

ШЛЯХИ ПОДАЛАННЯ ТЮТЮНОЗАЛЕЖНОСТІ

Чечотіна С.Ю.¹, Коваль А.А.², Дев'яткін О.Є.¹

¹Українська медична стоматологічна академія

*²Полтавський національний педагогічний університет
імені В.Г. Короленка*

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, нікотинова залежність, тютюнова або нікотинова 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 [1].

На нашій планеті палять приблизно 1,3 мільярди людей. В Україні нараховується майже 9 млн активних курців. Україна знаходиться на 17-му місці серед усіх країн світу по споживанню цигарок. За 1 секунду на Землі викурюється 300 000 цигарок. Куріння викликає 6 % смертей в усьому світі. Щорічно від паління вмирає 4 мільйони людей. Загальна маса недопалків на планеті за 1 рік становить 2 520 000 тонн.

За систематичного вживання нікотину виникає стан фізичної і психологічної залежності. Під час вдихання тютюнового диму в організм крім нікотину проникають також інші високотоксичні і подразнювальні речовини — леткі кислоти, піридин, канцерогенні смоли, феноли, фурфурол, акролеїн, оксид вуглецю (II) і (IV), синильна і мурашина кислоти, аміак, арсен, кадмій, полоній.

Нікотин — агоніст Н-холінорецепторів подібно ацетилхоліну. 25% нікотину, що потрапив до організму при палінні, вже через 15 хвилин досягає мозку. Це дорівнює швидкості внутрішньовенного уведеного наркотику. Нікотин діє на дофамінові структури мозку, внаслідок закріплюється сприйняття позитивного ефекту і формується бажання цей ефект повторювати. Нікотин підвищує концентрацію адреналіну, норадреналіну, адренортикотропного гормону, кортизолу. Нікотинова залежність за своєю інтенсивністю перевищує алкогольну та наркотичну (залежні курять щоденно і багаторазово протягом доби).

Головною особливістю нікотинової залежності є сильне бажання відчувати фармакологічний вплив нікотину і уникнути можливих наслідків синдрому абстиненції та пов'язаних явищ, як позитивних (нікотин зумовлює психоактивну стимуляцію), так і негативних (відсутність нікотину призводить до дискомфорту) [2].

Тютюнова залежність може потребувати постійних і періодичних терапевтичних процедур, а також довгострокового супроводу до того часу, поки вона не буде вилікувана. Розуміння хронічного характеру цієї залежності передбачає довгострокове спостереження, а не просто надання процедури протягом гострої стадії. Через це після рецидиву можуть знадобитися декілька фармакологічних курсів лікування, іноді зі зміною 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 минулого курця не дає жодної гарантії стосовно зникнення тютюнової залежності [3].

Стаття 14 Рамкової конвенції боротьби з тютюном¹ стверджує, що кожна країна повинна надавати допомогу у відмові від куріння, і реалізація цього підходу в даний час розглядається багатьма країнами.² Сприяння у відмові від куріння має бути основною частиною стратегії боротьби з тютюном в кожній європейській країні [4].

Вживання тютюну є єдиною причиною смерті, яка легко усувається. Щоб кинути палити треба 2 умови: бажання (мотивація) і наявність методів, що спроможні цьому.

Методи лікування тютюнової залежності:

1. Немедикоментозні:

- а) бесіди лікарів і медперсоналу;
- б) поведінкова терапія та психотерапія;
- в) умовно-рефлекторна терапія;
- г) акупунктура.

2. Медикоментозні:

- а) нікотинозамісна терапія;
- б) часткові агоністи нікотинових рецепторів;
- в) антидепресанти.

Нікотинзамісна терапія включає призначення препаратів, що містять алкалоїд нікотин, зокрема, «Нікоретте», «Ніквітін». Її застосування збільшує ймовірність відмови приблизно в два рази в осіб з вираженою нікотиновою залежністю. Звичайно застосовуються пластирі, що містять 21 мг (діє протягом доби) або 15 мг нікотину (діє під час періоду неспання — 16 годин), жувальну гумку (2 і 4 мг нікотину, близько 20 штук на добу) або розсмоктуються таблетки, інгалятори. Іноді використовується комбінація різних форм заміщення нікотину, а також комбінація з іншими препаратами. Куріння слід припинити НЕ пізніше 5-го дня від початку лікування. Терапевтичний ефект лікарського засобу «Табекс» заснований на тому, що на тлі куріння він створює неприємні симптоми нікотинової передозування, що стимулює знижувати кількість викурених сигарет або зовсім відмовитися від куріння. 1 таблетка містить 1,5 мг активної речовини цитизину (збуджує Н-холінорецептори), одержуваного з рослини *Cytisus laburnum* (рокитник сланкий). На весь курс (25 днів) рекомендується приблизно 100 таблеток.

Вареніклін (Чемпікс™) є частковим агоністом α -4 β -2 рецептора нікотину, що використовується в якості монотерапії лікування нікотинової залежності з певною ефективністю в порівнянні з плацебо, яка була визначена як більш висока, порівняно з іншими монотерапіями першої лінії. Вареніклін і комбінована замісна терапія з високими дозами нікотину має аналогічний рівень ефективності [5].

Бупропіон (Зібан™) є препаратом, що використовувався спочатку для лікування депресії, який продемонстрував свою ефективність у ліванні нікотинової залежності. Цей препарат може приписуватися в поєднанні з нікотинзамісною терапією [5, 6]. Зібан — засіб від нікотинової залежності, що не містить в своєму складі нікотину. Механізм дії препарату простий: під час відмови від куріння головна діюча речовина — бупропіон перешкоджає нейтралізації в організмі курця дофаміну — «гормону задоволення». Дія речовини бупропіон засноване на його антидепресантних

властивостях, що дає кидаети курити психологічний комфорт, який є важливим фактором у процесі відмови від куріння. Таким чином, лікування за допомогою препарату Зибан в корені відрізняється від нікотинозамінних методів, які покликані підтримати звичний рівень нікотину в крові у разі відмови від куріння. Зибан діє безпосередньо на ті ділянки мозку, які контролюють рівень дофаміну в крові.

За допомогою методів доказової медицини було проведено мета-аналіз ефективності різних методик, що застосовуються при лікуванні тютюнової залежності, і визначено вагу доказовості для кожної з них [7].

1. Нікотинзамінна терапія — 1,71.
2. Бесіди лікарів і медперсоналу — 1,69.
3. Поведінкова терапія і психотерапія — 1,55.
4. Посібники для самостійного вивчення — 1,23.
5. Умовно-рефлекторна терапія — 1,05.
6. Акупунктура — 1,03.
7. Колективні лекції — 1,02.

Таким чином, значущою ефективністю впливу володіють тільки два методи — нікотинзамінна терапія та бесіди лікарів і медперсоналу. Поєднання консультування і лікарських засобів є більш ефективним для припинення куріння, ніж використання поодиноко або лікарських засобів або консультацій.

Література

1. Офіційний посібник щодо комплексного розуміння значення та впровадження лікування й стратегій для допомоги у лікуванні тютюнової залежності, включаючи стандарти якості. — ENSP, 2015. — 194 с.
2. 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.
3. 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.
4. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
5. 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.
6. 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
7. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000 Aug 5;321(7257):355-8.