

АСОЦІАЦІЯ КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ
ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ФТИЗИАТРІВ І ПУЛЬМОНОЛОГІВ УКРАЇНИ»
НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТОВАРИСТВО НЕВРОПАТОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ

О.О. Кваша, д.м.н., І.М. Горбась, д.м.н., І.П. Смирнова, д.м.н., професор, ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», м. Київ

РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ТЮТЮНОПАЛІННЯ

Рекомендації присвячені організації і проведенню профілактики та лікування тютюнопаління і містять практичні поради щодо роботи з пацієнтами різного ступеня готовності до відмови від цієї шкідливої звички. У процесі їх підготовки використано основні результати епідеміологічних і клінічних досліджень, що проводяться в нашій країні, а також досвід міжнародних програм, насамперед програми BOOЗ CINDI.

Рекомендації розраховані на працівників системи охорони здоров'я (дільничних та сімейних лікарів, медичних сестер), організаторів охорони здоров'я, викладачів та студентів вищих і середніх медичних навчальних закладів і будуть корисні всім, хто цікавиться проблемою тютюнопаління.

У наш час тютюнопаління є однією з найсерйозніших медико-соціальних проблем. Складність її вирішення полягає у невідповідності стандартного відношення до тютюнопаління його значенню в руйнуванні здоров'я людей.

Міжнародний досвід довів високу ефективність роботи медичних працівників охорони здоров'я, особливо первинної її ланки, у боротьбі з епідемією тютюнопаління. Саме вони, перебуваючи на передньому рубежі, відіграють важливу роль у формуванні готовності пацієнта до відмови від тютюнопаління і наданні допомоги під час його припинення.

Рекомендації з профілактики та лікування тютюнопаління розраховані на працівників первинних структур охорони здоров'я; ґрунтуються на аналізі чинних у науковій літературі стратегій по боротьбі з тютюнопалінням; визначають тактику медичного працівника залежно від ступеня готовності пацієнта до відмови від тютюнопаління; дозволяють, використовуючи ефективні засоби фармако-терапії, допомогти особам, що готові припинити споживання тютюну.

В Україні не існує посібника для медичних працівників з організації і проведення профілактики і лікування від тютюнопаління. Рекомендації, що пропонуються, намагаються усунути цю прогалину. Їх підготовано групою провідних експертів, які займаються проблемами епідеміології, профілактики і лікування від тютюнопаління в Україні. Рекомендації обговорено та затверджено на засіданнях Асоціації кардіологів України, Всеукраїнської громадської організації «Асоціація фтизіатрів і пульмонологів України», Науково-практичного товариства невропатологів, психіатрів і наркологів.

Редакційна рада сподівається, що рекомендації будуть корисні організаторам охорони здоров'я і лікарям-практикам України.

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Усі форми споживання тютюну, включаючи сигарети, сигари, трубки, вживання жувального або нюхального тютюну, а також вплив продуктів його згоряння на тих, хто не курить (пасивне, або вимушене, тютюнопаління), значно підвищують захворюваність і передчасну смертність, що спричиняються більш як 20 різними хворобами.

Більшість досліджень показали, що ризик виникнення захворювань залежить як від кількості викурюваних сигарет, так і від тривалості тютюнопаління.

За оцінкою експертів BOOЗ, від хвороб, пов'язаних із тютюнопалінням,

у світі щорічно помирає 4 млн людей. Якщо ситуація не зміниться, у 2025 р. щорічні втрати від споживання тютюну будуть складати вже 10 млн осіб. В Україні тютюнопаління є опосередкованою причиною кожного п'ятого випадку смерті осіб віком понад 35 років. Зниження вмісту нікотину і смол в сигаретах може дещо зменшити ризик розвитку захворювань, але цей факт потребує подальшого вивчення. У наш час не існує поняття безпечної сигарети або безпечного рівня куріння.

ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ЗДОРОВ'Я

Споживання тютюну значно впливає на стан здоров'я людини. В тютюновому диму міститься біля 4 тис. хімічних компонентів, які можна поділити на такі групи:

- нікотин;
- смоли;
- монооксид вуглецю;
- подразнюючі засоби.

Тютюнопаління здійснює на організм людини миттєвий вплив і довгострокові ефекти. Цей вплив є наслідком прямої нікотиніндукованої вазоконстрикції та збільшення рівня адреналіну в крові і полегчає у збільшенні частоти серцевих скорочень на 30%, артеріального тиску — на 5-10 мм рт. ст., уповільненні периферичного кровообігу, яке спричиняє зниження температури верхніх і нижніх кінцівок. Довгострокові медичні ефекти пов'язані зі смолами, які містять 43 канцерогени й коканцерогени і спричиняють злоякісні захворювання; окисом вуглецю та окисними газами, які сприяють розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ); подразнюючими засобами і ціаністим воднем, які обумовлюють виникнення бронхіту та емфіземи. Нікотин як такий не відіграє провідної ролі в розвитку захворювань, однак до нього виникає звикання, яке підтримує споживання тютюну, і залежність, яка перешкоджає відмові від тютюнопаління.

Смертність від ССЗ серед курців у 2 рази вища, ніж серед тих, хто не курить. Тютюнопаління на 30-40% обумовлює смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС). Несмертельний інфаркт міокарда у чоловіків віком 30-49 років, які курять, виникає в 5 разів, віком 50-59 років — у 3 рази, віком 60-79 років — у 2 рази частіше, ніж у їхніх однолітків, які не курять. У жінок, які курять і приймають оральні контрацептивні засоби, ризик розвитку мозкового інсульту у 20 разів вищий, ніж у жінок, які не вживають тютюнові вироби.

Куріння спричиняє 30% усіх випадків смерті від онкологічних захворювань і 90%

усіх випадків захворювання на рак легень. Зростання поширеності куріння серед жінок призвело до того, що в деяких країнах рак легень як провідна причина смерті від онкологічних захворювань у жінок посідає провідне місце і випереджає рак молочної залози. Тютюнопаління також істотно збільшує ризик розвитку інших форм раку: порожнини рота, глотки, гортані, стравоходу, підшлункової залози, нирок, сечового міхура, шийки матки.

У курців у 5-8 разів частіше розвиваються хронічні обструктивні захворювання легень.

Курці і члени їх сімей значно частіше, ніж ті, хто не курить, мають високий рівень імуноглобуліну Е, що свідчить про схильність до алергічних реакцій. Діти курців мають значно гірші імунологічні показники і тому більш схильні до частих вірусних та бактеріальних інфекцій.

Встановлено, що тривале куріння спричиняє стимуляцію п. vagus, сприяє збільшенню клітинної маси функціонуючих парієтальних клітин, які відповідають за продукцію соляної кислоти. У курців уповільнена евакуація хімусу, пригнічена моторика шлунка, що сприяє утворенню виразки у здорових осіб і повільній регенерації виразкового дефекту. Ризик розвитку гострого мієлоцитарного лейкозу у них у 3 рази вищий, ніж у тих, хто не курить.

Куріння негативно впливає на ендокринну систему, особливо в жінок. У них частіше виникають аменорея, кровотечі, рання менопауза, знижується рівень естрогенів у крові. У 15-30% жінок, які курять, діагностується дифузний токсичний зоб.

Куріння жінок під час вагітності спричиняє не тільки збільшення частоти ускладнень вагітності та випадків смерті плода, зростання ризику викиднів і зниження маси тіла новонароджених, але й позначається на здоров'ї дитини протягом перших 7-9 років життя відставанням психічного і фізичного розвитку.

Кумулятивним впливом хронічної тютюнової інтоксикації є зменшення очікуваної тривалості життя: 35-річна жінка, яка курить, проживе на 5 років, а 35-річний чоловік, який курить, — на 7 років менше, ніж їх однолітки, які не вживають тютюну.

ПОШИРЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ В УКРАЇНІ

Україну відносять до країн із високою розповсюдженістю куріння. У наш час у містах курять 46% чоловіків працездатного віку, у сільській місцевості — 63%. Протягом останніх 20 років поширеність куріння серед жінок працездатного віку,

які проживають у містах, зросла від 5 до 20%.

Найбільша частота куріння реєструється серед чоловіків віком 20-29 років (60% у місті і 70% у сільській місцевості). Розрахунки показують, що із цієї когорти молодих чоловіків 25% помруть передчасно внаслідок хвороб, пов'язаних із курінням, тобто із 3,5 млн молодих людей зазначеного віку 587 тис. не доживуть до 70 років.

За даними BOOЗ, Україна в абсолютних цифрах знаходиться на 17-му місці серед усіх країн по споживанню сигарет, що становить 1,5% усіх сигарет у світі. У той же час населення України становить не більше 0,85% населення Землі. Якщо у світовій популяції на кожну людину припадає в середньому 870 викурених за рік сигарет, то в Україні — 1500-1800, або приблизно 4,5 сигарети в день, тобто майже у 2 рази більше, ніж у середньому у світі.

Дослідження свідчать, що більшість (65%) дорослих курців хотіли б позбутися цієї звички і не один раз намагалися це зробити. Розвиток залежності від нікотину — одна із головних перешкод під час відмови від куріння. Медичні працівники первинних структур охорони здоров'я мають усі можливості для надання допомоги в цьому.

Отже, у наш час в Україні нараховується майже 9 млн активних курців, які складають третину всього працездатного населення країни. Істотно поліпшити здоров'я цієї величезної кількості людей можна без залучення значних матеріальних витрат, впливаючи лише на один фактор — куріння.

РОЛЬ ПЕРВИННИХ СТРУКТУР ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Незважаючи на значну роль спеціалізованих установ, досвід країн, які успішно проводять боротьбу з курінням, доводить, що основний внесок у відмову від цієї звички вносять медичні працівники первинних структур охорони здоров'я. Лікарі, фельдшери, медичні сестри, постійно спілкуючись з пацієнтами, можуть допомогти їм, задаючи два ключових запитання:

1. Ви курите?
2. Ви бажаєте відмовитися від куріння?

Установи первинної медико-санітарної допомоги — оптимальне місце для виявлення активних курців, формування мотивації відмови від куріння і надання необхідної медичної допомоги. Ці заклади відвідує більшість населення; вони доступні і знайомі. Поради медиків, які мають авторитет, виконуються, а їх інформованість стосовно здоров'я пацієнта і/або членів його сім'ї дозволяє персоналізувати рекомендації щодо відмови від куріння.

Відомо, що 2% пацієнтів припиняють курити вже після першої кваліфікованої консультації. Разом із призначенням препаратів, що сприяють формуванню готовності до відмови від куріння, запобігають появі або зменшують вираженість клінічних проявів синдрому відміни, питома вага курців, які відмовилися від цієї звички, зростає до 5-8%. Ці незначні, на

перший погляд, відсотки означають, що тисячі людей не будуть курити.

У рекомендаціях ВООЗ підкреслюється:

- кожен медичний працівник несе відповідальність у боротьбі з епідемією куріння;

- існують методи, що дозволяють медичним працівникам первинних структур охорони здоров'я надавати допомогу пацієнтам;

- припинення куріння — не тільки питання профілактики, його необхідно розглядати як одне з призначень пацієнту під час лікування будь-яких захворювань і реабілітації;

- медичні працівники повинні бути прикладом для пацієнтів у відмові від куріння.

Закликаючи всіх курців припинити курити і допомагаючи їм відмовитись від цієї звички, особливу увагу необхідно приділяти:

- підліткам;
 - вагітним і жінкам, які мають намір завагітніти;
 - особам, у сім'ях яких є новонароджені і маленькі діти;
 - особам з артеріальною гіпертензією, гіперхолестеринемією, ССЗ, хворобами периферичних артерій, органів дихання і тим, хто очікує оперативного втручання.
- Працівники первинних структур охорони здоров'я повинні цілком усвідомлювати своє завдання у боротьбі з курінням; їх зусилля мають бути спрямовані на усунення 3 основних перешкод у відмові від цієї шкідливої звички, а саме:
- недостатньої інформованості населення і кожного пацієнта про наслідки куріння;
 - відсутності особистої мотивації щодо відмови від куріння;
 - сформованої нікотинової залежності.

Виявлення і оцінка статусу тютюнопаління

Важливим компонентом лікування тютюнопаління і нікотинової залежності є виявлення осіб, які курять.

Працівники первинних структур охорони здоров'я повинні:

- розпитувати пацієнтів про звичку курити;
- вносити в амбулаторну карту інформацію щодо тютюнопаління пацієнта;
- рекомендувати курцям відмовитися від цієї звички;
- допомагати готовим відмовитися від куріння пацієнтам у складанні плану відвикання;
- оцінювати ступінь нікотинової залежності;
- у разі необхідності пропонувати фармакотерапію і детально інформувати пацієнта про її правильне використання;
- здійснювати постійний контроль за тими, хто відмовився від куріння, а у випадку повернення до цієї шкідливої звички заохочувати пацієнта до нової спроби відмови;
- за бажанням пацієнта направляти його в спеціалізовані установи або на групові заняття.

Тактика медичного працівника в боротьбі з тютюнопалінням

Визначення статусу тютюнопаління

У разі позитивної відповіді — дати рекомендації з відмови від куріння в зрозумілій, суворій та індивідуалізованій формі.

Можливі реакції пацієнта

Пацієнт не бажає відмовитися від куріння	Пацієнт вважає, що не готовий зараз відмовитись від куріння «5 R's»	Пацієнт бажає і готовий відмовитись від куріння «5 A's»
--	---	---

Залежно від реакції пацієнта на пораду відмовитися від куріння визначається подальша тактика.

ПАЦІЄНТ НЕ БАЖАЄ ВІДМОВИТИСЬ ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ

Необхідно обговорювати з таким пацієнтом можливість відмови від куріння щорічно.

ПАЦІЄНТ ВВАЖАЄ, ЩО НЕ ГОТОВИЙ ЗАРАЗ ВІДМОВИТИСЬ ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ

Необхідно:

- з'ясувати причини, через які відмова від куріння зараз неможлива;
- обговорити питання відмови від цієї шкідливої звички під час наступного відвідування або раніше, якщо в пацієнта виникне мотивація;
- інформувати пацієнта про шкідливість куріння взагалі і особисто для нього (з урахуванням анамнезу);
- пояснити необхідність відмови від куріння незалежно від віку і стану здоров'я;
- докладно пояснити позитивні ефекти цієї відмови;
- не змушувати пацієнта відмовитись від куріння, а шляхом переконання сформувати в нього самостійне рішення щодо цієї проблеми;
- під час кожної розмови з пацієнтом виявляти зацікавленість до того, чи намагається він відмовитися від куріння, і заохочувати відмову.

Спілкуючись із групою курців, необхідно застосовувати принцип «5 R's»: Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition.

Relevance — актуальність. Пацієнту потрібно пояснити, чому припинення куріння актуальне особисто для нього. Інформація має важливе значення для підвищення мотивації, якщо вона пов'язана з хворобами пацієнта або ризиком їх виникнення, сімейними або соціальними обставинами (наявність дітей, очікуване народження дитини тощо).

Risk — ризик. Необхідно інформувати пацієнта про можливий ризик, пов'язаний із курінням, особисто для нього та його близьких. Виділяють:

- найближчі наслідки — задишку, загострення бронхіальної астми, негативний вплив під час вагітності, безпліддя, тахікардію, підвищення артеріального тиску;
- віддалені наслідки — інфаркт міокарда, мозковий інсульт, рак легень та інші види онкопатології, хронічні обструктивні захворювання легень (хронічний бронхіт та емфізема), стійку втрату працездатності і потребу сторонньої допомоги;
- ризик для оточуючих — підвищення ризику розвитку раку легень і ССЗ у дружини/чоловіка; порушення розвитку дітей з недостатньою вагою; синдром раптової дитячої смерті, респіраторні інфекції, хвороби середнього вуха в сім'ях, де курить один із батьків.

Необхідно підкреслити, що вживання сигарет з низьким вмістом нікотину або використання сигари чи трубок не усуває цих ризиків.

Rewards — винагороди. Обговорюючи з пацієнтом можливі переваги відмови від куріння, слід виділяти найважливіші для кожної людини моменти з урахуванням її віку і мотиву куріння, підкреслюючи, що після його припинення пацієнт:

- буде почувати себе краще (бадьоріше, енергійніше);
- буде легше і повніше дихати, припиниться кашель;
- збереже кошти (в середньому курець щорічно витрачає на сигарети від 400 до 540 грн);
- збереже здоров'я;
- буде прикладом для своїх дітей;

Таблиця. Основні причини паління і мотивація відмови залежно від віку пацієнта		
Вік	Причини паління	Мотивація відмови
13-19	Бажання виглядати дорослим; вплив однолітків, які курять; оточення, реклама; куріння членів сім'ї	Звернути увагу на безпосередні негативні ефекти: дорого, знижує показники в спорті і фізичній культурі, неприємний запах з рота; показати зв'язок між курінням і гострими захворюваннями (наприклад, алергією, синуситом, бронхітом)
20-39	Поліпшення ситуації спілкування; стереотип поведінки; антистресовий ефект куріння; незалежність, мода, привабливість; фізична залежність; оточення, реклама	Звернути увагу на психологічні аспекти, допомогти обрати здорову альтернативу; пояснити зв'язок між курінням і гострими захворюваннями; вказати на ймовірність розвитку хронічних хвороб; інформувати про лікування нікотинової залежності
40-59	Ті, що в осіб 20-39 років; додатково: посилення фізичної залежності; розчарування від невдачі попередніх спроб відмови від куріння	Ті, що для осіб 20-39 років; додатково: вказати на наявні ефективні медикаментозні засоби лікування тютюнозалежності; запевнити пацієнта в тому, що він здатний відмовитись від куріння
≥60 або особи з ознаками захворювань	Ті, що в осіб 40-59 років; додатково: відчуття, що шкода здоров'ю вже нанесена і вона непоправна	Ті, що для осіб 40-59 років; додатково: вказати на безпосередні позитивні наслідки відмови (зменшення кашлю, кількості респіраторних захворювань, поліпшення смаку, заощадження коштів); зменшення подальшої шкоди для здоров'я

- поліпшить нюх і підсилить здатність відчувати смак;
 - зможе позбутися неприємного запаху одягу, волосся, дихання;
 - буде краще переносити фізичні навантаження;
 - поліпшить стан зубів, шкіри, уповільнить появу нових зморшок.
- Roadblocks** — перепони. Необхідно обговорити з пацієнтом фактори, що заважають йому відмовитись від куріння. За наявності в анамнезі відомостей про попередні невдалі спроби відмови або повернення до шкідливої звички після тривалого утримання від неї слід з'ясувати причини. Найтипівіші фактори, що перешкоджають відмовитися від куріння:
- клінічні прояви синдрому відміни;
 - депресія;
 - задоволення від куріння;
 - збільшення ваги;
 - страх зазнати невдачі;
 - відсутність підтримки родичів і друзів.

Під час формування мотивації відмови від куріння необхідно враховувати вік пацієнта і причини цієї звички (табл.).

Repetition — повторення. Припинення тютюнопаління — тривалий і складний процес. Підхід до кожного пацієнта повинен бути індивідуальним і залежати від того, на якій стадії відмови перебуває курець. Готовність пацієнта може і повинна формуватися поступово, послідовно і не в категоричній формі. У випадку неготовності пацієнта до відмови від куріння необхідно періодично (не менше 1 разу на рік) повертатися до обговорення цього питання.

ПАЦІЄНТ БАЖАЄ ВІДМОВИТИСЯ ВІД ТЮТЮНОПАЛІННЯ

У цьому випадку дії медиків регламентуються міжнародними принципами «5 A's»: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange.

Ask — запитання. Для надання кваліфікованої допомоги необхідно з'ясувати анамнез куріння, а саме:

- стаж куріння;
- кількість викурюваних щодня сигарет;
- попередні спроби відмови від куріння;
- причини повернення до шкідливої звички.

Відповіді на ці запитання допоможуть діагностувати тип куріння і ступінь тютюнової залежності, а також передбачити труднощі, пов'язані із синдромом відміни або тими соціальними факторами, які спричинили безрезультатність попередніх спроб відмови.

Advise — порада. Необхідно підтримати пацієнта у відмові від куріння і викликати в нього бажання зробити це найближчим часом (наприклад, у межах 15-30 днів). Порада має бути зрозумілою

(«Я вважаю, що для Вас важливо кинути курити саме зараз, я можу допомогти Вам»), суворою («Як лікар, я зобов'язаний попередити Вас, що відмова від тютюнопаління — найважливіший захід, здатний захистити Ваше здоров'я сьогодні і в майбутньому») та індивідуалізованою (показати зв'язок куріння зі станом здоров'я і/або хвороби, соціальними наслідками та економічними втратами). Необхідно підкреслити, що медичні працівники здатні допомогти пацієнту відмовитися від цієї шкідливої звички.

Assess — оцінка готовності зробити спробу кинути курити. Потрібно визначити готовність пацієнта відмовитися від куріння. Позитивна відповідь на запитання: «Ви готові визначити дату відмови від куріння протягом 30 днів?» — свідчить про його високу готовність.

Assist — допомога. Визначальними факторами успішної відмови від куріння у мотивованої (готової до відмови) людини є:

- самозобов'язання (день відмови);
- наявність стратегічного плану;
- підтримка (у тому числі медикаментозна);
- наявність контролю.

Усі ці фактори повинні враховуватись.

Arrange — виконання. Відмова від куріння — процес тривалий. Під час кожного відвідування необхідно заохочувати спробу пацієнта припинити курити, цікавитись успіхами і труднощами, що виникають під час відмови, висловлювати переконаність у його спроможності відмовитися від куріння і бути готовими надати йому необхідну допомогу.

Визначте день відмови від куріння

Пацієнт повинен визначити день, коли він припинить курити. Найчастіше цей термін коливається від двох тижнів до одного місяця.

Сплануйте стратегію

Ефективна відмова від куріння потребує змін у поведінці пацієнта. Тютюнопаління здебільшого пов'язане із впливом різних факторів, таких як стрес, водіння автомобіля, вживання алкогольних напоїв, спілкування в компанії. Разом із пацієнтом необхідно визначити ці фактори і поради по можливості уникати ситуацій, що підвищують ризик рецидиву куріння. Найціннішим щодо цього є попередній досвід курця, пов'язаний зі спробами відмови. Потрібно розглянути фактори, які допомагали йому протягом періоду припинення куріння, і ті, що сприяли рецидиву.

Пацієнт зобов'язаний знати, що:

- навіть одна затяжка буде провокувати подальше куріння і робить його припинення ще складнішим;

Продовження на стор. 36.

АСОЦІАЦІЯ КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ФТИЗИАТРІВ І ПУЛЬМОНОЛОГІВ УКРАЇНИ» НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТОВАРИСТВО НЕВРОПАТОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ

О.О. Кваша, д.м.н., І.М. Горбась, д.м.н., І.П. Смирнова, д.м.н., професор, ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», м. Київ

РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ТЮТЮНОПАЛІННЯ

Продовження. Початок на стор. 34.

- алкогольні напої спричиняють виникнення рецидиву, тому слід обмежувати їх вживання в період відмови від куріння;
- наявність інших курців у родині перешкоджає припиненню куріння; бажано, щоб члени сім'ї, які курять, разом із пацієнтом відмовилися від цього або не курили в його присутності.

Підтримка

Людина, яка припиняє курити, потребує підтримки членів сім'ї, друзів, колег, медичних працівників. Останні можуть допомогти розробити соціальну підтримку намірів курця. У випадку контакту з членами родини пацієнта необхідно інформувати їх про його спробу відмови від куріння.

Лікар зобов'язаний рекомендувати особам із середнім і високим ступенем нікотинової залежності застосовувати ефективні засоби фармакотерапії, пояснюючи, як ці препарати допомагають відмовитися від куріння і зменшують прояви синдрому відміни.

Наявність контролю

Якщо це можливо, слід запросити пацієнта на додаткову консультацію через 1; 3; 6 міс. Під час розмови необхідно з'ясувати його відношення до куріння, заохочуючи бажання припинити курити. Необхідно також розпитувати пацієнта про труднощі, що виникають у процесі відмови, цікавитися досягнутими успіхами.

Необхідно пам'ятати, що в МКХ-10 тютюнова залежність включена до рубрики «Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин», а куріння класифікується як захворювання (код F17). У тютюновій залежності виділяють елементи психологічної і фізичної (нікотинової) залежності. Нікотинова залежність повинна розглядатись як патологічний стан, що потребує діагностики і відповідного лікування.

СИНДРОМ ВІДМІНИ І ДІАГНОСТИКА НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

В іонізованому стані нікотин подібний до нейромедіатора ацетилхоліну і має здатність безпосередньо взаємодіяти з ацетилхолінергічними рецепторами. Тривале куріння спричиняє значні розлади діяльності холінергічної системи. Відмова від тютюнопаління призводить до кількісного дисбалансу між медіатором і рецепторами. Починається процес ренейроадаптації, для якого характерна надмірна кількість рецепторів і гіперхолінергічна активність. Біологічний процес ренейроадаптації клінічно проявляється синдромом відміни. Медичні працівники зобов'язані знати його ознаки і частоту їх виникнення:

- неспокій — 87%;
- труднощі концентрації — 73%;
- розлади сну — 84%;
- неспокій — 71%;
- роздратованість — 80%;
- голод — 53%;
- депресія — 78%;
- порушення з боку шлунково-кишкового тракту — 33%;

- нетерпимість — 76%;
- головний біль — 24%.

Для розробки індивідуальної програми відмови від куріння і надання медикamentозної допомоги курцю важливого значення набуває визначення ступеня нікотинової залежності. Зараз існують різні методи її діагностики: визначення тютюноану в крові, рівня СО у видихуваному повітрі, концентрації нікотину, котиніну або їх метаболітів у крові, сечі або слині. Найчастіше використовують тест Фагерстрема.

Ступінь залежності оцінюється в балах від 0 до 10.

0-3 бали — низький рівень залежності. У разі відмови від куріння основну увагу треба зосередити на психологічних факторах.

4-5 балів — середній рівень залежності. Рекомендується застосування медикаментозної терапії.

6-10 балів — високий рівень залежності. Необхідно використовувати медикаментозну терапію.

ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА

- Через який проміжок часу після пробудження ви запалюєте сигарету?

Протягом 5 хв	3 бали
Від 6 до 30 хв	2 бали
Від 31 до 60 хв	1 бал
Більш ніж через 60 хв	0 балів
- Чи важко вам утриматися від паління у заборонених місцях?

Так	1 бал
Ні	0 балів
- Від якої сигарети найважче утриматися?

Ранішньої	1 бал
Наступної	0 балів
- Скільки сигарет щодня ви випалюєте?

Понад 30	3 бали
Від 21 до 30	2 бали
Від 11 до 20	1 бал
10 або менше	0 балів
- Коли найбільше палите?

Вранці	1 бал
Протягом дня	0 балів
- Чи палите ви під час захворювання, коли повинні дотримуватись ліжкового режиму?

Так	1 бал
Ні	0 балів

Для швидкої перевірки залежності дозволяється задати пацієнту лише три питання, які потребують відповіді «так» або «ні».

- Чи випалюєте ви понад 20 сигарет щодня?
- Чи палите ви протягом перших 30 хв після пробудження?
- Чи відчували ви сильний потяг до паління або симптоми відміни під час попередньої спроби кинути палити?

Позитивна відповідь на всі 3 запитання дозволяє діагностувати високий ступінь нікотинової залежності.

Орієнтовно про високий ступінь нікотинової залежності свідчить також індекс куріння: кількість випалюваних за добу сигарет множать на 12 (кількість місяців

у році). Значення індексу, що перевищує 200, дозволяє констатувати високу залежність від нікотину.

Індекс куріння: кількість випалюваних сигарет за добу × 12 міс

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТЮТЮНОЗАЛЕЖНОСТІ

У наш час існують ефективні методи лікування тютюнозалежності, які дозволяють реально поліпшити якість життя пацієнтів. Використання медикаментозних засобів — ключовий момент багатокomпонентної допомоги пацієнтам під час лікування тютюнозалежності. До сучасних лікарських засобів терапії тютюнопаління відносять препарати нікотинозамісної терапії (НЗТ).

НІКОТИНОЗАМІСНА ТЕРАПІЯ

Цей вид лікування вже більше 20 років широко використовується для повної відмови від куріння. Препарати НЗТ, підтримуючи базальний рівень нікотину в крові і зменшуючи тяжкість проявів синдрому відміни, дозволяють спрямувати сили курця на подолання психологічної залежності і таким чином підвищують імовірність відмови від цієї звички. Препарати НЗТ не утворюють характерних для куріння високих концентрацій нікотину в крові; загальна доза останнього коливається від третини до половини тієї, що отримується із сигаретою.

Форма випуску: жувальна гумка (2 і 4 мг), нашкірний пластр (7 мг на 24 год; 14 мг на 24 год; 21 мг на 24 год; 15 мг на 16 год), інгалятор, назальний спрей, таблетки.

Добова доза: залежить від форми препаратів НЗТ. Для жувальної гумки середня добова доза складає 10-15 шт.

Показання до застосування: рекомендується особам із середнім і високим ступенем нікотинової залежності.

Термін застосування: 2-12 тиж (підтримувальна терапія — до 6 міс).

Безпечність: тривалими проспективними дослідженнями доведена безпечність препаратів НЗТ навіть в осіб із ССЗ.

Побічні ефекти: місцева подразнююча дія (залежно від форми препарату), обумовлена порушеннями рекомендацій щодо застосування; диспепсія.

Протипоказання: вагітність, нестабільна стенокардія, недавній інфаркт міокарда, вік до 18 років.

Доступність: інгалятор і назальний спрей — рецептурна форма продажу; жувальна гумка і нашкірний пластр — вільний продаж.

На сьогодні в Україні зареєстрована жувальна гумка Nicorette по 2 і 4 мг.

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ

Під час кожної зустрічі з курцем необхідно рекомендувати йому утримуватись від куріння. Якщо пацієнт повідомляє про неможливість такого утримання у зв'язку із сильним бажанням курити,

необхідно розглянути питання про збільшення терміну застосування фармакотерапії або призначити комбінацію препаратів для зменшення проявів синдрому відміни.

Якщо пацієнт скаржиться на ріст маси тіла, необхідно:

- рекомендувати збільшення фізичних навантажень;
- підкреслити важливість здорового харчування;
- рекомендувати нікотинову жувальну гумку (особи, які приймають цей препарат, мають мінімальне збільшення маси тіла).

У разі зменшення мотивації до відмови від куріння необхідно:

- запевнити пацієнта, що цей стан — тимчасовий, і більшість осіб справляється з ним;
- підкреслити, що відновлення куріння значно ускладнить відмову від нього в подальшому;
- рекомендувати звернутися до центру психологічної підтримки людей з нікотинною залежністю.

Тютюнозалежність — хронічне захворювання, що потребує лікування. Досвід багатьох країн, які досягли значних успіхів у зниженні захворюваності і смертності від хронічних неінфекційних захворювань, довів, що саме зменшення поширеності куріння вірогідно позитивно впливає на показники здоров'я. Працівники первинних структур охорони здоров'я — терапевти, сімейні лікарі, фельдшери, медичні сестри — найчастіше контактують з пацієнтами, тому без їх активної участі в профілактиці і лікуванні тютюнозалежності неможливо досягти поставленого ВООЗ для всіх країн завдання: збільшити кількість осіб, що не курять, до 80% і зменшити споживання тютюну на 50%.

ВИСНОВКИ

- Тютюнозалежність — хронічний стан, який здебільшого потребує повторного лікування. У наш час існують ефективні засоби, що дозволяють подолати цю залежність і досягти певної відмови від куріння.
- В установах первинних структур охорони здоров'я необхідно послідовно виявляти, реєструвати і лікувати кожного курця.
- Існує виражена залежність між інтенсивністю консультативно-методичної допомоги та її ефективністю.
- Медичні працівники повинні будувати тактику своєї роботи з пацієнтом, який курить, залежно від його готовності відмовитись від куріння.
- Існують засоби фармакотерапії, які істотно підвищують ефективність відмови від куріння. За відсутності протипоказань вони можуть призначатись усім пацієнтам, які намагаються позбутися тютюнозалежності.
- Призначення медикаментозних засобів потребує врахування ступеня нікотинової залежності пацієнта.