

Е.А. Кваша, И.С. Зозуля

Кваша Елена Александровна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ГУ «ННЦ «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, Киев

Зозуля Иван Саввич — доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе, заведующий кафедрой медицины неотложных состояний Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев

Практические рекомендации по преодолению табачной зависимости у пациентов

Актуальность проблемы

Общеизвестно, что табакокурение представляет серьезную медико-социальную проблему, являясь одной из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. Результаты Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (Global Adult Tobacco Survey — GATS), проведенного в 2010 г., свидетельствуют о том, что 28,8% населения Украины в возрасте >15 лет являются курильщиками, а среднегодовое потребление сигарет составляет 63,4 млрд шт. По сообщению в апреле 2012 г. пресслужбы Министерства здравоохранения (МЗ) Украины с ссылкой на Государственный комитет статистики, в стране насчитывается 8,6 млн курильщиков в возрасте >18 лет. Это огромная армия людей, здоровье которых можно улучшить, устранив лишь один фактор — курение. Расчеты показывают, что каждый 10-й (13%) случай смерти в Украине связан с потреблением табака. Из всех летальных исходов, обусловленных курением, 47% вызваны болезнями системы кровообращения, 16% — злокачественными новообразованиями трахеи, бронхов и легких, 9% — другими злокачественными новообразованиями и 9% — другими причинами. Крайне тревожным является тот факт, что около 70% всех случаев смерти приходится на возраст 35–69 лет, что означает потерю в среднем 19 лет жизни. В 2006 г. Украина официально ратифицировала Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе с потреблением табака и планомерно осуществляет государственную политику, направленную на сокращение спроса на табачные изделия и защиту населения от воздействия табачного дыма.

Одно из ведущих направлений в этой огромной работе принадлежит медицинским работникам первичного звена, задача которых — информирование населения о последствиях воздействия табачного дыма на организм и помощь в прекращении курения. Напомним, что табачная зависимость признана отдельной нозологической формой и представлена в МКБ-10 как пси-

хическое и поведенческое расстройство, вызванное употреблением табака.

В настоящее время взаимоотношения врача и курящего пациента в нашей стране регламентируются приказом МЗ Украины от 03.08.2012 г. № 601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів» и утвержденными методическими рекомендациями для медицинских работников учреждений здравоохранения по предоставлению лечебно-профилактической помощи лицам, желающим избавиться от табачной зависимости. Основная цель этих документов — формирование комплексного подхода в оказании медицинской помощи по профилактике и лечению табакокурения в учреждениях системы здравоохранения первичного уровня для снижения риска развития заболеваний, связанных с потреблением табака. Методические рекомендации основаны на руководящих принципах лечения табачной зависимости и прекращения употребления табака, сформулированных и изложенных М.С. Fiore и соавторами (2008) и утвержденных на IV Конференции сторон Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе с потреблением табака в 2010 г.

Тактика работы врача с курящим пациентом

Во всем мире тактика поведения врача по отношению к курящему пациенту строится на принципе пяти шагов (англ. 5 A's) (табл. 1).

1. Ask — спросить

Первым шагом в лечении табачной зависимости является выявление курящих

и регистрация статуса курения в медицинской документации. Результатом этого является зачисление пациента в одну из групп: никогда не курил, курил в прошлом, курил ежедневно, курил эпизодически. Врачу необходимо систематически спрашивать пациента о его статусе курения. Курящим в настоящее время этот вопрос следует задавать не реже 1 раза в год, лицам в возрасте моложе 25 лет — желательна также ежегодна (не реже чем 1 раз в 5 лет). Для пациентов старше 25 лет четкие инструкции отсутствуют, однако установить статус курения необходимо в случае возникновения у них заболеваний, предполагаемых связанных с вредной привычкой.

Особую группу составляют бывшие курильщики. Общеизвестно, что чем больше стаж и интенсивность курения в прошлом, тем более велика вероятность рецидива, особенно в течение 1-го года отказа. Учитывая это, пациента следует спросить о проблемах, возникших у него при отказе от курения. Необходимо помнить, что при поддержании пациента от курения в течение <5 лет необходимо ежегодно удостоверяться в отсутствии у него рецидива. Следует учитывать, что курение кальяна, сигары или трубки, часто оцениваемое пациентами как безвредное, также оказывает негативное влияние на организм. Необходимо информировать пациентов об этом и мотивировать их отказаться от курения.

Согласно методическим рекомендациям МЗ Украины (2012), в медицинской документации необходимо регистрировать статус курения. Однако для оказания квалифицированной помощи желательно указать также стаж курения, количество выкуриваемых в течение суток сигарет, на-

Таблица 1

	Стратегия краткого вмешательства 5 A's
1 Ask — спросить	Систематически спрашивать каждого пациента о его статусе курения и регистрировать результат
2 Assess — установить диагноз	Оценить желание пациента бросить курить и степень никотиновой зависимости
3 Advise — советовать	Советовать всем курящим отказаться от курения с учетом индивидуальных особенностей
4 Assist — содействовать	Предоставить пациенту рекомендации по отказу от курения, при необходимости — назначить лечение
5 Arrange follow up — следить	Контролировать выполнение рекомендаций и организовать поддержку пациенту, который намерен отказаться от курения

личие в прошлом попыток отказа от курения, причины возврата, степень никотиновой зависимости и готовности пациента к отказу от курения. Эти данные позволяют конкретизировать советы, прогнозировать сложности, связанные с синдромом отмены или социальными факторами, повлекшими срыв при предыдущих попытках отказа.

2. Assess — установить диагноз

Табачная зависимость — хронически протекающее заболевание, включающее психологический и физиологический компоненты. Выявление преобладающего из них — ключевой шаг для определения дальнейшей тактики врача. Оценку степени никотиновой зависимости проводят с помощью теста Фагерстрема (табл. 2). Анкетирование может проводить врач или медицинская сестра, однако чаще всего пациент самостоятельно заполняет опросник. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов, а их сумма — степень никотиновой зависимости. Задача врача — правильно интерпретировать полученный результат: 0–2 балла — очень слабая, 3–4 — слабая, 5 — средняя, 6–7 — высокая и 8–10 — очень высокая зависимость. Пациенты, сумма набранных баллов у которых составляет >6, при отказе от курения неизбежно сталкиваются с проявлениями синдрома отмены. Таким пациентам необходима (и весьма эффективна) фармакотерапия.

Для определения степени никотиновой зависимости можно также воспользоваться вопросами, приведенными в методических рекомендациях для медицинских работников по оказанию помощи в отказе от курения Австралии (2011):

1. Выкуриваете ли Вы >10 сигарет в день?

2. Выкуриваете ли Вы первую сигарету в течение 30 мин после пробуждения?

3. Испытывали Вы симптомы отмены при предыдущих попытках отказа от курения?

Положительные ответы на эти вопросы позволяют предположить у пациента высокую никотиновую зависимость и порекомендовать ему медикаментозную терапию при отказе от курения.

Напомним, что в ионизированном состоянии никотин сходен с нейромедиатором ацетилхолином и способен непосредственно взаимодействовать с никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами, стимулируя высвобождение гормона удовольствия — дофамина. Длительное курение приводит к значительным расстройствам деятельности холинэргической системы, а отказ от него — к количественному дисбалансу между медиатором и рецепторами. Начинается процесс ренейроадаптации, характеризующийся избыточным количеством рецепторов и гиперхолинэргической активностью, что клинически проявляется синдромом отмены. Первые симптомы абстиненции возникают через 2 ч и достигают максимума спустя 24 ч после последней выкуренной сигареты. При синдроме отмены человек может длительное время одновременно испытывать несколько симптомов разной степе-

ни интенсивности. К их числу относят: сильное желание закурить, тревогу, депрессию, нарушение концентрации внимания, ухудшение настроения, раздражительность, повышенную возбудимость, сонливость, головную боль, головокружение, тремор, потливость, боль в мышцах, усиление кашля и затруднение отхождения мокроты, чувство голода. Длительность этих симптомов — от нескольких недель до 3 мес.

Следует иметь в виду, что степень никотиновой зависимости сама по себе не отражает вероятность отказа от курения. Гораздо большее значение для оценки прогноза эффективного отказа играет уровень мотивации пациента. Проведенные эпидемиологические исследования и социологические опросы показывают, что 70–80% курящих хотят отказаться от вредной привычки. Однако, как показывает практика, лишь 25–30% из них готовы реально сделать это в ближайшее время.

Получив ответ на конкретный вопрос: «Готовы ли Вы отказаться от курения?», пациента можно отнести либо к числу желающих бросить курить, либо тех, кто хочет отказаться от курения, но не планирует делать это в ближайшее время, либо лиц с высокой мотивацией к отказу.

С этой точки зрения более объективный результат позволяет получить заполнение анкеты мотивации пациента, приведенной в Российских методических рекомендациях «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» (2012) (табл. 3). В ней сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальная сумма баллов — 8, минимальная — 0. Чем большая сумма набранных баллов, тем сильнее мотивация пациента:

- >6 баллов — высокая мотивация; можно предложить пациенту длительную программу лечения с целью полного отказа от курения;

- 4–6 баллов — слабая мотивация; можно предложить пациенту короткую программу лечения с целью снижения интенсивности курения и усиления мотивации;
- <3 баллов — отсутствие мотивации; можно предложить пациенту программу снижения интенсивности курения.

Как показывает практика, курильщики, набравшие 5–6 баллов, соглашаются принять участие в программе отказа от курения при условии назначения им медикаментозной терапии.

3. Advise — советовать

Врач должен рекомендовать всем курящим отказаться от курения, сделав это в понятной, строгой, но доброжелательной форме, с учетом индивидуальных особенностей пациента. Подчеркнем, что врач может помочь пациенту в этом: при огромном многообразии вредного воздействия табака на организм и информированности врача о состоянии здоровья пациента и/или членов его семьи всегда можно обосновать свой совет для конкретного человека с точки зрения риска развития той или иной проблемы, связанной с курением. Особенно важен отказ от курения лиц с уже диагностированной патологией (хронической обструктивной болезнью легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями и др.), поскольку отказ от курения у них является не только профилактической мерой, но часто имеет патогенетическое влияние.

4. Assist — содействовать

Помощь пациентам, не готовым или не желающим в настоящее время бросить курить, состоит в квалифицированном и персонализированном содействии этому. По возможности следует направить таких пациентов к специалисту.

Если пациент высказывает намерение бросить курить, следует убедиться в осознании им необходимости лечения. Необходимо совместно составить план действий, назначить дату прекращения курения, обсудить вероятность возникновения

Таблица 2

Вопрос	Тест Фагерстрема	
	Ответ	Баллы
Через сколько времени после пробуждения Вы выкуриваете первую сигарету?	Через первых 5 мин	3
	Через 6–30 мин	2
	Через 30–60 мин	1
	Через >60 мин	0
Сложно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где оно запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты Вы можете легко отказаться?	От утренней	1
	От всех остальных	0
Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?	≤10	0
	11–20	1
	21–30	2
	>30	3
Вы чаще курите утром или в течение дня?	Утром	1
	На протяжении дня	0
Курите ли Вы в период болезни, когда необходимо придерживаться постельного режима?	Да	1
	Нет	0

Таблица 3

Оценка степени мотивации отказа от курения

Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?	Как сильно Вы хотите бросить курить?
Определенно нет — 0	Не хочу вообще — 0
Вероятнее всего, нет — 1	Слабое желание — 1
Возможно, да — 2	Среднее желание — 2
Вероятнее всего, да — 3	Сильное желание — 3
Определенно, да — 4	Однозначно хочу бросить курить — 4

синдрома отмены. Во избежание срыва пациенту стоит избегать внешних факторов, побуждающих его возвратиться к курению (приема алкоголя, переизбытка и др.). По возможности, следует снабдить пациента соответствующими информационными материалами. Общие советы, которые должны быть донесены до каждого пациента, независимо от назначения фармакотерапии, включают: увеличение потребления минеральной воды, соков и щелочных отваров, замена сахара медом, увеличение потребления продуктов, богатых витаминами А, В₁, В₁₂, С, Е, РР, прогулки на свежем воздухе, дыхательная гимнастика, при усилении кашля — применение отхаркивающих средств. Пациент должен предупредить членов семьи, друзей, партнеров по курению о том, что он бросает курить и просит их поддержки и понимания.

Фармакотерапия табачной зависимости

В соответствии с международными рекомендациями, фармакотерапия табачной зависимости включает никотинзаместительную терапию (НЗТ), применение антидепрессанта бупропиона и частичного агониста $\alpha_4\beta_2$ -никотиновых ацетилхолиновых рецепторов варениклина.

НЗТ

НЗТ применяют с целью облегчения или устранения абстинентного синдрома при отказе от курения, уменьшения числа выкуриваемых сигарет как первый шаг к дальнейшему полному отказу от курения, длительного воздержания от курения в местах, где оно запрещено; профилактики синдрома отмены (при длительном перелете, лечении в стационаре и др.).

В настоящее время препараты НЗТ считаются наиболее эффективными и безопасными медикаментозными средствами помощи в отказе от курения у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хронической обструктивной болезнью легких. В результате их широкого применения в течение более 40 лет подтверждена их эффективность, безопасность и хорошая переносимость. Безопасность НЗТ доказана как у здоровых лиц, так и у пациентов с различными заболеваниями и основана на медленном поступлении никотина, низкой концентрации и пологой кривой зависимости эффекта от дозы. Концентрация в крови поступившего в организм никотина не достигает значений, ассоциированных с чувством удовлетворения у курильщика.

Результаты исследований показали, что применение НЗТ повышает вероятность полного или длительного отказа от курения в 2, а сочетанно с психологической поддержкой — в 3 раза.

В Украине доступен в свободной продаже препарат Никоретте® в форме жевательной резинки лечебной 2 и 4 мг и пластыря трансдермального 10; 15 и 25 мг/16 ч. Пластырь наносят утром на сухой чистый лишенный волос и поврежденный участок кожи туловища, руки или бедра (поочередно на разные участки) и удаляют перед сном.

Эффект НЗТ обусловлен поступлением в организм чистого никотина в меньшем, нежели при курении, однако достаточном

для предупреждения абстинентного синдрома или уменьшения выраженности его проявлений количестве. Наиболее эффективна комбинация двух форм препарата, повышающая вероятность полного отказа от курения в 4 раза и рекомендованная лицам с очень высокой зависимостью от никотина.

Доза препарата зависит от интенсивности курения. Никоретте® в форме жевательной резинки лечебной 2 мг применяют в монотерапии или в комбинации с пластырем трансдермальным; Никоретте® в форме жевательной резинки лечебной 4 мг — в монотерапии. При ежедневном выкуривании ≥ 20 сигарет рекомендовано применение препарата Никоретте® в форме жевательной резинки лечебной 4 мг (8–12 подушечек в сутки) или пластыря трансдермального (в первые 8 нед — 25, затем в течение 2 нед — 15 и еще 2 нед — 10 мг/16 ч). При меньшей интенсивности курения (<20 сигарет в сутки) и наличии абстинентного синдрома при предыдущих безуспешных попытках отказа от курения рекомендовано применение средства Никоретте® в форме жевательной резинки лечебной 2 мг (8–12 подушечек в сутки) или пластыря трансдермального (в первые 8 нед — по 15, затем в течение 4 нед — 10 мг/16 ч). Обязательным условием успешной НЗТ является длительность ее применения не менее 3 мес.

Лица, испытывающие желание закурить, несмотря на применение препаратов НЗТ, или которым не удалось достичь успеха при применении Никоретте® в форме жевательной резинки лечебной, могут использовать Никоретте® пластырь трансдермальный и жевательную резинку для быстрого избавления от желания закурить. В этом случае лечение следует начинать с применения пластыря трансдермального 25 мг/16 ч в сочетании с жевательной резинкой лечебной 2 мг, но не менее 4 (в большинстве случаев достаточно 5–6) подушечек в сутки. Не следует применять более 24 подушечек в сутки. Обычно продолжительность лечения составляет 6–12 нед, после чего дозу препарата следует постепенно снижать.

Отмена НЗТ возможна путем:

- применения препарата Никоретте® в форме пластыря трансдермального 15 мг/16 ч в течение 3–6 нед, затем — 10 мг/16 ч в течение еще 3–6 нед в сочетании с жевательной резинкой лечебной 2 мг. В течение последующих 12 мес постепенно уменьшают количество подушечек;
- прекращения применения средства Никоретте® в форме пластыря трансдермального при постепенном уменьшении количества подушечек жевательной резинки лечебной в течение 12 мес.

При применении лекарственных форм Никоретте® возможны головная боль, головокружение, повышение слюноотделения, икота, тошнота, рвота, изжога, расстройство пищеварения и другие нежелательные явления.

НЗТ противопоказана при повышенной чувствительности к никотину или другим

компонентам препарата, остром инфаркте миокарда, нестабильной стенокардии, неконтролируемой артериальной гипертензии, выраженной аритмии, с осторожностью следует применять при обострении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в период беременности и кормления грудью, Никоретте® жевательную резинку лечебную — при стоматите, эзофагите, патологии височно-нижнечелюстного сустава, ношении зубных протезов.

Бупропион

Антидепрессант бупропион (Зибан™) является селективным ингибитором обратного нейронального захвата норадреналина, серотонина и дофамина. В настоящее время препарат не зарегистрирован в Украине, однако пациент может самостоятельно приобрести его в интернет-аптеке или за рубежом, настаивая на его применении. В этом случае необходимо помнить, что противопоказаниями к его применению являются повышенная чувствительность к компонентам препарата, период беременности и кормления грудью, эпилепсия или судорожные припадки в анамнезе, опухоль головного мозга, булимия, анорексия, прием алкоголя.

Варениклин

Варениклин (Чемпикс™), будучи частичным агонистом $\alpha_4\beta_2$ -никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, способствует выделению дофамина, уменьшая тем самым проявления синдрома отмены и тягу к курению. Результаты исследований показали, что применение варениклина повышает вероятность отказа от курения в 3 раза.

Варениклин применяют внутрь в таблетках по 0,5–2,0 мг/сут. Длительность лечения обычно составляет 12 нед. Прием препарата начинают за 1 нед до предполагаемой даты отказа от курения. Доза препарата в течение 1–3-х суток лечения составляет 0,5 мг 1 раз в сутки, 4–7-х суток — 0,5 мг 2 раза в сутки, с 8-х суток до окончания курса лечения — 1 мг 2 раза в сутки.

К числу частых побочных эффектов препарата, описанных в клинических испытаниях, относят тошноту, перепады настроения, раздражительность, головную боль, бессонницу, диарею. По некоторым данным, прием варениклина может сопровождаться немотивированной агрессией, появлением суицидальных мыслей, ухудшением зрения и координации движений. В связи с этим в США варениклин запрещен к применению у пилотов, диспетчеров, профессиональных водителей и военнослужащих (Hughes S., 2011).

Препарат имеет следующие противопоказания и ограничения: возраст <18 лет, повышенная чувствительность к его компонентам, период беременности и кормления грудью, наличие почечной недостаточности, психических расстройств, сердечно-сосудистых заболеваний или риска их развития (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2012).

Цитизин

Цитизин (Табекс®), получаемый из растения *Cytisus laborinum*, является агонистом

никотиновых ацетилхолиновых рецепторов. Не вызывает изменений психофизиологического состояния пациента, не нарушает способности управлять транспортными средствами и работать с механизмами. Его принимают в течение 3 дней по 1 таблетке 6 раз в сутки (через каждые 2 ч) при одновременном уменьшении количества выкуриваемых сигарет. При курении на фоне цитизина эффект никотина суммируется с эффектом цитизина, что приводит к изменению ощущения от курения и появлению симптомов передозировки: неприятный вкус во рту, головная боль, тошнота, головокружение. Это заставляет пациента постепенно отказываться от курения, не испытывая при этом симптомов абстиненции. При отсутствии положительного результата через 3 дня препарат следует отменить. При позитивном эффекте следует придерживаться следующей схемы: с 4-го по 12-й день по 1 таблетке каждые 2,5 ч (суточная доза — 5 таблеток); с 13-го по 16-й день — по 1 таблетке каждые 3 ч (4 таблетки); с 17-го по 20-й день — по 1 таблетке каждые 5 ч (3 таблетки); с 21-го по 25-й день — по 1 таблетке каждые 6–8 ч) 1–2 таблетки. Важно помнить, что на 5-й день лечения цитизином курение необходимо прекратить, поскольку применение препарата на фоне продолжающегося курения в прежнем объеме может привести к развитию никотиновой интоксикации.

При применении цитизина возможны такие побочные эффекты, как сухость во рту, нарушение аппетита, изменение вкусовых ощущений, тошнота, запор, головная боль, повышенная раздражительность, тахикардия и повышение давления.

Препарат противопоказан к применению при повышенной чувствительности к препарату, остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии, аритмии, недавно перенесенном нарушении мозгового кровообращения, выраженном атеросклерозе, артериальной гипертензии, кровотечении из крупных сосудов, отеке легких, язве желудка и двенадцатиперстной кишки (в фазе обострения), бронхиальной астме, в период беременности и кормления грудью. С осторожностью назначают препарат при шизофрении, хромаффинных опухолях надпочечников, гастроэзофагеальном рефлюксе, при ишемической болезни сердца (в том числе при хронической сердечной недостаточности), заболеваниях сосудов головного мозга, гипертиреозе, пептической язве желудка, сахарном диабете, при почечной и печеночной недостаточности. У детей в возрасте до 18 лет и пациентов старше 65 лет препарат следует применять после тщательной оценки соотношения предполагаемой пользы и потенциального риска.

Несмотря на длительный период применения этого препарата в некоторых восточноевропейских странах, доказательной базы, касающейся его эффективности и безопасности, недостаточно.

5. Arrange follow up — следить

Данная рекомендация подразумевает организацию наблюдения и поддержки пациента, который планирует бросить курить. Отказ от курения — процесс длительный. Контроль и наблюдение необходимы для профилактики возврата к курению, опасность которого особенно велика в течение первых 6 мес. В методических рекомендациях отсутствуют четкие указания

относительно частоты бесед, проводимых с пациентом в этот период. Как свидетельствует опыт, это должно происходить не реже 1 раза в 2 нед в течение 1-го и 1 раза в 3 нед — 2-го и 3-го месяцев (с назначением даты визита). Частота визитов в последующие 3 мес зависит от желания пациента и мнения врача об их необходимости.

При каждой встрече врачу следует поощрять попытки пациента прекратить курение, интересоваться успехами и трудностями, возникшими в процессе отказа, выражать уверенность в способности пациента прекратить курение и готовность оказать ему необходимую помощь. Следует помнить о том, что рецидивы в лечении табачной зависимости являются следствием хронической зависимости и не указывают на неудачу врача или пациента. Необходимо выяснить причину срыва, оговорить способы избежания ее в дальнейшем и, при согласии пациента, возобновить попытку отказаться от вредной привычки навсегда.

Список рекомендованной литературы

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2012) Письмо от 05.05.2012 г. № 14-3/10/1-2817 «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации» (<http://nursemanager.ru/pravo/osnovnye-zakonodatelnye-akty-v-oblasti-zdravooxraneniya/pismo-min-zdravocozrazvitiya-rossii-ot-05052012-n-14-3101-2817.html>).

Hughes S. (2011) Increased CV risk with smoking cessation drug varenicline: New meta-analysis (<http://www.theheart.org/article/1248291.do>).

Получено 04.04.2013

Тестовые вопросы

(один или несколько правильных вариантов ответов на каждый вопрос)

1. При какой степени никотиновой зависимости (по тесту Фагерстрема) обязательно требуется назначение фармакологической терапии?

- при любой
- >3 баллов
- >6 баллов

2. Какая длительность отказа от табакокурения соответствует эффективному лечению табачной зависимости (мес)?

- 1
- 3
- 6
- 12

3. Через сколько часов после отказа от табакокурения

появляются выраженные симптомы отмены?

- 6 ч
- 12 ч
- 24 ч

4. Продолжительность действия симптомов отмены составляет:

- 1 нед
- 4 нед
- 3 мес

5. Какие формы потребления табака являются более безопасными?

- кальян
- трубка
- сигары
- жевательный табак
- все формы потребления табака одинаково вредны

6. Для назначения медикаментозной помощи в отказе от курения необходимо уточнить:

- стаж курения
- количество предыдущих попыток отказа от курения
- уровень никотиновой зависимости
- интенсивность курения

7. Какие из нижеперечисленных препаратов, согласно международным рекомендациям по отказу от курения, относятся к препаратам первой линии?

- варениклин
- бупропион
- цитизин
- препараты НЗТ

**8. Препараты НЗТ
предназначены с целью:**

- полного отказа от курения
- уменьшения интенсивности курения
- временного воздержания от курения

**9. Безопасность
применения препаратов НЗТ
базируется на:**

- изменении скорости выведения никотина из организма
- медленном всасывании никотина
- более низкой концентрации никотина
- пологой кривой зависимости эффекта от дозы

**10. Противопоказаниями
к применению НЗТ являются:**

- бронхиальная астма
- сахарный диабет
- нестабильная стенокардия
- прием антибиотиков
- управление транспортными средствами

**11. Распространенность
курения в Украине составляет
около:**

- 30%
- 40%
- 50%

**12. Готовность к отказу
от курения среди желающих
бросить курить составляет:**

- 65–70%
- 45–50%
- 35–40%
- 25–30%

**13. Какой из препаратов
для поддержки отказа
от курения рекомендован
авиадиспетчеру в возрасте
54 лет с уровнем
мотивационной готовности
7 баллов, степенью
никотиновой зависимости
8 баллов, ежедневно****выкуривающему 20 сигарет,
с диагностированной
гипертонической болезнью
I стадии 2-й степени?**

- цитизин
- варениклин
- Никоретте® пластырь трансдермальный 25 мг
- Никоретте® пластырь трансдермальный 15 мг
- Никоретте® пластырь трансдермальный 10 мг
- Никоретте® жевательная резинка лечебная 2 мг
- Никоретте® жевательная резинка лечебная 4 мг

**14. Факторы, провоцирующие
рецидив курения:**

- алкоголь
- пребывание в помещении, где курят
- переедание
- употребление большого количества жидкости

Для получения сертификата ответьте на тестовые вопросы в режиме on-line на сайте журнала www.umj.com.ua
или

отправьте ксерокопию страниц с ответами вместе с контактной информацией по адресу:
01001, Киев-1, в/я «В»-82 с пометкой «Дистанционное обучение on-line»

Контактные данные:

ФИО _____

Почтовый адрес: индекс _____

область _____

район _____

город _____

улица _____

дом _____

квартира _____

Телефон _____

E-mail _____

Канцерогенные свойства амиодарона снова находят подтверждение в новых исследованиях

Согласно результатам обсервационного исследования, проведенного в Главном госпитале для ветеранов в Тайпее (Taipei Veterans General Hospital), Тайвань, применение амиодарона может ассоциироваться с повышенным риском возникновения рака у мужчин, а также у всех лиц, длительно применяющих этот антиаритмический препарат. По мнению ученых, проводивших исследование, проблема амиодаронассоциированного рака далеко не нова, однако заслуживает привлечения дополнительного внимания к проблеме.

Сравнительный анализ риска развития рака у пациентов, принимавших амиодарон, и в общей популяции, проводили в когортном исследовании с количеством участников >6 тыс. человек. Результаты показали значительное повышение риска развития онкологической патологии у лиц, принимавших амиодарон — 12% ($p=0,067$). Риск рассчитывали как стандартизованный показатель заболеваемости (Standard Incidence Ratios — SIRs).

Риск развития рака любой локализации был значительно выше у мужчин — на 18% ($p=0,022$), у женщин этого не отмечалось. Онкологический риск, кроме того, проявил дозозависимый характер. У пациентов с кумулятивной дневной дозой (Defined Daily Dose — DDD) в течение 1-го года лечения < 180 мг рост риска составил 28% ($p=0,046$), однако среди мужчин, чья кумулятивная ежедневная доза > 180 мг, этот показатель достигал 46% ($p=0,008$).

Хотя внедрение расширенных объемов обследования больных, получающих длительную терапию амиодароном, относительно выявления онкопатологии представляется достаточно сложным в общеклинической практике, предлагается в дальнейшем во все крупные исследования с применением амиодарона включать обязательные отчеты по случаям развития рака.

Отмечено также, что Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Food Drug Administration — FDA) ранее предоставлялись отчеты по случаям возникновения рака легкого, щитовидной железы и кожи в процессе лечения амиодароном по результатам постмаркетинговых наблюдений.

Результаты работы акцентируют также внимание на отсутствии адекватной оценки данного побочного эффекта амиодарона во врачебной среде. В настоящее время препарат применяется достаточно широко, поскольку является наиболее эффективным антиаритмическим препаратом в большинстве случаев нарушения ритма, особенно при предсердной аритмии. Амиодарон, синтезированный в 1960 г. в Бельгии, первоначально применялся как средство для лечения у пациентов со стенокардией. Но через некоторое время было выявлено, что этот препарат обладает антиаритмическим потенциалом. В этом качестве амиодарон быстро распространился по всему миру, получив заслуженное признание как высокоэффективное средство профилактики и лечения аритмий. На сегодняшний день при необходимости назначения антиаритмической терапии своей выбор в пользу амиодарона делают 24,1% врачей в США, 34,5% — в Европе и 73,8% — в Латинской Америке. Вместе с тем препарат является достаточно токсичным, в том числе и по жесткому воздействию на щитовидную железу.

Факты, свидетельствующие о канцерогенном риске применения амиодарона, находили подтверждение на протяжении всей истории применения препарата. В исследовании AFFIRM, весьма значимом по результатам, показавшим равную эффективность контроля ритма и частоты для пациентов с фибрилляцией предсердий, зарегистрировано значительное количество вновь выявленных случаев онкологических заболеваний среди пациентов, принимавших амиодарон. Два крупных многоцентровых исследования, проводившихся в 90-х годах XX ст., AVID и EMIAT, выявили сходные данные повышенного канцерогенного риска амиодарона. Вместе с тем на сегодняшний день этот риск оценивается врачами в наименьшей степени. С учетом этого обстоятельства, результаты, полученные в ходе проведенного исследования, трактуются как четкий дополнительный тревожный сигнал о возможно еще одном грозном побочном эффекте амиодарона среди уже существующего обширного перечня его токсических эффектов.

Канцерогенные свойства амиодарона должны быть восприняты со всей серьезностью. Как решить судьбу этого самого распространенного антиаритмического препарата — на сегодняшний день остается неясным. Очевидно, что необходимо

проведение крупного многоцентрового контролируемого исследования по данной проблеме, для которой уже недостаточно только ретроспективных обзоров.

Для изменений в клинической практике пока нет оснований

Вместе с тем специалистами, не принимавшими участие в исследовании, отмечен ряд недостатков в данной работе. Так, указывается, что исследование базировалось на SIR, которые сравнивают число случаев рака в исследовании с «ожидаемым» числом случаев в определенной популяции или географической области.

По их мнению, выявленный 12% рост онкологического риска для группы в целом является незначительным, а результаты с использованием SIRs крайне затруднительны для корректной интерпретации. Вместе с тем, использование значений DDD привносит большую ясность и позволяет сравнивать высоко- и низкодозовые режимы лечения. Замечено также, что хотя пациенты в исследовании рандомизированы по возрасту, полу и сопутствующей патологии, в нем не учитывались такие потенциальные факторы канцер-риска, как курение, воздействие окружающей среды, наследственная отягощенность по злокачественным заболеваниям, употребление алкоголя и ожирение.

Оппоненты предлагают подойти к результатам исследования взвешенно и не менять рекомендации для кардиологов, основываясь на данных одного исследования, до подтверждения полученных результатов в других исследованиях. Учитывая небольшое количество зарегистрированных случаев рака в когорте пациентов и ограниченный период наблюдения, предложено расценить полученные данные как «гипотезогенерирующие».

Данные Тайваньского национального медицинского страхового фонда (National health insurance data)

В ходе исследования учеными использована база данных Тайваньского национального медицинского страхового фонда (Taiwan National Health Insurance Research database) для отбора пациентов, получавших лечение амиодароном. Финальная когорта составила 6418 пациентов, количество человеко-лет за период отслеживания с 1997 по 2008 г. составило 21 684. Среднее время наблюдения по выявленным 280 случаям развития рака составило 2,6 года. При анализе возрастной структуры диагностики рака по подгруппам (20–59, 60–79 и >80 лет) стандартизованные показатели заболеваемости значительно не повышались, за исключением мужчин возрастной группы 20–59 лет (SIR 1,67; $p=0,025$) и >80 лет (SIR 1,41; $p=0,016$).

Отмечено, что рост случаев рака имел место в течение 1-го года терапии амиодароном (SIR 1,32; $p=0,002$) и не регистрировался в случаях терапии продолжительностью >1 года (SIR 1,02).

При анализе по кумулятивным дневным дозам значения отношения рисков развития рака (hazard ratio — HR) для пациентов со среднечастотными и высокочастотными режимами терапии составили 1,70 ($p=0,042$) и 1,98 ($p=0,006$) соответственно, в сравнении с пациентами, применявшими амиодарон в низких дозах.

В нозологической структуре рака преобладали злокачественные новообразования гастроинтестинальной локализации — 124 случая из 280. Выявлено также 47 случаев рака мочеоловой системы, 22 случая локализации «голова — шея», 11 случаев развития онкогематологической патологии и 1 случай рака щитовидной железы.

Нозология злокачественных новообразований преимущественно гастроинтестинальной локализации дает основание полагать, что если амиодарон обладает канцерогенными свойствами, то они проявляются в развитии онкологической патологии вполне определенной локализации.

Fang M.C., Stafford R.S., Ruskin J.N. et al. (2004) National trends in antiarrhythmics and antithrombotic medications use in atrial fibrillation. Arch. Intern. Med., 164(1): 55–60.

Julian D.G., Camm A.J., Frangin G. et al. (1997) Randomised trial of effect of amiodarone on mortality in patients with left-ventricular dysfunction after recent myocardial infarction: EMIAT. Lancet, 349: 667–674.

Nelson R., Stiles S. (2013) Amiodarone-cancer link reemerges in observational study. April 12 (<http://www.theheart.org/article/1527417.do>).

Su V.Y., Hu Y.W., Chou K.T. et al. (2013) Amiodarone and the risk of cancer: A nationwide population-based study. Cancer, Apr. 8 [Epub ahead of print].

Wyse D.G., Waldo A.L., DiMarco J.P. et al. (2002) Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N. Engl. J. Med., 347: 1825–1833.

Ольга Федорова