень СО і кисню в крові повертається до нормального показника.
- Через 24 год СО виводиться з організму; легені починають очищатися від слизу та бруду від куріння; ризик серцевого нападу знижується.
- Через 48 год в організмі не залишається нікотину; нервові закінчення починають відновлюватися; поліпшується здатність відчувати смак і запах.

2. Довгострокові переваги

- Покращене дихання.
- Зростання фізичної енергії.
- Кращий колір шкіри.
- Зниження ризику захворювань, пов'язаних з тютюном, таких як:
 - рак легені,
 - емфізема,
 - ХОЗЛ,
 - раптова смерть від інфаркту,
 - ішемічна хвороба серця,
 - атеросклероз (звуження артерій),
 - інсульт,
 - хронічний бронхіт.

Підготовка до відмови від куріння

Чим краще ви підготовлені до відмови від куріння, тим вища ймовірність досягнення успіху в цьому⁶. Деякі пропозиції включають наступне:

- безумовно вирішіть, що ви хочете кинути курити;

- складіть список причин, у тому числі особисті причини, лікувальні наслідки, користь для здоров'я, фінансові вигоди і зобов'язання перед іншими;
- повторюйте для себе одну з цих причин кілька разів щоранку;
- почніть покращувати свій фізичний стан за рахунок легкого тренування. Багато відпочивайте, споживайте більше рідини;
- встановіть цільову дату відмови від куріння протягом найближчих 2 тиж;
- визначте бар'єри для відмови від куріння. Що ускладнить цей процес? Які ситуації змушують вас бажати вживати тютюн? Що ви можете зробити, щоб змінити це;
- складіть список осіб, які можуть підтримати ваші наміри кинути курити, наприклад сім'я, друзі та співробітники. Обговоріть ваші плани з ними;
- якщо будь-хто з цих осіб є курцями, попросіть їх утримуватися від вживання тютюну навколо вас, або, ще краще, попросіть, щоб вони приєдналися до вас у відмові від куріння;
- звільніть місця, де ви зазвичай курили, від усього, що нагадувало б вам про сигарети, наприклад:
 - запальничок;
 - попільничок;
 - сірників;
- очистіть будинок і автомобіль; спробуйте видалити запах диму якомога ретельніше;
- складіть список видів діяльності, хобі та інтересів, щоб займати свій розум іншими думками, окрім куріння;
- підготуйте себе та отримайте знання про симптоми відміни і способи впоратися з ними;
- будьте готові до важкого процесу відмови від куріння. Дізнайтеся про «синдром відміни»;
- нікотинова залежність складається з симптомів, викликаних раптовою зупинкою подачі нікотину. Нікотинова залежність може проявлятися, починаючи з перших 4–12 год після припинення куріння, через такі симптоми, як:
 - гостра/неконтрольована необхідність курити (потяг);
 - дратівливість;

- занепокоєння, гнів, почуття тривоги;
- втома;
- підвищений апетит, особливо до цукерок, збільшення маси тіла;
- труднощі з концентрацією уваги/погана пам'ять;
- депресія;
- головний біль;
- безсоння;
- запаморочення.

Види терапії, які допомагають кинути курити

- Два компоненти, які довели свою ефективність у лікуванні тютюнової залежності, це консультування та фармакотерапія.
- Фармакологічна терапія має вирішальне значення і включає широкий перелік лікарських засобів, починаючи з нікотинових замінників, що використовуються в різних формах та дозуванні (гумки, пластир, назальний спрей, інгалятор, під'язикові таблетки), закінчуючи антидепресантами, антагоністами нікотинових рецепторів тощо.
- Ви повинні запитати у лікаря або фармацевта про призначення або рекомендації лікарських засобів, щоб кинути курити.
- Поєднання різних видів фармакологічної терапії може бути використано за допомогою медичних працівників, тривалість терапії може бути розширена, а дозування може бути скоригованим, щоб уникнути побічних ефектів.
- Можуть допомогти листівки, плакати, брошури, різні навчальні матеріали й матеріали для самопомоги, друковані або у ЗМІ, разом з інтернет-інструментами або телефонними лініями.
- КПТ— це терапевтичний метод, який покликаний змінити звичні способи мислення і відчуття про куріння і себе, а також надає підтримку і консультації про шляхи мінімізації бажання курити та управління ним.
- Оптимально індивідуальні стратегії відмови від куріння поєднують консультування (рекомендацію, щоб кинути курити) з фармакологічним лікуванням (вареніклін, бупропіон, НЗТ тощо) з КПТ (табл. 4.5).

Таблиця 4.5. Деякі практичні поради, щоб уникнути куріння⁷

ПРИКЛАДИ ПОВЕДІНКОВИХ СТРАТЕГІЙ/ПОРАДИ ДЛЯ УНИКНЕННЯ КУРІННЯ
<i>Навчіться відмовлятися від першої сигарети</i>
<i>Викиньте геть ваш «набір курця»: запальничку, сірники, пачку сигарет</i>
<i>Змініть ваші щоденні звички</i>
<i>Уникайте вживання кави, коли та чаю</i>
<i>Коли ви відчуваєте потребу у курінні, випийте велику склянку води або натурального фруктового соку</i>
<i>Приймайте їжу 3–5 разів на день</i>
<i>Сніданок: натуральні соки, молочні продукти, можливо м'ясо, яйця; будьте обережні стосовно незмінної сигарети одразу після ранкової кави</i>
<i>Обід та вечеря: бажано сирі фрукти і овочі, зелені овочі, фрукти</i>
<i>Перед сном: склянка води або чаю</i>
<i>Ви маєте уникати: перекусів між прийомами їжі, споживання значної кількості солодощів; кондитерських виробів, цукерок, шоколаду</i>
<i>Без сумнівів споживайте близько 2 л води щодня</i>
<i>Фізичні вправи, прогулянки на відкритому повітрі, вивчайте методики релаксації</i>
<i>Почніть займатися новим видом спорту</i>
<i>Уникайте контактування з ситуаціями, пов'язаними з курінням, коли у вас може з'явитися спокуса почати курити</i>
<i>Економте гроші, які ви раніше витрачали на сигарети, придбайте собі замість цього подарунок</i>

Ефективність навчальних матеріалів пацієнтів

Кілька досліджень доводять ефективність навчального матеріалу, включеного до програм боротьби з курінням. Загалом 2000 дорослих проходили дослідження з використанням стандартного 13-сторінкового посібника для самостійної боротьби з курінням (контрольна група) проти 28-сторінкового посібника Free & Clear (F&C) для самостійної боротьби з курінням, посібника Free & Clear для сім'ї та друзів курця і посібника та інструкцій соціальної підтримки F&C та чотирьох телефонних розмов з фахівцями⁷. Використання посібників самопомоги та інструкцій соціальної підтримки

для сім'ї і друзів істотно не підвищило ймовірність того, що людина припинить курити у порівнянні з використанням програми 4 телефонних розмов⁷.

У метааналізі, у якому вивчали вплив брошур самопомоги незалежно від того, чи використовувалися вони як єдине втручання, чи разом з консультуванням, самопомога істотно не вплинула на зростання показників абстиненції порівняно з мінімальними втручаннями, на зразок поради від працівника галузі охорони здоров'я, або НЗТ². Індивідуально пристосовані матеріали більш ефективні порівняно з узагальненими матеріалами².

Рекомендації

- Необхідно забезпечити для осіб, які намагаються кинути курити, доступ до інформації.
- Відсутні докази того, що матеріали для самопомоги надають додаткові переваги в порівнянні з іншими мінімальними втручаннями (рівень доказовості В).
- Матеріали, які пристосовані для індивідуального курця, більш ефективні, аніж узагальнені матеріали, однак їх вплив на показники припинення куріння низький (рівень доказовості В).

Література

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med.* 2008;121:S3-S10.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics. *Ann. Rev Pharmacol Toxicol.* 2009;49:57-71.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
6. ACCP kit (5=1 from M1 chapt BD)
7. Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling. *J. Consult Clin Psychol.* 1991;59(3):439-48

4.2.4.5 Комп'ютерні втручання на базі інтернету

Втручання за допомогою комп'ютера або мережі Інтернет мають потенціал, який буде доступним значній частині населення, яке курить, вони можуть краще вирішувати проблеми особливих категорій, таких як молоді люди, і дешево їх надавати. Такі заходи можуть використовуватися в якості єдиної або допоміжної терапії, як правило, за допомогою збору інформації від пацієнта, а потім шляхом застосування алгоритмів з метою адаптації впливу або рекомендації. Поточні програми надають декілька ітерацій зворотного зв'язку, розробки й моніторингу плану припинення куріння та превентивні підказки за допомогою електронної пошти для користувачів.

Позитивні результати були зареєстровані для дослідження населення з використанням згенерованих комп'ютером звітів, що ґрунтуються на етапах режиму зміни, а також з використанням дослідження веб-сайту, запропонованого в робочій програмі. Результати дослідження з підлітками засвідчили позитивні результати у зв'язку з доступом до комплексного втручання, яке включало інтерактивне комп'ютерне спілкування, пораду від лікаря, коротке мотиваційне інтерв'ю і телефонні надихаючі сеанси (контрольною умовою була інформація про споживання більшої кількості фруктів і овочів)¹.

Результати нещодавнього огляду свідчать, що програми відмови від куріння в мережі Інтернет можуть сприяти підвищенню показників відмови від куріння, проте послідовні результати не були зареєстровані і докази мають дещо суб'єктивний характер². Інтернет-програми втручання, які надають індивідуально розроблену інформацію та підтримку, можуть бути більш ефективними, аніж статичний веб-сайт, і за аналогією ті програми, які працюють в інтерактивному режимі, виявилися більш ефективними. Інтернет може мати додаткову перевагу при використанні поряд з іншими втручаннями, наприклад, НЗТ або іншої фармакотерапії. Інноваційні заходи з припинення куріння, що надаються через інтернет, можуть бути більш привабливими для молоді та жінок, які курять, і менш привабливими для курців, які звітують про депресію³. Необхідне проведення додаткових досліджень, щоб краще

зрозуміти значення програм втручання на базі мережі Інтернет.

Рекомендації

- Необхідне проведення подальших досліджень, перш ніж заходи з припинення куріння на базі мережі Інтернет можуть бути рекомендованими.

Література

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4
3. Gainsbury S.M., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, *Clinical Psychology Review*, 2011;31(3):490-498.

4.3 Фармакотерапія тютюнової залежності

Оскільки куріння є хронічним захворюванням, це змушує вдаватися до терапевтичного втручання з декількома компонентами, серед яких фармакотерапія має вирішальне значення. У різних європейських країнах до ухвалення препаратів залучаються різні європейські та національні регуляторні органи. Для відмови від куріння передбачені дві категорії лікарських засобів: першої та другої лінії.

Виявилось, що лікарські засоби першої лінії є ефективними в лікуванні тютюнової залежності, мають більш високий рівень безпеки й ухвалені Європейським агентством з лікарських засобів (EMA). Лікарські засоби першої лінії повинні бути першим вибором для будь-якого лікаря при лікуванні нікотинової залежності. Три категорії лікарських засобів, ухвалені для лікування тютюнової залежності, вважаються терапією першої лінії та охоплюють НЗТ, вареніклін і бупропіон (табл. 4.6).

Друга лінія лікарських засобів охоплює цитизин – частковий антагоніст рецепторів нікотину (ухвалений з цією метою у країнах Східної Європи). Трициклічний антидепресант

Таблиця 4.6. Лікарські засоби першої лінії, що застосовуються для припинення куріння (на основі матеріалів Fiore M.C.)¹

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ		
ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ІНСТРУКЦІЇ
БУПРОПІОН* (Зібан™)	Дні 1–3-й: 150 мг кожного ранку. День 4-й – до закінчення лікування: 150 мг 2 рази на добу (щонайменше через 8 год)	Початок за 1–2 тиж до дати відмови від куріння. Термін застосування 2–6 міс
НІКОТИНОВА ЖУВАЛЬНА ГУМКА	2 мг – пацієнт викурює ≤24 сигарет/день 4 мг – пацієнт викурює ≥25 сигарет/день Одностайно рекомендована доза 8–12 гумок/добу	Термін застосування до 12 тиж
НІКОТИНОВИЙ ІНГАЛЯТОР*	6–16 картриджів/добу; картридж може постачати 4 мг нікотину за 80 вдихів	Застосовувати до 6 міс, з поступовим зниженням дози
НІКОТИНОВІ ПАСТИЛКИ*	Дози по 1, 2, та 4 мг: спочатку 1 пастилка кожні 1–2 год з поступовим зниженням до 2 мг, якщо пацієнт курить через 30 хв чи більше після пробудження і 4 мг, якщо пацієнт запалює цигарку менше ніж через 30 хв після пробудження	Застосовувати 3–6 міс
НІКОТИНОВИЙ НАЗАЛЬНИЙ СПРЕЙ*	0,5 мг/один носовий хід. Спочатку 1–2 дози/год. Обмеження: 8–40 доз/добу	Застосовувати 3–6 місяців
НІКОТИНОВИЙ ПЛАСТИР	7, 14, 21 мг/24 год (чи 10; 15; 25 мг/16 год). Якщо пацієнт курить ≥10 сигарет/день, то використовується доза 21 мг/добу протягом 4 тиж, потім 14 мг/добу протягом 2 тиж, потім 7 мг/добу протягом 2 тиж. Якщо пацієнт викурює <10 сигарет/день, починати треба з 14 мг/добу протягом 6 тиж, потім 7 мг/добу протягом 2 тиж	Кожного ранку застосовувати новий пластир, протягом 8–12 тиж Доведено підвищення ефективності при застосуванні протягом 3–6 міс
ВАРЕНІКЛІН (Чемпікс™)	Дні 1–3-й: 0,5 мг кожного ранку. Дні 4–7-й: 0,5 мг 2 рази на добу. День 8-й – до кінця лікування: 1 мг 2 рази на добу	Початок за 1 тиж до дати відмови від куріння. Застосовувати 3–6 міс
КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ - Для лікування тютюнової залежності Управлінням з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (FDA) ухвалена тільки комбінація бупропіон сповільненого вивільнення + нікотинний пластир		
НІКОТИНОВИЙ ПЛАСТИР + БУПРОПІОН*	Дотримуйтесь інструкцій для окремого застосування, наведених вище	Дотримуйтесь інструкцій для окремого застосування
НІКОТИНОВИЙ ПЛАСТИР + ІНГАЛЯТОР* НІКОТИНОВИЙ ПЛАСТИР + ПАСТИЛКИ* НІКОТИНОВИЙ ПЛАСТИР + ГУМКА	Дотримуйтесь інструкцій для окремого застосування, наведених вище	Дотримуйтесь інструкцій для окремого застосування, наведених вище

нортриптилін і гіпотензивний препарат клонідин зареєстровані в багатьох країнах, але не для відмови від куріння. Нортриптилін ухвалений як антидепресант, але не як лікарський засіб для боротьби з курінням. Друга лінія лікарських засобів, рекомендованих для припинення куріння, представлена препаратами з доведеною ефективністю, але меншою мірою, ніж у випадку лікарських засобів першої лінії, або тому, що вони не ухвалені ЕМА для лікування тютюнової залежності, або тому, що вони вважаються такими, що мають більше побічних ефектів, ніж лікарські засоби першої лінії. Як правило, їх рекомендують, коли препарати першої лінії не можуть бути використані з різних причин (відсутність ефективності, протипоказання тощо).

Протягом кількох останніх років був досягнутий значний прогрес щодо ефективності препаратів, використовуваних для відмови від куріння. На додаток до монотерапії, для підвищення успіху у боротьбі з курінням може використовуватись поєднання різних видів фармакотерапії. Було продемонстровано, що додаткові стратегії, такі як продовження терміну терапії, регулювання дозування для уникнення побічних ефектів, і комбінація медичних препаратів підвищують ефективність такої терапії.

Ефективність лікарських засобів першої лінії

Метааналіз 2008 р., яких включав 83 рандомізованих дослідження ефективності різних лікарських засобів, щодо показника утримання від куріння протягом 6 міс після лікування, показав, що більшість ліків для припинення куріння (нікотиновий пластир, жувальні гумки, пастилки, назальний спрей, інгалятор, і бупропіон сповільненого вивільнення) приблизно подвоїли шанси на досягнення абстиненції (табл. 4.7)¹. Розрахована частота випадків абстиненції протягом 6 міс серед пацієнтів з довільним розподілом у групу плацебо становив близько 14% в порівнянні з 19% або 26% для більшості видів фармакотерапії. Оскільки деякі дослідження включали, серед іншого, консультування, ці показники ефективності відображають також деякі позитивні аспекти консультації.

Вареніклін і використання комбінованої НЗТ (нікотиновий пластир + короткострокові форми НЗТ, наприклад, нікотинова

жувальна гумка або пастилки, використовувані протягом понад 14 тиж) були пов'язані з більшим очікуваним показником абстиненції у 33 і 37% відповідно¹. Ці показники були значно вищими, ніж показник, пов'язаний з репрезентативною монотерапією (нікотиновий пластир). Перевагу цих двох препаратів було також показано у прямих порівняльних

Таблиця 4.7. Ефективність монотерапії і комбінованої терапії із застосуванням препаратів для відмови від куріння першої лінії

ФАРМАКОТЕРАПІЯ	ОЧІКУВАНИЙ ВР (ДІ 95%) АБСТИНЕНЦІЇ	ОЧІКУВАНИЙ ПОКАЗНИК АБСТИНЕНЦІЇ (ДІ 95%)
Плацебо	1.0	13.8
Монотерапія		
Нікотиновий пластир	1.9 (1.7 - 2.2)	23.4 (21.3 - 25.8)
Пластир з високою дозою	2.3 (1.7 - 3.0)	26.5 (21.3 - 32.5)
Нікотиновий інгалятор	2.1 (1.5 - 2.9)	24.8 (19.1 - 31.6)
Нікотинова жувальна гумка	1.5 (1.2 - 1.7)	19.0 (16.5 - 21.9)
Бупропіон (Зібан™)	2.0 (1.8 - 2.2)	24.2 (22.2 - 26.4)
Вареніклін (Чемпікс™)	3.1 (2.5 - 3.8)	33.2 (28.9 - 37.8)
Комбінована терапія		
Пластир + інгалятор	2.2 (1.3 - 2.6)	25.8 (17.3 - 36.5)
Пластир + жувальна гумка	2.6 (2.5 - 5.2)	26.5 (28.6 - 45.3)
Пластир + бупропіон*	2.5 (1.9 - 3.4)	28.9 (23.5 - 25.1)
Пластир (протягом тривалого періоду; > 14 тиж) + за бажанням НЗТ (жувальна гумка чи спрей)	3.6 (2.5 - 5.2)	36.5 (28.6 - 45.3)

*Препарати, як незареєстровані в Україні, — прим. укр. ред.

дослідженнях, в яких вони були зіставлені з окремими препаратами, такими як ніотиновий пластр або бупропіон^{2,3}. Аналогічні висновки у підтримку фармакотерапії ніотинової залежності були одержані в результаті другого нещодавнього метааналізу, проведеного Кокранівською асоціацією⁴. Коротше кажучи, поєднання НЗТ (пероральні засоби + пластр) і варенікліну забезпечує аналогічні сприятливі умови ефективності і перевершує результати монотерапії з НЗТ чи бупропіоном.

Було доведено, що препарати, які застосовуються для відмови від куріння, є ефективними в умовах реального дослідження у пацієнтів з різними супутніми захворюваннями (токсикоманія і депресія)^{1,5}.

Джерело: Лікування вживання тютюну, США. Клінічна рекомендація, Оновлена редакція 2008 р.¹

4.3.1. Лікування за допомогою НЗТ

4.3.1.1. Показання

- НЗТ пропонується в якості терапії першої лінії для припинення куріння у користувачів тютюну, мотивованих і не мотивованих бажанням припинити курити.
- Крім того, це продукт, який можна застосовувати для зниження рівня поширеності куріння, коли відмова неможлива або не приймається курцем.

4.3.1.2. Механізм дії

Нікотин, який надходить з тютюновим димом чи поглинається, і нікотин, який надходить з НЗТ, той самий нікотин, але кінетика надходження в мозок повністю відрізняється, радикально змінюючи ефект.

НЗТ має дві мети:

- стимулювання рецепторів нікотину для усунення потягу та інших синдромів відміни: безпосередня дія;

зменшення кількості ніотинових рецепторів: це зменшення триває протягом декількох тижнів і зменшує залежність від тютюну (рис. 4.3).

При курінні сигарети нікотин досягає мозку курця протягом 7 с і насичує рецептори ніотином («ефект пострілу»), (рис. 4.4).

Рисунок 4.3. Дві мети ніотинозамісної терапії: зменшення абстинентного синдрому (гострого) і ніотинової залежності через зменшення кількості рецепторів нікотину

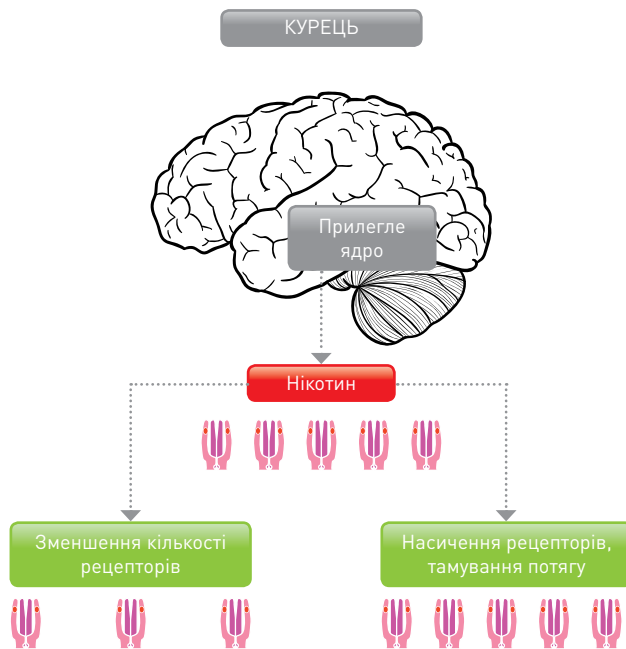
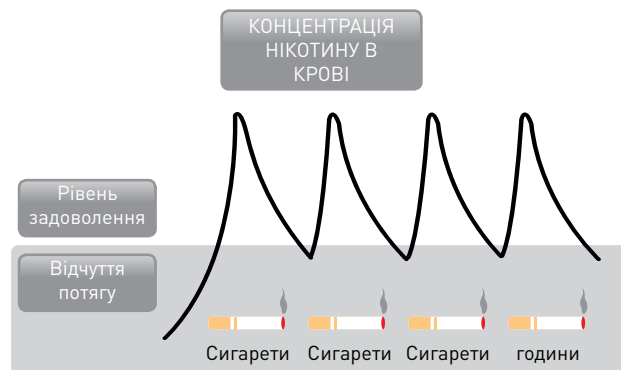


Рисунок 4.4. Еволюція рівнів нікотину в артеріальному кровотоку при повторному вживанні нікотину



Клітини в ураженій ділянці мозку реагують шляхом десенсибілізації рецепторів і множення їх кількості і, таким чином, виникає необхідність у другій сигареті. Курці мають набагато більше рецепторів нікотину порівняно з тими, хто не курить, що пояснює високу толерантність до нікотину у курців, а також їх сильну нікотинову залежність. Цих рецепторів так багато, що вони можуть бути виділені позитронно-емісійною томографією: центр нікотинової залежності, що засвічує ділянку прилеглого ядра і передньої ділянки покривки, де в головному мозку в основному розташовані нікотинові рецептори.

НЗТ забезпечує надходження нікотину в мозок набагато повільніше, ніж сигарети, не створюючи пікових навантажень. НЗТ стимулює рецептори нікотину, зменшуючи або усуваючи потребу в нікотині, таким чином, призводить до поступового зменшення рецепторів, кількість яких повернеться до нормального рівня після 3 міс НЗТ. Однак ці структури зберігають пам'ять куріння і їх кількість може дуже швидко зрости на клітинній мембрані у разі поновлення куріння: отже, тютюнова залежність є хронічним рецидивуючим захворюванням.

4.3.1.3. Клінічні дані ефективності НЗТ

Які в лікуванні всіх хронічних захворювань, терапія тютюнової залежності була предметом багатьох рандомізованих досліджень, проведених протягом останніх 40 років.

У двох основних метааналізах узагальнені наявні докази ефективності НЗТ на підтримку припинення куріння. Перший метааналіз був проведений Головним санітарним лікарем США, з координацією Michael C. Fiore¹. Другий метааналіз проведений Кокранівською асоціацією і був нещодавно оновлений.

Кокранівською асоціацією було визначено 150 досліджень продуктів — замінників нікотину, 117 досліджень за участю понад 50 000 пацієнтів, було порівняно різні типи НЗТ з плацебо чи з контрольною групою без НЗТ⁶. Відносний ризик (ВР) абстиненції від усіх форм замінників порівняно з контрольною групою дорівнює 1,60 [95% ДІ 1,53–1,68]⁶.

ВР по кожному типу становив⁶:

- 1,49 (95% ДІ 1,40–1,60; 55 досліджень) з нікотиновою жувальною гумкою;
- 1,64 (95% ДІ 1,52–1,78; 43 дослідження) з нікотиним

пластиром;

- 1,95 (95% ДІ 1,61–2,36; 6 досліджень) з жувальними таблетками/пастилками;
- 1,90 (95% ДІ 1,36–2,67; 4 дослідження) з нікотиним інгалятором;
- 2,02 (95% ДІ 1,49–2,73; 4 дослідження) з нікотиним назальним спреєм;
- 2,48 (95% ДІ 1,24–4,94; 1 дослідження) з пероральним спреєм.

Виявлена відмінність ефективності пластиру і пероральних форм може бути пов'язана з дозуванням, тому що вивчення дозування пероральних форм, які в клінічних дослідженнях надаються у фіксованих дозах, є більш поширеним.

Були одержані докази того, що поєднання нікотинного пластиру з формами НЗТ швидкої дії є більш ефективним, ніж одного типу НЗТ (ВР 1,34; 95% ДІ 1,18–1,51; 9 досліджень)⁶.

У випадку курців з високою нікотиновою залежністю суттєво ефективнішою виявилась доза жувальної гумки у 4 мг в порівнянні з 2 мг, але в дослідженнях, що проводяться на даний час, ефективність вищих доз пластиру нижча.

Автори Кокранівської асоціації дійшли висновку, що всі комерційно доступні форми НЗТ (жувальні гумки, трансдермальні пластирі, назальний спрей, інгалятор і сублінгвальні таблетки) можуть допомогти курцям в їх спробах кинути курити та підвищують їх шанси на успіх. НЗТ призвела до підвищення показника утримання від куріння до 50–70% незалежно від типу і дози⁶.

Ефективність НЗТ не є повністю незалежною від інтенсивності додаткової підтримки з боку курця. Чим більша підтримка, тим більше користі, але навіть за відсутності будь-якої підтримки замінники нікотину є ефективними.

НЗТ у поєднанні з фармакотерапією

Кокранівська асоціація продемонструвала, що поєднання нікотинного пластиру з пероральними формами є більш ефективним, ніж використання одного типу заміни нікотину.

- НЗТ може застосовуватися в поєднанні з пероральними і трансдермальними формами;
- НЗТ може застосовуватися в поєднанні з бупропіоном чи

нортриптиліном;

- поточні рекомендації клінічної практики не радять застосовувати НЗТ у поєднанні з варенікліном для припинення куріння, в першу чергу тому, що вважається, що НЗТ має дію, аналогічну дії тютюну і блокується варенікліном;
- у пацієнтів, які продовжують курити сигарети після 2–6 тиж монотерапії із застосуванням варенікліну, немає протипоказань до заміни цих сигарет на НЗТ. Дані останніх клінічних досліджень показують, що поєднання НЗТ і варенікліну може бути корисним, проте результати є неоднозначними⁴. Для підтримки ефективності цього підходу в якості стандартної практики необхідні додаткові дослідження. Теж саме стосується додавання варенікліну до монотерапії із застосуванням замінників нікотину.

4.3.1.4. НЗТ із застосуванням пластиру

Пластир був розроблений з метою уникнення труднощів, пов'язаних з використанням жувальної гумки. Він також має перевагу щодо забезпечення більш стабільної концентрації нікотину, більш сприятливий для припинення куріння, але менш сприятливий, ніж пероральні форми для задоволення нагальних потреб у нікотині.

Нікотин, що міститься в пластирі, поступово вводиться через шкіру і підшкірну тканину, мігруючи з поверхні шкіри в кров

і мозок. Навіть коли нікотинний пластир видаляється, він продовжує поступати від шкіри до мозку.

Нікотинний пластир добре відповідає вимогам у зв'язку з простотою використання. Щоб знизити ризик місцевої реакції шкіри, користувач повинен щодня змінювати місце розташування пластиру, міняючи руки, плечі і груди.

Існують пластирі, які застосовуються протягом 24 год, щоб доставити максимальну дозу

21 мг нікотину на добу, і системи, які можна носити протягом 16 год, які доставляють максимальну дозу нікотину, що дорівнює 25 мг. Таким чином, системи в дозі 21 мг/24 год доставляють близько 0,9 мг нікотину на годину, тоді як системи в дозі 25 мг/16 год—1,4 мг/год (табл. 4.8).

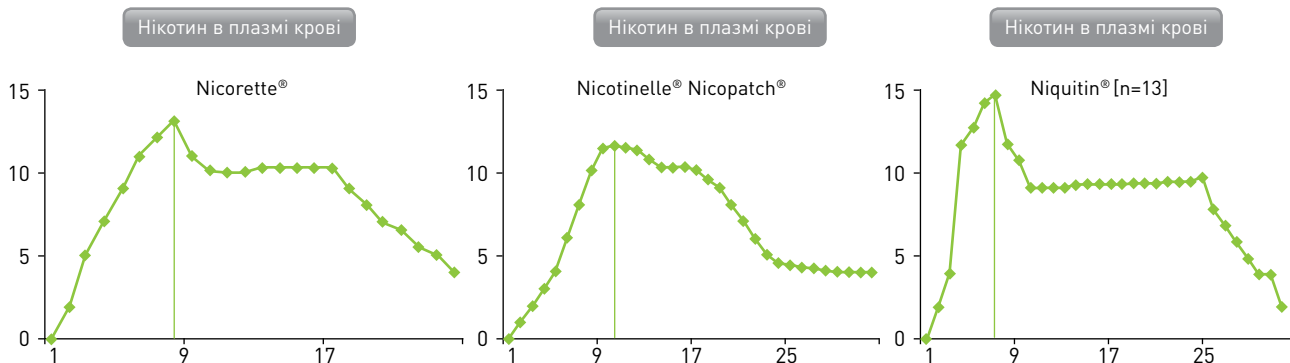
Тип пластиру

Всі пластирі ґрунтуються на тому ж принципі, але мають невеликі кінетичні відмінності (рис. 4.5)⁷.

Таблиця 4.8. Еквівалентність нікотинних пластирів за 16 та 24 год

	0,3 мг/ год	0,6 мг/ год	0,9 мг/ год	1,6 мг/ год
16 год	5 мг	10 мг	15 мг	25 мг
24 год	7 мг	14 мг	21 мг	

Рисунок 4.5. Кінетика нікотину за 24 год в залежності від застосовуваного пластиру



Джерело: Benowitz 1993⁷

Кожна форма пластиру, таким чином, має невеликі переваги і недоліки. Можна скоригувати лікування для кожного пацієнта.

Як користуватися пластирем

Нікотинний пластр наноситься вранці до або після душу (не користуйтеся поверхнево-активними речовинами, які знижують всмоктування нікотину). Користувач повинен уникати прилипання пластиру в місцях де шкіра може здавлюватися. Якщо пластр відділяється протягом дня, можна використовувати його повторно, наприклад, за допомогою звичайного пластиру.

Загальна переносимість пластирів

Як і всі нікотинозамісні продукти, толерантність до пластирів набагато краща серед курців з високою ніотиновою залежністю, які, як правило, не мають жодних побічних ефектів, навіть з кількома пластирями, в той час як у некурця один пластр може призвести до майже постійних побічних ефектів. Ці побічні ефекти залежать від дози, зумовленої ніотином, і тісно пов'язані із симптомами абстиненції.

Одним з побічних ефектів, характерних для пластиру, є алергія шкіри: почервоніння шкіри є звичайною реакцією, часто виникає подразнення шкіри. Але сильніші алергічні реакції можливі в деяких пацієнтів з алергією на пластири. Лікар повинен запитати про можливі алергії на пластири. Якщо симптоми є помірними, можна змінити марку пластиру, тому що у різних пластирах застосовуються різні адгезивні основи.

Якщо реакція шкіри має місце після нанесення пластиру, зніміть пластр і відмовтесь від його використання, за винятком дуже особливих ситуацій.

4.3.1.5. Пероральні засоби заміни нікотину

На ринку є багато пероральних форм НЗТ.

Є 4 форми для перорального застосування:

- жувальна гумка;
- сублінгвальні таблетки (які кладуть під язик);
- пастилки;
- інгалятори, які виглядають як мундштуки.

Всі ці нікотинозамісні продукти всмоктуються через слизову оболонку ротової порожнини.

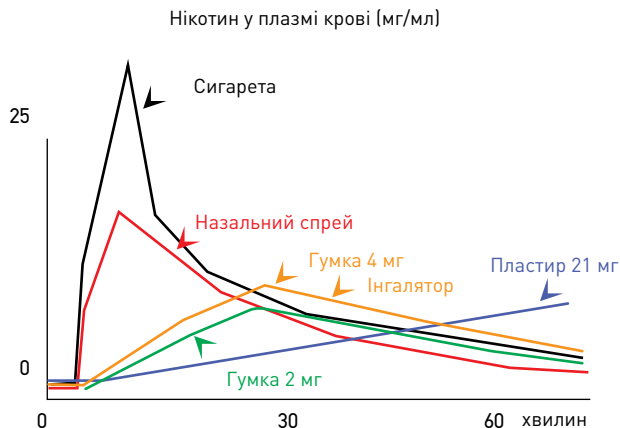
Всмоктування нікотину через слизову оболонку ротової порожнини відбувається тільки якщо показник рН ротової порожнини є нейтральним, тому користувач повинен уникати їжі або пиття, особливо газованих напоїв (які є кислими), за 30 хв до прийому пероральної форми НЗТ.

Кількість слини, що всмоктується в шлунок, повинна бути зведена до мінімуму, наскільки це можливо, тому що це може викликати подразнення і гикавку. Підвищене слиновиділення і ковтання слини особливо важливе у разі застосування жувальної гумки курцями, які не користувалися до того жувальною гумкою і жують занадто швидко.

Біологічна засвоєність перорального нікотину

Нікотин всмоктується через слизову оболонку рота при початку жування, протягом усього жування і через кілька хвилин або протягом 15–30 хвилин після жування (рис. 4.6.). Таким чином, наростаюче підвищення рівня нікотину в артеріальній крові є значно менш різким, ніж від сигарети або назального спрею, що пояснює, чому бажано підтримувати певний рівень концентрації нікотину в уповільнених дозах, та

Рисунок 4.6. Кінетика нікотину в артеріальній крові після вживання сигарети чи різних заміників нікотину



що у разі раптової нестачі прийом тільки пероральної форми забезпечить додаткове коригування для сироватки крові на мінімально можливому рівні. При пікових концентраціях нікотину, що виробляється гумкою, рівень нікотину може протягом кількох хвилин перевищувати рівень, необхідний для задоволення рецепторів, що може призвести до десенсибілізації цих рецепторів і пробудження нових рецепторів, які можуть залишатися певний час, пояснюючи, чому деяким пацієнтам важко відмовитися від вживання гумки протягом 6 міс, року або більшого терміну після відмови від куріння. Абсолютно неправильно вважати, що гумка робить їх залежними від нікотину. Вони були залежні від сигарет, але слід визнати, що в цьому випадку пероральний прийом нікотину сприяє підтримці ніотинової залежності. Такого явища не існує, наприклад, у разі застосування пластирів, які дають найменш різку фармакокінетичну криву нікотину, яка, найімовірніше, призводить до зменшення залежності, але за рахунок виникнення потягу в певний час доби.

Весь нікотин, який міститься в жувальній гумці, не доставляється до рота, і 2 мг гумки не доставляють 2 мг нікотину на слизову оболонку порожнини рота і кров, але набагато менше, ніж 1,5 мг, залежно від тієї чи іншої марки (всі форми від 1,5 мг до 2 мг гумки є квазібіологічно еквівалентними 2 мг). Окремі відмінності значною мірою залежать від того, як жувати гумку. Кінетичні коливання у різних суб'єктів і при застосуванні різних засобів, як правило, є більшими у разі застосування пластирів у порівнянні з пероральними формами, але набагато менш значними, ніж у випадку сигарет. Навіть куріння від одного моменту дня до іншого може призвести до доз в інтервалі 1–5 доз нікотину в тій же сигареті.

Ці кінетичні зміни не настільки значні на практиці, оскільки доза пероральних форм визначається пацієнтом, який приймає кількість, необхідну для зникнення потягу.

У будь-якому випадку пацієнт повинен розуміти, що ніотинову гумку не можна вживати як звичайну жувальну гумку, а навпаки, треба жувати повільно і не ковтати слину.

Жувальна гумка

Жувальна гумка пропонується в дозах від 2 до 4 мг. Гумки 2

мг призначені для курців з низькою і середньою ніотиновою залежністю, 4 мг – для курців з високою ніотиновою залежністю з показником 7 або більше). Гумки мають натуральний смак або ароматизовані м'ятаю, корицею, апельсином або іншими фруктовими смаками.

Жувальна гумка вимагає правильної техніки для того, щоб бути ефективною і не викликати побічних ефектів: біль в ротовій порожнині, щелепах, шлунку, гикавка. Пероральну гумку жують 1 або 2 рази, потім залишають за щокою протягом 3 хв, згодом жують раз на хвилину протягом 20 хв. Після використання гумку необхідно викинути в недоступному для дітей місці, тому що це продукт, який містить нікотин, як і сигарети.

Сублінгвальні таблетки

Це невеликі таблетки без оболонки, що місять 2 мг речовини, які необхідно класти під язик. Вони можуть викликати відчуття печії, але не мають смаку. Оскільки жувати або смоктати таблетки непотрібно, надмірної слинотечі (що може призвести до гикавки) немає. Вони розчиняються у ротовій порожнині протягом 15–30 хв.

Пастилки

Пастилки доступні в дозах від 1 до 4 мг, і пероральне всмоктування краще, ніж при використанні гумки. Вживання пастилок є простим, оскільки вони вкриті плівкою. Вони всмоктуються повільно, без розжовування.

Інгалятори

Інгалятор складається з білої пластикової трубки, що нагадує мундштук, який відкривається і містить ніотиновий картридж. При вдиху, як курець робить з сигаретою, невелика кількість нікотину потрапляє на слизову оболонку ротової порожнини, де вона поглинається. Картридж містить 10 мг нікотину. Деякі запеклі курці споживають картридж протягом години; інші можуть тримати інгалятор весь день, і картридж не закінчується до вечора. Ця форма заміщення підтримує/робить можливим і куріння сигарет, і прийом нікотину.

Назальний спрей

Назальні спреї продаються за рецептом в деяких країнах. Ці

назальні спреї мають ту перевагу, що є дуже ефективними в усуненні симптомів відміни. Вони мають два основних недоліки: по-перше, вони викликають подразнення носа (іноді сильне), по-друге, — спрямовують нікотин в мозок різко, майже так само швидко, як сигарети, що пояснює стійку пристрасть до цього продукту після припинення куріння.

4.3.1.6. Інструкції з призначення

Вибір початкової дози нікотинозамісної терапії

Під час припинення куріння ключове значення має заміщення нікотину до рівня, близького до того, що одержувався з сигаретою (80–90%). Цю величину важко визначити заздалегідь, тому що деякі курці мають в 10 раз більшу залежність від нікотину, ніж інші.

Початкова доза нікотинозамісних продуктів може бути легко визначена кількістю викурених сигарет за день, а також часом викуреної першої сигарети (табл. 4.9)⁸. Менш залежні курці не потребують медикаментозного лікування, а найбільш залежним курцям можуть знадобитися 2 пластири в поєднанні з пероральними формами.

Кількість нікотину, що досягається найсильнішим пластиром, для багатьох курців аналогічна кількості, яку дає пачка сигарет. Але в одних курців ця кількість буде занадто великою, а в інших — недостатньою.

При необхідності високих доз нікотину найбільш часто рекомендований метод являє собою поєднання пластирів і пероральних форм, чи використання більше ніж одного пластиру.

Можна поєднати пластир з пероральними формами в змінному порядку, щоб послабити потяг, який може зберігатися, як це робиться, щоб полегшити сильний біль в онкологічних хворих, які тривалий період приймають морфій, що дає можливість зробити перехресні дози, щоб полегшити стійкий біль. Доки в пацієнта зберігається потяг, нема ніякої небезпеки у поєднанні пластирів і пероральних форм. Комбіноване заміщення нікотину менш шкідливе, ніж комбінація сигарет чи сигар.

Зазвичай концентрація нікотину, котоніну в сечі або рівня CO₂ у повітрі, що видихається, можуть іноді сприяти більш точному регулюванню дозування, але ця таблиця пропонує дозу, яка часто є близькою до кінцевої дози.

Таблиця 4.9. Запропоновані початкові дози НЗТ для припинення куріння (джерело: INPES, Франція)⁸

ЧАС ДО ПЕРШОЇ СИГАРЕТИ ВРАНЦІ	Кількість сигарет на день			
	<10 сигарет/день	10–19 сигарет/день	20–30 сигарет/день	>30 сигарет/день
5 хв		Пластир з високою дозою (0,9 мг/год) ± пероральна НЗТ	Пластир з високою дозою (0,9 мг/год) ± пероральна НЗТ	2 пластири з високою дозою (1,8 мг/год) ± пероральна НЗТ
<30хв		Пластир з високою дозою (0,9 мг/год)	Пластир з високою дозою (0,9 мг/год) ± пероральна НЗТ	Пластир з високою дозою (0,9 мг/год) ± пероральна НЗТ
<60 хв після пробудження	Без лікарського засобу чи пероральна НЗТ	Пероральна НЗТ	Пластир з високою дозою (0,9 мг/год)	Пластир з високою дозою (0,9 мг/год) ± пероральна НЗТ
>60 хв після пробудження	Без лікарського засобу чи пероральна НЗТ	Без лікарського засобу чи пероральна НЗТ	Пероральна НЗТ	
Не кожного дня	Без лікарського засобу чи пероральна НЗТ	Без лікарського засобу чи пероральна НЗТ		

Коригування дози через 24–72 год

Наявність різних доз перорального заміщення дозволяє відразу коригувати дози нікотину, але курці, як правило, нерішучі і бояться лікуватися нікотином, хоча протягом багатьох років вони приймають високі дози нікотину у вигляді тютюнових виробів. Курці, однак, часто випробовують протягом декількох десятиліть титрування концентрації нікотину шляхом модуляції кількості сигарет, що викурюються, й інтенсивності вживання для адаптації концентрації нікотину, щоб задовольнити свої рецептори нікотину.

Клініцисти повинні бути готові до виявлення ознак передозування (рідко) й ознак недостатньої дози (часто) протягом перших 24–72 год після відмови від куріння.

Ознаки передозування

Передозування нікотину не відбувається, якщо зберігається потяг до тютюну. У пацієнта, який не має бажання курити, передозування призводить до відчуття, що викурено занадто багато, а також до нудоти і тахікардії. Ці ознаки є перехідними і швидко зникають в кінці лікування протягом декількох годин і при відновленні лікування в зниженій дозі.

Ознаки недостатньої дози

У курців з недостатньою дозою нікотину спостерігаються:

- потяг до тютюну,
- надмірна нервовість у звичному середовищі;
- постійний потяг до їжі;
- проблеми зі сном;
- часте продовження куріння декількох сигарет.

Часто буває корисно направляти курців на регулярне коригування дози:

- надаючи їм інформацію, щоб в більшості випадків вони могли коригувати дозу самостійно; чи
- пропонуючи їм телефонувати лікарю протягом 24–72 год після відмови від куріння;
- радячи їм телефонувати на «гарячу лінію» чи в іншу службу підтримки осіб, які кинули курити, щоб отримати допомогу з коригування дози й інші поради.

Якщо пацієнт приймає на добу більше 8–10 пероральних форм чи курить більше сигарет при наклеєному пластрі, то краще прикріпити такому пацієнту другий пластр для забезпечення стабільного надходження нікотину.

4.3.1.7. Протипоказання

Протипоказань для використання заміників нікотину немає, за виключенням випадків алергії (що рідко зустрічається при застосуванні пластрів, і у виключних випадках при прийомі пероральних форм). В деяких країнах протипоказанням вважається вагітність. Звісно, нікотинозамісна терапія не показана для некурців. Запобіжні заходи мають бути прийняті у дітей у віці 15–18 років, у пацієнтів, які нещодавно перенесли тяжкі серцево-судинні захворювання, і у вагітних. Ці запобіжні заходи мають бути оцінені з огляду на особливо високий ризик куріння (50% споживачів тютюну гинуть через хвороби, що пов'язані із тютюном).

4.3.1.8 Побічні ефекти, запобіжні заходи, попередження, взаємодії препарату

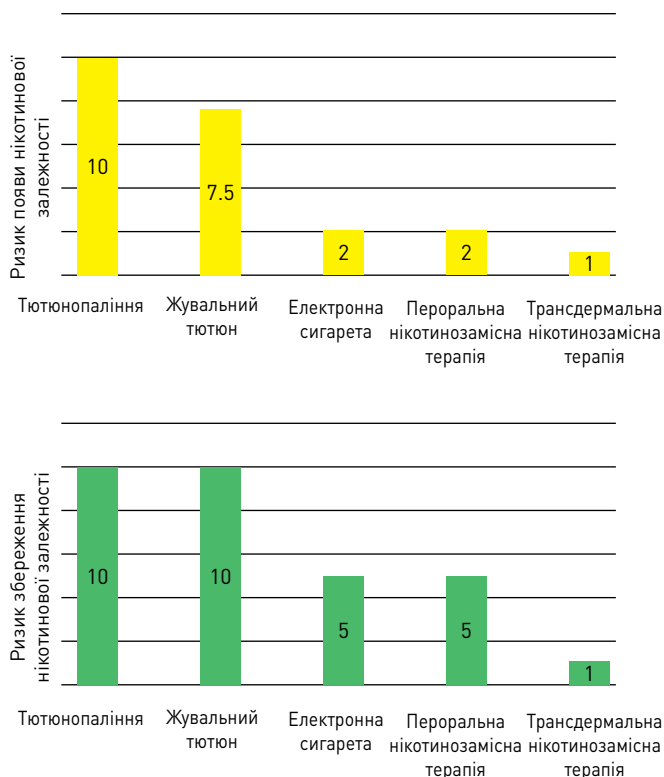
Ризики лікування нікотином подібні до ризиків, пов'язаних з вживанням нікотину в тютюні. Не існує жодного додаткового ризику у зв'язку з частковою або повною заміною нікотину, який надходить з тютюном, в порівнянні з нікотином, який надходить при використанні заміників. Прийом ліків нікотину видаляє сотні токсинів, що містяться в тютюновому димі, і є загальною користю для здоров'я порівняно з вживанням тютюну. Зменшення вираженості запалення внаслідок відмови від тютюну призводить до змін у кінетиці деяких лікарських препаратів, і ми рекомендуємо переглянути питання лікування теофіліном, варфарином тощо.

Ризик залежності від заміників нікотину

Існує дуже невисокий ризик стати залежним від НЗТ. З пероральними формами НЗТ може бути невеликий рівень переповнення нікотину в мозку, що може призвести до збереження залежності у деяких курців після припинення куріння. Ризик залежності є найвищим при вживанні тютюну, набагато нижчим з жувальним тютюном, нижчим з електронною сигаретою і навіть нижчим з пероральною НЗТ,

і практично відсутній з нікотинним пластиром (рис. 4.7). У суб'єктів, що користуються жувальною гумкою постійно, немає серйозних медичних проблем, пов'язаних з тим, що пацієнт одержує таке лікування протягом декількох місяців або навіть років. Через деякий час споживачі гумки часто вже не можуть її приймати і кажуть, що цього «було достатньо». При перевірці вибору часу для споживання жувальної гумки отримана корисна інформація, що якщо гумка вживається для управління емоціями на систематичній основі, це означає, що вона застосовується для заповнення постійної недостатності. У деяких випадках, якщо пластири замінюють на пероральні засоби, вони можуть усунути нікотинові піки в

Рисунок 4.7. Оцінка ризику появи згубної звички і збереження залежності за типами нікотинних продуктів



крові і дозволяють повністю відмовитися від нікотину.

Ризики нікотинозамісної терапії

НЗТ може мати побічні ефекти, такі як алергічні реакції чи відсутність алергічних реакцій. Ці явища, як правило, доброякісні. Іноді при виникненні побічних ефектів буває важко дізнатися, чи пов'язані вони зі зміною статусу куріння (тобто симптоми абстиненції), зі зміною способу життя чи обумовлені препаратом.

У випадку алергії це завжди може бути алергія на замітник нікотину, але цей ризик винятковий і більш теоретичний, ніж практичний, проте алергія на пластири дійсно існує, особливо на застосовуваних адгезивних матеріалів. Відповідне реагування на такі скарги залежить від тяжкості і ступеня реакції.

Інші побічні ефекти (табл. 4.10), як правило, помірні і не порівнянні з наслідками куріння. Саме тому такі препарати, як правило, доступні без рецепта.

Завжди безпечніше приймати НЗТ, ніж курити тютюн.

Побічні ефекти лікування порівняно із симптомами, пов'язаними з відмовою від куріння

Пацієнти часто відносять до побічних ефектів лікування такі симптоми, що насправді пов'язані з відмовою від куріння. Депресивні синдроми і порушення сну, які найчастіше

Таблиця 4.10. Побічні ефекти нікотину

Часті побічні ефекти нікотину (понад один на 100 осіб)
Головний біль;
запаморочення;
гикавка;
біль у горлі;
подразнення або сухість у роті;
нудота, блювання, розлади травлення.
Нечасті побічні ефекти (понад один на 1000 осіб)
Серцебиття.
Поодинокі побічні ефекти (понад один на 10 000 осіб)
Випадок серцевої аритмії.

приписуються ефектам лікування, є наслідками відмови від куріння.

- Багато людей, які кидають курити, відчувають ознаки депресії, які можуть варіювати від легких до тяжких. Наявність депресії не пов'язана із застосуванням препаратів для відмови від куріння, а пояснюється тим, що відмова від куріння може стимулювати (виявити) латентну депресію. Якщо пацієнт має в анамнезі депресію, необхідно подбати про запобігання рецидиву депресії, в тому числі забезпечити моніторинг змін у настрої. Лікування пацієнтів, які повідомляють про наявну депресію, необхідно починати з лікування депресії поряд з підтримкою відмови від куріння, відповідно до найкращих прогресивних методів лікування.
- Порушення сну та зміни якості сну відмічають у більшості курців, які кидають курити, незалежно від застосування препаратів для відмови від куріння. Ці зміни мають різний ступінь тяжкості. Як мінімум, вони вимагають оцінки тяжкості порушення сну. Виникнення кошмарів повинне бути негайним сигналом тривоги про можливу депресію. Інші розлади можуть виникнути протягом тривалого періоду (і вони часто зникають спонтанно). Особам, які використовують пластир, при кошмарах слід рекомендувати знімати пластир вночі.

Рекомендації

- НЗТ рекомендується як ефективна фармакотерапія для припинення куріння (рівень доказовості А).
- Поєднання пероральної НЗТ і нікотинного пластиру, який титрується для приближення до щоденного прийому нікотину особою, буде сприяти підвищенню шансів припинення куріння (рівень доказовості А).
- Було доведено, що тривале використання НЗТ понад 14 тиж підвищує шанси припинення куріння (рівень доказовості А).

4.3.2. Лікування бупропіоном SR

Бупропіон сповільненого вивільнення (SR) був першим препаратом терапії без нікотину, який довів свою ефективність в лікуванні ніотинової залежності. Бупропіон

SR відомий у всьому світі з 1997 р., а в Європі — з 2000 р., і продається тільки за рецептом лікаря. Цей препарат використовується протягом тривалого часу в США для пацієнтів із шизофренією та іншими захворюваннями. Оскільки багато пацієнтів, які отримували цей препарат, ненароком кидали курити, Лінда Феррі, яка була лікарем цих пацієнтів, почала досліджувати ефективність цього препарату для припинення куріння. Лікарська форма бупропіону SR була вивчена і продається на ринку. Завдяки тому, що бупропіон використовувався як антидепресант в США з 1989 р.,⁹ його побічні фармакологічні характеристики дуже добре доповнені документованими даними про безпеку продукту¹⁰. Як і будь-який інший антидепресант, він має загальні побічні ефекти, а саме сухість у роті, безсоння і головний біль. Потенційні користувачі цього препарату повинні бути поінформовані про його побічні ефекти.

Механізм дії

Бупропіон блокує нейронне вивільнення дофаміну і норадреналіну і, можливо, гальмує функції антихолінергічних рецепторів нікотину, як було доведено в лабораторних умовах¹¹. Це імітує ефект сигаретного походження нікотину шляхом гальмування зворотного захоплення норадреналіну і дофаміну і вважається, що дозволяє зменшити за допомогою цього механізму ніотинову залежність. Вважається, що ефективність бупропіону для лікування ніотинової залежності є окремою від дії антидепресанта, тому що його позитивна дія припинення куріння також була доведена у пацієнтів без ознак депресії¹².

Бупропіондіє шляхом усунення деяких з симптомів ніотинової абстиненції, тобто, зокрема депресії, зменшуючи прояв синдрому відміни в цілому, що робить його рекомендованим в якості ефективної допомоги в процесі відмови від куріння. Бупропіон допомагає пацієнтам, зменшуючи потяг до куріння. Призначення бупропіону курцям із сильною ніотиною залежністю значно зменшує вираженість симптомів депресії, пов'язаних з відмовою від куріння. Бупропіон подвоює показник абстиненції в порівнянні з плацебо і має аналогічний вплив на представників незалежно від статі¹². У нещодавньому опублікованому генетичному аналізі

ефективності бупропіону припускається, що успіх припинення куріння за допомогою цього препарату визначається частково зміною CYP2B6, гену, що кодує первинний фермент, відповідальний за метаболізм бупропіону, ніж через генетичну зміну шляхів нікотинових холінергічних рецепторів¹³.

Клінічне підтвердження ефективності бупропіону

Метааналіз 44 рандомізованих досліджень підтримує ефективність бупропіону при лікуванні нікотинової залежності і призводить до висновку, що бупропіон значно підвищує довгострокове співвідношення успішної абстиненції в порівнянні з плацебо (BR 1,62; ДІ 95% 1,49–1,76)¹².

Рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження показало, що абстиненція виявлена у 27% пацієнтів, які отримували бупропіон, після 6 міс лікування у порівнянні з 16% пацієнтів, що отримували плацебо¹⁴. Показник довгострокової абстиненції у пацієнтів, які отримували бупропіон у поєднанні з поведінковою терапією, був також вдвічі вищим порівняно з плацебо¹⁵. Існують дані про ефективність бупропіону в лікуванні нікотинової залежності в підгрупі курців з генотипом DRD2 Taq1 A2/A2 гену D2-дофамінових рецепторів: наприкінці лікування показник абстиненції був в 3 рази вищим в осіб, які отримували бупропіон, в порівнянні з плацебо¹⁶. Було також показано, що бупропіон SR зменшує потяг і запобігає збільшенню маси тіла після відмови від куріння у користувачів бездимного тютюну, які намагаються кинути курити¹⁷.

Показання

Бупропіон є фармакотерапією першої лінії і довів свою ефективність при лікуванні куріння і нікотинової залежності. Бупропіон рекомендований виключно за рецептом лікаря усім пацієнтам, які мотивовані до припинення куріння, що не мають протипоказань. В той же час він є ефективною альтернативою для пацієнтів, які не переносять НЗТ, чи безрезультатно намагалися використати НЗТ, а також пацієнтам, які надають перевагу лікуванню без нікотину.

Бупропіон рекомендований як ефективний препарат для припинення куріння, в тому числі у таких випадках:

- для запобігання збільшенню маси тіла: бупропіон може використовуватися курцями, яких хвилює збільшення маси тіла після припинення куріння. Таким чином, Haas та співавтори повідомили в попередньому огляді про кращий контроль маси тіла, пов'язаний з більш високим показником абстиненції в порівнянні з плацебо, через рік після закінчення курсу лікування бупропіоном¹⁸;
- для попередження рецидивів куріння (у пацієнтів, які пройшли 7-тижневий курс лікування бупропіоном і припинили куріння, продовження лікування бупропіоном до 52 тиж призвело до відстрочення рецидиву куріння;
- для запобігання рецидивам куріння у хворих на алкоголізм під час реабілітації. У пацієнтів з ХОЗЛ. Хоча Garcia Rio та співавтори висловили гіпотезу, що бупропіон може зашкодити реакції легеневої вентиляції на гіпоксію і гіперкапнію з потенційно шкідливою дією на розвиток ХОЗЛ, жодне з досліджень, які оцінювали ефективність бупропіону для лікування нікотинової залежності у пацієнтів з ХОЗЛ, не може показати такі побічні ефекти¹⁹.

Застосування в клінічній практиці

Бупропіон випускається у формі таблеток по 150 мг, № 28. У перші 3 дні пацієнти повинні приймати 150 мг бупропіону перорально щоранку, згодом по 150 мг 2 рази на добу (з інтервалом мінімум 8 год) протягом усього курсу лікування загальною тривалістю 7–9 або 12 тиж. Продовження терміну початкового лікування призводить до довшого утримання від куріння. Для тривалої терапії застосовують бупропіон SR у дозі 150 мг на строк до 6 міс після відмови від куріння²⁰. Пацієнтам слід починати приймати бупропіон SR за 1–2 тиж до припинення куріння. Вони повинні призначити дату припинення куріння на 2-й тиждень лікування і можуть почати використовувати бупропіон, хоча вони курять, як і раніше. Вважається, що після 1–2 тиж лікування рівень бупропіону в сироватці крові досягає постійного рівня, і тоді можна зробити спробу відмовитися від куріння. Було доведено, що продовження куріння істотно не впливає на фармакотерапію з бупропіоном. На думку деяких авторів, якщо пацієнту не вдасться кинути курити від призначеної

спочатку дати, рекомендується не припиняти курити, поки на 3-й або 4-й тиждень лікування не буде досягнута абстиненція²⁰.

Інструкції з призначення

Припинення куріння до дати відмови від куріння. Відомо, що деякі пацієнти можуть втратити бажання курити до призначеної дати відмови від куріння чи можуть спонтанно знизити дозу тютюну, яку зазвичай вживають.

Інформація з дозування. У випадку безсоння прийняття вечірньої дози раніше у другій половині дня може принести деяке полегшення.

Алкоголь. Рекомендується не використовувати в поєднанні з алкоголем, чи в крайньому випадку, вживати його в мінімальній кількості. У разі змін настрою слід звернутися до лікаря.

Протипоказання

Протипоказання охоплюють такі випадки:

- вік до 18 років;
- період вагітності, годування груддю: було визначено, що бупропіон не є ефективним для лікування нікотинової залежності у вагітних курців;
- лікування бупропіоном не вивчалось у пацієнтів, що годують груддю;
- підвищена чутливість до бупропіону чи його неактивних складових;
- судомні розлади в минулому чи наявні, черепно-мозкові пухлини, конвульсії в анамнезі чи умови, які зумовлюють конвульсії;
- розлади харчової поведінки;
- біполярні розлади;
- відмова від хронічного вживання алкоголю, гостра печінкова недостатність, цироз печінки;
- прийом MAO-інгібіторів протягом останніх 2 тиж, застосування бензодіазепінів в анамнезі.

Побічні ефекти, запобіжні заходи, попередження, взаємодії препарату

Основні побічні ефекти

Огляд клінічних досліджень показав 2 випадки побічних

ефектів у пацієнтів, які одержували бупропіон, у порівнянні з плацебо¹. Побічні ефекти, які найчастіше відмічають у пацієнтів, які одержують бупропіон, наведені нижче:

- безсоння,
- головний біль,
- сухість у роті.

Щоб протидіяти сухості у роті і головному болю, рекомендується потроху випивати 2–3 л рідини на день. Щоб уникнути безсоння, рекомендується приймати першу таблетку бупропіону вранці, якомога раніше, так щоб прийняти другу таблетку на початку другої половині дня, щонайменше, за 4 год до сну. Безсоння може бути послаблене також коригуванням дози бупропіону до 150 мг/добу.

У більш широкому французькому дослідженні лікування з метою припинення куріння з використанням бупропіону в 2001–2004 рр., автори відзначили 1682 побічні реакції, які мали місце у 698 тис. пацієнтів, які лікувалися бупропіоном протягом перших 3 років продажу продукту у Франції²¹. З цих 1682 побічних реакцій 28% були відзначені як серйозні побічні реакції, з наступним спектром:

- 31,2% — шкірні реакції (алергія, ангіоневротичний набряк типу «сироваткова хвороба»);
- 22,5% — неврологічні реакції (особливо церебрально-судинні);
- 17,2% — нейропсихологічні реакції (особливо думки про самогубство, депресія).

Після ретельного аналізу випадків було доведено, що в 66% випадків неврологічних/ психічних реакцій і майже в 50% випадків неврологічних реакцій були визначені провокуючі фактори ризику²¹.

Інші побічні ефекти

Запаморочення, високий артеріальний тиск, грудний біль, синдром депресії, пов'язаної з відчуттям неповноцінності, зниження інтелектуальної продуктивності, порушення зору і, рідше, конвульсії, навіть шкірні алергічні реакції також описуються як побічні ефекти. Найтривожнішим побічним ефектом є конвульсії; це відбувається дуже рідко (1/1000)

і, як правило, на фоні вже існуючих факторів ризику, таких як розлади мозкового кровообігу, черепно-мозкові травми, епілепсія, розлади харчової поведінки, одночасний прийом ліків, що знижують поріг конвульсій, тощо.

Повідомляється про поодинокі випадки ангіоневротичного набряку²², гіпернатріємію, у тому числі синдром неадекватної секреції антидіуретичного гормону (SIADH), що не є рідкісним ускладненням нейрорептичної терапії²³.

Запобіжні заходи

Для старших суб'єктів, також у випадках, пов'язаних з тяжкою нирковою або печінковою недостатністю, рекомендується відрегулювати (знижити) дозу бупропіону вдвічі, тобто 150 мг/добу бупропіону. Водіям і пацієнтам, які обслуговують обладнання, що вимагає пильності, радять перевірити вплив бупропіону до проведення цих заходів, враховуючи, що вони могли б відчувати запаморочення, порушення здатності концентрації та уваги.

Беручи до уваги, що високий артеріальний тиск був описаний пацієнтами при лікуванні бупропіоном, необхідний ретельний моніторинг артеріального тиску, особливо коли використовуються такі терапевтичні комбінації, як бупропіон і нікотинний пластир.

У всіх пацієнтів, що застосовують бупропіон, а також інші препарати для припинення куріння, необхідно контролювати симптоми в наступних категоріях: поведінкові розлади, ворожість, занепокоєння, поганий настрій, думки про самогубство/спроби самогубства і хворобливий характер поведінки. Коли виявляють такі симптоми, пацієнти повинні припинити прийом бупропіону і звернутися до свого лікаря²⁴. EMA і FDA рекомендують пацієнтам повідомляти у своєму медичному закладі про будь-які психічні захворювання у минулому до початку прийому цього препарату, і лікарі повинні контролювати зміни настрою і поведінки при призначенні цього препарату. Для отримання додаткової інформації можна зайти на сайт FDA, щоб дізнатися про особливі попередження^{25,26}.

До призначення бупропіону лікар повинен перевірити наступні аспекти, які передбачають певні запобіжні заходи при застосуванні:

- речовини, які можуть знизити судомний поріг: нейрорептики, антидепресанти, трамадол, метилксантини, системні стероїди, антигістамінні препарати, антибіотики, такі як хінолони, психостимулятори або анорексики;
- алкоголізм в анамнезі;
- antecedenti цукрового діабету або черепно-мозкових травм.

Підвищена увага також рекомендується у разі одночасного застосування лікарських засобів, які можуть взаємодіяти з бупропіоном: обережність при одночасному прийомі препаратів, які провають або гальмують фермент 2D6 або структури P450. У той же час рекомендується вимірювання артеріального тиску, а також концентрацію в крові теофіліну, такрину, клозапіну, можливо, іміпраміну, флувоксаміну і пентазоцину, оскільки цей показник може підвищуватися при застосуванні одночасно з бупропіоном. Одночасний прийом бупропіону також призводить до збільшення в крові титру деяких антидепресантів (іміпраміну, пароксетину і дезипраміну), деяких нейрорептиків (рисперидону, тіоридазину), метопрололу, антиаритмічних препаратів, таких як пропafenон. Обережність рекомендується також при застосуванні наступних препаратів у поєднанні з бупропіоном: циклофосамід, карбамазепін, вальпроат, леводопа та амантадин¹.

Показання до припинення лікування бупропіоном

- Випадки конвульсій;
- симптоми сироваткової хвороби: біль в суглобах або м'язах, лихоманка;
- анафілактичні реакції чи гіперчутливість: подразнення шкіри, висипання, біль/звуження дихальних шляхів, задишка, набряки.

Економічна ефективність лікування бупропіоном

У систематичному огляді з порівняння економічної ефективності терапії першої лінії без застосування нікотину (варенікліну і бупропіону SR) для припинення куріння, виявлення відмінності у використовуваних моделях, і висновках їх економічної ефективності, вареніклін

домінував над бупропіоном у більшості моделей економічної ефективності²⁷. Проте застосовність моделей у клінічній практиці і змінних, які змінюють висновок економічної ефективності, слід розглядати в інтерпретації результатів²⁷.

Рекомендація

- Бупропіон SR рекомендується в якості ефективної фармакотерапії для припинення куріння (рівень доказовості А).

4.3.3. Лікування варенікліном

Вареніклін, новий фармакологічний препарат для припинення куріння, був схвалений для використання в Європі і в усьому світі з 2006 р. Вареніклін відпускається за рецептом лікаря.

4.3.3.1. Механізм дії

Механізм, за допомогою якого вареніклін допомагає курця в досягненні абстиненції, слід розуміти в контексті тієї ролі, яку відіграє нікотин у стимулюванні тютюнової залежності. Нікотин діє на нейронні нікотинові ацетилхолінові рецептори (n-AXP) в межах вентральної ділянки покривки мозку, що призводить до вивільнення дофаміну в прилеглому ядрі (nucleus accumbens) і підсилює поведінку, спрямовану на пошук нікотину. Активація цих рецепторів у вентральній ділянці покривки відбувається, коли у кров надходить достатній рівень нікотину²⁸.

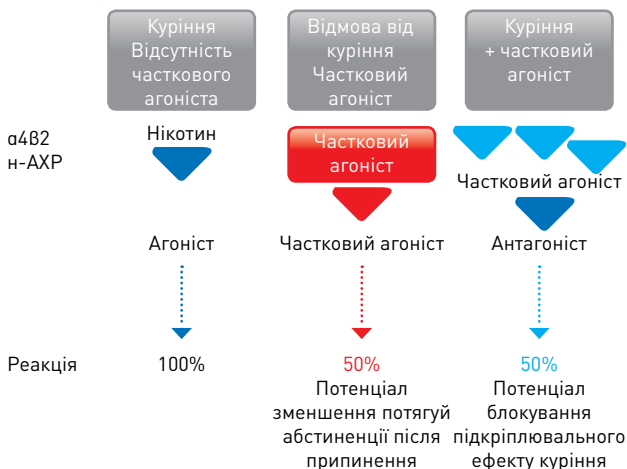
Переважаючими нікотинними підтипами n-AXP нейронів в центральній нервовій системі є види $\alpha 4\beta 2$ і $\alpha 7$. З них перший є найпоширенішим в центральній нервовій системі, що становить близько 90% n-AXP нейронів центральної нервової системи. Ця висока поширеність і висока нікотинова спорідненість нікотинових ацетилхолінових рецепторів нейронів $\alpha 4\beta 2$ (вважається, що вони мають найвищу чутливість до нікотину) показує, що нікотиновий ацетилхоліновий рецептор нейронів $\alpha 4\beta 2$ є ключовою біомолекулярною мішенню і для посилення, і для лікування нікотинної залежності²⁹. Рецептор $\alpha 4\beta 2$ був ідентифікований як потенційна мішень для лікарського засобу для боротьби з курінням, особливо з дією часткового агоніста цього підтипу

рецепторів³⁰.

Вареніклін був розроблений, щоб мати високу спорідненість з $\alpha 4\beta 2$ n-AXP в мезолімбічній системі дофаміну³¹ і діяти в якості селективного часткового агоніста $\alpha 4\beta 2$ n-AXP.²⁸ Він діє як пов'язаний з рецептором низькоефективний частковий агоніст нейронів $\alpha 4\beta 2$, $\alpha 3\beta 2$, $\alpha 3\beta 4$, і $\alpha 6/\alpha 3\beta 2\beta 3$ нікотинного ацетилхолінового рецептора і високоефективний повний агоніст $\alpha 7$ n-AXP. Як фармакологічний засіб для лікування тютюнової залежності частковий агонізм варенікліну з $\alpha 4\beta 2$, як вважають, сприяє нікотинній абстиненції шляхом стимуляції дофамінергічних нейронів і, як наслідок зменшує потяг до нікотину. Частковий антагонізм з нейронами $\alpha 4\beta 2$ нікотинних ацетилхолінових рецепторів пригнічує зв'язування нікотину, що призводить до зменшення задоволення від куріння (рис. 4.8).

Було відзначено, що вареніклін зменшує бажання курити. У порівнянні з плацебо потяг значно нижчий у тих учасників, які отримують вареніклін (у порівнянні з плацебо, $p=0,001$)²⁴. Відповідно до запропонованого механізму дії варенікліну як часткового антагоніста задоволення від куріння і психологічна користь також значно зменшилися у курців, які приймають вареніклін, в порівнянні з плацебо²⁴.

Рисунок 4.8: Механізм дії варенікліну як часткового агоніста $\alpha 4\beta 2$ нікотинного ацетилхолінового рецептора



4.3.3.2. Клінічні дані ефективності варенікліну

Ефективність у здорових дорослих осіб

Для метааналізу були застосовані дані 15 клінічних досліджень з 12 233 учасниками, які отримували або вареніклін або плацебо. Аналіз показав відносний ризик (BP) 2,27 при постійній відмові від куріння протягом 9–25 тиж (95% ДІ 2,02–2,55) на користь варенікліну у дозі 1,0 мг 2 рази на добу³².

Мережевий метааналіз, проведений Кокранівською асоціацією, підтвердив, що вареніклін перевершує окремі форми НЗТ (BP 1,57; 95% ДІ 1,29–1,91) і бупропіону (BP 1,59; 95% ДІ 1,29–1,96), але не був більш ефективним, ніж комбінація НЗТ (BP 1,06; 95% ДІ 0,75–1,48)⁴.

У метааналізі також вивчалися результати трьох досліджень, де порівнювалися вареніклін з бупропіоном SR. Було встановлено, що вареніклін є більш ефективним у порівнянні з бупропіоном SR. (BP 1,59; 95% ДІ 1,29–1,96) при безперервному утриманні від куріння протягом 52 тиж⁴.

В аналізі з об'єднанням даних третьої фази досліджень Gonzales і співавторів та Jorenby і співавторів, з вивчення відносної ефективності варенікліну, бупропіону і плацебо для припинення куріння, Nides та співавтори виявили, що показник об'єднаної безперервної абстиненції протягом 9–12 тиж був значно вищим для варенікліну в порівнянні з бупропіоном і плацебо (44,0; 29,7 і 17,7% відповідно; обидва порівняння $p=0,001$)³¹. В аналогічних аналізах з оцінки дії варенікліну, бупропіону і плацебо на потяг і утримання від куріння серед курців West та співавтори виявили, що серед усіх учасників потяг був значно знижений при прийомі варенікліну або бупропіону в порівнянні з плацебо (обидва $p=0,001$) і варенікліну у порівнянні з бупропіоном ($p=0,008$); що вареніклін або бупропіон значно зменшують негативні прояви синдрому відміни в порівнянні з плацебо, а також що пацієнти, які приймають вареніклін, одержували набагато менше задоволення від куріння в порівнянні з пацієнтами, які отримували бупропіон³³.

Разом всі ці клінічні дані доводять, що вареніклін перевершує плацебо, і дають підстави вважати, що вареніклін більш ефективний, ніж монотерапія з НЗТ і бупропіоном для досягнення утримання від куріння в короткостроковій

перспективі. Вареніклін не тільки значно послаблює потяг до тютюну і симптоми відмови, але й значно зменшує задоволення від нікотину і затримує рецидиви куріння³⁴.

Ефективність пролонгованого лікування

Було доведено, що довготривала терапія з використанням варенікліну є більш ефективною, ніж короткі терміни по 6–12 міс абстиненції. У дослідженні з оцінки більш тривалого терміну терапії учасники досягали відмови від куріння наприкінці 12-го тижня лікування варенікліном без плацебо-контролю, були рандомізовані для прийому 1 мг варенікліну 2 рази на добу або плацебо протягом 12 тиж. Наприкінці другого етапу лікування (24-й тиждень дослідження) 71% учасників, які отримували активне лікування, утримувалися від куріння в порівнянні з 50% учасників, які отримували плацебо (BP 2,48; 95% ДІ 1,95–3,16). Через 52 тиж спостереження суб'єкти, які отримували вареніклін, мали значно вищі показники абстиненції у порівнянні з пацієнтами, які отримували плацебо (44% у порівнянні з 37% при безперервному утриманні протягом 13–52 тиж; BP 1,34; 95% ДІ 1,06–1,69)³⁵. Вторинний аналіз даних цього дослідження показує, що коли вареніклін застосовується для профілактики рецидивів, додатковий 12-тижневий курс варенікліну є більш ефективним у курців, які спочатку мали труднощі в досягненні абстиненції³⁶. Існують також наукові докази того, що вареніклін добре переноситься в довгостроковій перспективі — від 3–6 міс до 1 року, і що продовження тривалості лікування запобігає рецидивам. Були також продемонстровані безпека та ефективність тривалого лікування (6 міс) варенікліном. У дослідженні за участю 377 дорослих курців учасники були рандомізовані для прийому варенікліну (1 мг 2 рази на добу) або плацебо протягом 52 тиж. Препарат добре переноситься. Показник 7-денної моментної абстиненції на 52-му тижні становив 37% у суб'єктів, які приймали вареніклін, і 8% у групі плацебо³⁷. В іншому дослідженні оцінювали, якою мірою курці, які не кинули курити у цільову дату припинення (TQD) чи не можуть утриматися від куріння після цільової дати припинення, зрештою досягали успіху при продовженні лікування. Це було зроблено за допомогою вторинного аналізу об'єднаних

даних двох ідентичних досліджень лікування варенікліном у порівнянні з бупропіоном і плацебо. Серед курців, які досягли постійної абстиненції протягом останніх 4 тиж лікування (тиждень 9–12-й), були визначені дві успішні моделі припинення: особи, які негайно припинили курити на цільову дату припинення (день 8-й) і не курили протягом 2–12 тиж, і особи із затримкою, які спочатку припинили курити після цільової дати припинення чи не могли утриматися від куріння після відмови на 2-й тиждень, і спромоглися одужати тільки на 9-му тижні дослідження. У порівнянні з рівнем осіб, які припинили куріння на цільову дату припинення, особи із затримкою досягли постійної абстиненції наприкінці лікування. Ці дані свідчать на користь рекомендації тривалого лікування з припинення куріння без перерви для курців, мотивованих залишатися в процесі відмови від куріння, незважаючи на відсутність успіху на початку лікування³⁸.

Ефективність у пацієнтів з ХОЗЛ

Tashkin та співавтори виявили, що вареніклін також є ефективною фармакотерапією, добре переноситься пацієнтами з легкою та помірною формами ХОЗЛ, з безперервним показником абстиненції 42,3% протягом 9–12-го тижня проти 8,8% для плацебо і до 18,6% проти 5,6% для плацебо при подальшому лікуванні (9–52-й тиждень). Були визначені хороші результати безпеки препарату у порівнянні з раніше відомими дослідженнями варенікліну (2,8% серйозних несприятливих ефектів у тих, хто отримував вареніклін, в порівнянні з 4,4% у групі плацебо)³⁹.

Ефективність у пацієнтів із серцевими захворюваннями

У 2010 р. Rigotti та Pipe із співавторами опублікували результати дослідження ефективності застосування варенікліну в порівнянні з плацебо у 714 курців зі стійкими серцево-судинними захворюваннями⁴⁰. Автори виявили, що показник постійної абстиненції вищий з варенікліном (47,0% проти 13,9%) за 9–12 тижнів, а протягом 9–52 тижнів становить 19,2% проти 7,2%.

Ефективність при лікуванні ВІЛ-інфікованих

У багатоцентровому експериментальному дослідженні без

плацебо-контролю у ВІЛ-інфікованих курців вареніклін у дозі 1,0 мг використовувався 2 рази на добу протягом 12 тиж з титрування дози в 1-й тиждень. Побічні ефекти і рівні абстиненції були порівнянні з тими, що були опубліковані за результатами рандомізованих контрольованих досліджень, проведених на здорових ВІЛ-негативних курцях. Вареніклін був безпечним і виявився ефективним серед ВІЛ-інфікованих курців в даному експериментальному дослідженні, хоча побічні ефекти (особливо нудота) були поширені. Рекомендується ретельно контролювати рівень печінкових ферментів та артеріальний тиск ВІЛ-позитивних курців, які приймають вареніклін⁴¹.

Ефективність при лікуванні пацієнтів із психічними розладами

Дані дослідження з припинення куріння курцями з психічними розладами в анамнезі, яке проводилося Центром з комплексної реабілітації осіб з наркотичною чи алкогольною залежністю (COMPASS) порівнювалися з даними контрольної групи⁴². Усі пацієнти отримали консультації щодо поведінки плюс вареніклін з контролем через 6 міс після дати припинення. Історія психічного розладу базувалася на записаних у медичній картці симптомах тривоги, депресії, психічного або біполярного розладу. Аналогічні показники абстиненції були зареєстровані в обох групах. Пацієнти з психічними розладами в анамнезі були більш схильні повідомляти про тривогу і депресію. Побічні ефекти були оцінені як помірні або менш інтенсивні. В цілому наявність діагнозу психічного розладу в даному дослідженні не припускала гіршого результату лікування або сильніших побічних ефектів лікування⁴².

У широкомасштабному багатоцентровому рандомізованому контрольованому дослідженні Anthenelli та співавтори провели пряме порівняння 12-тижневого безперервного лікування варенікліном проти плацебо у вибірці курців з наявною або минулою глибокою депресією (n=525)⁴³. У дослідженні оцінювалися відмова від куріння, а також зміни настрою і рівні тривоги. Дослідження показало, що вареніклін покращує результати припинення куріння серед курців з безперервним лікуванням наявної чи минулою

депресії без посилення депресії чи тривоги між 9-м і 52-м тижнем (20,3% у порівнянні з 10,4%; ВР 2,36; ДІ 1,40–3,98; $p < 0,001$). Значна неявка для подальшого спостереження в цьому дослідженні обмежує висновки, які можна зробити. Це дослідження не охоплювало пацієнтів, які не лікувалися від депресії, мали супутні психічні захворювання, і тих, хто отримує нормотимики і нейролептики.

Метааналіз 7 досліджень ($n=352$) з порівняння ефективності варенікліну та плацебо серед осіб із шизофренією не виявив, що вареніклін переважає плацебо⁴⁴. Вареніклін добре переносився учасниками із шизофренією, збільшення вираженості психоневрологічних симптомів у групах не відмічено. Через невеликий розмір вибірки для подальшого вивчення використання варенікліну у пацієнтів з шизофренією необхідні додаткові дослідження.

Нещодавнє дослідження EAGLES включало пацієнтів з порушеннями настрою, тривогою, психозом та пограничного розладу особистості. Немає жодних підтверджень посилення нейросцитарних подій⁴³. Автори, однак, зазначають, що результати не можуть бути узагальненими для курців з невиліковними або нестабільними психічними розладами.

Оновлення 2016 р. у метааналізі, проведеному Кокранівською асоціацією, у якому розглядали 14 досліджень варенікліну, не виявило різниці між групами застосування варенікліну та плацебо за наявності нейропсихіатричних подій серед здорових осіб, однак докази не є вирішальними для осіб з минулим або поточним анамнезом психічних розладів.

Ефективність серед користувачів бездимного тютюну

Ефективність та безпека варенікліну у допомозі користувачам бездимного тютюну кинути курити, оцінювали у 431 учасника (213 — вареніклін; 218 — плацебо), у рандомізованому дослідженні з прийомом щонайменше однієї дози досліджуваного препарату⁴⁵. Показник безперервної абстиненції на 9–12-му тижні був вищим у групі варенікліну, ніж у групі плацебо (59% проти 39%). Перевага варенікліну в порівнянні з плацебо зберігалася протягом 14 тиж спостереження (показник безперервної абстиненції на 9–26-му тижні дорівнював 45% у порівнянні з 34%). Автори дійшли висновку, що вареніклін може допомогти людям відмовитися

від бездимного тютюну і має прийнятні характеристики безпеки. У цьому дослідженні рівень реагування у групі плацебо був високим, і це дає підстави вважати, що ця група легше піддається лікуванню порівняно з курцями. За результатами експериментального відкритого дослідження, яке проводилося з метою оцінки попередніх даних при застосуванні варенікліну як стратегії зменшення вживання тютюну за участю 20 користувачів бездимного тютюну, Ebbert та співавтори доповідають, що вареніклін може бути ефективним у зменшенні використання бездимного тютюну та досягненні абстиненції від бездимного тютюну серед його користувачів, які не мають планів відмовитися від використання бездимного тютюну, але зацікавлені зменшити його використання⁴⁶.

4.3.3.3. Вареніклін у комбінованій фармакотерапії

Більш завзяті курці могли б отримати користь від комбінованої терапії з варенікліном і НЗТ, тому що вареніклін не може повною мірою наситити нікотинові рецептори під час ескалації дози²⁴. Неповністю насичені рецептори можуть призвести до часткового ослаблення потягу до нікотину. Якщо додаткова НЗТ може призвести до більш повного насичення рецепторів, то потяг до куріння може бути ослаблений повністю.

Цей можливий ефект спочатку оцінювався у 8-денній програмі стаціонарної реабілітації в клініці Мейо (Рочестер, Нью-Йорк, США). Перша досліджувана група ($n=135$) завершила програму стаціонарної реабілітації до випуску варенікліну й отримувала «звичайне лікування», що складається з нікотинової терапії та/чи бупропіону SR. Форми НЗТ короткострокової дії використовувалися за потребою для лікування гострих симптомів відміни нікотину⁴⁷. Друга група ($n=104$) завершила програму стаціонарної реабілітації після схвалення варенікліну FDA й отримувала комбіновану терапію з варенікліну і НЗТ. Переважною формою НЗТ була терапія з використанням нікотинового пластиру, часто з додаванням форми НЗТ короткострокової дії. Майже 3/4 пацієнтів використовували більше однієї форми НЗТ. Жодної суттєвої різниці у показниках відмови від куріння не виявлено на 30-й день відмови від куріння між двома

групами з терміном лікування 6 міс. Важливо відзначити, що не відмічено збільшення зазначених побічних ефектів у пацієнтів, які отримували комбіноване лікування. Основними обмеженнями цього дослідження були малий розмір вибірки і неконтрольований дизайн дослідження⁴⁸.

Ефективність вивчали у 3 нових рандомізованих контрольованих дослідженнях^{49,50,51}. Најек та співавтори не виявили збільшення кількості випадків відмови від куріння серед пацієнтів, які приймали вареніклін + НЗТ, в порівнянні з тими, хто отримував тільки вареніклін, однак це дослідження обмежено розміром вибірки (n=117)⁴⁹. У рандомізованому клінічному дослідженні (РКД), яке проводили Ramon та співавтори, 341 курець, які викурювали 20 і більше сигарет на день, були розподілені у випадковому порядку на 2 групи, в одній з яких отримували вареніклін + НЗТ у формі нікотинового пластиру, а в іншій— вареніклін + плацебо-пластир протягом 12 тиж; обидві групи отримували поведінкову підтримку⁵⁰. Загалом було невелике, але статистично незначуще підвищення показника абстиненції у групі, яка одержувала вареніклін + НЗТ. Субаналізи показали значно вищий рівень абстиненції серед осіб, які курили 29 або більше сигарет, з використанням комбінованої терапії протягом 24 тиж (ВР 1,46; 95% ДІ 1,2–2,8). У другому РКД (n=435), також з порівнянням ефективності варенікліну та варенікліну в поєднанні з НЗТ, було дійсно виявлено, що комбінована терапія пов'язана з більш високими показниками відмови від куріння при спостереженні протягом 12 тиж (1,85; 95% ДІ 1,19–2,89; p=0,007) і 24 тиж (49,0% порівняно з 32,6%; ВР 1,98; 95% ДІ 1,25–3,14; p=0,004)⁵¹. Автори також зафіксували більшу кількість випадків нудоти, порушення сну, депресії, шкірних реакцій, запору, але тільки випадки шкірних реакцій досягли статистичної значущості.

Для більш глибокого розуміння значення комбінованої терапії з варенікліном і НЗТ і можливості рекомендувати таку терапію для певних підгруп пацієнтів потрібні додаткові дослідження. Комбіноване лікування може розглядатися щодо пацієнтів, які мають труднощі в досягненні повної відмови з монотерапією, при цьому слід розуміти, що дані на сьогодні обмежені.

Рекомендації

- Протипоказання до застосування варенікліну в комбінації з НЗТ (рівень доказовості В) відсутні.
- Від комбінації НЗТ і варенікліну може бути користь, зокрема, у випадку завзятих курців, але результати є неоднозначними. Для підтримки ефективності цього підходу як стандартної практики необхідні додаткові дослідження (рівень доказовості С).

4.3.3.4. Вареніклін та консультування

Результати підтримують ефективність варенікліну в поєднанні з різними програмами лікування відповідно до конкретних обставин. Ефективність варенікліну в поєднанні з ініціативним консультуванням по телефону, надання інформації про стан здоров'я і поведінкові консультації через веб-платформи, або їх поєднання були розглянуті Swan та співавторами. Автори дійшли висновку, що телефонні консультації були більш корисними на ранніх стадіях лікування і, здавалося, підвищували прихильність до лікування, але відсутність відмінностей через 6 міс дозволяє припустити, що будь-який із заходів є перспективним при використанні в поєднанні з варенікліном⁵².

4.3.3.5. Показання до застосування

Вареніклін є першим препаратом, розробленим виключно для надання допомоги у відмові від куріння²⁴. Він відпускається тільки за рецептом лікаря і є препаратом першої лінії для лікування нікотинової залежності.

4.3.3.6. Клінічне застосування

Вареніклін приймають перорально, незалежно від прийому їжі (його можна приймати до і після їди) у 2 етапи¹.

Початкова фаза: упаковки з таблетками, дозованими для прийому протягом перших 2 тиж, призначають так: 1 таблетка 0,5 мг/добу протягом 1–3 днів лікування, потім 1 таблетка 0,5 мг 2 рази на добу протягом 4–7 днів лікування, і 1 таблетка 1 мг 2 рази на добу протягом 8–14 днів лікування. Наступна фаза: упаковка 28 таблеток по 1 мг; рекомендується приймати по 1 таблетці 1 мг 2 рази на добу на щоденній основі протягом 3–12 тиж.

Пацієнт починає прийом варенікліну, потім протягом перших тижнів лікування, переважно між 8-м і 14-м днем, встановлює дату, коли він/вона зробить спробу кинути курити. Якщо спроба відмови від куріння безуспішна, курс триває, і пацієнт намагається припинити курити в інший день, поки він/вона не досягне успіху.

4.3.3.7. Протипоказання

Протипоказань у варенікліну мало, а саме: підвищена чутливість до активної речовини або його неактивних компонентів; вік до 18 років; період вагітності і годування груддю.

4.3.3.8. Запобіжні заходи, пов'язані з лікуванням варенікліном

Пацієнти з нирковою недостатністю

Для пацієнтів з нирковою недостатністю доза регулюється наступним чином: для пацієнтів з легким (кліренс креатиніну >50 і <80 мл/хв) або помірним порушенням функції нирок (кліренс креатиніну >30–<50 мл/хв) корекція дози не потрібна. Для пацієнтів з тяжкою нирковою недостатністю (кліренс креатиніну <30 мл/хв) рекомендована доза становить 0,5 мг 2 рази на добу¹¹. Прийом слід починати з дози 0,5 мг 1 раз на добу протягом перших 3 днів, потім підвищити до 0,5 мг 2 рази на добу. При недостатності даних лікування варенікліном не рекомендується у пацієнтів з термінальною стадією ниркової недостатності.

Водії автомобілів і оператори важкої техніки

У зв'язку з доповідями FDA за 2007 р., були сформульовані деякі моменти безпеки, що пов'язані із застосуванням варенікліну операторами транспортних засобів і важкої техніки, а також у будь-яких ситуаціях, у яких необхідні пильність і управління двигуном, щоб запобігти серйозним травмам. У травні 2008 р. Федеральна адміністрація із безпеки автотранспорту і Федеральне управління цивільної авіації США оголосили, що пілотам, авіадиспетчерам, водіям вантажних автомобілів і автобусів прийом цього препарату забороняється³⁴. Таким чином, необхідно виявляти обережність і запитувати водіїв, як прийом

варенікліну впливає на їх діяльність. Вареніклін може мати незначний, середній чи значний вплив на здатність керувати транспортними засобами чи використовувати обладнання (запаморочення та сонливість). Пацієнтам необхідно рекомендувати відмовитися від керування автомобілем, управління обладнанням чи участі у потенційно небезпечній діяльності, доки не буде достеменно відомо, чи впливає цей препарат на їх здатність безпечно виконувати такі види діяльності.

4.3.3.9. Переносимість і безпека застосування

Зазвичай вареніклін добре переноситься. Найчастіші випадки побічних ефектів, які відмічались, наведені у табл. 4.11⁵³.

Таблиця 4.11. Порівняння небажаних ефектів при застосуванні варенікліну, бупропіону та плацебо

	Вареніклін	Бупропіон	Плацебо
Нудота	28%	9%	9%
Безсоння	14%	21%	13%
Головний біль	14%	11%	12%

Нудота

Нудота була найчастішим симптомом та відмічалась як легкий до помірного побічний ефект (загальна частота виникнення 24,4–52,0%), та частіше мала місце у групах варенікліну, ніж у групі плацебо. У більшості випадків нудота виникала на 1-му тижні лікування і тривала в середньому протягом 12 днів. Виявлено, що титрування дози призводить до зниження загальної частоти нудоти. Низька частота виникнення нудоти (13,4%) відмічалась у пацієнтів групи із самостійним регулюванням дози. У клінічних дослідженнях показник припинення лікування через нудоту, як правило, становить 5% для пацієнтів, які приймають вареніклін. У разі виникнення такої побічної реакції для пацієнтів є корисною наступна практична інформація: зазвичай такий прояв зникає самостійно протягом 1 тиж після початку терапії; цього можна уникнути шляхом прийому препарату разом з їжею, а також якщо пацієнт після прийому трохи полежить.

Безсоння

Використання варенікліну в підтримувальній дозі 1 мг 2 рази на добу протягом понад 6 тиж пов'язане з несприятливою шлунково-кишковою реакцією. На практиці на кожні 5 пацієнтів буде 1 прояв нудоти, і на кожні 24 і 35 пацієнтів, які отримують препарат, ми очікуємо, відповідно, запор і метеоризм⁵⁴.

Безсоння є ще одним зареєстрованим побічним ефектом (14,0–37,2%), пов'язаним із варенікліном в клінічних дослідженнях. Загалом безсоння відмічали протягом перших 4 тиж лікування варенікліном, і частота випадків знижувалася при продовженні лікування. В одному довгостроковому дослідженні показник випадків безсоння становив 19,1% з варенікліном і 9,5% у групі плацебо, тобто можна припустити, що безсоння може бути поширеним симптомом відміни нікотину під час спроб припинення куріння³⁴.

Серцево-судинні захворювання

Огляд рандомізованих досліджень, опублікованих в період між 2008 і 2010 р., показав нові дані, що стосуються безпеки використання варенікліну у пацієнтів з респіраторними і серцево-судинними супутніми захворюваннями, а також можливими негативними порушеннями психіки.

Систематичний огляд і метааналіз Singh та співавторів був опублікований в 2011 р. У цій доповіді, яка широко висвітлювалася, автори розглянули деякі проблеми безпеки при застосуванні варенікліну в порівнянні з плацебо⁵⁵. Цей метааналіз Singh співавторів широко критикується в літературі через невідповідність застосованих методів аналізу та висновків.

У двох наступних метааналізах тих самих даних Mills та співавтори дійшли висновку, що вареніклін та інші методи лікування нікотинової залежності, здається, не підвищують ризик серйозних серцево-судинних захворювань⁵⁶. У цьому метааналізі повідомлялося, що ризик є відносним, і для цього застосовувалися відповідні статистичні методи. Другий метааналіз, проведений ЕМА, в основному з ідентичними даними, показує відсутність суттєвого ризику. ЕМА дійшло висновку, що користь від застосування варенікліну для припинення куріння залишається значною і не обмежує

використання препарату⁵⁷.

Відсутні дані на підтримку підвищеного ризику серцево-судинних реакцій у пацієнтів, що застосовують вареніклін, проте у цей час ми не можемо виключити таку можливість. Рекомендується, щоб клініцисти інформували пацієнтів про незначне потенційне підвищення серцево-судинного ризику, який може бути пов'язаний з прийомом варенікліну. Однак ці ризики повинні бути зважені проти відомих переваг припинення куріння, які забезпечує цей препарат.

Нейропсихічні події

Висловлюються значні занепокоєння з приводу нейропсихічної безпеки варенікліну та бупропіону, і це спричинило плутанину серед медичної спільноти щодо застосування цих ліків у пацієнтів, зацікавлених у відмові. Кілька останніх добре спланованих досліджень не виявили жодних доказів збільшення кількості нейропсихічних подій, пов'язаних з прийомом цих препаратів. В результаті FDA оновило етикетку варенікліну, де зазначило, що ризик розвитку серйозних нейропсихічних подій є нижчим, ніж раніше підозрювали, а переваги застосування цих лікарських засобів перевищують ризик. Ми розглянемо тут історію та докази, пов'язані з цією проблемою.

Після появи варенікліну на світових ринках у 2006 р. було отримано кілька постмаркетингових повідомлень про побічні ефекти застосування варенікліну та бупропіону. Сюди входили клінічні доповіді з Великої Британії, де починаючи з грудня 2006 р. спостерігали когорту з 2682 пацієнтів та повідомили про психічні ефекти під час лікування варенікліном, включаючи розлади сну (1,6%), тривогу (1,2%), депресію (1,0%), незвичайні сновидіння (1,0%), зміну настрою (0,6%), а також суїцидальні явища (n=5)^{34,58}.

На основі декількох звітів, в листопаді 2007 р. FDA випустило попередження про безпеку варенікліну, підкреслюючи необхідність скринінгу вже існуючих психічних захворювань перед використанням варенікліну і важливість моніторингу зміни настрою або поведінки. У травні 2008 р. FDA оновило попередження, вимагаючи, щоб всі пацієнти ретельно спостерігались і негайно доповідали своєму лікарю у випадку будь-яких змін настрою чи поведінки, або погіршення вже

існуючої психіатричної хвороби, під час або після припинення лікування варенікліном. У березні 2015 р. FDA знову оновило етикетку варенікліну та включило потенційні побічні ефекти на поведінку, настрої та мислення⁵⁹.

Від часу першої доповіді у декількох дослідженнях вивчався потенційний зв'язок між використанням варенікліну та нервово-психічними реакціями. У публікації в 2010 р. розглядалися захворюваність та відносний ризик психічних розладів, які виявлені в 10 рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях використання варенікліну для припинення куріння^{58,60}. Інші психічні розлади, ніж просто порушення сну, відмічались у 10,7% суб'єктів, які отримували вареніклін, проти 9,7% у тих, хто отримував плацебо, з відносним ризиком 1,02. Відносний ризик у порівнянні з плацебо побічних психіатричних реакцій на захворюваність ≥ 1 у групі варенікліну становив 0,86 — симптоми тривоги, 0,76 — зміни фізичної активності, 1,42 — зміни настрою, 1,21 — неklasифіковані порушення настрою і 1,70 — порушення сну. В цих 10 рандомізованих дослідженнях не було жодних повідомлень про випадки суїцидальної поведінки або патологічних ідей у суб'єктів при лікуванні варенікліном, але у 3 інших дослідженнях, не включених в цей огляд через інший дизайн, повідомлялось про 2 випадки суїцидальних думок і 1 випадок самогубства.

У масштабному дослідженні 2013 р. Меуер розглянув випадки психоневрологічної госпіталізації серед нових споживачів варенікліну ($n=19\ 933$) порівняно з новими особами, які отримували НЗТ із застосуванням пластиру ($n=15\ 867$). У контингент дослідження включені особи з/без психоневрологічних захворювань в анамнезі. Дослідження не виявило підвищення показника психоневрологічної госпіталізації у пацієнтів, які отримували вареніклін, в порівнянні з НЗТ із застосуванням пластиру станом на 30-й і 60-й дні^{59,61}.

Thomas та співавтори порівнювали ризик депресії, каліцтва і самогубства в проспективному дослідженні контингенту з 119 546 пацієнтів в Великій Британії⁶². Автори дійшли висновку, що немає жодних доказів того, що особи, які приймали вареніклін, мали вищий ризик депресії, самогубства чи каліцтва в порівнянні з пацієнтами, яким був прописаний нікотин.

Останнім часом у дослідженні EAGLES, масштабному рандомізованому подвійному сліпому плацебо-контрольованому багатоцентровому дослідженні, в якому взяли участь 140 центрів у 16 країнах, вивчали та порівнювали нейропсихіатричну безпеку бупропіону, варенікліну та НЗТ у осіб з наявними в анамнезі психічними захворюваннями або без них⁴⁵. Це дослідження було започатковано на основі вимоги FDA до компаній «Pfizer» та «GlaxoSmithKline», виробників варенікліну та бупропіону. У дослідженні взяли участь 8144 пацієнти, з яких 4166 були включені в когорти з психіатричними розладами. До психіатричної когорти були включені особи з будь-якою з 4 основних категорій захворювань (порушення настрою, тривога, психоз та приграничні розлади особистості). Учасники були рандомізовані в групи прийому варенікліну, бупропіону, НЗТ або плацебо протягом 12 тиж з періодом подальшого спостереження протягом 24 тиж. У дослідженні не виявлено значного збільшення нейропсихіатричних подій, що стосуються варенікліну або бупропіону. У дослідженні також було виявлено більш високу частоту абстиненції серед учасників, рандомізованих до групи лікування варенікліном, порівняно з плацебо, НЗТ та бупропіоном. Аналогічно НЗТ та бупропіон і НЗТ також досягли більш високої частоти абстиненції, ніж плацебо. Автори повідомляють, що результати не можна узагальнювати для курців з невиліковними або нестабільними психічними розладами. Дослідження також не включало курців з наявними порушеннями вживання речовин або неминучим ризиком самогубства.

Оновлення 2016 р. до метааналізу, проведеного Кокранівською асоціацією, що включало 14 досліджень варенікліну, не виявило різниці між групами прийому варенікліну та плацебо щодо нейропсихіатричних подій³². ВР для депресії становив 0,94 (95% ДІ 0,77–1,14; 36 досліджень; 16 189 учасників, $I^2=0$), з несуттєво нижчими показниками в групі варенікліну. ВР для суїцидальних думок становив 0,68 (95% ДІ 0,43–1,07; 24 дослідження, 11 193 учасників, $I^2=0$), з граничними несуттєво нижчими значеннями в групі варенікліну. Автори наголошують, що всі 5 подій у групі прийому варенікліну щодо суїцидальних думок відбулися в психіатричній когорті, і жодна з них не зареєстрована

в неспсихіатричній групі^{46,32}. Автори роблять висновок, що дані метааналізу «не підтверджують причинний зв'язок між варенікліном та нейропсихіатричними розладами, включаючи суїцидальні думки та суїцидальну поведінку, однак докази не є вирішальними в осіб з минулими або поточними психічними розладами»³².

У грудні 2016 р., після публікації нових доказів, отриманих у добре спланованому дослідженні, FDA та EMA оголосили про видалення з попереджувального маркування інформації про серйозні побічні ефекти з боку психічного стану внаслідок прийому лікарських засобів, що містять вареніклін та бупропіон^{46,63}. Зокрема, FDA зазначило: «на основі аналізу FDA масштабного клінічного дослідження, проведення якого ми вимагали від фармацевтичних компаній, ми визначили, що ризик серйозних побічних ефектів з боку настрою, поведінки або мислення внаслідок застосування лікарських засобів для припинення куріння, варенікліну та бупропіону, є нижчим, ніж раніше підозрювалось. Ризик цих побічних ефектів з боку психічного здоров'я все ще існує, особливо серед тих пацієнтів, які наразі отримують лікування з приводу психічних захворювань, таких як депресія, тривожні розлади або шизофренія, або які раніше отримували лікування з приводу психічних захворювань. Однак більшість осіб, у яких відмічали ці побічні ефекти, не мали серйозних наслідків, таких як госпіталізація. Результати дослідження підтверджують, що переваги припинення куріння переважають ризики від прийому цих лікарських засобів»⁴⁶.

На сьогодні немає переконливих доказів того, що прийом варенікліну пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку нейропсихіатричних подій. Спеціалістам у галузі охорони здоров'я рекомендується обговорити з пацієнтами переваги та ризики застосування лікарських засобів для припинення куріння. Пацієнтам слід порадишити негайно зателефонувати медичним працівникам, якщо вони помічають будь-які побічні ефекти з боку настрою, поведінки або мислення⁴⁶.

Інші побічні реакції

Повідомлялося також про інші побічні реакції, такі як біль в животі, запор, здуття й аномальні думки, порушення

сну, запаморочення, сухість у роті, підвищення апетиту, збільшення маси тіла, головний біль, з частотою, яка вдвічі перевищувала частоту виникнення у групі плацебо⁶². Ці побічні симптоми були від легких до помірних та тимчасові і спостерігались переважно протягом перших 4 тиж терапії. Лікування варенікліном через ці побічні симптоми припинено в 2% учасників³⁴.

Взаємодія варенікліну з іншими ліками невідома. У свою чергу, деякі ефекти взаємодії є очевидними через зупинку споживання тютюну та внаслідок терапевтичної дії варенікліну. Таким чином, добре відомо, що припинення куріння через вплив ферментів на структуру типу CYP1A2, призводить до коригування дози теофіліну, варфарину, інсуліну тощо¹¹.

Наприкінці лікування припинення застосування варенікліну може викликати підвищену дратівливість, схильність до куріння, безсоння або депресивний настрій у незначній частки осіб - близько 3%¹¹.

Рекомендація

- Вареніклін є науково обґрунтованою терапією першої лінії, застосовуваною для припинення куріння (рівень доказовості А).

4.3.4. Лікування клонідином

Клонідин в основному застосовується як антигіпертензивний препарат, але він знижує активність центрів симпатичної нервової системи, стимулюючи α_2 -адренорецептори. Клонідин ефективно пригнічує гострі симптоми відміни нікотину, такі як напруга, дратівливість, неспокій, потяг до куріння і занепокоєння⁶⁵.

Клонідин не схвалений як препарат для припинення куріння, і є лише лікарським засобом другої лінії. Таким чином, лікарі повинні бути поінформовані про конкретні попередження щодо цього препарату, а також його побічних ефектів. Керівна група експертів США вважає за можливе рекомендувати клонідин як препарат другої лінії, на відміну від препарату першої лінії, через попередження, пов'язані з припиненням прийому клонідину, мінливості дозування, застосовуваного для тестування цього препарату і відсутністю схвалення

з боку FDA. Так, клонідин варто розглядати як лікування тютюнової залежності під наглядом лікаря у пацієнтів, які не можуть використовувати препарат першої лінії через протипоказання або у пацієнтів, які не змогли кинути курити при використанні препаратів першої лінії¹.

Ефективність

Кокранівський огляд 6 клінічних досліджень виявив, що клонідин, пероральний або трансдермальний, більш ефективний, ніж плацебо, однак цей висновок ґрунтується на невеликій кількості досліджень, в яких є потенційні джерела попереджень⁶⁶. Клонідин видається більш ефективним у жінок-курців, хоча жінки зазвичай менш позитивно реагують на лікування припинення куріння⁶⁵.

Побічні ефекти

Побічні ефекти клонідину, особливо седативний ефект, втома, ортостатична гіпотензія, запаморочення і сухість у роті, у обмежують його широке використання. Крім того, слід зазначити, що різке припинення прийому клонідину може призвести до таких симптомів, як нервовість, збудження, головний біль і тремор, що супроводжуються наступним швидким підвищенням артеріального тиску і підвищенням рівня катехоламінів¹.

Запобіжні заходи, попередження, протипоказання, побічні ефекти

Клонідин не показав себе як препарат, ефективний для припинення вживання тютюну у вагітних курців.

Оцінка клонідину для лікування пацієнтів у період годування груддю не здійснювалася.

Пацієнти, які займаються потенційно небезпечними видами діяльності, такими як керування механізмами або водіння, повинні бути попереджені про можливий седативний ефект клонідину.

Найбільш частими побічними реакціями є сухість у роті (40%), сонливість (33%), запаморочення (16%), седативний ефект (10%) та запори (10%).

Як антигіпертензивний препарат клонідин може сприяти зниженню артеріального тиску у більшості пацієнтів. Таким

чином, при застосуванні цього препарату лікарі повинні контролювати артеріальний тиск.

Рикшетнагіпертензія: при припиненні лікування клонідином відмова від поступового зниження дози протягом 2–4 днів може призвести до швидкого зростання артеріального тиску, збудження, сплутаності свідомості, тремору.

Пропозиції щодо застосування в клінічній практиці

Клонідин відпускається тільки за рецептом, по 1 мг для перорального прийому або для трансдермального застосування. Лікування клонідином необхідно починати незадовго до (тобто за 3 дні) або на дату відмови від куріння. Дозування. Якщо пацієнт використовує трансдермальний клонідин, на початку кожного тижня він/вона повинні розмістити новий пластир на відносно безволосій ділянці між шиєю і талією. Користувачі не повинні різко припиняти терапію клонідином. Початкова доза зазвичай становить 0,10 мг/добу перорально або 0,10 мг/добу трансдермально, із підвищенням дози на 0,10 мг/добу кожного тижня, якщо це необхідно. Тривалість лікування становить 3–10 тиж¹.

Рекомендація

- Клонідин є ефективним методом лікування припинення куріння, але існують значні побічні ефекти. Він може використовуватися під наглядом лікаря як препарат другої лінії для лікування тютюнової залежності (рівень доказовості B).

4.3.5. Лікування нортриптиліном

Зв'язок між депресивним настроєм і поведінкою курця дозволяє припустити, що ліки-антидепресанти можуть відігравати деяку роль у припиненні куріння. Деякі антидепресанти, в тому числі докsepін, нортриптилін і моклобемід показали деяку ефективність у припиненні куріння. Нортриптилін є трициклічним антидепресантом, який, як було показано, є настільки ж ефективним, як бупропіон і НЗТ. Дія нортриптиліну у припиненні куріння не залежить від його антидепресивного ефекту, тому його використання не обмежується пацієнтами з депресивними симптомами в анамнезі при припиненні куріння⁶⁸.

Ефективність

Метааналіз 6 досліджень з використанням нортриптиліну як єдиної фармакотерапії показав значну довгострокову користь¹². Порівняно з плацебо нортриптилін приблизно в 2 рази підвищує показник відмови від куріння. Цей препарат не схвалений для припинення куріння і рекомендується тільки як терапія другої лінії¹².

Залишається невизначеним, чи є нортриптилін більш-менш ефективним, ніж бупропіон, чи збільшує нортриптилін + НЗТ показник відмови від куріння. У більшості країн ця фармакотерапія не ліцензована для припинення куріння.

Побічні ефекти

Побічні ефекти, пов'язані з нортриптиліном, такі як антихолінергічні реакції (сухість у роті, затуманений зір, запор і затримка сечі), Н1-гістамінові рецептори (седативний ефект, сонливість, збільшення маси тіла), і α 1-адренорецептори (ортостатична гіпотензія), не можуть добре переноситися деякими пацієнтами⁶⁷. Дані 17 досліджень показують, що нортриптилін в дозах 75–100 мг не призводить до серйозних побічних реакцій при застосуванні пацієнтами без супутніх серцево-судинних захворювань⁷⁰.

Пацієнти підлягають ретельному обстеженню на предмет відомих побічних ефектів, таких як запор, седативний ефект, затримка сечі і серцеві проблеми. При передозуванні нортриптиліну можуть бути летальні випадки. Серйозні побічні реакції були причиною для занепокоєння у дослідженнях з припинення куріння, але число таких пацієнтів, які наражалися на ризик, було відносно невеликим. Це призводить до відсутності консенсусу з приводу застосування нортриптиліну як терапії першої або й другої лінії⁷¹.

Дозування

Нортриптилін треба починати приймати, поки пацієнт все ще курить, і призначити дату припинення куріння приблизно з 10-го по 28-й день від початку прийому препарату. Початкова доза становить 25 мг/добу з поступовим підвищенням до 75–100 мг/добу протягом 10 днів до 5 тиж. Максимальну дозу можна приймати протягом 8–12 тиж, згодом поступово

знижуючи, щоб уникнути симптомів абстиненції при різкому припиненні прийому препарату. Існують обмежені дані щодо будь-якої вигоди продовження лікування більше ніж протягом 3 міс.

Практичні рекомендації щодо застосування нортриптиліну:

Існує недостатньо доказів, щоб рекомендувати поєднання нортриптиліну з будь-яким іншим лікуванням припинення куріння.

Особам із серцево-судинними захворюваннями слід використовувати нортриптилін з обережністю, оскільки серцева провідність може бути порушена. Трициклічні антидепресанти протипоказані безпосередньо протягом періоду відновлення після інфаркту міокарда та аритмії.

Існує недостатньо даних, щоб рекомендувати використання нортриптиліну у вагітних або молодих людей у віці до 18 років, які курять. Існує недостатньо даних, щоб рекомендувати використання нортриптиліну для запобігання рецидивам куріння; довгострокове використання нортриптиліну не рекомендується.

В дослідженні у реальних умовах з метою порівняння ефективності НЗТ, бупропіону, нортриптиліну та комбінованої терапії й опису факторів, пов'язаних з успіхом лікування, Prado та співавтори підтримують свою точку зору відповідно до висновків метааналізу Wagena та співавторів⁷² стосовно того, що нортриптилін є прийнятним варіантом лікування, враховуючи його ефективність (в порівнянні з варіантами першої лінії), безпеки і, особливо, з урахуванням його низької вартості і широкої доступності. На їхню думку, можливо, враховуючи загрозу глобальної тютюнової епідемії — і навіть більш значний вплив на менш забезпечені країни — включення нортриптиліну в терапевтичний арсенал припинення куріння може бути перспективним кроком у напрямку більш широкого доступу до лікування, особливо в країнах, що розвиваються. Ґрунтуючись на цих висновках, автори пропонують включити нортриптилін у список препаратів першої лінії для припинення куріння. Однак основним обмеженням цього звіту є те, що це було ретроспективне неконтрольоване і нерандомізоване дослідження, і доступні варіанти схем лікування були обрані

за окремими критеріями, залежно від окремого випадку або від наявності ліків в державній системі охорони здоров'я⁷². Клініцисти повинні бути поінформовані про характеристики побічних ефектів і відсутність схвалення нортриптиліну для лікування тютюнової залежності з боку EMA і FDA. Цей препарат слід розглядати для лікування вживання тютюну тільки під наглядом лікаря у пацієнтів, які не можуть використовувати ліки першої лінії через протипоказання, або у пацієнтів, які не змогли кинути курити при застосуванні препаратів першої лінії.

Рекомендація

- Нортриптилін є ефективним методом лікування припинення куріння і може використовуватися під наглядом лікаря як препарат другої лінії для лікування тютюнової залежності (рівень доказовості А).

4.3.6 Цитизин

Цитизин — природний алкалоїд, що виділений із насіння рослин, таких як *cytisus laburnum* і *sophora tetraptera*. Цитизиндіє аналогічно до варенікліну, будучи агоністом $\alpha 4\beta 2$ -нікотинових ацетилхолінових рецепторів, відповідальних за підсилення дії нікотину, а також попереджує зв'язування нікотину з цими рецепторами, таким чином зменшуючи задоволення, що пов'язане із вживанням тютюну, симптомами відміни і потягом^{32,73,74}.

Табекс® доступний у формі пероральних таблеток, що містять 1.5 мг цитизину. Його виготовляє та продає болгарська компанія «Sopharma Pharmaceuticals» з 1964 р.⁷⁵. Табекс® застосовувався для припинення куріння протягом багатьох десятиліть в національних масштабах у колишніх соціалістичних країнах — Болгарії, Угорщині, Польщі, Німецькій Демократичній Республіці і Радянському Союзу, та є першим препаратом в історії людства, схваленим для цієї мети. Однак ліцензування та використання цитизину в інших країнах світу не розвивалося протягом десятиліть, зокрема через відсутність науково обґрунтованих досліджень, пізніше сумісних з Належною клінічною практикою^{73,76,77}.

Глобальний пошук препаратів для припинення куріння, продукції з високою доступністю, відповідністю, ефективністю

і безпекою у поєднанні із низькою вартістю, що підходять для масштабних втручань із припинення куріння, у рамках підтримувальних державою програм, в останній час призвів до підвищення інтересу до цитизину.

У дослідженнях цитизин розглядається як альтернатива нікотину на основі продуктів і антидепресантів, особливо в групах з низьким і середнім рівнем доходу і в культурах, де широко використовуються природні ліки⁷⁷. Курс цитизину протягом 25 днів у 5–15 разів дешевший, ніж 25-денна НЗТ⁷⁶. Подвійне сліпе рандомізоване плацебо-контрольоване дослідження цитизину для припинення куріння у працівників (n=171) із середньою залежністю в Киргизстані було опубліковано в 2008 р. На 26-му тижні 10,6% пацієнтів утримувалися від куріння в групі цитизину в порівнянні з 1,2% у групі плацебо⁷³.

У пострадянській Російській Федерації Табекс® був офіційно зареєстрований для припинення вживання тютюну в 1999 р. і відпускається без рецепта. Результати першого рандомізованого контрольованого подвійного сліпого дослідження з терапевтичної ефективності та безпеки були опубліковані в 2009 р. (n=196). Частка осіб, у яких Табекс® не виявляв ефекту при спробі кинути курити серед тих, хто приймав його, у порівнянні з групою плацебо становила 13 і 26% відповідно. Частка курців, які утримувалися від куріння протягом одного або декількох періодів, становила 50 і 30,8% відповідно. Питома вага курців, які утримувалися від куріння протягом 12 тиж або більше, становила 50 і 37,5% відповідно. Жодних побічних ефектів не зареєстровано у 70 і 84% пацієнтів обох груп відповідно⁷⁸.

Метааналіз Кокранівської асоціації визначив тільки 2 дослідження, в яких оцінювалась ефективність цитизину як терапії з припинення куріння³². Загальний показник ВР припинення порівняно з контрольним показником становив 3,98 (95% ДІ 2,01–7,87). З урахуванням цих результатів були численні заклики до поширення використання цієї терапії.

У рандомізованому контрольованому дослідженні Walker та співавтори (2014) оцінювали ефективність цитизину у порівнянні з НЗТ. Дослідження показало значно вищу безперервну абстиненцію протягом 1 міс в групі цитизину (з урахуванням ВР1,5; 95% ДІ 1,2–1,9; p=0,003)⁷⁹. Ці відмінності

залишалися значимими протягом 6 міс. Жодні відмінності між групами у показниках 7-денної абстиненції не зареєстровані через 6 міс дослідження. Аналіз підгруп виявив значно більш високий показник відмови протягом 1 міс серед жінок та відсутність суттєвої відмінності (не менша ефективність) серед чоловіків, які брали участь у дослідженні. Побічні реакції, включаючи нудоту, блювання, розлади сну, були більш широко представлені в групі цитизину порівняно з групою НЗТ.

Режим дозування, рекомендований виробником, починається з 1 таблетки (1,5 мг) кожні 2 год (до 6 таблеток на добу) з 1-го по 3-й день. Куріння потрібно зменшити; в іншому разі будуть розвиватися симптоми передозування нікотину. За відсутності потрібного ефекту лікування припиняється, і наступна спроба може бути через 2–3 міс. У випадку позитивного ефекту пацієнт продовжує з дозуванням до 5 таблеток на добу (по 1 таблетці кожні 2,5 год) з 4-го по 12-й день. Куріння має бути припинено на 5-й день. Після цього необхідно приймати до 4 таблеток на добу (по 1 таблетці кожні 3 год) з 13-го по 16-й день, потім до 3 таблеток на добу (по 1 таблетці кожні 5 год) з 17-го по 20-й день, а потім 1–2 таблетки на добу (1 таблетка кожні 6–8 год) з 21-го по 25-й день, а потім припинити лікування.

При дотриманні рекомендованої дози цитизину в дослідженнях було зареєстровано кілька побічних реакцій, схожих на такі, що виникають при НЗТ^{76,78,80}. Відповідно до періодично оновлюваних звітів з безпеки в Європі немає жодного сигналу небезпеки через серйозні несприятливі реакції на цитизин на основі мільйонів пацієнтів, що використовують цей продукт⁸⁰.

Передозування цитизину схоже на отруєння нікотинном і викликає такі реакції, як нудота, блювання, клонічні судоми, тахікардія, розширення зіниць, головний біль, загальна слабкість, параліч дихання⁸¹.

Рекомендація

- Цитизин, здається, збільшує шанси припинити куріння, однак дані обмежені трьома дослідженнями (рівень доказовості В).
- Для дослідження ефективності цього перспективного

впливу на припинення куріння необхідні подальші дослідження.

Література

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
2. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77].
3. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55.
4. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
5. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. Arch Intern Med 2009;169:2148-55.
6. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
7. Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;53(3):316-23.
8. Institute national de prevention et d'education pour la sante (INPES). La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. Mars 2004. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
9. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of Bupropion sustained release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, Nicotine Tob.Res., 2009;11(7):859-67.
10. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2001;358:1009–1010.
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
12. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI:

- 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
13. King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials, *Neuropsychopharmacology* 2012;37:641-650.
 14. Roddy, E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, *BMJ*, 2004;328: 509-511.
 15. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002; 62:Suppl.2:45-52.
 16. David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies, *Nicotine Tob Res.* 2007;9:1521-1527.
 17. Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, *CNS Drugs.* 2012;26(1):1-10.
 18. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann.Intern.Med.*, 2001;135(6):423-33.
 19. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, *Lancet* 2001;358:1009-1010.
 20. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
 21. Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, *Drug Saf.*, 2008;31(11):1017-26.
 22. Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, *Am.J.Health Syst. Pharm.*, 2008;65(17):1627-30.
 23. Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, Hyponatremia Associated with Bupropion, *Electrolyte Blood Press.* 2011;9:23-26, ISSN 1738-5997.
 24. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314-326.
 25. <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
 26. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm
 27. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., *Int J Clin Pract.* 2012;66(2):171-82.
 28. Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(2):353-363.
 29. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 1989;79:279-87.
 30. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 2007a;52:985-94.
 31. Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*, 2007b;28:316-25.
 32. Cahill K, Lindson-Hawley N, Kyla H, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103.
 33. West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371-377.
 34. Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010;2:39-48.
 35. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2006;296(1):64-71.
 36. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre - post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 2008;103:146-54.
 37. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, *Curr Med Res Opin.* 2007;23(4):793-801.
 38. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers- Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN- SEESAW Study) *Circulation Journal*, 2010;74:771-8.
 39. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chest Meeting*, October 1, 2009.
 40. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, *Circulation* 2010; 121:221-9.
 41. Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smail F., Cohen J., Quan C., McFarland N., Thabane L., Mclvor A., Zeidler J., Smieja M.,

- Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Chantix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV- Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 26, Number 1, 2012 a Mary Ann Liebert, Inc.
42. McClure J.B., Swan G.E., Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M. Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, *J Subst Abuse Treat.* 2010;38(4):394-402.
 43. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yufnis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013 Sep 17;159(6):390-400.
 44. Kishi T1, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;265(3):259-68.
 45. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507-2520.
 46. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery
 47. Fagerstrom K., Gilljam H., Metcalfe M., Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, *BMJ* 2010;341:c6549.
 48. Ebbert J.O., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, *Nicotine & Tobacco Research*, 2010;12(10):1037-1040.
 49. Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):572-576.
 50. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med.* 2013 May 29;11:140.
 51. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med.* 2014 Oct 8;12:172.
 52. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Irlus EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.
 53. Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A. Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, *Am J Prev Med.* 2010;38(5):482-490.
 54. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther.* 2009;31:463- 491.
 55. Leung L.K. Patafio F.M. Rosser W.W. Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, *Clinical Pharmacology* 2011;11:15.
 56. Singh S., Loke Y.K., Spangler J.K., Furberg K.D. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, *CMAJ.* 2011;183(12):1359-66.
 57. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation.* 2014;129(1):28-41.
 58. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
 59. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix, July 21 2011. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
 60. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, *Drug Saf.* 2009;32:499-507.
 61. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebo controlled clinical trials of Varenicline, *Drug Saf.*, 2010;33(4):289-301.
 62. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, Moeny D, Ouellet-Hellstrom RP, Coster TS. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. *Addiction.* 2013;108(1):203-10.
 63. Thomas KH1, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ.* 2013;347:f5704.
 64. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo- controlled, randomized study. *Respirology.* 2009;14:384-392.
 65. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2009;3:287-308.
 66. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004; Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
 67. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther.* 1993;54:670-679.
 68. Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington; 2007. Available from: www.moh.govt.nz

- govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines [Accessed Nov, 2010]
69. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(5):433-40.
 70. Dhippayom T, Chaikunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, *Drug Saf.* 2011;34(3):199-210.
 71. http://www.treatobacco.net/en/page_36.php
 72. Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *CLINICS* 2011;66(1):65-71.
 73. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation.* 2008;3(1):57-62.
 74. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep.* 2006;58(6):777-798.
 75. www.tabex.bg
 76. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553-1559.
 77. Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytosine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011;11:880.
 78. Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovanoe kontroliruemoe issledovanie effektivnosti preparata Tabeks® pri lechenii tabachnoy zavisimosti. [A randomized controlled study of the efficacy of Tabex® (Cytisine) for treatment of tobacco craving] / *Voprosy narkologii.* 2009;N:13-22.
 79. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014 Dec 18;371(25):2353-62.
 80. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med.* 2011; 365(13):1193-200.
 81. Musshoff F, Madea B. Fatal cytosine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int.* 2009;186(1-3):e1-4.

4.4 Індивідуалізовані схеми лікування

У клінічній практиці ми приймаємо рішення щодо вибору лікарського засобу і дозування на основі опублікованої

літератури, а також на власному клінічному досвіді. В даний час визнано, що існують обмеження на стандартні дози або схеми з фіксованими дозами у більшості препаратів, що використовуються в клінічній практиці припинення куріння. В результаті лікарі повинні застосовувати свої навички і знання, щоб індивідуалізувати дозування препарату для пацієнтів, які лікуються з приводу відмови від використання тютюну і нікотинової залежності.

Існують можливості підвищення показників абстиненції від куріння і послаблення симптомів абстиненції за допомогою комбінацій фармакотерапії, які довели свою ефективність в якості монотерапії.

Певні комбінації препаратів першої лінії є більш ефективними, ніж монотерапія, такі як: довгостроковий (тобто понад 14 тиж) нікотинний пластир в поєднанні з нікотиновою жувальною гумкою або нікотинний назальний спрей, нікотинний пластир + нікотинний інгалятор з паровою фазою, і нікотинний пластир + бупропіон SR^{1,2}. Залишається незрозумілим, чи перевага комбінованої терапії досягається через використання двох типів систем доставки, чи у зв'язку з тим, що дві системи доставки мають тенденцію виробляти більш високі рівні нікотину в крові. Здається, що комбінована фармакотерапія або вищі дози НЗТ більш ефективно полегшують симптоми відмови від нікотинової залежності, особливо у більш залежних курців¹. У реальному житті фахівці часто поєднують лікарські засоби. Для пацієнтів з тяжкою тютюною залежністю, комбінована терапія і часте використання трьох або більшої кількості препаратів одночасно є прийнятними. Для пацієнтів з частковою реакцією на початковий препарат наступна індивідуалізація схеми терапії може бути необхідна для досягнення абстиненції. Наприклад, якщо пацієнт зменшив куріння за допомогою варенікліну в дозі 1 мг 2 рази на добу і добре сприймає препарат, доза може бути підвищена до прийняття 1 мг 3 рази на добу. Інша ситуація, що вимагає творчого підходу,— це коли курець, який кинув курити за допомогою нікотинного пластиру і короткострокової НЗТ, відчуває збільшення вираженості симптомів відмови на початку вечора. Додавання 14 мг пластиру в кінці дня може послабити вечірні симптоми відмови^{2,3}.

Для кращого усунення симптомів відміни, які недостатньо контролюються на початковому етапі лікування варенікліном, Hurt та співавтори застосовували терапію нікотинним пластиром в програмі стаціонарної реабілітації курців, які отримували вареніклін, бо пацієнти повинні були кинути курити при включенні до програми, а для лікування варенікліном необхідно кілька днів, щоб досягти стійкого стану концентрації⁵.

4.4.1. Комбінація видів фармакотерапії

4.4.1.1. Загальні принципи комбінованої фармакотерапії

Два основних типи комбінованої фармакотерапії досліджувались на предмет підвищення показника абстиненції серед курців: (1) терапія з використанням різних НЗТ і різних фармакокінетичних характеристик (наприклад, нікотинний пластир і нікотинна жувальна гумка); або (2) терапія з використанням двох препаратів, які мають різні механізми дії, такі як бупропіон SR і НЗТ.

Комбінована терапія з використанням двох різних препаратів дає можливість отримати терапевтичний синергізм за допомогою ліків з різними механізмами дії або різними терапевтичними властивостями. Наприклад, комбінація варенікліну і бупропіону SR об'єднує ефективність варенікліну з можливістю бупропіону SR попереджувати збільшення маси тіла після припинення куріння. Крім того, комбінація різних форм НЗТ забезпечує стабільний базовий рівень нікотину з НЗТ SR (тобто нікотинного пластиру) з можливістю періодичного підвищення рівня нікотину з негайним вивільненням НЗТ (нікотинна жувальна гумка, пастилки, інгалятор або назальний спрей) у відповідь на симптоми відміни.

Застосування комбінованої фармакотерапії залишається спірним і недостатнім. Тільки поєднання НЗТ (тобто більше ніж один тип НЗТ) і поєднання бупропіону SR з нікотинним пластиром було схвалене FDA для припинення куріння.

4.4.1.2. Поєднання нікотинозамісної терапії

Два типи комбінованої НЗТ, які були описані, є послідовними й одночасними. Теоретично послідовна терапія може забезпечити початкове стабільне дозування нікотину для

досягнення абстиненції (тобто нікотинний пластир), а потім періодично імпровізувати дозування для запобігання рецидиву. Тим не менш, для підтримки послідовної терапії існує мало даних.

Відносно більше даних отримано стосовно одночасного використання декількох типів НЗТ (тобто супутньої терапії). Ця формула дозволяє пасивне надходження нікотину, з НЗТ SR (тобто нікотинним пластиром) і активне застосування короткострокової НЗТ на власний розсуд (тобто жувальної гумки, пастилок, інгаляторів і назального спрею). Комбінація забезпечує переваги високої прихильності до лікування нікотинним пластиром і дає курцям можливість впоратися з гострою тягою й усунути симптоми відмови шляхом самостійного застосування короткострокової НЗТ⁶.

НЗТ + пароксетин

У подвійному сліпому дослідженні Killen та співавтори досліджували ефективність лікування з припинення куріння з поєднанням НЗТ у формі трансдермальної системи з антидепресантом пароксетином. Курці були рандомізовані в одну з трьох груп: трансдермальна система і плацебо, трансдермальна система і 20 мг пароксетину і трансдермальна система і 40 мг пароксетину. Трансдермальне лікування проводили 8 тиж; прийом пароксетину або плацебо продовжувався 9 тиж. При подальшому спостереженні показник абстиненції у всіх учасників істотно не відрізнявся, але аналіз підгрупи прикріплених пацієнтів на 4-му тижні виявив статистично важливу різницю між групами пароксетину і контрольною групою⁷.

Нікотинний пластир + жувальна гумка

Пластир застосовується щоденно, а також може бути використаний в поєднанні з нікотинною жувальною гумкою. Пероральні НЗТ мають короткострокову дію та можуть використовуватися для забезпечення звільнення від потягу в міру необхідності. Пероральні засоби НЗТ короткострокової дії можна застосовувати щодня або з перервами.

Дослідження з оцінки поєднання нікотину і нікотинної жувальної гумки показали, що поєднання перевершує результати монотерапії, забезпечуючи кращі показники

абстиненції на 12-й і 24-й тижень^{8,9}. Результати комбінованої терапії продемонстрували показник нікотинової абстиненції на рівні 34% в порівнянні з тільки 24% у разі 12-тижневої монотерапії за допомогою нікотинового пластиру, відповідно 28% у групі комбінованої терапії в порівнянні з 15% на 24-й тижень у групі монотерапії із застосуванням нікотинового пластиру¹⁰. Схеми лікування, які поєднують нікотинову жувальну гумку і нікотиновий пластир і тривають 3–6 міс, повинні бути розглянуті для пацієнтів з тяжким та/чи тривалим синдромом відміни нікотину, для яких не існує інших терапевтичних рішень¹¹.

Нікотиновий пластир + нікотиновий спрей

Комбінована терапія з використанням нікотинового пластиру і назального спрею, яка вивчалася у відкритому дослідженні за участю 1384 курців, рандомізованих для лікування з використанням нікотинового пластиру і назального спрею або будь-якої монотерапії, продемонструвала значно вищі показники нікотинової абстиненції на 6-й тижень в порівнянні з монотерапією¹². У плацебо-контрольованому дослідженні нікотиновий пластир і назальний спрей показали кращі результати у порівнянні з нікотиновим пластиром і плацебо назального спрею і при короткостроковому (6 тиж і 3 міс) і при довгостроковому (12 міс) спостереженні¹³.

Нікотиновий пластир + нікотиновий інгалятор

Значно вища частота випадків відмови від куріння спостерігалася при застосуванні нікотинового пластиру й інгалятору на 6-й і 12-й тижень в порівнянні із застосуванням тільки інгалятору в плацебо-контрольованому рандомізованому дослідженні за участю 400 осіб. Пацієнти були розподілені в групу 1 (n=200), яка отримувала інгалятор + нікотиновий пластир (дозування 15 мг нікотину за 16 год) протягом 6 тиж, потім інгалятор + плацебо нікотинового пластиру протягом 6 тиж, потім тільки інгалятор протягом 14 тиж, і в групу (n=200), яка отримувала нікотиновий інгалятор + плацебо нікотинового пластиру протягом 12 тиж, потім інгалятор протягом 14 тиж¹⁴. Загалом поєднання НЗТ добре переноситься, і побічні реакції порівнянні з очікуваними побічними реакціями кожного препарату окремо^{2,3}.

Нікотиновий пластир + бупропіон

Бупропіон в комбінації з нікотиновим пластиром є більш ефективним, ніж лише нікотиновий пластир, тому що вони мають різні механізми дії⁷. Слід починати з бупропіону в стандартних дозах протягом перших 2 тиж і додавати нікотиновий пластир на дату, встановлену як день припинення куріння. Бупропіон приймають загалом 7–12 тиж. Оптимальна тривалість лікування нікотиновим пластиром в комбінованій формулі становить від 3 до 6 міс¹¹. У 4 групах подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження частота абстиненції на 12-й місяць становила 35,5% у групі застосування комбінованої терапії (нікотиновий пластир і бупропіон), порівняно з 30,3% у групі, яка приймала тільки бупропіон, 16,4% у групі, яка користувалася тільки нікотиновим пластиром, і 15,6% у групі плацебо¹¹. Jorenby та співавтори здійснили довільний розподіл учасників в одну з трьох груп: тільки бупропіон, тільки нікотиновий пластир, або бупропіон + нікотиновий пластир. Учасники контрольної групи отримували плацебо таблетки і плацебо нікотиновий пластир. Біохімічно підтверджені показники абстиненції на 12-й місяць становили 15,6% у групі плацебо, 16,4% у групі нікотинового пластиру, 30,3% у групі бупропіону (p<0,001) і 35,5% у групі, що одержувала і бупропіон, і нікотиновий пластир (p<0,001). Показники абстиненції були вищими у групі комбінованої терапії, ніж у групі, яка приймала тільки бупропіон, але різниця не була статистично значущою¹⁵.

В цілому дані літератури дозволяють припустити, що комбінована терапія з бупропіоном SR та НЗТ підвищують частоту короткострокової абстиненції. Метааналіз Настанови Служби суспільної охорони США показує, що при застосуванні бупропіону SR з нікотиновим пластиром існує несуттєва тенденція підвищення показника довгострокової абстиненції (≥6 міс) в порівнянні з тільки нікотиновим пластиром [BP 1,3; 95% ДІ 1,0–1,8]¹. Такий же висновок був зроблений в недавньому огляді Кокранівської асоціації¹⁶. У плацебо-контрольованих дослідженнях оцінювали комбінації бупропіону SR (300 мг) з нікотиновим пластиром (21 мг), нікотиновою жувальною гумкою (2 мг) і когнітивно-поведінковою терапією у 51 пацієнта. Додавання бупропіону SR покращило основний показник зменшення куріння (≥50%)

на 12-й і 24-й тиждень і показник безперервного утримання від куріння на 8-й тиждень¹⁷.

У дослідженні за участю 1700 курців виявлено, що комбінована терапія з бупропіоном SR і нікотинівим інгалятором перевершує застосування кожного препарату окремо¹⁸.

У широкомасштабному дослідженні ефективності при основному лікуванні бупропіон SR і пастилки перевершують всю монотерапію (тобто пастилки, пластир, бупропіон SR)¹⁹.

Нортриптилін + НЗТ

Метааналіз досліджень з оцінки ефективності нортриптиліну і НЗТ в порівнянні з НЗТ показує, що дані для підтвердження підвищення частоти відмови від куріння із застосуванням комбінованої терапії (BP 1,21; 95% ДІ 0,94–1,55) є недостатніми¹⁶.

Вареніклін + НЗТ

Також дивіться розділ 4.3.3.3. Виходячи з даних дослідження фармакокінетики,²⁰ Ebbert та співавтори²¹ висунули гіпотезу, що: (1) вареніклін неповністю насичує нікотинові ацетилхолінові рецептори, що призводить до неповної реакції «задоволеності» і неповного блокування стимуляції куріння, що триває; (2) вареніклін неповністю замінює дофамінергічний ефект від куріння, що призводить до продовження потягу до куріння. Тому автори вважали, що деяким курцям може бути потрібна НЗТ додатково до варенікліну для послаблення потягу і потреби у курінні і для надання курцям можливості досягнути повної абстиненції. Маючи великий досвід роботи з комбінованою терапією з використанням варенікліну і НЗТ у 8-денній програмі стаціонарного лікування у Центрі нікотинової залежності клініки Мейо, автори радять використовувати НЗТ для послаблення симптомів відміни, коли курцям підвищують дозу варенікліну. Жодного збільшення вираженості побічних ефектів не виявлено в порівнянні з курцями, які лікувалися в тій самій програмі, до вивільнення варенікліну. Тим не менше, ці дослідники припускають, що результати даного дослідження не можуть застосовуватися до інших груп пацієнтів і їх слід тлумачити з обережністю.

У клінічному дослідженні вивчалось, чому курці, які отримують комбіновану терапію для припинення куріння, більш схильні кинути курити, ніж ті, які отримують або один препарат (монотерапія), або плацебо. Дані, зібрані у 1504 курців, рандомізованих за однією з 6 умов фармакотерапії (плацебо, нікотиновий пластир, нікотинові пастилки, бупропіон, нікотиновий пластир і нікотинові пастилки, та бупропіон і нікотинові пастилки), показали, що комбінована терапія забезпечує більш високі показники абстиненції, ніж монотерапія, внаслідок зменшення вираженості симптомів відміни, потягу і передчуття куріння²².

Loh, Piper та співавтори вивчали питання, чи слід завжди застосовувати комбіновану фармакотерапію у курців, оскільки у деяких типів курців відмічають малу користь чи її відсутність комбінованої фармакотерапії в порівнянні з монотерапією. Вони дійшли такого висновку: поєднання фармакотерапії в цілому більш ефективно, ніж монотерапія, за винятком однієї групи курців (з низькою нікотиновою залежністю), які не мають великої користі від використання комбінованої фармакотерапії. Застосування монотерапії у таких курців може бути виправдане з урахуванням витрат і побічних реакцій комбінованої фармакотерапії²³.

Ця ефективність вивчалась у 3 нових рандомізованих контрольованих дослідженнях²⁴⁻²⁶. Наєк та співавтори не виявили підвищення показників відмови від куріння серед пацієнтів, які приймали вареніклін + НЗТ, в порівнянні з тими, хто приймав тільки вареніклін, однак це дослідження обмежено розміром вибірки (n=117)²⁴. У РКД, яке проводили Ramon та співавтори, 341 курець, які викурювали 20 або більше сигарет на день, були рандомізовані для отримання варенікліну + НЗТ – нікотиновий пластир, або варенікліну + плацебо нікотинового пластиру протягом 12 тиж: обидві групи отримали поведінкову підтримку²⁵. Загалом виявлено невелике, але статистично не значуще підвищення показника абстиненції в групі варенікліну + НЗТ. Субаналізи зареєстрували значно вищий рівень абстиненції серед осіб, які курили 29 або більше сигарет, в комбінованій терапії протягом 24 тиж (BP 1,46; 95% ДІ 1,2–2,8). У другому РКД (n=435) з вивчення ефективності варенікліну у монотерапії проти варенікліну в поєднанні з НЗТ було виявлено, що

комбінована терапія дійсно пов'язана з більш високими темпами відмови від куріння протягом 12 тиж (ВР 1,85; 95%ДІ 1,19–2,89; $p=0,007$) і 24 тиж спостереження (49,0% порівняно з 32,6%; ВР 1,98; 95% ДІ 1,25–3,14; $p=0,004$)²⁶. Автори також зафіксували високу частоту випадків розвитку нудоти, порушення сну, депресії, реакцій на шкірі, запорів, проте тільки показник шкірних реакцій досяг статистичної значущості.

Для більш глибокого розуміння значення комбінованої терапії з варенікліном і НЗТ і можливості рекомендувати її для лікування певних підгруп пацієнтів потрібні додаткові дослідження. Комбінована терапія може розглядатися для використання в пацієнтів, які мають труднощі в досягненні повної абстиненції з монотерапією, визнаючи, що в даний час наявні дані є недостатніми.

Вареніклін + бупропіон SR

Оскільки вареніклін і бупропіон мають різні механізми дії, вони іноді використовуються в поєднанні, зокрема, у курців, які раніше кинули курити за допомогою монотерапії бупропіону, але відчували труднощі під час процесу відмови. Пілотне дослідження цієї комбінації продемонструвало відмінну ефективність і високу толерантність, і це дає привід вважати, що поєднання варенікліну і бупропіону SR може бути ефективним для підвищення показника відмови від куріння порівняно з показниками, які відмічають при монотерапії³.

Рекомендації

- Для лікування нікотинної залежності була показана ефективність 5 комбінацій препаратів першої лінії, проте в даний час немає достатніх даних для розробки рекомендацій для всіх 5 комбінацій. В даний час тільки поєднання НЗТ і нікотинного пластиру з бупропіоном були схвалені FDA для припинення куріння²³. Тому клініцисти можуть розглядати питання про використання цих комбінацій лікарських засобів зі своїми пацієнтами, які бажають кинути курити.
- Ефективні комбінації препаратів:
 - довгострокове використання (>14 тиж) нікотинного

пластиру та інших НЗТ (жувальна гумка, спрей) (рівень доказовості А);

- нікотинний пластир і нікотинний інгалятор (рівень доказовості В);
- нікотинний пластир і бупропіон SR (рівень доказовості А).
- Немає жодних протипоказань до застосування варенікліну в поєднанні з НЗТ (рівень доказовості В).
- Може бути користь від поєднання НЗТ і варенікліну, зокрема, серед затижних курців, проте результати неоднозначні. Додаткові дослідження необхідні для підтримки ефективності цього підходу в якості стандартної практики (рівень доказовості С).

Література

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
3. Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010;70(6):643–650.
4. Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones, J.Consult.Clin. Psychol., 2011;79(1):34-42.
5. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009;59:314-326.
6. Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. Arch Intern Med. 1999;159:2033-8.
7. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, J Consult Clin Psychol. 2000;68:883-9.
8. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, Tob Control. 1995;4:231-5.
9. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G.

- Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Prev Med.* 1995; 24(1):41-7.
10. Kornitzer, M, Boutsen, M, Dramaix, M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial. *Prev Med.* 1995;24:41-47.
11. Trofor A., Mihalţan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iaşi, 2010, www.srp.ro.
12. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting. *Nicotine Tob Res.* 2003;5(2):181-7.
13. Blandal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up, *Br Med J.* 1999;318:285-8.
14. Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation, *Arch Intern Med.* 2000;160:3128-3134.
15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained- release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med.* 1999;340:685-691.
16. Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, *Cochrane Database Systematic Reviews* 2014; 1:Art. No. CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
17. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week doubleblind, placebo- controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia, *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(4):380-6.
18. Croghan IT, Hurt RD, Dakhil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ, et al. Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention, *Mayo Clin Proc.* 2007;82(2):186-95.
19. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics, *Arch Intern Med.* 2009;169(22):2148- 55.
20. Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers, *J Clin Pharmacol.* 2006;46(12):1439-48.
21. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):572-6.
22. Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression. *Nicotine Tob. Res.* 2012;80(1):54-65.
23. Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. *Nicotine Tob. Res.* 2012;14(2):131-41.
24. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med.* 2013 May 29;11:140.
25. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med.* 2014 Oct 8;12:172.
26. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Irušen EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.

4.4.2 Рекомендації щодо продовження терміну лікування

У деяких пацієнтів довша, ніж зазвичай рекомендується, тривалість лікування виявилась корисною.

Тривала нікотинозамісна терапія

Побування з приводу можливого звикання, викликаного НЗТ, не є виправданими. Навпаки, збільшення тривалості такої терапії може виявитися доречним для здоров'я, тому що при будь-якій спробі припинення куріння часто відмічають передчасні рецидиви.

Дослідження показали вищі показники абстиненції при тривалому використанні нікотинової жувальної гумки у порівнянні з короткостроковим лікуванням, і показник 15– 20% серед тих, хто використовував нікотинову жувальну гумку протягом ≥ 12 міс¹. Дослідження здоров'я легень показало, що близько однієї третини осіб з ХОЗЛ з довгостроковою абстиненцією користувалися нікотиною жувальною гумкою до 12 міс (і деякі навіть до 5 років) без зареєстрованих серйозних побічних реакцій².

У схемі нестратифікованої блочної рандомізації з малою вибіркою 568 учасників були рандомізовані на групи, які отримували нікотинний пластир 21 мг протягом 8 тиж, і плацебо протягом 16 тиж або розширену терапію (21 мг нікотинного пластиру протягом 24 тиж). Нікотинний пластир протягом 24 тиж підвищував біохімічно підтвержену моментну поширеність абстиненції і безперервну абстиненцію на 24-й тиждень, зниження ризику рецидиву і збільшення ймовірності одужання після рецидиву в порівнянні з лікуванням нікотинним пластиром протягом 8 тиж³.

Нікотиновою жувальною гумкою і нікотинним пластиром можна користуватися протягом понад 6 міс з хорошими результатами, особливо у тих пацієнтів, які повідомляють про тривалий синдром відмови.

FDA схвалило застосування НЗТ протягом терміну понад 6 міс, оскільки вона не має жодних ризиків¹. Використання нікотинової жувальної гумки забезпечує кращий контроль за масою тіла після відмови від куріння. Існує кореляція між дозою фармацевтичного нікотину і збільшенням маси тіла (чим вища доза нікотину в заміннику нікотину, тим менше збільшення маси тіла)¹.

Незначна кількість осіб дійсно можуть стати залежними від продуктів — замінників нікотину. Але насправді деякі колишні курці можуть продовжувати використовувати їх протягом одного року або навіть більше, тому що вони бояться потерпіти невдачу і повернутися до куріння¹. Всього 402 учасники завершили програму лікування, яка тривала 12 тиж і включала групове консультування, НЗТ і бупропіон. Учасники, незалежно від статусу курця були рандомізовані на: (1) стандартне лікування (стандартне лікування; без подальшого лікування); (2) тривала НЗТ (Т-НЗТ; 40 тиж нікотинової жувальної гумки за необхідності); (3) тривала когнітивно-поведінкова терапія (Т-КПТ, 11 когнітивно-поведінкових сеансів протягом 40-тижневого періоду); або (4) Е-ТОС + Е-НЗТ (Е-комбінований; 11 когнітивно-поведінкових сеансів + 40 тижнів нікотинової жувальної гумки за необхідності). Автори погодилися з перевагами тривалих процедур, які можуть виробляти високі і стійкі темпи абстиненції⁴.

Тривале лікування варенікліном (Чемпікс™)

Лікування варенікліном протягом понад 12 тиж є безпечним, добре переноситься і забезпечує більш високий показник довгострокової абстиненції, значно знижуючи ризик рецидиву.

Вареніклін можна приймати як ефективний засіб лікування нікотинової залежності, протягом 24 тиж, з доброю толерантністю, особливо у тих пацієнтів, у яких потяг до куріння повертається після перших 12 тиж лікування. Вареніклін є першим препаратом, який довів, що має істотну довгострокову дію проти рецидиву. Відповідно до Tonstad та співавторів, 70,6% пацієнтів у групі варенікліну кинули курити протягом 13–24 тиж у порівнянні з 49,8% у групі плацебо; відповідно 44% проти 37,1% утримувалися від куріння 25–52 тиж⁵.

Тривале лікування бупропіоном

Тривалість лікування бупропіоном може бути продовжена понад 7–9 тиж стандартного лікування з хорошою ефективністю як щодо показника абстиненції в кінці лікування і при наступному спостереженні, так і щодо запобігання рецидивам. У рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні, в якому 784 здорових курці приймали 300 мг бупропіону протягом 7 тиж з подальшим 45-тижневим додатковим лікуванням бупропіоном проти плацебо, хороше співвідношення абстиненції було виявлено через 52 тиж у групі бупропіону (55,1%) порівняно з 42,3% у групі плацебо. Ця частка залишалася незмінною протягом подальшого спостереження на 78-му тижні (47,7% в групі бупропіон порівняно з 37,7% у групі плацебо, $p=0,034$), але різниця стала несуттєвою при відвідуванні на 104-му тижні завершення дослідження (41,6% у групі бупропіону порівняно з 40,0% у групі плацебо). Рецидиви відбувалися в середньому на 156-й день у групі бупропіону в порівнянні з 65 днями у групі плацебо ($p=0,021$), це факт, який, без сумніву, свідчить на користь більш тривалих термінів лікування бупропіоном⁶. Сох та співавтори довільно розподілили абстинентних курців, які приймали бупропіон протягом 7 тиж, у групи, одна з яких продовжила прийом бупропіону протягом одного року, а інша приймала плацебо⁷. У групі, яка приймала

бупропіон, виявлено більш високий рівень абстиненції наприкінці лікування порівняно з групою, яка приймала плацебо, але жодної різниці не виявлено через рік. Killen та співавтори лікували курців протягом 12 тиж у відкритому дослідженні з використанням бупропіону, нікотинового пластиру і щотижневого тренінгу з профілактики рецидиву⁸. Всім учасникам були запропоновані 4 сеанси з профілактики рецидивів з подальшим прийомом бупропіону чи плацебо бупропіону протягом ще 14 тиж. Через рік у показниках абстиненції не виявлено жодної різниці.

При необхідності фармакологічне лікування може бути продовжено на більший строк, ніж це зазвичай рекомендується. Загальновизнано, що найбільший вплив на показники абстиненції має терапія із застосуванням нікотинового пластиру і будь-яка інша НЗТ на вибір¹.

Література

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.
2. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. *Am J of Med.* 1999;106(4):410-416.
3. Schnoll R.A., Patterson.F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, *Ann Intern Med.* 2010;152:144-151.
4. Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz.R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, *Addiction*,2009;104(6):1043-52.
5. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P.,MD, PhD, Hajek P.,Phd, Williams K.E.,Phd, Billing C.B., MS, Reeves R.K.,MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, *JAMA*, 2006;296(1):64-71.
6. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D.,Buist A.S.,Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann. Intern. Med.*, 2001;135(6):423-33.
7. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. *J Natl Cancer Inst.*, 2012;104(4):290-8.28.
8. Killen JD, Fortman SP., Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C.,

Cromp D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, *J. Consult Clin Psychol.* 2006;74(2):286-94.

4.5 ▶ Найвні докази для інших видів підтримки припинення куріння

Існують численні підходи, щоб підтримати припинення вживання тютюну з недоведеною ефективністю, але на основі вакцин, ліків і немедикаментозних факторів. Заходи, що підлягають науковим дослідженням, які досі не дали позитивних переконливих доказів, протягом, щонайменше, 6 міс спостереження від початку лікування, наведені нижче.

Вакцини

Три антинікотинові вакцини в даний час проходять клінічні дослідження¹. Огляд доступних 5 клінічних досліджень I/II фази з використанням вакцини проти нікотину виявив підвищення показника абстиненції тільки в невеликих групах курців з особливо високими титрами антитіл. Було зроблено висновок про можливість існування недоліків в основних моделях залежності тварин і необхідність кращого розуміння процесів, що призводять до залежності².

У другому огляді Кокранівської асоціації було зроблено висновок, що немає жодних доказів на підтримку використання вакцини для сприяння припиненню куріння. Необхідні подальші дослідження³.

Ацетат срібла

Огляд рандомізованих досліджень ацетату срібла, який пропонується на ринку для припинення куріння, показав відсутність ефекту⁴.

Нікобревін

Огляд рандомізованих довгострокових досліджень з оцінки ефективності Нікобревіну, патентованого засобу, який випускається як допомога у припиненні куріння, не дав жодних підтверджень, що він може сприяти припиненню куріння⁵.

Лобелін

Огляд досліджень лобеліну, часткового нікотинового агоніста, який використовується у препаратах, що пропонуються на ринку, для підтримки відмови від куріння, не дав жодних позитивних підтверджень, що він може сприяти довгостроковому припиненню куріння⁶.

Анксиолітики

Огляд ефективності анксиолітичної фармакотерапії лікарськими засобами, такими як діазепам, доксерпін, мепробамат, ондансетрон, і блокаторами бета-адренорецепторів, такими як метопролол, окспренолол і пропранолол, для підтримки довгострокової відмови від куріння не виявив переконливих доказів будь-якого позитивного ефекту, хоча можливий ефект не виключений⁷.

Опіїдні антагоністи

Огляд наявних даних про ефективність опіїдних антагоністів, в тому числі налоксону і налтрексону, для сприяння довгостроковому припиненню куріння не виявив якихось певних результатів, була внесена пропозиція про необхідність нових і більш значних досліджень⁸.

Мекаміламін

Огляд досліджень з використанням нікотинового антагоніста мекаміламіну, також у поєднанні з НЗТ, показав необхідність підтвердження наявних доказів у більш широких дослідженнях⁹.

Габапентин

У попередньому дослідженні з перевірки концепції оцінки ефективності габапентину для лікування тютюнової залежності було виявлено, що габапентин, який застосовується в стандартному дозуванні, малоефективний щодо показника вживання тютюну¹⁰.

Антагоністи рецептора CB1

Огляд трьох досліджень з метою виявлення, чи антагоністи рецептора CB1 (в даний час рімонабант і таранабант) сприяють збільшенню числа осіб, які відмовляються від

куріння, а також оцінки їх впливу на зміну маси тіла залежно від успіху припинення, виявив позитивні докази, однак розробка цих препаратів була припинена виробниками у 2008 р.¹¹.

Таблетки глюкози

У рандомізованому дослідженні ефективності таблеток глюкози для сприяння припиненню куріння з метою оцінки, чи поліпшують таблетки глюкози 6-місячну безперервну абстиненцію в порівнянні з низькокалорійними таблетками плацебо, не виявлено жодного суттєвого впливу таблеток глюкози порівняно із солодкими таблетками. Тим не менш, дослідники стверджують, що можливість ефекту в якості доповнення до НЗТ або бупропіону заслуговує на вивчення¹².

Немедикаментозне лікування

Втручання партнера

Огляд наявних 57 статей на тему залучення партнера в якості засобу для досягнення довгострокового ефекту припинення вживання тютюну не призвів до жодних певних висновків і було рекомендовано продовжувати дослідження¹³.

Фінансові ініціативи

Огляд 17 досліджень конкурсів, матеріальних чи фінансових стимулів щодо підсилення бажання припинення куріння не виявив певних доказів підвищення довгострокових показників припинення¹⁴. Автори дійшли висновку, що стимули підвищують частоту випадків відмови від куріння, коли вони поєднуються зі змішаними результатами, що документально підтверджені під час довготривалого припинення. Заохочувальні заходи, застосування яких перевірено серед вагітних курців, покращили частоту припинення в кінці вагітності та післяпологовий період.

Заходи на основі фізичних вправ

Огляд досліджень з оцінки ефективності заходів на основі фізичних вправ для припинення куріння виявив, що тільки одне з 20 розглянутих досліджень показало позитивний вплив фізичних вправ на основі спостереження протягом року. Інші розглянуті дослідження мали недоліки, тому

проведення подальших досліджень впливу фізичних вправ не рекомендовано¹⁵.

Гіпнотерапія

Огляд 11 рандомізованих контрольованих досліджень ефективності гіпнотерапії, яка пропонувалася як метод допомоги відмови від куріння, показав суперечливі результати і не представив доказів, що гіпнотерапія може бути настільки ж ефективним, як лікування консультуванням¹⁶.

Акупунктура, лазерна й електростимуляція

Огляд 38 звітів про результати рандомізованих досліджень ефективності акупунктури і суміжних методів акупресури, лазерної терапії й електростимуляції, які просуваються як лікування нікотинової залежності, не виявив переконливих доказів ефективності цих заходів для припинення куріння, проте жодних остаточних висновків зроблено не було, і рекомендовані подальші дослідження із застосуванням частої або безперервної стимуляції¹⁷.

Аверсивна стимуляція

Огляд 25 досліджень з оцінки ефективності швидкого куріння та інших аверсивних методів припинення куріння і з'ясування можливих наслідків ефекту дози залежно від рівня аверсивної стимуляції не виявив достатніх доказів, щоб визначити ефективність швидкого куріння або наявність ефекту дози на аверсивну стимуляцію¹⁸.

Рекомендації

- Ефективність нетрадиційних методів лікування, таких як гіпноз, акупунктура, фітотерапія, попередження і лікування хвороби гомеопатичними засобами ще не була продемонстрована належним чином, і фахівці не рекомендують такі методи лікування.
- З огляду на безпеку таких процедур, якщо будь-який пацієнт звертається за такою терапією, медпрацівник може відмовляти його, але рекомендується це не забороняти через небезпеку, що курець може відмовитися від традиційної медицини.
- Поєднання традиційної та нетрадиційної медицини в

більшості випадків краще, ніж використання тільки нетрадиційних засобів.

Література

1. Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. *Drug Des Devel Ther.* 2011;5:211-224.
2. Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. *Drugs.* 2012;72(4):e1-16.
3. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
4. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.
5. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
6. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.
7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
8. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
9. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.
10. Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(3):300-4.
11. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4.
12. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl).* 2010 Jan;207(4):631-5.
13. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.

14. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R, Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
15. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
16. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
17. White AR, Ramesh H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
18. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2.

Електронні сигарети

Е-сигарети або «електронні сигарети» є пристроями на батарейках, які випускають тепло і пару від рідкого розчину, що, як правило, містить гліцерин і пропіленгліколь, ароматизатори та добавки+. Одноразові картриджі, які містять рідину, використовуювану в електронних сигаретах, пропонуються в формах без нікотину і з вмістом нікотину. Ці продукти є у продажу і можуть рекламуватись як альтернатива сигаретам, і як продукт, що сприяє припиненню куріння.

Існують, однак, побоювання, що електронна сигарета стала зараз продуктом долучення до тютюну, продуктом для споживання в зоні для некурців. З одноразовими картриджами електронні сигарети стали більш економічними, ніж звичайні сигарети з нікотинним димом, з розрахунку на дозу, що споживається, й експерименти молоді з електронними сигаретами стають все більш поширеними по всій Європі².

Ефективність

У системному огляді Кокранівської асоціації були розглянуті наявні докази щодо ефективності електронних сигарет у відмові від куріння або зменшення куріння³. В огляді вивчалися загалом 24 дослідження, включаючи 2 РКД та 21 когортне дослідження. Опубліковані результати

тільки двох РКД для електронних сигарет, в обох з яких використовуються ранні моделі електронних сигарет з низьким вмістом нікотину, і ці дослідження мають декілька методологічних обмежень. Учасники, що користувались електронною сигаретою, були більш схильні утримуватися від куріння протягом щонайменше 6 міс порівняно з учасниками з використанням плацебо електронної сигарети (BP 2,29; 95% ДІ 1,05–4,96); плацебо 4% в порівнянні з електронною сигаретою 9%³. Bullen та співавтори провели потрібне порівняння ефективності електронної сигарети (з вмістом нікотину), е-сигарети (без нікотину), і нікотинного пластиру. У дослідженні не виявлено жодної істотної відмінності між електронною сигаретою (з вмістом нікотину) і нікотинним пластиром, і обидва варіанти мали кращі результати порівняно з електронною сигаретою (без нікотину)⁴.

В умовах скорочення куріння дуже обмежені наявні дані свідчать, що люди були в змозі зменшити споживання сигарет щонайменше наполовину з нікотинном, що міститься в електронних сигаретах, в порівнянні з плацебо електронних сигарет (BP 1,31; 95% ДІ 1,02–1,68, 2 дослідження; плацебо: 27% в порівнянні з електронною сигаретою 36%) і в порівнянні з пластиром (BP 1,41; 95% ДІ 1,20–1,67, 1 дослідження; пластр: 44% в порівнянні з електронною сигаретою 61%)³. Аналогічні висновки були зроблені в когортних дослідженнях. Polosa та співавтори протестували електронні сигарети в Італії серед курців, які не бажають кинути курити, повідомляючи про істотне скорочення числа викурених за день сигарет і показник стійкої абстиненції 22,5 і 12,5% через 6 міс використання електронної сигарети⁵. В свою чергу, ці дослідження мають методологічні обмеження. Лабораторні дослідження також виявили, що електронні сигарети є ефективними в утриманні потягу до куріння у курців^{6,7}.

Існує нагальна необхідність в клінічних дослідженнях з визначення ефективності, якщо це має місце, електронних сигарет в просуванні відмови від куріння.

Безпека

Загальні викиди зважених твердих часток (ТЧ) з електронних сигарет дорівнюють приблизно 60 мкг/м³, що в 10–15

разів нижче, ніж у звичайних сигарет⁸. По кожній з різних фракцій ТЧ, (ТЧ_{1,2,5,7,10}) щільність є більш низькою (в діапазоні 6–21 раз) в електронних сигарет порівняно зі звичайними сигаретами, але рівні все ж трохи перевищують значення якості атмосферного повітря, рекомендовані ВООЗ¹.

Подібна до диму пара, яка виробляється етиленгліколем або гліцерином, є подразником при повторному контакті, але не вважається важким токсином при короткостроковому використанні+. У нещодавніх дослідженнях вивчалась токсичність ароматизаторів, які використовуються в рідинях електронних сигарет. Lerner та співавтори повідомили, що ці аерозолі викликають реакції окиснення та запалення в клітинах і тканинах легень, що може призвести до ще непередбачуваних наслідків для здоров'я¹⁰.

У трьох останніх системних оглядах повідомлялось про безпеку електронних сигарет^{3,11,12}. Farsalinos и Polosa розглянули лабораторні та клінічні дані щодо потенційного ризику використання електронної сигарети в порівнянні з подальшим використанням сигарет і дійшли висновку, що електронні сигарети є менш шкідливими в порівнянні з істотним ризиком продовження куріння¹¹. Pisinger та Dossing повідомили про перегляд 76 досліджень наслідків для здоров'я при використанні електронної сигарети. Автори дійшли висновку, що через відносно невелику кількість досліджень і методологічних питань щодо існуючих досліджень, а також невідповідність результатів опублікованих досліджень, жодні остаточні висновки не можуть бути зроблені щодо безпеки електронних сигарет¹². Автори відзначили, що попри відсутність доказів електронні сигарети не повинні розглядатися як нешкідливі.

Через відсутність надійних досліджень органи влади більшості країн забороняють рекламу цього продукту як засобу з припинення куріння.

Рекомендації

- Існує недостатньо доказів для належної оцінки ризиків для здоров'я, пов'язаних з використанням електронних сигарет (рівень доказовості В).
- Існує недостатньо доказів ефективності електронних

сигарет як засобу, що полегшує припинення куріння, щоб підтримати їх використання в якості такого засобу (рівень доказовості В).

- Відсутні докази частих або тяжких побічних ефектів, але також відсутні докази ефективності для припинення куріння, тому, у зв'язку з відсутністю досліджень, медичним працівникам не слід рекомендувати цей продукт (рівень доказовості В).
- Існує нагальна потреба в клінічних дослідженнях, щоб визначити безпеку й ефективність, якщо вони є, електронних сигарет у сприянні утриманню від куріння.

Література

1. Etter J-F. The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco? Geneva, Switzerland: Jean-Francois Etter, 2012; 1-125.
2. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco, special Eurobarometer 385. May 2012. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
3. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016. Issue 9, Art. No. CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3
4. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9905):1629-37.
5. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Campagna D, Russo C, Alamo A, et al. Effectiveness and tolerability of electronic cigarette in real-life: a 24-month prospective observational study. *Internal and Emergency Medicine* 2014;9(5):537-46.
6. Bullen C., McRobbie, H., Thornley, S., Glover, M., Lin, R. & Laugesen, M. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: Randomized cross-over trial. *Tob Control* 2010; 19: 98-103.
7. Vansickel, A. R., Cobb, C. O., Weaver, M. F. & Eissenberg, T. E. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic "cigarettes": Nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(8): 1945-53.
8. Pellegrino R.M, Tinghino B, Mangiaracina G., Marani A., Vitali M., Protano C., and M.S. Cattaruzza. Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter. *Ann Ig* 2012;24:1.
9. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: Impact on respiratory flow

- resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest* 2012;141(6):1400-6.
11. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One* 2015;10(2):e0116732.
12. Farsalinos K.E., and R. Polosa. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf.* 2014 Apr; 5(2): 67-86.
13. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med.* 2014;69:248-60.

4.6 Рекомендації для підходу до скорочення куріння

Скорочення куріння пропонується як варіант другої лінії для курців, які не хочуть або не в змозі повністю відмовитися від куріння. Скорочення куріння слід розглядати як проміжний крок на шляху до більш пізнього припинення курцями, які не можуть або не хочуть кинути курити. Метою для всіх споживачів тютюну залишається повне припинення куріння. Подвійні переваги підходу скорочення куріння:

- скорочення куріння і, таким чином, зниження хоча б деяких з ризиків, пов'язаних з курінням;
- підвищення впевненості пацієнта у його/її здатності повністю відмовитися від куріння і збільшити кількість спроб на рік.

Існували побоювання, що запропоноване деяким курцям скорочення куріння призведе до зниження показника відмови. На даний час немає даних, що підтверджують цю проблему; навіть спостерігається зворотний ефект. Огляд Кокранівської асоціації не виявив відмінностей в тому, що стосується ймовірності припинення між різкою відмовою від куріння і зниженням споживання сигарет до дати припинення, і був зроблений висновок, що пацієнтам можна дати вибір щодо припинення куріння будь-яким з цих способів¹. Більш вірогідно, що пацієнти, які не бажають припинити курити і яким було запропоновано скоротити куріння, будуть утримуватися від куріння через один рік, ніж ті, яким не було запропоновано

скоротити куріння, а було запропоновано тільки одне рішення, яке полягало у повній відмові від куріння^{3,4}.

Скорочення куріння визначалось як скорочення вживання сигарет на 50% порівняно з минулим використанням, але без повної відмови¹.

Обмежені дані (невеликих досліджень, на окремих групах пацієнтів, протягом коротких періодів спостереження) показують, що істотне скорочення куріння може знизити кілька факторів ризику серцево-судинних захворювань і поліпшити респіраторні симптоми. Скорочення куріння асоціюється з 25% зниженням тютюнових біомаркерів і частоти раку легені, а також з низьким, майже незначним, збільшенням маси тіла у новонароджених дітей матерів, що курять². Схоже, що скорочення куріння не приносить надзвичайної користі для функції легень⁵.

Скорочення куріння є терапевтичною альтернативою для курців, які поки не готові кинути курити повністю. Показник припинення куріння у групі, яка використовувала нікотинову жувальну гумку, був двічі вищий порівняно з плацебо після 3 міс і в 3 рази на 12-й місяць спостереження². Одночасне використання нікотинової жувальної гумки зі зменшенням куріння, що триває, добре переносилося, зі значним зниженням біомаркера CO₂. Дослідження ROSCAP стосовно зниження куріння в кардіологічних хворих було рандомізованим контрольованим дослідженням з оцінки ефективності стратегії скорочення куріння на зменшення шкідливого впливу тютюну. Особами, яким вдалося скоротити куріння, були, в основному, чоловіки з більш інтенсивним споживанням тютюну в порівнянні з контрольною групою⁶.

4.6.1. Скорочення куріння із заміниками нікотину

Скорочення куріння з НЗТ рекомендується тільки для нікотинозалежних курців, тобто курців з великою кількістю нікотинових рецепторів, і їх десенсибілізація є важливим фактором споживання серед тих, у кого показник нікотинової залежності за тестом Фагерстрома більше ніж 3, або навіть більше ніж 64. Скорочення куріння необхідно систематично пропонувати курцям з високою нікотиновою залежністю, з показником за тестом Фагерстрома 7 чи вище, які мають захворювання, пов'язані з курінням і не готові кинути курити.

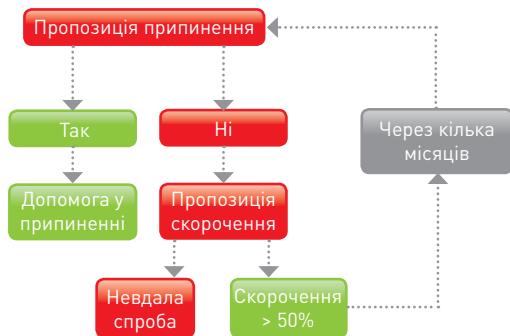
Метааналіз 7 рандомізованих контрольованих досліджень за участю 2767 курців, які спочатку не бажали кинути курити, показав, що показник абстиненції через 6 міс після початку лікування був значно вищий серед курців, які були рандомізовані для НЗТ (нікотинова жувальна гумка, інгалятор або пластир) протягом 6 міс або більше, з одночасними спробами зменшення куріння порівняно з пацієнтами у контрольній групі (9% порівняно з 5%)⁷.

НЗТ використовується в якості заміни, оскільки кількість викурених за день сигарет зменшується і тому шкідливий вплив тютюнових виробів (крім нікотину) потенційно знижується. Більше нікотину поставляється в прогресивніший спосіб, але з меншою підтримкою залежності. Вживання фармацевтичного нікотину поступово збільшуватиметься до зменшення щонайменше 50% кількості викурених сигарет і може бути збільшене, щоб сприяти припиненню (рис. 4.9).

4.6.2. Скорочення куріння з варенікліном

У недавньому звіті Ebbert та співавтори повідомили про рандомізоване подвійне сліпе контрольоване дослідження ефективності використання варенікліну серед курців, які не були готові або не були здатні кинути курити протягом найближчих 30 днів, але були готові зменшити куріння і припинити його протягом наступних 3 міс⁸. Дослідження показало, що використання варенікліну значно підвищує показник відмови від куріння наприкінці лікування і в кінці

Рисунок 4.9. Стратегія куріння «від зменшення до припинення»



періоду спостереження в порівнянні з плацебо (на 12-й місяць: 27,0% у групі варенікліну проти 9,9% у групі плацебо; різниця ризиків [PP, англ. - RD] 17,1% [95% ДІ 13,3–20,9]; ВР 2,7 [95% ДІ 2,1–3,5]).

Рекомендації

- Скорочення куріння підвищує ймовірність майбутньої спроби припинення куріння (рівень доказовості А).
- Використання НЗТ рекомендується як частина підходу «скорочення куріння» серед курців, які повідомили про більш високі рівні нікотинової залежності (рівень доказовості А).
- В одному дослідженні була показана ефективність використання варенікліну як частина підходу «скорочення куріння» (рівень доказовості В).

Література

1. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
2. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro
3. NICE Guidelines: Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
4. Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000;321:329-333.
5. Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:675-79.
6. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, Am Heart J 2005;149:565-72.
7. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, BMJ 2009; 338:b1024.
8. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. JAMA. 2015;313(7):687-94.

4.7 Рекомендації з лікування для запобігання рецидивам куріння

Рецидив, який визначається як повернення до вживання психоактивних речовин після періоду утримання, засмучує, але є неминучою частиною відновлення процесу куріння. Посилаючись на рецидив як на невдачу довгострокового лікування в загальному сенсі, Piasecki показує, що це загальне і швидке рішення осіб, які кидають курити, оскільки переважна більшість курців, які беруть участь у дослідженнях з припинення куріння, повідомляють про спроби кинути курити у минулому, тому що у більшості вже були невдалі спроби, як мінімум одна, при використанні фармакологічного засобу, що полегшує припинення^{1,2}, і багато невдалих спроб мають місце протягом перших 24 год від дати припинення.

Поведінкові стратегії

Три основні стратегії є загальними для поточних програм профілактики рецидивів: (1) когнітивно-поведінкові стратегії для попередження рецидиву, коли виникає потяг, і навчання на кожному зриві; (2) стратегії соціальної підтримки з увагою на потреби курця для емоційної підтримки з боку членів сім'ї/близьких друзів; (3) стратегії зміни способу життя, зосереджені на допомозі курцям у розробці нової соціальної ідентичності як особи, вільної від залежності^{1,2}.

В даний час не вистачає доказів для підтримки використання будь-яких конкретних поведінкових втручань, щоб допомогти запобігти рецидивам серед осіб, які успішно кинули курити³. Конкретні індивідуальні або групові заходи не запобігають рецидивам, незалежно від їх тривалості або часу контакту, навіть після 8 тиж телефонних консультацій^{2,3}.

Втручання, спрямовані на виявлення та усунення привабливих ситуацій, є найбільш бажаними в тому, що стосується ефективних поведінкових стратегій для запобігання рецидивам³.

Для розробки ефективних заходів з метою зменшення рецидивів уразливих категоріях курців, таких як жінки після пологів або ув'язнені, виявлення специфічних факторів, які сприяють рецидивам, може підвищити ефективність

комбінації мотиваційного консультування і когнітивно-поведінкової терапії^{5,6}.

Застосування лікарських засобів

Розширене лікування варенікліном представляється ефективним у запобіганні рецидиву після початкового періоду утримання або лікування гострого епізоду, проте дані обмежені одним дослідженням³. Hauck та співавтори в 2009 р. виявили, що тривале застосування варенікліну запобігає рецидиву, особливо у тих пацієнтів, які досягли абстиненції пізніше, протягом стандартного 12-тижневого лікування варенікліном⁷. Пацієнти були рандомізовані у дві групи: 3 міс додаткового лікування варенікліном проти 3 міс додаткового плацебо. Автори повідомляють про більш високий ризик рецидиву у пацієнтів, які припинили курити тільки на 11-й тиждень лікування, в порівнянні з тими, хто припинив у 1-й тиждень. Показник абстиненції на 52-му тижні становив 5,7% у більш пізніх абстинентів і 54,9% у ранніх. З цієї точки зору, можна зробити висновок, що повторний 12-тижневий курс варенікліну у курців, яким не вдалося кинути курити на 1-й або 2-й тиждень, буде корисним, як це спостерігається в даному дослідженні на 1208 пацієнтів, які були абстинентами на 12-му тижні терапії варенікліном⁷.

На даний час немає переконливих доказів того, що широке використання бупропіону вважається неефективним у лікуванні рецидивів³. Невеликою кількістю досліджень було встановлено, що широке використання НЗТ є ефективним у запобіганні рецидиву, але необхідні додаткові дослідження³.

Jaruntich та співавтори досліджували вплив 5 типів фармакотерапії на припинення куріння (бупропіон, нікотинові пастилки, нікотиновий пластир, бупропіон і пастилки, пастилки і пластир) протягом 8 тиж після спроби кинути курити⁸. Автори використовували підхід, описаний Shiffman та співавторами з вивчення впливу препаратів для припинення куріння на трьох основних стадіях припинення куріння: початкова абстиненція, зрив і перехідний період між зривом – рецидивом. В цілому ці дослідники припустили, що в порівнянні з плацебо: (1)

бупропіон підвищує показники початкової абстиненції; (2) нікотинові пастилки знижують ризик зриву; (3) бупропіон і нікотиновий пластир знижують ризик рецидиву після зриву; і (4) поєднання фармакотерапії (бупропіон і пастилки, пастилки і пластир) мають сприятливий вплив в порівнянні з монотерапією на кожній із стадій. Це дослідження показало, що препарати для припинення куріння є досить ефективними в стимуляції початкової абстиненції та зниженні ризику зриву, але дані, що вони запобігають перехід від зриву до рецидиву, є слабкими. Поєднання фармакотерапії, як правило, перевершує результати монотерапії у стимулюванні досягнення початкової абстиненції і в запобіганні зриву. Нікотиновий пластир і пастилки перевершують результати бупропіону і пастилок у досягненні початкової абстиненції.

Бупропіон, НЗТ і вареніклін виявляються економічно ефективними у запобіганні рецидиву у курців, які намагаються кинути курити або у тих, хто недавно відмовився від куріння. Більш широке використання цих ефективних методів лікування профілактики рецидиву може бути корисним для медичних працівників в покращенні показників здоров'я за прийнятною вартістю⁹.

Знання ступеня ризику рецидиву може допомогти лікарям забезпечити оптимальне лікування шляхом виявлення осіб, які потребують більш агресивних заходів. Такі заходи можуть включати або більш високі дози, або більш тривалий період фармакотерапії, або більш часті або чи інтенсивні психосоціальні заходи. Таким чином, Bolt та співавтори розробили анкету WI-PREPARE, яка складається з 7 пунктів, щоб надати дослідникам і клініцистам інструмент для вимірювання схильності до рецидиву, яка є ефективною в прогнозі короткострокових і довгострокових рецидивів серед курців, зацікавлених у припиненні куріння¹⁰.

Рекомендації

- В даний час немає достатніх доказів, щоб підтримати використання будь-якого конкретного поведінкового втручання для надання допомоги успішним абстинентам, щоб уникнути рецидиву (рівень доказовості B).

- Розширене лікування варенікліном може запобігти рецидивам (рівень доказовості B).
- Розширене лікування бупропіоном навряд чи матиме клінічно важливий ефект (рівень доказовості B).
- Існують деякі початкові дані на підтвердження того, що розширене використання НЗТ може запобігти рецидивам, проте необхідні додаткові дослідження тривалого лікування заміником нікотину (рівень доказовості B).

Література

1. Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review*, 2006;26:196-215.
2. DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence. *Substance use and misuse*, 1994;29(6):681-705.
3. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.
4. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1362-80.
5. Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison *BMC Public Health* 2011;11:767.
6. Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, *Matern Child Health J*. 2011;15(5):579-86.
7. Hayek P., Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009;104:1597-1602.
8. Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B., The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(1):34-42.
9. Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011;106(10):1819-26.
10. Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, *Nicotine & Tobacco Research*, 2009;11(5):481-4.

4.8 Рекомендації з лікування для особливих ситуацій та груп ризику

Заходи, які виявилися ефективними в поточних керівних принципах припинення куріння, рекомендуються для всіх осіб, які вживають тютюн, крім випадків, коли використання тютюну протипоказано, наприклад, у період вагітності і в підлітковому віці. Є також конкретні міркування щодо певних груп населення, схильних до ризику, коли наявних доказів недостатньо, або коли виявилось, що препарат не був ефективним (наприклад, у випадку користувачів бездимного тютюну, помірних курців тощо.). Конкретні ситуації та групи ризику розглядаються в наступних підрозділах.

4.8.1. Рекомендації з лікування вагітних

Відмова від тютюну є суттєво важливою для вагітних. За участю когорти жінок з Данії доведено, що куріння в період вагітності подвоює ризик народження мертвої дитини і смерть протягом першого року життя¹. Внутрішньоутробна гіпоксія плода внаслідок куріння пов'язана з низькою масою тіла при народженні, але і в багатьох жінок під час вагітності потяг до куріння дуже високий².

Кращий вибір – це відмова від куріння до вагітності, використовуючи всі доступні засоби підтримки.

Для вагітної, яка не може кинути курити, забезпечення доступу до кращої психологічної підтримки та лікування — це кращий вибір у період вагітності. Скорочення до декількох сигарет в день не може бути прийнятною метою. Прийнятною метою є тільки повне утримання від тютюну до кінця першого триместру вагітності.

Існує переконливий доказ того, що психосоціальні заходи є ефективними у підвищенні частоти відмови від куріння серед вагітних (ВР 1,44; 95% ДІ 1,19–1,73; 30 досліджень).² Існує невизначений доказ стосовно того, що соціальні заходи підтримки, що надаються однолітками, є ефективними в підтримці припинення [5 досліджень; середній ВР 1,42; 95% ДІ 0,98–2,07]². Існують деякі обнадійливі свідчення того, що ініціативні заходи є ефективними, однак потрібні подальші дослідження².

Немає жодних переконливих даних досліджень, які б

повідомляли про випадки специфічних побічних реакцій НЗТ, більш серйозних, ніж реакції на куріння³. У той час як існують переконливі експериментальні та клінічні докази того, що нікотин шкодить розвитку плода⁴ кількома способами, не вистачає доказів того, що застосування НЗТ під час вагітності має негативний чи позитивний вплив на результат пологів.

У 8 дослідженнях вивчали ефективність НЗТ у період вагітності. Докази дозволяють припустити, що НЗТ може призвести до посилення результату відмови на пізніх термінах вагітності, однак дослідження мали кілька методологічних обмежень та загалом низькі показники дотримання режиму застосування НЗТ. Разом з тим, недостатньо переконливих доказів того, що НЗТ допомагає відмовитися від куріння під час вагітності. У Великобританії було проведено рандомізоване дослідження, в якому понад 80% вагітних, які не отримували лікування після закінчення 1 міс терапії, не виявили різниці в припиненні, крім 1-го місяця лікування⁵.

Рівень ризику для плода в порівнянні з продовженням курінням є набагато нижчим, ніж при використанні НЗТ.

Нікотин для перорального застосування можна використовувати для зниження загального ризику в порівнянні з пластиром, що діє протягом 24 год.

Вареніклін і бупропіон не мають показань та не рекомендуються до застосування у вагітних.

Рекомендації

- Статус курця всіх вагітних необхідно оцінювати протягом всього періоду вагітності і пропонувати підтримку у припиненні куріння (рівень доказовості А).
- Інтенсивне поведінкове/психосоціальне втручання рекомендується для всіх вагітних, які курять (рівень доказовості А).
- НЗТ є єдиними ліками, які пройшли тест серед вагітних. На даний час існують суперечливі докази на підтримку використання НЗТ в якості ефективної стратегії для підтримки припинення куріння, однак ризик для плода при використанні НЗТ є суттєво нижчим в порівнянні з продовженням куріння.

Література

1. Kirsten Wisborg, Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurdur Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life. *Am. J. Epidemiol.* 2001;154(4):322-327.
2. Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzel, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., *Journal of Health Psychology*, 2007;12(2):215–224.
3. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
4. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.
5. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. *N Engl J Med.* 2012;366:808-818.

4.8.2. Рекомендації з лікування молодих людей віком до 18 років

Нікотинова залежність швидко розвивається в молодому віці¹. З огляду на те, що вживання тютюну часто починається в підлітковий період, лікарі повинні втрутитися, щоб підтримати профілактику куріння як пріоритетне завдання в цій віковій групі.

Огляд літератури в цій сфері показує широкий спектр підходів, але й їх обмежену ефективність¹. До заходів для відмови від куріння у підлітків відносять фармакотерапію, поведінковий підхід (наприклад, шкільні і муніципальні програми) і стратегії боротьби проти тютюну; ці заходи мали неоднозначні результати. Схоже, що найбільш значущий терапевтичний ефект у підлітків спостерігається у разі самостійного контролю та подолання звички, стратегії мотивації (зниження амбівалентності до змін) і подолання негативних для курців соціальних впливів.

Центр контролю над захворюваннями в США рекомендує як найбільш ефективний захід, різноманітні втручання, які поєднують програми підтримки із залученням шкіл і місцевих

громад².

При наданні консультацій з припинення куріння молодим людям слід взяти до уваги, що в більшості випадків вони недооцінюють свою нікотинову залежність. Підлітки, які курять час від часу або щодня, вважають, що вони можуть легко кинути курити в будь-який час. Насправді щороку тільки близько 4% курців віком 12–19 років вдається кинути курити, причому показник невдалих спроб вищий, ніж у дорослих курців³. Статистичні дані також показують, що підлітки дуже зацікавлені у відмові від куріння: 82% осіб у віці 11–19 років думають про припинення куріння, а 77% зробили серйозні спроби кинути курити в минулому році³. Спроби підлітків рідко плануються: більшість підлітків вирішують кинути курити без будь-якої кваліфікованої допомоги, але дослідження показали, що молоді люди, які беруть участь у програмах з припинення куріння, мають вдвічі вищі шанси на успішну відмову від куріння⁴.

Молодим людям віком до 18 років рекомендуються консультування і терапія з припинення куріння

Незважаючи на високу поширеність і значні наслідки куріння для здоров'я підлітків, мало було зроблено для розробки програм з припинення куріння, спрямованих на цю вікову групу. Ця сфера досліджень майже виключно зосереджена на психосоціальному лікуванні, як показано в одному метааналізі, в якому відмічалось, що показник припинення куріння становив 12% через 3 міс після лікування в порівнянні з 7% у контрольній групі⁵. Одним психосоціальним втручанням, яке обнадіює, але тільки у зв'язку з попередніми результатами, є ситуаційне управління, яке є поведінковою терапією на основі оперантного обумовлення, коли бажана поведінка (наприклад, відмова від куріння) безпосередньо посилена нагородами (наприклад, ваучери, готівка). Досвід показує, що ситуаційне управління само по собі або в поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією, може бути ефективним у справі заохочення підлітків кинути курити. В одному дослідженні (n=28), зокрема, були продемонстровані результати, які надзвичайно обнадіюють, 53% учасників, які отримували ситуаційне управління і когнітивно-поведінкову терапію, кинули курити наприкінці 1-го місяця лікування у

порівнянні з 0% пацієнтів, які отримували тільки когнітивно-поведінкову терапію⁶. На підставі цих експериментальних результатів недавнє широкомасштабне дослідження (n=110), яке продовжувалось протягом 3 тижнів, з ситуаційним управлінням 2 рази на день окремо або в поєднанні з мотиваційною терапією, за участю студентів коледжу, які не мали бажання лікуватись⁷. Учасники, які отримували ситуаційне управління (з грошовою винагородою, яка залежала від рівня СО протягом 1-го тижня і від утримання від куріння на 2-й і 3-й тиждень), мали значно нижчі рівні СО і більший показник утримання (55% порівняно з 18% відповідно) протягом лікування, ніж ті, хто не отримував ситуаційного управління.

Метааналіз, який досліджував ефективність консультування в молодих людей, показав, що цей метод подвоює довгострокову абстиненцію в порівнянні з загальним підходом (коротка порада, матеріали для самопомоги та направлення в центри з припинення куріння) або з відсутністю будь-якого втручання⁸. Загалом до підлітків можна застосовувати підхід з використанням різних форматів лікування: індивідуальні сеанси (один на один), об'єднання окремих сеансів з телефонним консультуванням/телефонними або інтернет-повідомленнями, або групові сеанси. Консультування підлітків має бути конфіденційним і з повагою до їх приватного життя, переважно не в присутності батьків або вчителів.

Формат сеансів однолітків виявився дуже ефективним: цей метод передбачає консультації разом з колегою молодого курця або кращого друга, навіть якщо такі партнери не є курцями. Якщо підліток із сім'ї з курцями або є пасивним курцем, рекомендується також надавати консультативну допомогу батькам.

Дослідження показали, що заходи з консультування для батьків, що надавалися в рамках педіатричної служби або у зв'язку з госпіталізованими дітьми, підвищив інтерес до припинення куріння, кількість спроб припинення, а також швидкість припинення куріння у відповідних батьків. Крім того, інформування батьків про ризики, на які вони наражають своїх дітей через пасивне куріння, може знизити ризик, а також поширеність куріння серед батьків^{1,4}.

Спеціальні програми для підлітків

Ці програми включають шкільні програми з припинення куріння⁹, кампанії у ЗМІ для ефективної профілактики¹⁰, інтерактивні програми відмови від куріння, такі як Європейський проект припинення куріння підлітками¹¹, відео-уроки, такі як голландська програма я не курю, конкурси з призами, і стимули, такі як Кинь курити і переконай підлітків¹¹, HI (HI тютюну), що є програмою добровільної відмови від куріння старшокласників Американської асоціації пульмонологів¹².

Консультації за телефоном

Лінії припинення куріння є більш привабливими для підлітків у зв'язку з легким доступом і тому, що вони є напіванонімними, можуть бути індивідуалізовані з абонентом в рамках структурованого протоколу і включати подальші ініціативні заходи консультанта, а не абонента, який бере на себе ініціативу зворотного зв'язку після встановлення початкового контакту. Наприклад, у протоколі «гарячої лінії» курців Каліфорнії консультанти працюють, щоб допомогти підліткам подумати про припинення куріння, а не про куріння як дорослу поведінку. Крім того, вони піднімають теми, характерні для цієї вікової категорії, такі як формування ідентичності, почуття невразливості, залежність від сім'ї, ідентифікація з однолітками і прагнення до незалежності¹³. У дослідженні за участю 1058 старшокласників такі методи консультування по телефону застосовувались щотижня з дуже хорошим виконанням протоколу лікування досліджуваного контингенту (90%). В аналогічному дослідженні ефективності когнітивно-поведінкового консультування та мотиваційних бесід по телефону подальший контроль через рік виявив, що з 2151 учня середньої школи, визначених заздалегідь, 21,8% утримувалися від куріння протягом 6 міс у групі втручання проти 17,7% у контрольній групі¹.

Фармакотерапія для підлітків

Незважаючи на явні докази нікотинової залежності і потягу у підлітків, обмежені дослідження були зосереджені на фармакологічних препаратах для припинення куріння підлітками^{14,15,16}. Хоча є 7 препаратів першої лінії для

припинення куріння у дорослих, ухвалених FDA, не вистачає доказів, щоб рекомендувати будь-який з них для лікування курців-підлітків. Крім того, більшість європейських країн забороняють законом випускати препарати для відмови від куріння цієї категорії осіб. Дослідження ліків серед курців-підлітків були обмежені НЗТ і бупропіоном.

У результатах дуже небагатьох досліджень, опублікованих на цю тему, повідомлялось або про несуттєво відмінний показник абстиненції при терапії нікотинним пластиром проти плацебо при подальшому контролі на 12-му тижні після припинення куріння, чи про відсутність будь-яких відмінностей між ефективністю нікотинової жувальної гумки в порівнянні з нікотинним пластиром в порівнянні з плацебо при подальшому контролі через 6 міс. У всіх цих групах дослідження, молоді люди отримали, крім досліджуваного препарату/ плацебо, мінімум 6 консультацій^{4,8}.

Неконтрольоване відкрите дослідження ефективності нікотинного пластиру в поєднанні з мінімальною поведінковою терапією (n=101) продемонструвало моментну поширеність абстиненції на рівні 11% в кінці лікування і 5% на 6-й місяць подальшого контролю¹⁷. Інше контрольоване дослідження в обох групах, які отримували когнітивно-поведінкову терапію та ситуаційне управління (n=100) підтримало безпеку пластиру для підлітків, але не виявило відмінностей між пластиром і плацебо (28% порівняно з 24% моментної поширеності абстиненції наприкінці лікування відповідно)¹⁸. У рандомізованому дослідженні ефективності НЗТ за участю 120 підлітків, які курили щодня, Killen та співавтори виявили наприкінці лікування і через 3 міс при подальшому спостереженні, що 20,6% з тих, кому був призначений нікотинний пластир, підтвердили відмову від куріння в порівнянні з 8,7% у групі жувальної гумки і 5% у групі плацебо¹⁹. Moolchan та співавтори порівнювали застосування пластиру, гумки і плацебо серед курців-підлітків, які також одержували групову когнітивно-поведінкову терапію для припинення куріння (n=120). Безперервна абстиненція після 2-тижневого періоду відстрочки відмічалась у 18; 7 і 3% учасників у 3 групах відповідно²⁰. Нещодавнє експериментальне дослідження (n=40) показало погане дотримання лікування і жодної різниці

в результатах припинення при застосуванні нікотинного назального спрею і плацебо²¹.

У світлі скромного ефекту НЗТ деякі дослідники зосередилися на бупропіоні SR для припинення куріння у підлітків. Дослідницька група провела відкрите дослідження з вивчення ефективності бупропіону SR в поєднанні з коротким індивідуальним консультуванням підлітків (n=16) і виявила 31% абстинентів після 4 тиж лікування²². Killen та співавтори провели порівняльне дослідження ефективності комбінованої терапії з бупропіоном по 150 мг на добу і нікотинним пластиром, і нікотинного пластиру окремо (n=211), обидві процедури лікування супроводжувалися заходами з групового тренування навичок. При подальшому спостереженні на 26-му тижні вони визначили тільки 8% абстинентів, які одержували комбіновану терапію, в порівнянні з 7% абстинентів, які використовували тільки нікотинний пластир²³.

У великомасштабному рандомізованому дослідженні (n=312) Muramoto та співавтори порівнювали ефективність бупропіону по 300 мг/добу, бупропіону по 150 мг/добу, і лікування плацебо, разом з коротким щотижневим індивідуальним консультуванням²⁴. Група бупропіону по 300 мг/добу (але не група 150 мг/добу) продемонструвала чудову моментну поширеність абстиненції в порівнянні з групою плацебо при завершенні лікування (15% проти 6%) і подальшому спостереженні на 26-му тижні (14% в порівнянні з 10%). В іншому дослідженні 134 підлітки-курці, які звернулися за допомогою, були рандомізовані для отримання бупропіону SR та/чи ситуаційного управління, кожен окремо або в комбінації з іншим, у 2 × 2 6-тижневому контрольованому дослідженні. Автори виявили показник абстиненції 27% в комбінованій терапії із застосуванням бупропіон + ситуаційне управління, 8% при застосуванні бупропіону без ситуаційного управління, 10% для плацебо і ситуаційного управління, і 9% для плацебо без ситуаційного управління у 30% осіб, які повністю завершили лікування²⁵. Відповідно до нещодавніх оглядів і керівних принципів США, в даний час недостатньо даних, щоб рекомендувати застосування фармакотерапії з припинення куріння у підлітків. Відповідно до настанов клінічної практики

направлення на відповідні психосоціальні втручання (наприклад, шкільні чи муніципальні, групові або індивідуальні консультації) є найбільш прийнятною терапією першої лінії для підлітків-курців. Хоча ці заходи дають відносно низькі загальні показники відмови, вони значно збільшують шанси кинути курити протягом лікування. Хоча фармакотерапія може розглядатися, вона повинна застосовуватися тільки за умови ретельного моніторингу і після уважного вивчення статусу куріння підлітка, історії невдалих спроб кинути і поточної мотивації кинути курити. Непереконливі результати досліджень ефективності фармакотерапії з припинення куріння у підлітків свідчать на користь обмеження призначення таких ліків для підлітків¹⁹.

Рекомендації

- Лікарям рекомендують запитувати всіх молодих пацієнтів віком до 18 років про споживання тютюну і передавати чіткі повідомлення про важливість утримання від куріння (рівень доказовості C).
- Консультування виявилось ефективним методом припинення куріння для підлітків (рівень доказовості B).
- Пасивне куріння шкідливе для дітей і підлітків. Консультування з припинення куріння, яке надається педіатричними службами, довело свою ефективність у підвищенні показника абстиненції батьків-курців. З цієї причини, для того щоб захистити дітей від пасивного куріння, ми рекомендуємо лікарям оцінити куріння батьків і надати їм консультації та допомогу з метою припинення вживання тютюну (рівень доказовості B).

Література

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
2. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com.
3. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir. J. 2002;19:13.
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.
5. Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, Tobacco Induced Disease 2002;1(1):35-81.
6. Krishnan-Sarin S., Duhig a.M., McKee SA, McMahon TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, Exp. Clin. Psychopharmacology, 2006;14(3):306-10.
7. Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, Nicotine Tob Res. 2009;11(6):739-749. doi: 10.1093/ntr/ntp058.
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
9. www.notontobacco.com
10. <http://arnoldagency.com/cleanindoorair/>
11. Trofor A., Mihaltan F, Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, Pneumologia, 2009;58:7278. ISSN 12233056.
12. http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf
13. Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. J Couns Dev. 2005;83:416-424.
14. Jacobsen LK, Krystal JH, Mencl WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers Biol Psychiatry. 2005;57(1):56-66.
15. Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, Exp.Clin Psychopharmacol., 2001;9(2):176-82.
16. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking, Nicotine Tob. Research, 2001;3(2):151-5.
17. Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, Arch.Pediatr.Adolesc.Med. 2000;154(1):31-7.
18. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. Nicotine Tob. Res., 2003;5(4):515-26.
19. Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol

- Studies, 2009. <http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html>.
20. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, *Pediatrics*, 2005;115(4):e407-14.
 21. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. *Pediatrics*, 2008;122(3):e595-600.
 22. Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2004;43(2):199-205.
 23. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2004;72(4):729-35.
 24. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer L.J., Randomized, double-blind, placebo- controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007;161(11):1068-74.
 25. Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(1):77-86.

4.8.3. Рекомендації з лікування курців з респіраторними, серцево-судинними, психічними захворюваннями, онкологічними та іншими супутніми захворюваннями

Важливо, щоб користувачі тютюну з супутніми захворюваннями, такими як рак, хвороби серця, ХОЗЛ, цукровий діабет і астма, були охоплені лікуванням тютюнової залежності, враховуючи роль, яку куріння відіграє у виникненні чи погіршенні цих станів. Застосування програми управління хронічними захворюваннями для інтеграції заходів боротьби з тютюновою залежністю у лікування може бути ефективним і дієвим способом для проведення заходів проти вживання тютюну для цих груп населення¹. Лікування з припинення куріння виявилось ефективним у курців з широким спектром супутніх захворювань, навіть у разі виникнення деяких труднощів і застосування запобіжних заходів.

Серцево-судинні захворювання

У системному огляді Critchley і Capewell виявили, що

відмова від куріння пов'язана з істотним зниженням ризику смертності від усіх причин серед пацієнтів з ішемічною хворобою серця на 36%, незалежно від відмінностей між дослідженнями у тому, що стосується ініціальних серцевих подій, віку, статі, країни і періоду². Лікування припинення куріння для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями відрізняється від лікування інших пацієнтів тим, що пацієнти часто змушені кинути курити після раптового серцево-судинного нападу і продовжувати відмовлятися від куріння, щоб жити. З огляду на те, що серцево-судинні захворювання є найбільш важливою причиною, що мотивує курців кинути курити, лікарі повинні забезпечити відповідні програми з припинення куріння для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями³.

Спеціальні міркування стосуються курців із серцево-судинними захворюваннями, тому що (1) як показують дані, їм наполегливо слід рекомендувати кинути курити; (2) вони повинні припинити курити під час гострої фази серцево-судинного захворювання і продовжити відмовлятися від куріння після цього; і (3), їм протипоказана НЗТ тільки під час гострої фази серцево-судинного захворювання (перші 48 год після випадку)¹. Ефект препарату істотно підвищується при поєднанні з поведінковими заходами, такими як консультування лікаря або іншого постачальника медичних послуг, групи з припинення куріння, а також телефонні лінії допомоги з припинення куріння.

Всі пацієнти з будь-якими факторами ризику серцево-судинних захворювань повинні бути проінструктовані про необхідність припинення куріння. Слід розглянути лікування варенікліном та/чи НЗТ. Крім рекомендованих запобіжних заходів з використання заміників нікотину курцями з гострими серцево-судинними захворюваннями, наявні дані показують, що замітники нікотину не чинять шкідливого впливу на результати у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями³. Вареніклін здається досить безпечним у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця без історії депресії або психічного захворювання. Конкретні дані про застосування варенікліну для припинення куріння у хворих серцево-судинними захворюваннями були вказані в розділі 4.3.3.9. Нарешті, заходи, що поєднують кілька стратегій

(фармакологічних та психосоціальних), можуть мати більш довгострокову ефективність, особливо для тих пацієнтів, які не реагують на один препарат⁴.

Респіраторні захворювання

Від дії тютюнового диму найбільше страждають органи дихання. Тому припинення куріння необхідно наполегливо рекомендувати пацієнтам з ХОЗЛ, раком легені, астмою, респіраторними інфекціями, інтерстиціальними захворюваннями і розладами сну з причини порушення дихання.

ХОЗЛ

Припинення куріння є найбільш важливим терапевтичним заходом для пацієнтів з ХОЗЛ, що курять. Хворі на ХОЗЛ, які курять, мають особливо високий рівень нікотинової залежності, що вимагає застосування структурованих програм відмови від куріння, які охоплюють застосування лікарських засобів і немедикаментозної терапії. Огляд Кокранівської асоціації 2016 р. з припинення куріння у хворих на ХОЗЛ і сучасної літератури показує, що поняття припинення куріння, яке включає медикаментозне лікування та психосоціальну підтримку, є ефективним для пацієнтів з ХОЗЛ (рівень доказовості А)⁵.

Психосоціальне втручання складається із структурованої програми з припинення куріння, яка триває декілька годин, з підходом до пізнавальних аспектів і суб'єктивних або об'єктивних даних досліджень респіраторної системи, таких як функція легень⁶. Деякі дослідження аналізували, чи має сильний вплив на ефективність консультування застосування спеціальної термінології, такої як «легені курця», або умовного підкріплення лотерейними квитками зниження показника монооксиду вуглецю, або виконання тесту функції легень. Жодних істотних відмінностей не відмічено при порівнянні цих інтенсивних втручань зі звичайною порадою; однак вони дійсно показали тенденцію на користь інтенсивного втручання.

Найкращий спосіб підвищення самоефективності і самоповаги у цих пацієнтів полягає у пропозиції їм постійної допомоги. Клінічна анкета ХОЗЛ (CCQ) є цінним інструментом

для покращення якості життя, пов'язаної із здоров'ям, внаслідок припинення куріння пацієнтами з ХОЗЛ⁷. Кожному курцеві з ХОЗЛ його/її лікар повинен неодноразово пропонувати відмовитися від куріння. Рекомендується одне відвідування на місяць, але також інтенсивні поведінкові втручання в індивідуальному чи груповому форматі⁸.

У відкритому рандомізованому дослідженні з вивчення ефективності режимів чотирьох НЗТ, які застосовуються в повсякденному житті, для пацієнтів з ХОЗЛ в клініці легеневих захворювань, середній показник успіху трьох розглянутих активних процедур за 12 міс становив тільки 5,6%⁹. Tonnesen та співавтори оцінювали ефективність нікотинових сублінгвальних таблеток і двох рівнів поведінкової підтримки для припинення куріння у пацієнтів із ХОЗЛ¹⁰. Вони виявили, що рівень абстиненції був значно вищим у групі сублінгвальних таблеток проти групи плацебо, хоча не було жодної істотної відмінності між впливом низької чи високої поведінкової підтримки. Аналіз 7372 пацієнтів з ХОЗЛ показав, що консультації з припинення куріння у поєднанні з НЗТ мали найбільший вплив на тривалі показники абстиненції порівняно із звичайним лікуванням, тільки консультаціями і з консультаціями поєднанні з антидепресантом¹¹.

Поєднання різних форм НЗТ може використовуватися в якості допустимих стратегій, щоб допомогти хворим на ХОЗЛ відмовитися від куріння. Наполегливо рекомендується поєднання двох типів НЗТ з різними типами доставки. Збільшення тривалості періоду застосування НЗТ до 6 або 12 міс може допомогти більшій кількості курців кинути курити, ніж при використанні НЗТ протягом звичайного часу. НЗТ може використовуватися для допомоги в прогресивному скороченні числа сигарет, що викурюються, як перехід до остаточної відмови. Зазвичай курці із ХОЗЛ невмотивовані відмовитися від куріння. Застосування цього підходу може допомогти підвищити власну мотивацію і самоефективність у припиненні куріння⁸.

У трьох клінічних дослідженнях з вивчення ефективності бупропіону для лікування курців з ХОЗЛ при наступному спостереженні через 6 міс було встановлено, що бупропіон є значно ефективнішим, ніж плацебо, для досягнення

безперервної абстиненції (16% порівняно з 9%)¹², що бупропіон є значно ефективнішим, ніж плацебо, для досягнення безперервної абстиненції (27,9% порівняно з 14,6%)¹³, і що бупропіон і нортриптилін вважаються однаково ефективними, але бупропіон видається більш економічно ефективним в порівнянні з плацебо і нортриптиліном¹⁴. Бупропіон у поєднанні з консультуванням був значно ефективнішим в досягненні тривалої абстиненції, ніж плацебо, на 18,9% (95% ДІ 3,6–26,4). Річна спірометрія з коротким втручанням з припинення куріння з подальшим особистим листом від лікаря мали значно вищий рівень абстиненції курців з ХОЗЛ протягом 3 років у порівнянні з курцями з нормальною функцією легень¹⁵.

Ефективність та безпеку варенікліну для лікування курців з ХОЗЛ оцінювали в 2 дослідженнях: багатоцентровому подвійному сліпому дослідженні за участю 504 пацієнтів з м'яким та помірним ХОЗЛ та без відомих психіатричних розладів та в іншому дослідженні за участю 472 курців з тяжким або дуже тяжким ХОЗЛ, які отримували лікування для припинення куріння. У першому дослідженні показник безперервної абстиненції з 9-го до 12-го тижня був значно вищим у пацієнтів в групі варенікліну (42,3%), ніж у пацієнтів в групі плацебо (8,8%), відповідно 18,6% проти 5,6% з 9-го по 52-й тиждень¹⁶. У другому дослідженні, програма лікування якого складалася з комбінації поведінкової терапії та медикаментозного лікування (НЗТ, бупропіон або вареніклін), показник безперервної абстиненції з 9-го по 24-й тиждень для НЗТ, бупропіону і варенікліну становив 38,2; 60,0 і 61,0% відповідно. Вареніклін був більш ефективним, ніж нікотинний пластр: 61% проти 44,1%¹⁷.

Noogendoorn та співавтори здійснили аналіз ефективності постійної допомоги курцям з ХОЗЛ і дійшли висновку, що, незважаючи на високі витрати за цією програмою припинення інтенсивного куріння, корисні економічні наслідки, ймовірно, будуть отримані в довгостроковій перспективі¹⁸.

Рекомендації

- НЗТ або вареніклін слід використовувати для припинення куріння у всіх курців з ХОЗЛ, незалежно від тяжкості

захворювання і кількості викурених сигарет (рівень доказовості В).

- НЗТ, вареніклін і бупропіон є ефективними і добре переносяться курцями з ХОЗЛ (рівень доказовості А).

Астма

З огляду на те, що куріння є важливим прогностичним фактором тяжкості астми і поганого контролю цієї патології, залежно від дози, припинення вживання тютюну стає вирішальним у астматичних курців¹⁹. У курців з астмою відмічають більш серйозні симптоми астми, більшу потребу в невідкладній допомозі, більший опір кортикостероїдам і гірші показники стану здоров'я порівняно з особами, які ніколи не курили. За даними дослідження, які оцінювали вплив відмови від куріння на функцію легень і якість життя хворих з бронхіальною астмою під час лікування кортикостероїдами, продовження куріння призвело до більшого зниження функції легень в довгострокових астматичних курців²⁰.

При пошуку кращих результатів для курців із астмою рекомендуються дві стратегії лікування:

- шукати препарати, які діють на змінений механізм запалення (теофілін, здається, підвищує ефект низької дози інгаляційних кортикостероїдів і поліпшує симптоми і об'єму форсованого видиху; поєднання флутиказону/сальметеролу дає більше поліпшення гіперчутливості дихальних шляхів і калібру дихальних шляхів у порівнянні з подвійною дозою флутиказону; антагоністи рецепторів лейкотрієну продемонстрували бажані поліпшення повітряного потоку);
- забезпечити на основі фактичних даних підтримку у відмові від куріння (існують обмежені дані, щоб допомогти прийняти рішення про найбільш ефективні програми припинення куріння у астматиків; поведінкові методи і телефонні консультації довели свою ефективність; дані про ризик НЗТ із застосуванням спрею підлягають розгляду)²¹.

Рекомендація

- Виявляйте курців із астмою як пацієнтів високого ризику й обговорюйте з ними питання припинення куріння

при кожному зручному випадку. Надання письмових планів самоуправління астмою та інформаційні листівки забезпечують припинення куріння разом з лікуванням астми^{22,23}.

Туберкульоз

Курці мають більш високий ризик зараження туберкульозними бацилами, і після інфікування туберкульоз у курців розвивається частіше, ніж у тих, хто не курить. Туберкульоз поширюється більш легко, туберкульоз легень, мокротиння з виділенням бактерій, туберкульозні каверни легень, а також ризику рецидивів і смерті від туберкульозу вище у курців, хворих на туберкульоз. З огляду на те, що куріння, як відомо, підвищує ризик інфікування та захворювання на туберкульоз, життя без куріння чи відмова від куріння допоможе краще контролювати туберкульозу у суспільстві. У зв'язку з тим, що куріння значно знижує ефективність лікування туберкульозу, інтеграція припинення куріння в програми лікування наполегливо підтримується з метою зменшення подвійного глобального тягаря куріння і туберкульозу²⁴.

Міжнародний союз боротьби з туберкульозом рекомендує поступовий підхід до припинення куріння (запит про статус куріння, коротка порада, підтримка припинення куріння) хворими на туберкульоз. До цих трьох простих кроків може вдатися будь-який працівник сфери охорони здоров'я, який лікує курців, хворих на туберкульоз, з відміткою у медичній картці пацієнта²⁵.

У багатоцентровому нерандомізованому контрольованому дослідженні за участю 120 хворих на туберкульоз, які були курцями на момент встановлення діагнозу туберкульозу в Малайзії, пацієнти були розподілені до однієї з двох груп: звичайне лікування туберкульозу під безпосереднім наглядом (ТВ-БН) плюс заходи з припинення куріння (ЗПК) (група БН-ЗПК) або звичайне лікування туберкульозу під безпосереднім наглядом (група БН). При порівнянні учасники, до яких застосовувались заходи з припинення куріння, мали кращі показники якості життя (EQ-5D) при подальшому спостереженні через 6 міс порівняно з тими, хто отримав тільки звичайне лікування туберкульозу. Європейська анкета якості життя за 5 показниками (Eq- 5D) була розроблена для

самооцінки хворими на туберкульоз впливу захворювання і пов'язаних з ним процедур лікування на їх фізичний, психічний і соціальний добробут та діяльність²⁶.

Онкологічні захворювання

Припинення вживання тютюну є значною проблемою у цього складного контингенту пацієнтів²⁷. При лікуванні тютюнової залежності у хворих з раком легені слід враховувати наступне:

- **мотивація:** досвід показує, що більшість хворих на рак легені мотивовані припинити куріння. Однак хоча діагноз раку легені вважається сильним мотиватором, хворі з цією патологією, які курять, знаходяться на різних етапах готовності до припинення куріння;
- **стигма і самозвинувачення:** емпіричний доказ вказує, що хворі на рак легені мають значні рівні сприйняття стигми, незалежно від того, є вони курцями, чи ні;
- **керування настроєм:** внаслідок діагнозу раку легені пацієнти часто відчувають підвищений психологічний стрес, мають підвищене почуття тягаря, напруги та стигматизації;
- **бездимні будинки:** значна кількість даних свідчить, що будинки, які є вільними від тютюнового диму, можуть бути пов'язані з підвищеним рівнем успішної відмови від куріння²⁸.

Пацієнти онкологічного профілю можуть мати більш високі рівні нікотинової залежності, більш високі рівні супутніх захворювань, або більші труднощі з припиненням куріння, а також слабке здоров'я і фізичну діяльність, більший стрес та емоційний розлад. Це свідчить про необхідність більш інтенсивних або спеціальних програм, які поєднують поведінкові заходи з фармакологічною терапією з припинення куріння²⁸. Консультування, медичні засоби і мотиваційне консультування є ефективними для цієї категорії хворих. Поєднання фармакотерапії також виявилось ефективним у курців з високою нікотиновою залежністю²⁸. Програма з припинення куріння під керівництвом середнього медичного персоналу за участю 145 хворих на рак голови і шиї або рак легені мала сприятливі довгострокові показники успіху (40%

випадків утримання через 6 міс). Програма була найбільш інтенсивною в перший місяць і складалася з поради лікаря, заходів під керівництвом середнього медичного персоналу і різних продуктів (нікотинові пастилки, бупропіон і комбінація продуктів) і тривала в цілому один рік, для того, щоб підтримати пацієнта у кількох (протягом року) ризикованих ситуаціях, як дні народження, стресові ситуації та святкові дні²⁹.

Психічні розлади, наркоманія

Психічні розлади частіше відмічають у курців, і ці пацієнти можуть почувати себе дуже погано у процесі відмови від куріння. Куріння найчастіше характерне для споживачів алкоголю та наркотиків. Ці категорії курців дійсно рідше звертаються за терапією з приводу припинення куріння. Лікування тютюнової залежності у них є складним процесом в контексті психіатричної діагностики та спеціальних ліків. У порівнянні з курцями без історії психічних розладів, курці, які будь-коли мали розлади настрою або тривожний розлад (у тому числі ті, хто мав їх торік), менш ймовірно були абстинентами через 8 тиж після припинення куріння. Наявність діагнозу тривожного розладу також була пов'язана із зниженням ймовірності дотримання абстиненції через 6 міс після припинення куріння. Ці дані можуть послужити основою для індивідуалізації лікування у курців з психічними супутніми захворюваннями³⁰.

Важливо відзначити, що лікування тютюнової залежності у хворих зі стабільними психічними захворюваннями не погіршує психічного стану і дійсно може поліпшити настрої³¹⁻³³.

У метааналізі Кокранівської асоціації були розглянуті заходи з підтримки припинення куріння серед осіб з поточною або минулою депресією³⁴. В огляд були включені 49 досліджень і знайдені докази того, що додавання компонента управління психосоціальним настроєм до стандартних заходів з припинення куріння було ефективним у збільшенні терміну абстиненції серед курців з поточною або минулою депресією. В огляді були виявлені докази, що додавання бупропіону було ефективним у підвищенні показника довгострокової абстиненції у курців з депресією в анамнезі³⁴.

Медикаментозне лікування здійснювалось у поєднанні з інтенсивним консультуванням. Огляд не отримано жодних доказів ефективності серед осіб з поточною депресією. Також було недостатньо доказів щодо можливості використання інших антидепресантів або НЗТ у цього контингенту споживачів тютюну³⁴.

Для лікування курців, які страждають тяжкими психічними розладами, такими як депресія, шизофренія і психози, рекомендується збільшити і продовжити період лікування, для застосування спільних когнітивно-поведінкових методів і використання будь-якого медикаментозного лікування, яке допомагає контролювати/знижити рецидиви куріння або базових психіатричних симптомів³⁵.

У хворих на шизофренію інформація про куріння має бути включена в клінічну оцінку, і такі курці повинні отримувати НЗТ³⁶. Незважаючи на високий ризик рецидивів, описаний у цих пацієнтів, лікування тютюнової залежності є ефективним. У метааналізі Кокранівської асоціації було повідомлено про припинення куріння середдорослих з шизофренією і знайдені вагомі докази на підтримку використання бупропіону для підвищення показника абстиненції³⁷. Вареніклін може послаблювати побічні ефекти, викликані абстиненцією, виявилось, що він добре переноситься курцями із шизофренією³⁸. І вареніклін, і комбінована фармакотерапія були ефективні і не посилювали психологічного стресу протягом строку до 6 міс у курців із супутніми захворюваннями, проте необхідні додаткові дослідження, щоб виключити можливі несприятливі ефекти (див. розділ 4.3.3.9)³⁹. Консультантам слід уважно спостерігати пацієнтів у зв'язку з можливістю того, що препарат може викликати психічну нестабільність⁴⁰.

Пацієнти, які отримували атипичні нейролептики, можуть краще реагувати на бупропіон SR, ніж на прийом стандартних нейролептиків²¹. У відкритому дослідженні за участю 412 курців (111 з діагнозом психічних захворювань) вареніклін був однаково ефективний і не був пов'язаний з більш високим рівнем захворюваності та тяжкості побічних реакцій у пацієнтів з супутніми психічними розладами.

Консультування та фармакотерапія є ефективними у курців, які одночасно лікуються від наркотичної залежності, хоча

існує мало свідчень про вплив лікування від нікотинової залежності на звільнення від наркотичної залежності. Сучасні дослідження показують ефективність короткострокових заходів ситуаційного управління на основі ваучерів для сприяння початковій відмові від куріння серед наркотично залежних пацієнтів⁴¹. У рандомізованому відкритому дослідженні порівнювали ефективність стандартної терапії у поєднанні з нікотинним пластиром + когнітивно-поведінкова групова психотерапія з припинення куріння (n=153), з тільки стандартною терапією (n=72) пацієнтів, включених у програми лікування наркотичної чи алкогольної залежності, які були також зацікавлені у відмові від куріння. Цей звіт є вторинним аналізом оцінки впливу депресивних симптомів (n=70) або історії депресії (n=110) на результати відмови від куріння. Значний зв'язок був відмічений між проявами депресії і складністю відмови від куріння. Ці дані дозволяють припустити, що оцінка та лікування депресивних симптомів може відігравати важливу роль у поліпшенні результатів припинення куріння в цій категорії хворих⁴².

Рекомендації

- Лікування тютюнової залежності є ефективним у пацієнтів з тяжкими психічними захворюваннями. Процедури, які є ефективними в роботі з населенням в цілому, застосовні також до осіб з тяжкими психічними захворюваннями і виявляються майже однаково ефективними.
- Для курців із тяжкими психічними розладами, такими як сильна депресія, шизофренія і психоз, рекомендується збільшити і продовжити період лікування.
- Рекомендується ретельний моніторинг пацієнтів із психічними захворюваннями, яким призначена фармакотерапія, через ймовірність того, що препарат може викликати психічну нестабільність.

ВІЛ-інфіковані пацієнти

ВІЛ-позитивні особи більш схильні до куріння, ніж загальна популяція⁴³. Сьогодні ВІЛ-інфіковані живуть довше завдяки досягненням лікування, що робить питання куріння сигарет в цього контингенту серйозною проблемою для здоров'я. Тим не менш, вони мають більш високі показники смертності

і нижчий показник якості життя у порівнянні з ВІЛ-позитивними особами, які не курять. Крім того, вважається, що ВІЛ-позитивні курці більшою мірою наражаються на ризик розвитку інвазивної пневмококової хвороби та інших інфекцій в порівнянні з не-ВІЛ-інфікованими. Крім того, порівняно з ВІЛ-позитивними особами, що не курять, куріння ВІЛ-позитивних осіб пов'язане з підвищеним ризиком кількох опортуністичних інфекцій та спонтанного пневмотораксу. Дані свідчать, що ВІЛ-позитивні курці недооцінюють наслідки куріння для їх здоров'я, а деякі стверджують, що вони не доживуть до того дня, коли куріння негативно вплине на їх здоров'я. Крім того, деякі ВІЛ-позитивні курці повідомляють, що куріння є ефективним способом, щоб впоратися зі стресом, пов'язаним з їх захворюванням¹.

В огляді Кокранівської асоціації за 2016 р. представлені заходи з припинення куріння для осіб, хворих на ВІЛ та СНІД⁴³. У огляді було зазначено 12 досліджень, у більшості з яких вивчали заходи, що включали як фармакотерапію, так і консультування. Серед контрольованих досліджень, які розглядалися, не було переконливих доказів того, що заходи є більш ефективними, ніж у контрольній групі. Недостатньо переконливих доказів того, що інтенсивні заходи є більш ефективними у порівнянні з контролем у досягненні короткотривалої абстиненції⁴³. Довгострокові рандомізовані клінічні дослідження, які вивчали ефективність заходів, у цій групі пацієнтів не проводилися. Необхідні додаткові дослідження.

Література

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
2. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003;290(1):86-97.
3. Japanese Circulatory Society Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation. Circulation Journal, 2012;76:1024-1043.
4. Ockene I. Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, Circulation, 2010;121:188-90.
5. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive

- pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744. DOI:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
6. Andreas S, Hering T, Mühlig S, Nowak D., Raupach T., Worth H., *Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention* *Deutsches Ärzteblatt International -Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(16):276-82.
 7. Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A. Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulmonary Medicine* 2011;11:13.
 8. Jiménez-Ruiz C.A., Lunning S., Buljubasich.D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, *European Respiratory Disease, Touch Briefings*, 2011;1-10.
 9. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratiou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy, *Eur Respir J.*, 2007;29:390-417.
 10. Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L, Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, *Chest*, 2006;130(2):334-42.
 11. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta- analysis of randomised trials, *Eur Respir J.* 2009;34:634-40.
 12. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, *Lancet*, 2001;357:1571-5.
 13. Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, *Arch Intern Med*, 2005;165:2286-92.
 14. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, *Addiction*, 2009;104:2110-7.
 15. Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence *J R Soc Med Sh Rep*, 2011;2:78.
 16. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, *Chest*, 2011;139:591-9.
 17. Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, *Nicotine Tob Res*, 2012;14(9):1035-9.
 18. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH, Long term effectiveness and cost effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax*, 2010;65:711-8.
 19. Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvà M., Antic T., Mancuso s., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, *Respiratory Research*, 2011;12:16.
 20. An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, *Allergy Asthma Immunol Res.* 2010 October;2(4):254-259.
 21. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA)*, 2nd ed. - Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
 22. Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al *Eur Respir J.* 2007;29:438-445.
 23. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. *Respiratory Medicine.* 2008;102:1681-1693.
 24. Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, *Int. J. Inf. Dis.* 2012;16(2);e130-5.
 25. Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., *Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients*, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010. ISBN: 978-2-914365-81-9.
 26. Awaisu A., Mohamed M.H.N., Noordin N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. *Tobacco Induced Diseases* 2012;10:2.
 27. Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., *Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: an updated Systematic Review and Meta-Analysis*, *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;149(2):200-11.
 28. Cataldo J.K. Dubey S., Prochaska J.J. *Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment* *Oncology* 2010;78:289-301.
 29. de Bruin-Visser J.C., Ackerstaff H., Rehorst H., Rete V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269;659-665.
 30. Piper M., Smith S.S., Schlam T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., *Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation* *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(1):13.
 31. Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental

- illness: what works? *Addiction*. 2010;105(7):1176-89.
32. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. *BMJ*. 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151. Review. Erratum in: *BMJ*. 2014;348:g2216.
 33. Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. *BMJ*. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
 34. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
 35. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(2):106-14.
 36. Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2011;168(4):395-9.
 37. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
 38. Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST. Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011;190(1):79-84.
 39. Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. *Drug Alcohol Depend*. 2011;114(1):77-81.
 40. Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirakzadeh A., Burke M.V., Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity. *International Journal of COPD*. 2009;4:421-430.
 41. Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2011;19(1):20-30. doi:10.1037/a0022039
 42. Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers. *Am J Addict*. 2010;19(2):111-118.
 43. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD011120. DOI: 10.1002/14651858.CD011120.pub2.

4.8.4 Рекомендації з попередження збільшення маси тіла після припинення куріння

У більшості курців, які кинули курити, відмічають збільшення маси тіла, в середньому до 5 кг, але 10% з них можуть набрати понад 15 кг. Тим не менш, збільшення маси тіла після припинення куріння є незначною загрозою для здоров'я в порівнянні з ризиками продовження куріння¹. Тенденція до збільшення маси тіла вища у жінок, ніж у чоловіків, в осіб негроїдної раси, незалежно від їх статі, в осіб віком старше 55 років та у запеклих курців.

Підлітки, якщо їх хвилює власна маса тіла, починають курити частіше⁵. Тому необхідно пропагувати методи здорової підтримки маси тіла і розвіяти міф про вживання тютюну в якості методу контролю маси тіла для підлітків-курців. Підлітки повинні знати, що є й інші способи схуднути, які є більш ефективними і здоровішими, і такі повідомлення повинні бути включені в навчальні програми, особливо при обговоренні питання про відмову від куріння².

Дані, надані Levine та співавторами, показали, що жінки, яких хвилює власна маса тіла, що отримували комбінацію CONCERNS (когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) занепокоєння з приводу змін маси тіла через припинення куріння і бупропіон), швидше за все, будуть утримуватися від куріння через 6 міс (34% порівняно з 21% при стандартній КПТ + бупропіон порівняно з 11,5% при терапії CONCERNS + плацебо). Цей ефект не був пов'язаний з відмінностями в збільшенні маси тіла після відмови від куріння чи зміною занепокоєння у зв'язку з масою тіла³.

Описується, що НЗТ і бупропіон є ефективними в обмеженні маси тіла після припинення куріння. У двох дослідженнях з припинення куріння з варенікліном в порівнянні з бупропіоном і плацебо, збільшення маси тіла у групі після 12-тижневого лікування варенікліном було нижчим (менше 3 кг)¹.

Збільшення маси тіла відбувається шляхом збільшення постачання калорій і зменшення коефіцієнту обміну речовин. Наявні дані про участь метаболічних механізмів дозволяють припустити, що у курців збільшується маса тіла під час спроби відмовитися від куріння, навіть якщо вони не збільшують постачання калорій⁵. Пацієнт повинен бути

проінформований і готовий до можливості збільшення маси тіла і йому необхідно запропонувати підтримку у контролі цього показника, заохочуючи його/її вести здоровий спосіб життя, мати помірне фізичне навантаження, споживати здорову їжу, багату на фрукти і овочі, добре спати й обмежити вживання алкоголю. 45-хвилинна програма вправ 3 рази на тиждень підвищує довгострокову абстиненцію у жінок і обмежує надмірну масу тіла за умови поєднання з когнітивно-поведінковою програмою. Збільшення маси тіла є мінімальним, якщо відмова від куріння пов'язана зі збільшенням фізичної активності⁴.

Персоналізована підтримка управління масою тіла може бути ефективною і не може зменшити абстиненцію, але є занадто мало даних, щоб бути в цьому впевненими. Одне дослідження показало, що дуже низькокалорійна дієта підвищує абстиненцію, але не запобігає збільшенню маси тіла в довгостроковій перспективі. Когнітивна поведінкова терапія прийняття збільшення маси тіла не обмежувала підвищення цього показника після припинення куріння і не може сприяти абстиненції в довгостроковій перспективі. Фізичні вправи сприяли значному зниженню маси тіла в довгостроковій, але не в короткостроковій перспективі. Необхідні додаткові дослідження, щоб з'ясувати, чи є це ефектом від лікування чи випадковим висновком. Бупропіон, флуоксетин, НЗТ і вареніклін здатні зменшувати масу тіла після припинення куріння при їх використанні. Хоча цей ефект не зберігався протягом року відмови від куріння, доказів недостатньо, щоб виключити скромний довгостроковий ефект. На даний час недостатньо даних для надання чітких клінічних рекомендацій для ефективних програм запобігання збільшенню маси тіла після припинення куріння⁵.

Замінники нікотину – зокрема, жувальна гумка з 4 мг нікотину, і ніотинові пастилки з 4 мг нікотину виявились ефективними у затримці збільшення маси тіла після відмови від куріння. Крім того, здається, існує зв'язок між дозою-ефектом і гальмуванням збільшення маси тіла (тобто чим більше використання жувальної гумки, тим менший приріст маси тіла). Бупропіон SR також представляється ефективним у затримці збільшення маси тіла після припинення куріння. Однак одразу після припинення терапії з вживанням

нікотинової жувальної гумки або бупропіону SR, курець, який припинив курити, набирає приблизно таку середню масу тіла, яку б він набрав/вона набрала, якби він/вона не використовували ці лікарські засоби.

Рекомендації

- Курцям, яких хвилює можливість збільшення маси тіла після відмови від куріння, рекомендується використовувати вареніклін, бупропіон або нікотинову жувальну гумку як терапію, що затримує збільшення маси тіла після припинення куріння (рівень доказовості В).
- Щоб впоратись із збільшенням маси тіла, рекомендується контроль споживання калорій та підвищення їх витрачання.

Література

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
2. Cavallo D.A. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long> - aff-1, Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, Pediatrics 2010;126:e166-e72.
3. Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, Arch Intern Med. 2010 March 22;170(6):543-550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33
4. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2005;7:871-80.
5. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, Cochrane Database Systematic Review, 2012, Issue 1. Art. No.:CD006219. DOI: 10.1002/14651858.

ЧАСТИНА ДРУГА | РОЗДІЛ 5

Наукові дослідження та наукові рекомендації
для оцінки припинення куріння

*«Ефективні стратегії припинення куріння
повинні підвищити частоту випадків відмови та
попередити у пацієнта розвиток рецидиву»*



5.0 Наукові дослідження та наукові рекомендації для оцінки припинення куріння

5.1 Критерії клінічних досліджень з припинення куріння

Лікування з припинення куріння тепер інтегроване у більшість систем охорони здоров'я, і для поліпшення поточних показників успішності ведеться значна науково-дослідна робота. Донедавна результати рандомізованих клінічних досліджень оприлюднювалися багатьма різними способами, що призвело до проблем інтерпретації. West та співавтори запропонували 6 стандартних критеріїв, які містять стандарти Расселла (RS)¹. Ці критерії застосовні до досліджень припинення вживання тютюну, де учасники мають певну заплановану дату, у яку вони повинні припинити курити, й індивідуальні контакти з дослідниками або клінічним персоналом. Ці критерії охоплюють: (1) спостереження протягом 6 міс (RS6) або 12 міс (RS12) від запланованої дати припинення куріння або після закінчення заздалегідь визначеного періоду відстрочки; (2) самостійну доповідь про відмову від куріння протягом усього подальшого періоду спостереження, що дозволяє до 5 сигарет на день в цілому; (3) біохімічну перевірку абстиненції, принаймні на точці спостереження, що становить 6 або 12 міс; (4) використання підходу «від наміру до лікування», в якому дані усіх рандомізованих курців включені в аналіз, якщо вони не померли і не переїхали невідомо куди (учасники, які включені в аналіз, вважаються курцями, якщо їх статус як курців не може бути визначений на заключному контрольному відвідуванні); (5) подальший контроль за «порушниками протоколу» і відображення в аналізі їх фактичного статусу курців; і (6) збір даних контрольного відвідування незалежно до розподілу курців на групи.

Резюме критеріїв оцінки нікотинової абстиненції у науковій роботі¹:

- **тривалість абстиненції:** критерієм підтвердження абстиненції вважається мінімальний період 6 міс від

встановленої дати припинення куріння і фактичного припинення куріння;

- **визначення абстиненції:** пацієнт повідомляє про викурювання <7 сигарет за 6 міс після припинення куріння, разом з негативним результатом тесту монооксиду вуглецю у повітрі, яке він видихає. Необхідно відрізнити абстиненцію на момент (пікова абстиненція) відвідування медичного працівника від безперервної абстиненції, яка оцінюється шляхом періодичних відвідувань протягом 6–12 міс спостереження;
- **біохімічна оцінка абстиненції:** при кожному відвідуванні рекомендується визначити концентрацію монооксиду вуглецю (CO) у повітрі, що видихається; що є обов'язковим при відвідуванні при закінченні терміну лікування;
- **аналіз «від наміру до лікування»:** показник абстиненції визначається з урахуванням всіх пацієнтів, які отримували лікування, пройшли повне лікування і були присутні на всіх контрольних відвідуваннях. Ті пацієнти, які випали з подальшого спостереження (шляхом зміни домашньої адреси, номера телефону тощо), будуть розглядатися як ще активні курці, що продовжують курити;
- **порушники протоколу:** абстиненція підтверджується відповідно до критеріїв 1–4, тільки якщо пацієнти дотримувалися правильного лікування – в стандартних дозах, додатково не застосовували на власний розсуд інші методи лікування в терапевтичній схемі і були присутні на всіх відвідуваннях для подальшого спостереження, з біохімічною перевіркою статусу куріння;
- **засліплення даних:** якщо це можливо, збір даних повинен здійснюватися через подвійні сліпі методи.

5.2 Економічна ефективність лікування нікотинової залежності

Протидія вживанню тютюну спрямована на забезпечення

людь можливість дихати здоровим повітрям, без тютюнового диму, шляхом заборони куріння в закритих громадських місцях. Припинення куріння, один із основних компонентів боротьби проти тютюну, усуває багато проблем зі здоров'ям шляхом допомоги курцям відмовитися від куріння. Існує широкий спектр досліджень, які демонструють ефективність заходів з припинення куріння. Існує також достатньо літератури з питань економічної ефективності припинення куріння на основі досліджень, проведених в багатьох країнах. Більш ранні дослідження оцінювали бупропіон і НЗТ. Одне раннє дослідження економічної ефективності заходів з припинення куріння показало, що, в порівнянні з іншими профілактичними заходами відмова від куріння є надзвичайно економічно ефективною². Дослідження було розроблено для лікарів первинної ланки з метою виявлення всіх дорослих курців і мотивування їх відмовитися від куріння під час планових візитів. Заходи з припинення куріння охоплювали тільки консультування та застосування НЗТ. Середня вартість куріння дорівнювала 3779 дол. США на курця, з економією 2587 дол. за рік врятованого життя і 1915 дол. за кожен рік, скоригований на якість життя.

Було виявлено, що у порівнянні з рутинними стратегіями запобігання інфаркту міокарда заходи з припинення куріння є більш економічно ефективними. Понад 10000 фунтів стерлінгів на рік збереженого життя потрібно для первинної профілактики інфаркту міокарда з такими препаратами, як симвастатин або правастатин, в той час як заходи з припинення куріння, у тому числі коротка порада та НЗТ, будуть коштувати всього від кількох сотень до однієї тисячі фунтів стерлінгів^{3,4}.

Дослідження, проведене в установах первинної медико-санітарної допомоги в Швейцарії в 2003 р., показало економічну ефективність і бупропіону, і нікотинового пластиру. Дослідження проводилось на двох групах затяжних курців; одна група отримувала лише консультування сімейного лікаря, друга — додаткове медикаментозне лікування. Наприкінці дослідження був зроблений висновок, що бупропіон і нікотиновий пластр є найбільш економічно ефективними методами лікування, за ними, в порядку зменшення, — спрей, інгалятор і, нарешті, нікотинова гумка⁵.

Після появи варенікліну цей препарат також був оцінений як економічно ефективний.

Щорічна вартість куріння у США оцінювалась у 193 млрд дол., у тому числі 97 млрд дол. за рахунок зниження продуктивності праці і 96 млрд дол. медичних витрат, пов'язаних із курінням⁶. Прямі витрати на куріння для Національної системи охорони здоров'я Великобританії оцінювались у 52,7 млрд. фунтів стерлінгів⁷, а загальний обсяг прямих і непрямих витрат держав — членів ЄС оцінувався у +97,7 млрд євро і 130,3 млрд євро на рік⁸.

Заходи з припинення куріння на робочому місці забезпечили економію витрат за 12 міс на кожну особу, яка припинила курити, у розмірі 541 дол. на варенікліні, 151 дол. на бупропіоні і 82 дол. на коротких порадах^{9,10}.

У метааналізі, проведеному в США, вчені дійшли висновку, що консультування з припинення куріння з підтримкою після лікування є потенційно ефективним з економічної точки зору і може зменшити поширеність куріння та пов'язаних з ним несприятливих наслідків для здоров'я та соціальних витрат¹¹. Використовуючи дані метааналізу рандомізованих досліджень, вчені розробили гіпотетичний контингент курців США, госпіталізованих з гострим інфарктом міокарда, та оцінили економічну ефективність консультування з припинення куріння у поєднанні з подальшим підтримувальним контактом. Його рентабельність на кожного пацієнта, який припинив курити, становила 540 дол. витрат за програмою, 4350 дол. за рік врятованого життя і 5050 дол. за кожен рік, скоригований на якість життя, при врахуванні всіх витрат на охорону здоров'я¹¹.

Куріння є найбільш важливим фактором ризику розвитку, а також у клінічного перебігу ХОЗЛ. Таким чином, припинення куріння є особливо важливим для цієї групи осіб. Два дослідження, проведені в Нідерландах, показали, що припинення куріння було рентабельним серед пацієнтів з ХОЗЛ. У системному огляді 9 рандомізованих контрольованих досліджень з вивчення ефективності заходів з припинення куріння у хворих на ХОЗЛ було встановлено, що в середньому 12-місячний безперервний показник абстиненції, за оцінками, дорівнював 1,4% при стандартному лікуванні, 2,6% — при мінімальному консультуванні, 6,0% — при

інтенсивному консультуванні та 12,3% — при застосуванні фармакотерапії. У порівнянні зі звичайною медичною допомогою економія витрат на рік, скоригований на якість життя (QALY), дорівнювала при мінімальному консультуванні; інтенсивному консультуванні та при застосуванні фармакотерапії 16 900; 8200 і 2400 євро відповідно¹². Інше дослідження проводилося з метою визначення економічної ефективності високоінтенсивної програми припинення куріння (Дим-стоп-терапія; SST) проти лікування середньої інтенсивності (стратегія мінімальних заходів для пацієнтів з легеневиими захворюваннями [LMIS]) для амбулаторного лікування ХОЗЛ. Наприкінці дослідження було встановлено, що затрати SST на охорону здоров'я, у тому числі видатки за програмою відмови від куріння, становили 581 євро у порівнянні з 595 євро на LMIS. Дим-стоп-терапія також пов'язана з більш низьким середнім числом загострень (0,38 проти 0,60) і днів госпіталізації (0,39 проти 1) на пацієнта, а також з більшою кількістю абстинентів (20 проти 9) при низьких загальних витратах. Це призводить до домінування SST у порівнянні з LMIS¹³.

У дослідженні, проведеному в штаті Массачусетс, США, було виявлено, що комплексні послуги з припинення куріння призводять до істотної економії за програмою «Медікейд». Комплексні послуги з припинення куріння, включаючи медикаментозне лікування, консультування та інформаційну підтримку, становили близько 183 дол. на кожного учасника програми в 2010 р., а кошторисна економія становила 571 дол. на одного учасника. Це вказує на те, що кожен 1 дол., витрачений на програму, пов'язаний з 3,12 дол. медичних заощаджень^{14,15}.

У недавній економічній оцінці Cantor та співавтори (2015) виявили, що підготовка лікарів і фармацевтів з припинення куріння є високоефективним методом підтримки відмови від куріння у Європейському Співтоваристві¹⁶.

Література

1. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.
2. Cromwell J., Bartosch WJ., Fiore MC., Hasselblad V., Baker T. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA*. 1997;278(21):1759-1766.
3. Johannesson M., Jönsson B., Kjekshus J., Olsson AG., Pedersen TR., Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *Scandinavian Simvastatin Survival Study Group*. *N Engl J Med*. 1997;336(5):332-6.
4. Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. *BMJ*, 1997;315(7122):1577-82.
5. Cornuz J., Pinget C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003 Jul;59(3):201-6.
6. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009;6(3):1-10.
7. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control* 2009;18(4):262-7.
8. World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
9. Jackson KC. 2nd, Nahoopii R., Said Q., et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007;49(4):453-60.
10. Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, *Pharmacoeconomics* 2010;28(3):231-254.
11. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, *Arch Intern Med*. 2011;171(1):39-45.
12. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT. Rutten-van Mülken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax* 2010;65:711-718.
13. Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(6):657-63.
14. Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. *PLoS ONE* 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
15. Ferketich AK1, Pennell M, Seiber EE, Wang L, Farietta T, Jin Y, Wewers ME. Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. *Nicotine Tob Res*. 2014;16(6):786-93.
16. Cantor SB., Deshmukh AA., Luca NS., Noguera-González GM., Rajan T., Prokhorov AV. Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. *Addict Behav*. 2015 Jun;45:79-86.

5.3 Рекомендації щодо впровадження методичних рекомендацій з припинення куріння

Належні рекомендації є дійсно корисними тільки у випадку поширення і реалізації в цільовому контингенті, відповідно до стандартів передової практики.

Найнадійніший приклад в Європі для ілюстрації цього— Служби з припинення куріння Національної системи охорони здоров'я Великої Британії. Розвиваючи алгоритм реалізації керівних положень Національного інституту охорони здоров'я і вдосконалення медичної допомоги (NICE), керівні положення з припинення куріння були перетворені в цінний інструмент для всіх категорій фахівців, що беруть участь у наданні допомоги курцям. Таким чином, ці керівні положення можуть допомогти національним організаціям відповідати визнаному у всьому світі науковим стандартам і стандартам урядів країн в галузі суспільної охорони здоров'я, визначити національні та місцеві організації в державному секторі, щоб задовольнити державні показники і цілі щодо поліпшення здоров'я, зниження нерівномірності стану здоров'я, і сприяти благополуччю в громадах¹.

Реалізація керівних положень повинна здійснюватися через звернення до послуг, що надаються в рамках первинної та вторинної медичної допомоги, аптек, місцевих органів влади та робочих місць і органів підготовки осіб, відповідальних за політику в сфері охорони здоров'я.

Для досягнення цієї мети процес реалізації потребує створення структури керівництва проектом і поступового підходу, щоб зробити наступне:

- забезпечити, щоб всі відповідні групи були обізнані з керівними положеннями і мали доступ до веб-сайтів, роздруківок тощо;
- працювати з відповідними групами фахівців для порівняння їх поточної діяльності з рекомендаціями, що містяться в цих керівних положеннях¹;
- визначити, яким організаціям/лікарням тощо потрібно змінити поточні методи роботи з метою узгодження з керівними положеннями і побудови партнерських

відносин з існуючими мережами (наприклад, регіональними мережами з боротьби проти тютюну);

- виявити ключові сфери з метою запровадження, наприклад, місцевих інформаційних засобів для направлення в центри з припинення куріння, збільшення числа практикуючих лікарів, які проходять підготовку, і зосередження на важкодоступних громадах;
- оцінити вартість реалізації цих керівних положень;
- побудувати план дій для впровадження керівних положень, працюючи разом з організаціями та фахівцями на місцях.

Для забезпечення ефективного реалізації всі відповідні організації з введення в дію, охорони здоров'я, місцеві органи влади та місцеві організації з визначення пріоритетних завдань та представники повинні прийняти план дій, наприклад, за допомогою локальної угоди. Реалізація керівних положень повинна переглядатися та контролюватися з представленням результатів відповідній опікунській раді. Крім того, дуже важливо ділитися досвідом реалізації керівних положень з іншими організаціями у певних професійних чи наукових заходах².

В експериментальному дослідженні з визначення ефективності заходів щодо поліпшення поширення реалізації принципів відмови від куріння в жіночих та дитячих поліклініках, Manfredi та співавтори повідомляли про поліпшення після поширення інформації про базову лінію в групі контингенту курців, про отримання поради провайдера, самопомогу буклетів, плакатів, відео і додаткових заходів. Тим не менше, найбільш значне збільшення було відзначено в частці курців, які отримували і буклет, і додаткові заходи³.

Література

1. NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach->

- communities-review-proposal-consultation2. Accessed April 10, 2015.
2. NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
 3. Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, *Health Educ Res.* 2011;26(2):348-360.

5.4 ► Рекомендовані джерела наукової літератури з припинення куріння

1. Hoogendoorn M., Feenstra T.L., Hoogenveen R.T., Rutten-van Mölken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010;65:711-718.
2. Hodgson D.B., Saini G., Bolton C.E., Steiner M.C. Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Thorax* 2012;67(2):171-176.
3. Ford E.S., Mannino D.M., Zhao G., Li C., Croft J.B. Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994. *Chest* 2012;141(1):101-110.
4. Christenhusz L.C., Prenger R., Pieterse M.E., Seydel E.R., van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res.* 2012 Jun;14(6):657-63.
5. Decramer M., Sibille Y., Bush A., Carlsen K.H., Rabe K.F., Clancy L., Turnbull A., Nemery B., Simonds A., Troosters T. The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. *Eur Respir J* 2011;37(4):738-742.
6. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59(3):201-6.

ЧАСТИНА ТРЕТЯ | РОЗДІЛ 6

Європейські стандарти акредитації служб з припинення вживання тютюну та підготовка до роботи з припинення вживання тютюну

«Кваліфіковані медичні працівники є фундаментальною основою лікування споживання тютюну та тютюнової залежності»



6.0 Європейські стандарти акредитації служб з припинення вживання тютюну та підготовка з припинення вживання тютюну

У цій главі описуються стандарти підготовки всіх працівників охорони здоров'я та стандарти служб з припинення вживання тютюну (цільові професійні групи для проведення заходів з припинення куріння, загальні стандарти підготовки медичних працівників для лікування тютюнової залежності, авторизовані навчальні органи та їх відповідальність щодо припинення куріння, формат підготовки та оцінка).

Систематичний огляд і метааналіз заходів з підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я для лікування нікотинової залежності, що проводяться Кокранівською асоціацією, представили докази, що підготовка була пов'язана з позитивними змінами в клінічній практиці¹.

Загальновизнано, що в секторі охорони здоров'я необхідне належне управління. Широка громадськість, пацієнти і сторонні платники хочуть мати більш об'єктивні оцінки якості медичних послуг. Країни запровадили різні підходи до підтримки якості та підвищення стандартів. У деяких

країнах професійні організації та об'єднання провайдерів намагаються здійснювати контроль над якістю діяльності членів, щоб поліпшити стандарти обслуговування, часто без участі уряду або суспільства. В інших країнах держава здійснює жорсткий контроль над сектором охорони здоров'я, не залишаючи майже ніяких можливостей для професійного судження, що призводить до «перестраховальної» медицини і непотрібних звернень до більш високих рівнів надання медичної допомоги. Завдання полягає в тому, щоб збалансувати роль працівників охорони здоров'я, урядових директивних органів, представників громадськості та інших зацікавлених сторін у підвищенні якості та встановленні стандартів в секторі охорони здоров'я.

Огляд наявної літератури визначив різні джерела керівних положень, вказівок і доказів, які могли б бути перетворені в чіткі заяви щодо потреб у послугах охорони здоров'я в Європі (табл. 6.1).

Таблиця 6.1. Огляд стандартів європейської практики охорони здоров'я

Рада Європи	
Рекомендація (1997) 5	Захист медичних даних
Безпечна практика застосування лікарських засобів (P-SPPH/SAFE) 2006	Безпечна практика застосування лікарських засобів
Резолюція ResAP (2003) 3	Лікувальне харчування в лікарнях
Рекомендація (2000) 5	Участь пацієнтів
Рекомендація Rec (2006) 7	Безпека пацієнтів
ВООЗ	
WHO-HEN-OBS 2009	Кваліфікація лікаря
Стандарти оздоровчої роботи в лікарнях 2004	Оздоровча робота
Контрольний перелік заходів із зменшення ускладнень і смертності населення світу	Хірургічна безпека
Система оцінки ефективності діяльності лікарень: PATH	Показники ефективності діяльності
Директиви ЄС	
Директива 2005/36/ЄС	Професійна кваліфікація
Директива 1995/46/ЄС	Обробка персональних даних

Continued

Figure 6.1 Continued

Директива 2011/24/EC	Права пацієнтів на медичне обслуговування за кордоном
Дослідження в ЄС	
Розробка загальноєвропейських стандартів та критерії перевірки (перевірка крові в ЄС)	Банки крові
Європейська система показників якості і методологія донорства органів (проект ODEQUS)	Донорство органів
Стойкість до антибіотиків і призначення дітям в Європі (ARPEC)	Застосування антибіотиків
Розробка раціонального застосування лікарських засобів в Європі (DRUM Europe)	Застосування медичних засобів
Забезпечення безпеки пацієнтів і поліпшення якості інтенсивної терапії (PROSAFE)	Інтенсивна терапія
Визначення кращих практик паліативної медичної допомоги в Європі (PPP)	Паліативна медична допомога
Міжнародна програма використання ресурсів в інтенсивній терапії (IPOC) – Методологія та початкові результати щодо витрат і надання в чотирьох країнах Європи	Інтенсивна терапія
Поліпшення безпеки пацієнтів в денних хірургічних стаціонарах (DAYSAFE)	Денна хірургія
Догляд та управління послугами для осіб літнього віку в Європейському Союзі (ЄС) через європейську мережу (CARMEN)	Послуги для осіб літнього віку
Передова практика доступу, якості та відповідності медичних послуг для іммігрантів у Європі (EUGATE)	Національні меншини
НДО	
Керівні принципи Європейської ради з реанімації, 2010	Реанімація
Європейський союз медичних спеціалістів (UEMS)	Якість лікарської практики
Базельська декларація UEMS	Підвищення кваліфікації
Європейська хартія прав пацієнтів www.activecitizenship.net	Права пацієнтів
Дитяча хартія EACH	Права пацієнтів
Міжнародна асоціація геронтології: Стандарти Хартії літніх людей	Права пацієнтів
Європейське товариство радіології (ESR). Управління ризиками в радіології, 2004	Радіологія
Європейська федерація лікарень та охорони здоров'я (HOPE), жовтень 2010	Хронічні захворювання
ЄКС	
EN ISO 22870:2006 (POCT) – Вимоги якості та компетентності ISO 22870 (2006)	Мануальна терапія
EN 16224:2012 Надання медичної допомоги мануальними терапевтами	Перевірка пунктів надання допомоги
WS068001 Послуги охорони здоров'я – Критерії якості медичних оглядів	Медичні огляди
Надання остеопатичної медичної допомоги	Остеопатія

Continued

Figure 6.1 Continued

CEN/TC 403 Послуги естетичної хірургії	Естетична хірургія
Запровадження ISO 9001 в галузі охорони здоров'я	Системи управління якістю
Ірландська національна служба стандартів: Застосування службами з охорони здоров'я ISO 9002 в медичних стаціонарах	
SGS Yarsley International в Об'єднаному Королівстві: BS EN ISO 9000 Методичні рекомендації щодо застосування в лікарнях	
Шведський інститут стандартів, Настанова (CEN/TS 15224)	
DNV Національна комплексна акредитація організацій з охорони здоров'я – Настанова з тлумачення	
CEN/TS 362 Медичні послуги – Системи управління якістю	

Незалежні огляди в США та Австралії підкреслили необхідність активної співпраці між державними та приватними установами з метою узгодження конфлікту між регулюванням зверху вниз і розробками знизу вгору. Партнерство між державним сектором і будь-яким агентством акредитації є суттєво важливим для успіху акредитації^{2,3}.

Література

1. Carson KV., Verbiest MEA., Crone MR., Brinn MP., Esterman AJ., Assendelft WJJ., Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.
3. Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. *EuroHealth* July 2012 (in press)

6.1 Рекомендації щодо критеріїв стандартів спеціальної підготовки з припинення вживання тютюну

Обговорення, що стосуються допомоги курцям у припиненні куріння, повинні бути обов'язковою темою медичної програми. Навчання всіх категорій фахівців, що працюють

у цій галузі, необхідно проводити шляхом організації курсів підготовки уповноваженими експертами в цій сфері.

В огляді, опублікованому Nancy Rigotti та співавторами в 2008 р., автори повідомляють про вивчення заходів з підготовки фахівців з припинення куріння в декількох країнах¹. Зібрані дані показали широкий спектр підходів і форматів існуючих заходів з підготовки, а також безліч джерел фінансування, які підтримують ці заходи. Це вивчення було особливо цінним тому, що привертало увагу до необхідності запровадження стандартів спеціалізованої підготовки для лікування тютюнової залежності на міжнародному рівні.

Цільовий контингент для навчання з припинення куріння включає всіх консультантів та координаторів служби з припинення куріння: лікарів, медсестер, акушерок, фармацевтів, стоматологів, психологів або консультантів гарячої лінії та інших осіб, які радять, як кинути курити. Усі європейські уповноважені органи, відповідальні за навчання і підготовку медичних працівників, які радять людям припинити курити, повинні вжити заходів для:

- навчання всього медичного персоналу першої лінії, як надати коротку пораду з припинення куріння, з найкращим керівництвом, та як звернутися, коли це необхідно і можливо, до служб з припинення куріння, фінансованих державою;
- забезпечення навчання, щодо підтримки людей для припинення куріння було частиною основної програми

- підготовки студентів-медиків та аспірантів;
- забезпечення і підтримка доступності підготовки та підвищення професійної кваліфікації;
- навчання всіх лікарів служб з припинення куріння за допомогою програми, яка відповідає кращим існуючим стандартам навчання для лікування тютюнової залежності;
- забезпечення додаткової спеціальної підготовки для тих, хто працює з конкретними групами, наприклад, особами з проблемами психічного здоров'я, госпіталізованими пацієнтами і вагітними, які курять;
- заохочення і навчання медичних працівників, як запитувати пацієнтів про всі форми вживання тютюну, і консультування їх про шкоду впливу вторинного тютюнового диму.

Такі уповноважені органи з підготовки є різноманітними в різних країнах Європи – від акредитованих університетів до інших державних або визнаних національних навчальних структур.

Стандарт підготовки з припинення куріння включає два основних напрямки: знання та навички. Стандарт застосовується до змісту програм і запланованих кінцевих результатів навчання.

Стандарти підготовки Національної системи охорони здоров'я Об'єднаного Королівства зосереджуються (табл. 6.2) на мінімальних елементах і модулях для проведення заходів з припинення куріння на трьох різних рівнях (короткі раціональні, інтенсивні індивідуальні та групові). Стандарт навчання забезпечує методичну допомогу інструкторам стосовно того, що повинно бути включено в підготовку консультантів з припинення куріння. Формат навчання для кожного рівня відрізняється; в цілому короткі раціональні поради повинні бути включені в програми для медичних випускників університетів, у той час як індивідуальні і групові навчання повинні проводитися і в рамках післядипломної підготовки спеціалістів з медицини/психології/догляду.

Термін «мінімальні вимоги до змісту» стосується тих елементів програми, які вважаються необхідними для досягнення стандарту. Кожна мета позначається як К або

Таблиця 6.2. Стандарти оцінки підготовки з припинення куріння Національної системи охорони здоров'я Об'єднаного Королівства

1. Підтвердження відвідування курсу підготовки
2. Постійна оцінка результатів навчання (проміжний контроль)
3. Перевірка основних знань і навичок після завершення курсу
4. Оцінка знань та навичок в процесі роботи шляхом спостереження
5. Підтвердження навчання і застосування на практиці через портфель підвищення кваліфікації

S, щоб вказати, це знання (K) чи навички (S). Ці відмінності є важливими, тому що вони вимагають різних форм оцінки. Перша мета може оцінюватись за допомогою письмових тестів в кінці курсу, в той час як остання є більш складною і може вимагати проведення практичних тестів або спостереження в процесі практики після закінчення курсу.

6.2 > Рекомендації з розробки програми підготовки з припинення куріння для випускників медичних університетів в Європі

Актуальність проблеми

Вживання тютюну є однією з найбільш важливих проблем охорони здоров'я населення, яка вбиває понад 6 млн осіб у всьому світі, і це число буде збільшуватися до 8 млн в 2030 р.² Тільки в Європі тютюн щороку вбиває близько 700 тис. осіб. Дослідження показали, що половина наявних курців помруть через проблеми зі здоров'ям, пов'язані з вживанням тютюну, і багато з них — передчасно³. Крім цих смертей, вживання тютюну завдає шкоди навколишньому середовищу і несе значний економічний тягар. Таким чином, існує нагальна потреба у контролі споживання тютюну і зменшенні кількості

курців. Один з підходів у реалізації цієї мети полягає у тому, щоб допомогти курцям кинути курити. Багато країн реалізують успішні програми боротьби проти тютюну, у тому числі лікування хворих, і скоротили споживання тютюну і кількість смертей через вживання тютюну².

Зміст програми підготовки

- Тютюнова епідемія в Європі і в світі;
- фактори, що ініціюють вживання тютюну;
- фармакологічна основа тютюнової залежності;
- небезпека для здоров'я через вживання тютюну;
- інші (наприклад, екологічні, економічні і тощо) наслідки використання тютюну;
- підходи до боротьби з вживанням тютюну;
- роль лікаря в боротьбі з вживанням тютюну;
- законодавство з боротьби з вживанням тютюну.

Методи підготовки

Протягом перших років навчання у медичному закладі надається теоретична підготовка, а практичні заняття проходять в ході клінічних занять (з 4-го по 6-й рік). Тривалість теоретичного навчання становить 10–12 год(мінімум), інтегрованих в навчальний план перших 3 років (доклінічний період) медичних занять. Лекції в класі,

обговорення в невеликих групах, круглі столи та історії хвороб використовуються для теоретичної підготовки. Метою навчання у класі є підвищення обізнаності серед студентів для розвитку поінформованості про питання, пов'язані з вживанням тютюну (табл. 6.3). Під час періоду клінічної підготовки можна обговорювати більшу кількість клінічних випадків для розробки «антинікотинного» ставлення та поведінки. Слід підкреслити, що всі лікарі повинні задавати питання про куріння своїм пацієнтам (у тому числі батькам неповнолітніх пацієнтів), і надавати поради і допомогу курцям в припиненні куріння. Таким чином, деякі клінічні випадки і лікування тютюнової залежності обговорюються в ході клінічного навчання.

Сфера когнітивної діяльності

B1: Знати (згадувати, враховувати, визначати), тобто знання поширеності вживання тютюну, факторів, що впливають на поширеність; список наслідків вживання тютюну для здоров'я органів і систем.

B2: Розуміти, запроваджувати, аналізувати, оцінювати, тобто знати біологічні та психологічні механізми впливу вживання тютюну для здоров'я, пояснювати вплив на навколишнє середовище й економічний тягар вживання тютюну.

B3: Користуватися знаннями B2 для реалізації на практиці

Таблиця 6.3. Деталі програми

ЗАГАЛЬНІ ЗАВДАННЯ	ЦІЛІ	Період та рівень (*)		
		Доклініч-ний	Клінічний	Інтернату-ра
Інформація про профілактику вживання тютюну і фактори, які призводять до початку куріння	Основні епідеміологічні характеристики вживання тютюну (особа, місце, час, тенденції тощо)	B2		
Інформація про загрозу куріння для здоров'я	Склад тютюнового диму і вплив на здоров'я	B1		
	Вплив куріння на респіраторну систему	B1	B2	
	Вплив куріння на серцево-судинну систему	B1	B2	
	Вплив куріння на рак і кровотворну систему	B1		
	Вплив куріння на сечостатеву систему	B1		
	Вплив куріння на вагітність та дітей	B1		

Таблиця 6.3: продовження

ЗАГАЛЬНІ ЗАВДАННЯ	ЦІЛІ	Період та рівень (*)		
		Доклініч-ний	Клінічний	Інтернату-ра
Нікотинова залежність і її значення для осіб і населення	Неврологічна основа нікотинової залежності	B1	B2	
	Когнітивні і поведінкові аспекти нікотинової залежності	B1	B2	
Екологічні наслідки вживання тютюну	Якість навколишнього повітря і забруднювачі	B1		
	Забруднення навколишнього середовища, пожежонебезпека	B1		
Соціальні й економічні наслідки вживання тютюну	Вплив на осіб	B2		
	Вплив на громаду	B2		
Законодавство про боротьбу з вживанням тютюну	Міжнародний рівень (Рамкова конвенція з боротьби проти тютюну)	B2		
	Національний рівень (національне законодавство)	B2		
Концепція боротьби з вживанням тютюну і її стратегії	Стратегії MPOWER	B2		
	Відповідне національне законодавство, Національна програма боротьби з вживанням тютюну	B2		
Роль лікаря у контролі над курінням і відповідна поведінка	Відмова від куріння як приклад для наслідування	B2	B2 D2	B3 D3
	Допомога курцям у припиненні куріння із застосуванням принципів 5A і 5R	B1	B3 D3	B3 D3
	Науково обґрунтовані методи припинення куріння		B2	
	Припинення куріння в клінічній практиці			B3
	Попередження рецидивів	B2	B3	B3
	Пропаганда і лідерство у боротьбі з вживанням тютюну		D3	B3
	Застереження і боротьба з маніпуляціями тютюнової промисловості		B3	D3
	Припинення куріння в певних категоріях: хірургія, ХОЗЛ, серцево-судинні захворювання, психічні розлади			D3
	Роль засобів інформації у боротьбі з вживанням тютюну	B2		
Боротьба з вживанням тютюну в повсякденному житті і робота з відповідними установами	Урядові й неурядові установи у боротьбі з вживанням тютюну	B2		

(на пацієнтах) (врахування історії, оцінка та прийняття рішення), тобто застосовувати підходи 5A, пропонувати допомогу курцю, надавати інформацію про різні варіанти лікування.

Сфера перцептивної діяльності

D1: Поінформованість, тобто знати методи маркетингу тютюнової промисловості.

D2: Ставлення, наприклад розглядати методи маркетингу тютюнової промисловості і важливість протидії їм.

D3: Поведінка, наприклад скласти план, щоб протидіяти методам маркетингу тютюнової промисловості та реалізації плану.

Оцінка

Вплив програми оцінюється через попередній і заключний тести. Попередній тест дається студентам до початку програми (тобто у перший рік), а заключний — перед закінченням ВНЗ (тобто в останній рік). Попередній і заключний тести містять декілька варіантів відповідей, які входять до завдань навчальної програми. Крім того, після кожного курсу відбувається письмовий та усний зворотний зв'язок між студентами і викладачами. Імена студентів не зазначаються; оцінюється результат групи.

6.3 > Рекомендації з розробки навчальних програм щодо відмови від куріння для післядипломного навчання медичних працівників в Європі — Програма з одержанням сертифіката

Актуальність проблеми

Вживання тютюну є однією з найбільш важливих проблем охорони здоров'я населення, яка вбиває понад 6 млн людей у всьому світі, і це число буде збільшуватися до 8 млн в 2030 р.² Тільки в Європі тютюн щороку вбиває близько 700 тис. людей. Дослідження показали, що половина наявних курців помруть через проблеми зі здоров'ям, пов'язані з вживанням тютюну, і багато з них — передчасно³. Крім цих

смертей, вживання тютюну завдає шкоди навколишньому середовищу і несе значний економічний тягар. Таким чином, існує нагальна потреба у контролі споживання тютюну і зменшенні кількості курців. Один з підходів до цієї мети полягає у тому, щоб допомогти курцям кинути курити.

Велика кількість країн реалізують успішні програми боротьби проти тютюну, у тому числі лікування хворих, і скоротили споживання тютюну і кількість смертей через вживання тютюну².

Завдання програми підготовки

Метою програми підготовки є навчання учасників профілактиці, діагностиці та лікуванню тютюнової залежності. До кінця підготовки учасники повинні бути здатними керувати центром з припинення куріння. Для досягнення цієї мети в рамках програми обговорюються наступні теми:

- тютюнова епідемія;
- фактори, що ініціюють вживання тютюну;
- фармакологічна основа тютюнової залежності;
- небезпека для здоров'я через вживання тютюну;
- інші (наприклад, екологічні, економічні і тощо) наслідки використання тютюну;
- підходи до боротьби з вживанням тютюну;
- роль лікаря в боротьбі з вживанням тютюну;
- законодавство з боротьби з вживанням тютюну (міжнародне і національне);
- служби боротьби з вживанням тютюну у країні;
- заснування і функціонування центру з припинення куріння.

Методи підготовки

Програма складається з двох частин: заочне та безпосереднє навчання. Навчальний матеріал доступний на сторінці в інтернеті, й учасники можуть отримати до неї доступ, користуючись своїм паролем протягом певної кількості днів. Очікується, що вони засвоять друкований матеріал і складуть іспит після завершення навчання. Ті, хто здасть іспит, будуть допущені до очної 2-денної підготовки. Ця програма організована міністерством охорони здоров'я або уповноваженим університетом. Максимальна кількість

учасників 25.

Деталі програми індивідуальної підготовки:

- попереднє тестування, очікування учасників, мета навчальної програми;
- епідеміологія вживання тютюну, національна статистика і тенденції;
- вживання тютюну серед спеціальних груп: дітей та молоді, жінок, вагітних, пацієнтів із супутніми захворюваннями, медичного персоналу;
- залежність від тютюну, механізми, вимірювання рівня залежності: тест Фагерстрома на нікотинову залежність (FTND), критерії Європейської медичної асоціації «Куріння чи здоров'я» (EMASH);
- підходи до впливу на курців: 5As і 5Rs;
- стійкі/проблемні випадки, завзяті курці, непостійні курці, курці із супутніми захворюваннями тощо;
- психологічна підтримка;
- фармакологічне лікування, зокрема фармакотерапія першої лінії;
- законодавство: законодавство з боротьби проти тютюну, законодавство про центри з припинення куріння (центри фізичного потенціалу, трудових ресурсів тощо);
- рольова гра з прикладами випадків тощо;
- відвідування центру з припинення куріння;
- заключний тест і оцінка підготовки, рекомендації учасників щодо майбутніх програм.

Оцінка

Успіх оцінюється за допомогою попередніх і заключних тестів, а успішні учасники отримують сертифікат міністерства охорони здоров'я чи іншого керівного органу. Відбувається також усний зворотний зв'язок. Сертифіковані лікарі мають право засновувати і керувати центрами з припинення куріння.

Програма підготовки для спеціалістів-пульмонологів

Європейське респіраторне товариство (ERS) опублікувало монографію з припинення куріння у пацієнтів з ХОЗЛ у 2007 р., і нова версія буде доступна найближчим часом^{2,4}. На рис. 6.1 представлено турецький досвід у цій галузі.

Рисунок 6.1. Зразок програми підготовки з припинення куріння для медичних працівників у Туреччині

Реалізація програми здійснювалась Турецьким торакальним товариством за фінансової підтримки Міжнародного фонду Пфайзер (Боротьба з вживанням тютюну і порядок надання мікрогрантів). Стандартизована «модульна» програма підготовки була розроблена членами Робочої групи по боротьбі з вживанням тютюну Турецького торакального товариства. Тоді була проведена підготовка групи із 40 спеціалістів із захворювань грудної клітки як методистів, що утворюють основну групу з навчання. Програма підготовки була доступною для всіх членів Товариства через електронні засоби. До модуля підготовки через інтернет увійшли 765 учасників. Завдання цього електронного курсу полягало в впровадженні двох As (Ask and Advise – Питай і Радь) із принципів 5A в повсякденну клінічну практику. В кінці кожного модуля учасники відповідали на питання за основними темами модуля. Після завершення курсу навчання за допомогою електронних засобів учасники, які бажали поліпшити практичні навички, відвідували очну форму підготовки протягом одного дня [фактично всі 765 учасників пройшли таку очну підготовку]. Ці програми підготовки проводили члени основної групи з навчання у 18 провінціях Туреччини. Після завершення цих програм з підготовки на місцях учасники розвинули свої навички займатися з курцями і допомагати їм відмовитися від куріння шляхом застосування науково обґрунтованих методів. Всі учасники оцінили програму як дуже корисну, змістовну та актуальну.

Література

1. Rigotti NA, Bitton A, Richards AE, Reyen M, Wassum K, Raw M. An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*. 2009;104(2):288-96.
2. WHO Report on the Global Tobacco Control Report, 2008. The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
4. Nardini S. Smoking Cessation. *European Respiratory Society Monographs*, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
5. P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratiou C., Jimenez-Ruiz C., Nardinie S., Viegi G., Lazzaro, C., Campell IA., Dagli E., and R. West. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007;29:390-417.

6.4 ▶ Рекомендації з розробки навчальних програм щодо відмови від куріння для інших категорій професіоналів, які забезпечують припинення куріння в Європі: психологів, медичних сестер, осіб, які визначають політику у сфері охорони здоров'я

Крім лікарів, всі категорії персоналу, що працюють в центрах з припинення куріння або беруть участь у наданні допомоги курцям, повинні мати базові знання та навички лікування вживання тютюну та залежності. Це життєво важливо для забезпечення оптимальних методів припинення куріння. Основний навчальний модуль з припинення куріння, таким чином, рекомендується для: медсестер, акушерок, психологів, методистів, соціальних працівників та фармацевтів або будь-яких інших категорій працівників, які надають допомогу курцям у припиненні куріння, залежно від правил, що діють в кожній країні.

Програми повинні включати мінімальний учбовий зміст про розлади, пов'язані з тютюном, нейробіологію нікотинової адикції, залежності від тютюну (для розгляду фізіологічних і психологічних факторів), процеси куріння і виходу, види заходів з припинення куріння, оцінку курців і науково обґрунтовані терапії вживання тютюну.

Підготовка повинна бути підтримана державними органами, які забезпечують доступ до неї медичних працівників. Це сфера відповідальності членів комісій і керівників національних органів охорони здоров'я, які повинні фінансувати підготовку з припинення куріння як базову діяльність системи охорони здоров'я. Для кращого розуміння цих потреб і кращої розробки таких програм ми наполегливо рекомендуємо, щоб мінімальний навчальний модуль з припинення куріння був запропонований керівникам медичних закладів та департаментів/управлінь охорони здоров'я. Одержавши елементарні уявлення про пов'язані з тютюном захворювання та смертність, а також про економічну ефективність профілактики тютюнової залежності та терапії з припинення куріння, політики в галузі охорони здоров'я

стануть більш обізнані про масштаби проблеми і встановлять пріоритети відповідним чином, щоб поліпшити ситуацію. Навчання другого рівня підходить для всіх медичних працівників. Навчання першого рівня призначене для тих, хто бажає стати фахівцями з припинення вживання тютюну.

Рекомендації

- Куріння і відмова від куріння повинні бути частиною основного навчального плану базової підготовки всіх працівників охорони здоров'я, що працюють з курцями.
- Підготовка повинна бути основною частиною програми з припинення куріння для всіх керівників органів системи охорони здоров'я. Для цієї програми необхідно передбачити час і фінансування (рівень доказовості В).
- Припинення куріння повинне фінансуватися і бути першочерговим завданням у рамках існуючих навчальних бюджетів (рівень доказовості В).

Література

1. West R., McNeill A., and M. Raw. Smoking cessation clinical guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55;987-999.

6.5 ▶ Стандарти підготовки клініцистів з припинення куріння

Довідкова інформація

Припинення вживання тютюну часто пов'язане з комплексним лікуванням, і існує багато різних методів навчання навичкам припинення. Хоча тютюнова залежність має багато спільних рис, де б у світі вона не описувалась, навколишнє середовище та культура, що оточують курця, можуть істотно відрізнятись. Системи охорони здоров'я також можуть відрізнятись як щодо своїх ресурсів, так і пріоритетів. У наступному розділі ми звертаємо увагу на користувачів сигарет, тому що курильний тютюн є найпоширенішим тютюновим виробом, що використовується. Припинення вживання інших тютюнових виробів набагато менше вивчене, але методи щодо припинення куріння, як правило, застосовуються ті ж

самі. Припинення вживання тютюну не обов'язково повинно бути частиною служби охорони здоров'я, але запропонована тут схема навчання орієнтована на медичних працівників. Навичкам з припинення куріння повинні бути навчені лікарі, які в змозі присвятити час і ресурси для припинення куріння, у тому числі час для подальшого спостереження, принаймні протягом 6 міс.

Зміст підготовки

Пропонується підготовка протягом 3 днів:

1. Базовий сертифікат (2 дні). Для відповідності умовам обов'язковою є присутність протягом перших 2 днів курсу. Зміст: 50% теорії, 50% практики (когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ю та практика припинення вживання тютюну).
2. Сертифікат просунутого рівня (1 день з перевіркою результатів) Для того щоб претендувати на сертифікат просунутого рівня, необхідно на додаток до основного сертифікату наступне:
 - 1 день (3-й день) з подальшого контролю протягом терміну 3–6 міс після базової підготовки (див вище);
 - письмова перевірка знань, близько 30 хв, починаючи з 3-го дня;
 - 3 випадки захворювання, письмові клінічні звіти з дотриманням шаблону;
 - 3 контрольованих заняття в групі або індивідуального консультування (віч-на-віч або за телефоном).

Сертифікат вищого рівня видається після успішного завершення всіх частин, тобто 2 + 1 дні підготовки, письмової перевірки, 3 письмових звітів про припинення куріння пацієнтом (з яких принаймні 1 випадок продовжувався до 2 міс)+3 контрольованих заняття (групові чи індивідуальні, віч-на-віч або за телефоном). Сертифікат просунутого рівня повинен показати, що навчання було проведено з дотриманням національних стандартів підготовки з припинення куріння (див нижче). Може бути виданий особливий логотип, щоб довести, що підготовка здійснювалася відповідно до національного стандарту (у тому числі з докладним описом). Сертифікат про базову підготовку, за необхідності, повинен

бути переважно менш складним і чітко відрізнятися від сертифіката вищого рівня.

Обов'язковий зміст програми підготовки

Зміст основної підготовки (1-й та 2-й дні)

T = теорія і П = практика

- T. Вступ: огляд основних наслідків вживання тютюну для здоров'я, витрати, залежність і огляд різних аспектів профілактики та вживання тютюну.
- T. Ризик вживання тютюну в більш докладному викладенні і переваги припинення.
- T. Методи припинення вживання тютюну (Кокранівська бібліотека, www.treatobacco.net), методи оцінки результатів.
- П. Методи консультування і тренінги.
- П. Відмова від вживання тютюну на практиці, окремі процедури консультування, профілактики рецидивів, подальший контроль і тренінги.
- T. Тютюнова залежність, відміна, фармакотерапія.
- T. Методи для різних ситуацій/груп, матеріали та інші ресурси.
- T. Додаткова інформація, така як законодавство, реклама тютюну та/чи глобальні проблеми.

Зміст подальшого контролю (3-й день)

Обов'язкові пункти:

1. Перевірка знань: 0,5 год, 10 питань, 5 питань з кількома варіантами відповіді + 5 відкритих питань.
2. Груповий розгляд: обговорення з питаннями і відповідями протягом 2,5 год з планування, ролі лідера групи, структури зборів, питання найму та складу групи, документація.
3. Індивідуальний розгляд: обмін досвідом/обговорення в малих групах клінічних випадків і тематичних досліджень, запропонованих студентами (2 год).

Додаткові обговорення:

4. Актуальні проблеми (1 год), тобто останні результати регіональних опитувань, куріння кальяну, інших тютюнових виробів, нове законодавство, ETS (оточуючий тютюновий дим), фармакологічна терапія, проблеми

молоді/школи, статі, глобальні проблеми та новий матеріал.

Оцінка підготовки

Учасники повинні мати можливість оцінити (а) 2 перші дні навчання, а потім (б) всі 3 дні, щоб охопити весь курс.

1. Навчальні модулі, які повинні бути частиною оцінки днів 1-го і 2-го.

Питання про:

1. Довідкова інформація, навколишнє середовище/ професія.
2. Зміст теоретичної частини.
3. Зміст практичної частини.

- II. Навчальні модулі, які повинні бути частиною оцінки дня 3-го.

Питання про:

- Зміст теоретичної частини, день 3-й.
- Зміст практичної частини, день 3-й
- Інструктаж між днями 1–2-м і днем 3-м – організація та зміст.
- Підготовка в цілому.
- Скільки пацієнтів ви прийняли після основної підготовки (1-й та 2-й дні)?

Матеріал для застосування у навчанні:

- Набір питань для перевірки знань.
- Шаблони для відповідей на домашні завдання і запису пацієнтів.
- Письмові історії хвороби пацієнтів для використання в обговореннях.
- Інформація (презентація) про лікарські засоби.
- Інформація (презентація) про те, як стежити й оцінювати відновлення.

Клініцистам, які хочуть відновити застарілі навички, необхідно запропонувати 3-й день, про який йшлося вище, + інструктаж, і необхідно запропонувати представити письмові історії хвороби 3 пацієнтів, які можуть показати, що вони відповідають умовам сертифіката просунутого рівня.

Ліцензія на проведення навчальних курсів з припинення куріння

Необхідно заснувати національну раду експертів з правом оцінки заявок на організацію курсів. Національна рада розглядає докладну програму та опис професійних якостей викладачів та інструкторів. Новий курс може бути ухвалений після всіх необхідних узгоджень.

6.6 ▶ **Стандарти якості при лікуванні тютюнової залежності**

Визначення

Фахівець з лікування нікотинової залежності (ФЛНЗ)1 є професіоналом, який володіє навичками, знаннями та підготовкою для забезпечення ефективних, науково обґрунтованих заходів для лікування тютюнової залежності, через діапазон інтенсивності. ФЛНЗ може мати різні професійні зв'язки і працювати в різних умовах, в тому числі, але не обмежуючись, в лікарнях, медичних центрах співтовариства, організаціях з підтримки здоров'я, медичних та стоматологічних клініках, навчальних закладах, установах соціального обслуговування, організаціях охорони здоров'я, центрах лікування тютюнової залежності, телефонних «гарячих лініях», програмах лікування наркоманії та центрах психічного здоров'я. ФЛНЗ можуть займатися не тільки лікуванням, але й навчати інших (медичних працівників, адміністраторів, учених, курців і некурців) лікувати тютюнову залежність.

Роль та обов'язки спеціаліста з лікування нікотинової залежності

Тютюнова залежність – знання та навчання

Забезпечте ясну і точну інформацію про споживання тютюну, стратегії припинення, і сферу впливу на здоров'я населення, причини та наслідки вживання тютюну.

1. Опишіть поширеності та закономірності вживання тютюну, залежність й припинення в країні та регіоні, в яких забезпечується лікування, і як такі показники відрізняються у демографічних, економічних і культурних

- підгрупах.
2. Поясніть роль лікування вживання тютюну і залежності в рамках комплексної програми з боротьби проти вживання тютюну.
 3. Користуйтеся результатами національних доповідей, досліджень та рекомендацій з лікування тютюнової залежності.
 4. Поясніть соціальні та екологічні фактори, які сприяють і перешкоджають поширенню вживання тютюну і залежності.
 5. Поясніть наслідки вживання тютюну для здоров'я, але й переваги відмови від куріння та основні механізми найбільш поширених розладів, спричинених тютюном.
 6. Опишіть, як розвивається залежність від тютюну і будьте в змозі пояснити біологічні, психологічні і соціальні причини тютюнової залежності.
 7. Узагальніть і вмійте застосовувати достовірні і надійні критерії діагностики тютюнової залежності.
 8. Опишіть хронічний рецидивний характер тютюнової залежності, у тому числі типові шаблони рецидивів і певні чинники.
 9. Надайте інформацію, яка може застосовуватись відповідно до статі, віку і культурних особливостей і яка відповідає стилю навчання і здібностям.
 10. Визначте стратегії лікування на основі фактичних даних, а також плюси і мінуси кожної стратегії.
 11. Вмійте обговорювати альтернативні методи лікування, такі як зниження шкоди, гіпноз, акупунктура, поступове скорочення вживання сигарет.
 12. Продемонструйте здатність доступу до інформації на вищезазначені теми.

Навички консультування

Продемонструйте ефективне застосування теорій і стратегій консультацій, щоб встановити відносини співпраці і сприяти залученню клієнта до лікуванню та прихильності до змін.

1. Продемонструйте ефективні навички консультування, такі як активне слухання і співчуття, які полегшують процес лікування.
2. Продемонструйте встановлення теплої, конфіденційної

та неупередженої атмосфери консультування.

3. Опишіть і продемонструйте використання методу на основі фактичних даних для коротких заходів лікування вживання тютюну і тютюнової залежності, як це визначено в чинних керівних принципах.
4. Опишіть використання моделей зміни поведінки, включаючи мотиваційну співбесіду, когнітивно-поведінкову терапію та консультації з підтримки.
5. Продемонструйте ефективне використання клінічно обґрунтованих стратегій для підвищення мотивації і заохочення прихильності до змін.
6. Продемонструйте професіоналізм принаймні в одному з методів, які підтверджені практикою, таких як індивідуальне, групове та телефонне консультування.

Оціночна співбесіда

Проведіть співбесіду, щоб отримати оцінку повних і точних даних, необхідних для планування лікування.

1. Продемонструйте здатність проводити співбесіду з оцінки споживання, в тому числі:
 - (a) історія вживання тютюну;
 - (b) ухвалені заходи з мотивації припинення куріння;
 - (в) ухвалені заходи з оцінки вживання тютюну і залежності;
 - (r) поточні завдання і перешкоди на шляху досягнення постійної абстиненції;
 - (r) поточні сильні сторони на користь підтримки абстиненції;
 - (e) спроби кинути курити у минулому, в тому числі досвід лікування, успіхи і перешкоди;
 - (e) наявність систем соціальної підтримки;
 - (ж) пріоритети лікування;
 - (з) культурні фактори, що впливають на спробу відмовитись від куріння.
2. Продемонструйте здатність збирати основну інформацію з історії хвороби і проводити короткий скринінг з психічних і наркологічних питань.
3. Опишіть, коли слід проконсультуватися з працівником первинної медичної допомоги і зробити відповідні звернення до закінчення планування лікування.

4. Опишіть існуючі об'єктивні вимірювання вживання тютюну, такі як моніторинг СО і оцінка рівня котиніну.

Планування лікування

1. Продемонструйте здатність розробляти індивідуальний план лікування, використовуючи стратегії лікування на основі фактичних даних.
2. У співпраці з пацієнтом, виявіть конкретні і вимірювані цілі лікування.
3. Плануйте індивідуалізоване лікування з взяттям до уваги факторів оцінки пацієнта, виявлених в ході попередньої оцінки та збору даних.
4. Спільно розробляйте план лікування із застосуванням стратегій на основі фактичних даних, щоб допомогти пацієнтові рухатися в бік припинення куріння та/чи подальшої абстиненції.
5. Опишіть план подальшої діяльності для вирішення потенційних проблем, включаючи негативні наслідки.
6. Продемонструйте процес звертання до інших провайдерів медичних послуг або рекомендацій додаткового лікування.

Фармакотерапія

Забезпечте зрозумілу і точну інформацію про доступні варіанти фармакотерапії і їх терапевтичне застосування.

1. Опишіть переваги поєднання фармакотерапії та консультування.
2. Надайте інформацію про правильне використання, ефективність, небажані наслідки, протипоказання, відомі побічні ефекти і винятки щодо всіх препаратів для лікування тютюнової залежності, ухвалених національними регулюючими органами.
3. Визначіть інформацію, яка може вплинути на фармакотерапію, що належить до поточних або минулих особливостей психічного та соматичного стану здоров'я та куріння клієнта (в тому числі останні лікування).
4. Забезпечте відповідне роз'яснення пацієнту терапевтичних варіантів і дозування для використання у широкому колі ситуацій.
5. Повідомте про симптоми, тривалість, частоту і величину

нікотинової залежності.

6. Опишіть використання комбінацій лікарських препаратів і вищих доз для підвищення ймовірності абстиненції
7. Визначте препарати другої лінії і будьте в змозі знайти інформацію про них в міру необхідності.
8. Визначте можливі побічні реакції та ускладнення, пов'язані з використанням фармакотерапії тютюнової залежності, шляхом вчасного звернення до медичних фахівців/ служб.
9. Продемонструйте здатність вирішувати проблеми з приводу незначних та/чи тимчасових побічних ефектів цих фармакотерапій.
10. Продемонструйте здатність співпрацювати з іншими провайдерами медичних послуг для координації належного використання лікарських засобів, особливо за наявності супутніх соматичних або психічних захворювань.
11. Надайте інформацію про альтернативні методи лікування, що базуються на визнаних оглядах ефективності.

Попередження рецидивів

Пропонуйте методи зниження рецидивів і забезпечте постійну підтримку осіб з тютюновою залежністю.

1. Визначте особисті фактори ризику та включіть їх до плану лікування.
2. Опишіть стратегії і навички подолання, які можуть знизити ризик рецидиву.
3. Забезпечте керівництво у зміні плану лікування, щоб знизити ризик рецидиву протягом курсу лікування.
4. Опишіть план подальшого постійного контролю після початкового лікування.
5. Опишіть, як звертатися до додаткових ресурсів для зниження ризику рецидиву.
6. Впроваджуйте стратегії лікування для тих, хто відхилився від курсу лікування або мав рецидив.

Підхід до тяжких/спеціальних категорій курців

Продемонструйте компетентність у роботі з різними підгрупами населення і тими категоріями курців, які мають особливі проблеми зі здоров'ям.

1. Забезпечте консультування, професійне в культурному відношенні.
2. Опишіть конкретні вказівки для лікування особливих груп населення (вагітних, підлітків, молодих дорослих, осіб літнього віку, госпіталізованих пацієнтів із супутніми психічними, хронічними респіраторними та іншими захворюваннями тощо).
3. Продемонструйте здатність реагувати на клієнтські ситуації високого ризику.
4. Надайте ефективні рекомендації з лікування для користувачів несигаретного тютюну.
5. Опишіть рекомендації для тих, хто піддається впливу тютюнового диму з навколишнього середовища.

Документація та оцінка

Опишіть і застосуйте методи відстежування індивідуального прогресу, обліку, документації програми, вимірювання результатів та звітності.

1. Ведіть точні записи, використовуючи прийняті методи кодування, які підходять до середовища надання послуг.
2. Розробіть і запровадьте протокол для відстеження подальшої діяльності клієнта і прогресу.
3. Опишіть стандартні методи вимірювання визнаних результатів лікування тютюнової залежності в окремих осіб та за програмами.

Професійні ресурси

Використовуйте наявні ресурси для підтримки клієнтів і для професійної освіти або консультацій.

1. Опишіть ресурси (інтернет, співтовариства, «гарячі лінії»), доступні для подальшої підтримки тютюнової абстиненції пацієнтів.
2. Визначте ресурси громади, щоб посилатися на будь-які супутні медичні, психічні або психосоціальні умови.
3. Назвіть та користуйтеся журналами, які пройшли експертну оцінку, професійними товариствами, веб-сайтами та інформаційними бюлетенями, пов'язаними з лікуванням та/чи дослідженням тютюнової залежності.
4. Опишіть, як пацієнти можуть дізнатися про відшкодування лікування.

Право і етика

Послідовно користуйтеся кодексом етики і дотримуйтесь державних нормативних документів, які стосуються охорони здоров'я чи умов місця здійснення діяльності.

1. Опишіть і користуйтеся кодексом етики, встановленим вашою професійною дисципліною для спеціалістів з лікування тютюнової залежності, за наявності.
2. Опишіть наслідки і використовуйте правила, що застосовуються до умов лікування тютюнової залежності (конфідентційність, недоторканість приватного життя, конкретні правила місця здійснення діяльності).

Професійний розвиток

Візьміть відповідальність за постійний професійний розвиток і сприяння розвитку інших.

1. Підтримуйте професійні стандарти відповідно до вимог професійної ліцензії або сертифікації.
2. Використовуйте літературу та інші офіційні джерела інформації/досліджень, щоб бути в курсі знань і навичок з лікування тютюнової залежності.
3. Опишіть наслідки поточного дослідження в практиці лікування тютюнової залежності.
4. Поширюйте знання і висновки про лікування вживання тютюну серед інших осіб через офіційні і неофіційні канали.

Література

1. ATTUD Core competencies for evidence-based treatment of tobacco dependence. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, April 2005. <http://www.attud.org/docs/Standards.pdf>

6.7 > Вимоги до акредитації спеціалізованих служб з припинення вживання тютюну

Служба з припинення вживання тютюну (СПВТ)¹ визначається як будь-яке місце, де медичний працівник практикує лікування тютюнової залежності в якості мети або

як однієї з цілей служби.

За оцінкою e.SCCAN, в Європі функціонує 2500 служб з припинення вживання тютюну². Всі ці служби стверджують, що припинення вживання тютюну є однією з цілей системи охорони здоров'я. СПВТ виконують такі функції:

- лікування пацієнтів з тютюновою залежністю, приділяючи особливу увагу більш складним випадкам;
- навчання/підготовка медичних працівників з лікування тютюнової залежності;
- дослідження/оцінка заходів з припинення вживання тютюну;
- поширення передової практики з припинення куріння серед медичних працівників і населення в цілому й усунення поганої звички;
- зміцнення здоров'я населення.

6.7.1. Три рівні служб з припинення вживання тютюну²

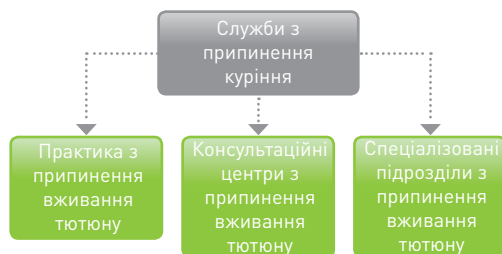
СПВТ розподіляються на 3 підгрупи:

- підрозділи з припинення вживання тютюну;
- практики спеціалістів з припинення вживання тютюну;
- консультаційні центри з припинення вживання тютюну.

Спеціалізовані підрозділи з припинення вживання тютюну

Спеціалізовані підрозділи з припинення вживання тютюну є центром, призначеним для припинення куріння з мінімум одним лікарем і двома медичними працівниками, один з яких є фахівцем з припинення куріння, з повною можливістю призначення лікарських засобів і надання поведінкової

Рисунок 6.3. Три рівні служб з припинення вживання тютюну (адаптовано з e.SCCAN)²



підтримки, приладами для моніторингу рівня CO у всіх пацієнтів, стандартним медичним обліком, стандартними процедурами подальшого контролю та оцінки діяльності.

Практики спеціалістів з припинення вживання тютюну

Практика спеціалістів з припинення вживання тютюну – це медична практика, повністю чи частину часу призначена для лікування тютюнової залежності з можливістю призначати лікарські засоби, але без повного спектру варіантів, які пропонуються в клініці з припинення вживання тютюну.

Консультаційні центри з припинення вживання тютюну

Консультаційні центри з припинення вживання тютюну є центром лікування тютюнової залежності, де вимагається наявність фахівця з припинення вживання тютюну, але не наявність лікаря. Тут, як правило, є психолог, медсестра чи інші медичні працівники, що діють в якості консультантів. Призначення ліків не передбачене, але доступні консультації з фармакологічної підтримки (рис. 6.3).

Як і всі інші місця з припинення вживання тютюну, такі як загальні лікарські практики, аптеки тощо, СПВТ повинні слідувати керівним положенням передової практики для лікування тютюнової залежності. Для того щоб отримати акредитацію як спеціалізованої СПВТ, необхідно дотримуватися вимог, зазначених нижче.

6.7.2. Акредитація спеціалізованих підрозділів з припинення вживання тютюну

Центрам, акредитованим як спеціалізовані підрозділи з припинення вживання тютюну, наполегливо рекомендується мати оптимальні людські та матеріальні ресурси³. Такі підрозділи повинні продемонструвати критерії якості щодо охорони здоров'я, навчання і досліджень.

Людські ресурси

- Відповідно до наукових даних команда, яка складається з більше ніж одного медичного працівника, підвищує показники успішного припинення вживання тютюну³.
- Багатопрофільна команда, яка включає лікарів, медсестер, психологів, дієтологів, є оптимальною для

задоволення потреб більшості користувачів тютюнових виробів в умовах припинення куріння.

- Спеціаліст з припинення вживання (куріння) тютюну необхідний у кожній СПВТ. За даними ВООЗ, спеціалістом з припинення вживання тютюну є той, хто підготовлений і одержує плату за надання кваліфікованої підтримки курцям, які потребують допомоги у припиненні вживання тютюну, на додаток до отриманої короткої консультації; задіяний персонал може не мати медичної підготовки.
- Лікарі можуть охоплювати всі завдання у СПВТ.
- Немедичні працівники можуть надавати поведінкову підтримку і підготовку з припинення вживання тютюну в медичній команді або в немедичному підрозділі.
- Немедичні працівники, підготовлені з питань тютюнової залежності, можуть відігравати певну роль під наглядом.
- Спеціалізовані медичні працівники, такі як акушерки у пологових будинках, анестезіологи в хірургії, психіатрії для курців з психічними захворюваннями, можуть відігравати певну роль у конкретних категорій населення.
- Повинно бути достатньо персоналу, щоб забезпечити перший візит не пізніше, ніж через 3 тиж після отримання запиту на лікування тютюнової залежності.
- Центр комплектується багатoproфільною командою фахівців у галузі охорони здоров'я, що спеціалізуються на лікуванні тютюнової залежності. Такі фахівці визначаються як висококваліфіковані медичні працівники в цій сфері й експерти у своїй здатності запобігти, діагностувати і лікувати залежність від куріння/тютюну, які працюють повний робочий день і одержують плату за таку діяльність.
- Медичні працівники, які керують спеціалізованими підрозділами з припинення вживання тютюну, повинні бути здатними гарантувати якість підготовки з профілактики, діагностики та лікування залежності від куріння/тютюну.
- В ідеалі у центрі повинен також працювати адміністративний персонал для отримання і розподілу

дзвінків пацієнтів, ведення відповідних медичних карток пацієнтів і виконання відповідних адміністративних функцій.

- Наявність цих ресурсів повинна бути належним чином задокументована. Необхідна сертифікація будь-якого компетентного органу для демонстрації існування у центрі багатoproфільної команди із заданими характеристиками на умовах повного робочого дня. Так само необхідна сертифікація адекватної підготовки в профілактиці, діагностиці та лікуванні куріння.

Матеріальні ресурси

- Спеціалізовані кабінети, доступні на постійній основі: кабінет для консультацій, досліджень, адміністративний офіс, приймальня і конференц-зал.
- Комп'ютерні бази даних і файли для конкретної документації з куріння і вживання тютюну.
- Спеціальні бланки історії куріння/вживання тютюну.
- Протоколи клінічних заходів.
- Матеріали для самовдосконалення.
- Матеріал спеціалізованого офісу.
- Аудіовізуальний матеріал.
- Клінічний матеріал: стетоскоп, апарат для вимірювання артеріального тиску, прилад для вимірювання СО₂ у повітрі, що видихається, спірометрія, електрокардіографія, прилади для вимірювання зросту пацієнта і маси тіла (у тому числі розрахунку індексу маси тіла). Зразки або

Таблиця 6.3. Анкети служб з припинення куріння

Обов'язкова анкета самооцінки:
Характеристика використання тютюну
Тест на залежність від тютюну. Тест Фагерстрома
Рекомендована анкета самооцінки:
Анкета оцінки настрою (госпітальна шкала тривоги і депресії чи інша)
Анкета мотивації припинення та/чи суб'єктивних бар'єрів
Анкета, яка не заповнюється самостійно:
Така анкета, як шкала депресії Бека

вітрина лікарських засобів.

- Можливість вимірювання вмісту нікотину або котиніну в біологічних рідинах організму.
- Виділений контактний телефонний номер служби.

Наявність цих ресурсів повинна бути належним чином задокументована. Необхідна сертифікація компетентного органу, що підтверджує наявність для власного використання клінічного матеріалу та комп'ютерних баз даних і файлів для конкретної документації з куріння/вживання тютюну. Можливість вимірювання вмісту нікотину і котиніну в рідинах організму також повинна бути задокументована. Необхідно представити спеціальний бланк історії куріння, разом з конкретними анкетами, протоколами клінічних заходів і матеріалами для самовдосконалення.

Категорії курців, яких слід направляти до служб з припинення вживання тютюну

Споживачі тютюну з високим рівнем ризику

Основна роль СПВТ полягає в забезпеченні високого стандарту лікування для споживачів тютюну з високим ризиком, таких як вагітні, курці з плановим оперативним втручанням, курці з основними психічними, серцево-судинними, респіраторними захворюваннями, онкологічні хворі, користувачі тютюну з іншою адикцією (алкоголь та інші наркотики), соціально вразливі курці і курці, що мають історію невдалої спроби відмовитись від куріння з підтримкою.

Всі споживачі тютюну

Медичні працівники повинні направляти всіх споживачів тютюну, які потребують допомоги в процесі їх відмови від куріння, до СПВТ, «гарячих ліній» допомоги або соціальних послуг, або вони можуть звертатись до цих служб самостійно.

Особлива категорія

СПВТ можуть бути спеціалізованими для однієї цільової групи, такої як вагітні, підлітки або курці, які мають залежність від інших речовин. У цих випадках специфіка цієї служби щодо припинення вживання тютюну повинна бути чітко зазначена.

Діяльність з охорони здоров'я

Акредитація в якості спеціалізованого підрозділу по боротьбі з курінням в основному базується на критеріях якості охорони здоров'я. Критерії, що визначають якість в профілактиці, діагностиці та лікуванні куріння тютюну/залежності, наведені нижче

Охорона здоров'я повинна забезпечуватись в трьох форматах:

- індивідуальний,
- груповий
- на основі зв'язку по телефону.

Центри повинні мати індивідуальні, групові та телефонні протоколи управління. Ці протоколи повинні передбачати мінімум відвідувань в ході подальшого спостереження, яке повинно тривати принаймні 12 міс після дати припинення.

- У випадку індивідуальних відвідувань їх має бути принаймні 6, і кожне з них має тривати не менше 15 хв. Перше відвідування — не менше 30 хв.
- У разі групових консультацій їх кількість становитиме 5–9 з тривалістю 45–90 хв.
- Телефонні консультації проводяться в тих випадках, коли пацієнт має труднощі з відвідуванням центру, в тих випадках, коли потрібні менш інтенсивні заходи, або у випадках, коли потрібне цільове чи пряме втручання.

Діяльність з охорони здоров'я повинна здійснюватися багатопрофільною групою лікарів, медсестер і психологів. Всі вони повинні бути кваліфікованими фахівцями в галузі профілактики, діагностики та лікування від куріння.

Діяльність з охорони здоров'я цих підрозділів не повинна обмежуватись тільки центром; по суті, спеціалісти підрозділу повинні бути готові і здатні розглядати та долучатись до вирішення випадків з іншими медичними працівниками, які лікують користувачів тютюну з конкретними труднощами.

Необхідно надати відповідну документацію, яка демонструє наявність медичних протоколів, що задовольняють обговорюваним характеристикам. Вимагається також надання документації, виданої компетентними органами, що розкриває такі дані: кількість нових пацієнтів, які

спостерігаються протягом року (мінімальна необхідна кількість = 300), кількість подальших спостережень на рік (мінімальна необхідна кількість = 1000), кількість вимірювань CO, виконуваних протягом року (мінімальна необхідна кількість = 1000), кількість визначень показника вмісту нікотину та/чи котиніну в біологічних рідинах, зроблених за рік (мінімальна необхідна кількість = 100), кількість досліджень спірометрії, зроблених за рік та кількість ЕКГ за рік.

СПВТ дотримуються міжнародних та національних принципів передової практики припинення вживання тютюну. СПВТ дотримуються загальних принципів передової практики в усіх процедурах, поважають права пацієнтів і зобов'язуються дотримуватись правил захисту даних.

Так само необхідно надати документацію, видану компетентними органами, що підтверджує координацію діяльності центру з іншими центрами або відділами в

Таблиця 6.4. Зразок організації відвідувань з припинення вживання тютюну

Перше відвідування:
має бути індивідуальним та/чи в рамках групового відвідування;
є можливістю оцінити користувача тютюну, задокументувати вживання тютюну та провести роз'яснювальну роботу про вживання тютюнових продуктів, наслідки вживання тютюну для здоров'я і користь від припинення вживання тютюну;
має бути тривалим — 30–60 хв
Відвідування з метою подальшого спостереження:
кількість відвідувань з метою подальшого спостереження має становити 5–9, наприклад, на 2-й, 4-й, 8-й, 12-й, 25-й тиждень, але можуть бути й інші варіанти, і додаткове відвідування на 1-й тиждень, чи відвідування через рік;
тривалість відвідування зазвичай 15–30 хв;
відвідування можуть бути поліпшені шляхом телефонної підтримки, інтернет-підтримки, тестування, а також незапланованих відвідувань;
повинні бути адаптовані щодо тривалості та підтримки в залежності від ситуації та потреб

аспектах, пов'язаних з профілактикою і лікуванням куріння. СПВТ повинні поширювати передову практику лікування тютюнової залежності та профілактику вживання тютюну серед інших служб охорони здоров'я та громадськості в цілому.

Діяльність з підготовки

- Медичним працівникам спеціалізованих підрозділів з припинення вживання тютюну наполегливо рекомендується мати достатню кваліфікацію та акредитацію для проведення діяльності з навчання, пов'язаного з профілактикою, діагностикою та лікуванням від куріння на факультетах медицині, психіатрії та охорони здоров'я, а також у школах для підготовки медсестер.
- Ці підрозділи також повинні бути в змозі задовольнити вимоги до підготовки інших відомств з охорони здоров'я. Фахівці, що входять до підрозділу, повинні бути в змозі запроваджувати навчальні курси з профілактики та боротьби з курінням для інших медичних працівників з меншою підготовкою в цій сфері.
- Спеціалізовані підрозділи з припинення вживання тютюну повинні бути готові взяти на себе відповідальність за забезпечення підготовки в галузі профілактики, діагностики та лікування від куріння для лікарів-ординаторів, які навчаються за спеціальностями пульмонології, сімейної та загальної медицини, профілактичної медицини та громадського здоров'я чи іншими клініко-хірургічними спеціальностями, а також для лікарів-ординаторів з психології.

Необхідно надати відповідну документацію, яка підтверджує, що деякі з медичних працівників, які працюють повний робочий день у центрі, мають академічну кваліфікацію, необхідну для навчання бакалаврів. В цьому відношенні особливо цінуються почесні викладачі, які співпрацюють, викладачі приватних вузів, викладачі за контрактом, ад'юнкт-професори, доценти та ректори університетів. СПВТ повинні поширювати передову практику лікування тютюнової залежності і профілактики вживання тютюну серед інших медичних служб і широкої громадськості.

Надання документів, виданих компетентними органами, про те, що центр регулярно проводить навчальні заходи для постійної підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я в аспектах, пов'язаних з профілактикою, діагностикою та лікуванням від куріння, буде також особливо цінним. Необхідно зазначити кількість курсів, конференцій та інших заходів з підготовки, що проводилися членами центру протягом останніх 2 років. Для отримання акредитації як спеціалізованого підрозділу з припинення вживання тютюну необхідно щорічно проводити щонайменше 4 заходи з підвищення кваліфікації.

Особливо цінним є сертифікат навчальної комісії медичного центру або лікарні, який підтверджує, що лікарі-ординатори чи ординатори з психології пройшли підготовку в центрі.

Дослідницька діяльність

Спеціалізований підрозділ з припинення вживання тютюну повинен здійснювати відповідну дослідницьку діяльність у формі епідеміологічних і клінічних досліджень або фундаментальних досліджень.

СПВТ повинні оцінювати свою діяльність і надавати дані, що охоплюватимуть можливі науково-дослідні проекти і поліпшать практику діагностики тютюнової залежності, профілактики та лікування.

СПВТ можуть брати участь у наукових дослідженнях. За підтримки акредитованого органу, служби можуть брати участь в керуванні науковими дослідженнями.

СПВТ повинні звітувати про свою діяльність щорічно, зокрема, забезпечуючи:

- відображення у звітності кількість нових пацієнтів і подальших спостережень;
- відображення у звітності підтвердженого 6-місячного статусу припинення вживання тютюну щодо всіх пацієнтів, які відвідують службу;
- застосування стандартизованих комп'ютерних записів для реєстрації припинення вживання тютюну.

Для «золотого» рівня акредитації необхідно надати документацію, яка свідчить про науково-дослідну діяльність підрозділу протягом останніх 5 років. Необхідно надати таку документацію: наукові публікації (принаймні 3 в національних

або міжнародних журналах), повідомлення на міжнародних конгресах (принаймні 3), і повідомлення на національних конгресах (принаймні 6).

Роль служб з припинення вживання тютюну у заходах зміцнення здоров'я

СПВТ повинні пропагувати здоровий спосіб життя без тютюну серед широкої громадськості, в тому числі, серед споживачів тютюну із супутніми захворюваннями або без них. Вони повинні робити це для пацієнтів, які відвідують службу, і в суспільстві.

Рекомендація

- При запровадженні стандартизованої європейської системи акредитації на основі стандартів якості загальної програми ENSP ми повинні бути обізнані і поважати різноманітність 53 держав — членів ВООЗ в регіоні Європи⁴, з різними структурами та організаціями системи охорони здоров'я та освіти.

Література

1. Jiménez-Ruiz CA., Solano-Reina S., Rebollo-Serrano JC., Esquinas C. for the Executive Committee, Smoking Cessation Group., Spanish Respiratory Society (SEPAR). Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. www.separ.es
2. e.SCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. www.ofta-asso.fr/escann
3. http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf
4. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

Таблиця 6.5. Самостійний аудит служби з припинення вживання тютюну

Самостійний аудит СПВТ		Не виконано	Вико-нано частково	Виконано наполовину	Майже виконано	Повніс-тю виконано	Не Засто-со-вується	Примітки
1. СПВТ чітко заявляє, що служба призначена для лікування курців і допомоги у припиненні вживання тютюну								Завдання
1.01	Слово «тютюн» (чи аналогічне) присутнє на друкованому документі СПВТ і на вході у приміщення	0	1	2	3	4	NA	
1.02	Слово «тютюн» (чи аналогічне) присутнє на презентації служби в інтернеті	0	1	2	3	4	NA	
1.03	Є певний номер телефона для зв'язку із спеціалістом з припинення вживання тютюну СПВТ	0	1	2	3	4	NA	
1.04	Якщо перелік працівників СПВТ є на регіональному чи національному рівні, СПВТ є в переліку	0	1	2	3	4	NA	
2. СПВТ докладає усіх зусиль, щоб мати достатні людські та матеріальні ресурси для виконання своєї місії								Ресурси
2.01	Час персоналу є достатній для забезпечення першого прийому через 3 тиж після запису	0	1	2	3	4	NA	
2.02	Весь персонал добре підготовлений з припинення вживання тютюну	0	1	2	3	4	NA	
2.03	Щонайменше половина персоналу мають сертифікат спеціаліста з припинення вживання тютюну	0	1	2	3	4	NA	
2.04	Здійснюється виписка рецепта	0	1	2	3	4	NA	
2.05	Є тихий кабінет >10 м ² для консультацій	0	1	2	3	4	NA	
2.06	Є один апарат для вимірювання рівня	0	1	2	3	4	NA	

Continued

Таблиця 6.5. Continued

2.07	В кабінеті для консультацій є комп'ютер	0	1	2	3	4	NA	
2.08	Для курців є тест Фагерстрема на нікотинову залежність з анкетною самооцінки	0	1	2	3	4	NA	
2.09	Наявні препарати чи препарати на вітрині для показу курцям	0	1	2	3	4	NA	
3. СПВТ приймає всіх курців, але займається тільки більш тяжкими випадками. Якщо служба вирішує обслуговувати окремі категорії, наприклад, вагітних, таке рішення повинне бути чітко зазначене								Населення
3.01	>50% нових пацієнтів мають супутні захворювання, додаткову адикцію, вагітність чи низький дохід	0	1	2	3	4	NA	
3.02	Характеристика категорій, які може прийняти СПВТ, має бути чітко зазначена (NB: 4, якщо немає обмежень)	0	1	2	3	4	NA	
4. СПВТ дотримується передової практики та підтверджених принципів щодо припинення куріння								Передова практика
4.01	Рекомендації передової практики зазначені і застосовуються	0	1	2	3	4	NA	
4.02	Тривалість першого прийому щонайменше півгодини	0	1	2	3	4	NA	
4.03	СПВТ поширюють передову практику припинення куріння серед медичних працівників, які не є спеціалістами з припинення куріння	0	1	2	3	4	NA	
5. СПВТ бере участь у навчанні і підготовці медичних працівників з припинення куріння								Навчання
5.01	СПВТ бере участь у навчанні лікарів оцінювати тютюнову залежність і припинення вживання тютюну	0	1	2	3	4	NA	
5.02	СПВТ бере участь у навчанні немедичних працівників сфери охорони здоров'я з питань тютюнової залежності	0	1	2	3	4	NA	

Таблиця 6.5. Continued

6. СПВТ відображає у документації і надає дані місцевим та/чи національним органам з оцінки припинення куріння								Дослідження
6.01	СПВТ відображає у документації і надає дані місцевим та/чи національним органам з оцінки припинення куріння	0	1	2	3	4	NA	
6.02	СПВТ бере участь у наукових дослідженнях тютюнової залежності	0	1	2	3	4	NA	
7. СПВТ проводить повсякденні основні заходи з пропаганди здорового способу життя серед населення								Пропаганда здорового способу життя
7.01	СПВТ проводила заходи з пропаганди здорового способу життя цього чи минулого року	0	1	2	3	4	NA	
8. СПВТ оцінює свою діяльність і постійно удосконалюється відповідно до зворотного зв'язку/оцінки								Оцінка
8.01	6-місячна абстиненція документується і оцінюється	0	1	2	3	4	NA	
8.02	Статистика результатів припинення куріння є доступною	0	1	2	3	4	NA	
Всього/ 100								
ЦЕНТР				ДАТА				УСЬОГО

Published by:

