

თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის ევროპული სახელმძღვანელო (გაიდლაინი) და ხარისხის სტანდარტები

ნაწილი პირველი
ზოგად პრაქტიკაში თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე
დამოკიდებულების მკურნალობის აღიარება

ლექცია 1

თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე
დამოკიდებულების შეფასება

თამბაქოს მოხმარება

- თამბაქოს მოხმარება წარმოადგენს ნაადრევი სიკვდილობის და უუნარობის ძირითად გამომწვევ მიზეზს ევროპაში. მწვევლების ნახევარი დაკარგავს ჯანმრთელი სიცოცხლის 20 წელს, სანამ დაილუპებიან თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული დაავადებით¹
- ყოველწლიურად, 700, 000-ზე მეტი ევროპელი ილუპება თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული დაავადებით .²
- მწვევლების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 10 წლით უფრო ნაკლებია, ვიდრე არამწვევლის.
- **ნიკოტინი:** ძლიერი დამოკიდებულების გამომწვევი ნარკოტიკი, რომელსაც შეიცავს თამბაქო და რომელიც იწვევს დამოკიდებულებას იმათში, ვინც ჰრონიკულად მოიხმარს მას.

თამბაქოზე დამოკიდებულება დაავადებაა

- თამბაქოზე დამოკიდებულება ასოცირებულია თამბაქოს შემცველი ისეთი პროდუქტების ხანგრძლივადიან, ყოველდღიურ მოხმარებასთან, როგორცაა:
 - სიგარეტები
 - ჩიბუხი
 - სიგარები
 - ჰუკა
 - საღებავი თამბაქო და სხვ.
- მწველთა უმრავლესობას არ შეუძლია შეწყვიტოს მოწევა სურვილისამებრ. სამედიცინო ტერმინოლოგიით, ქრონიკული მწველობა (ნიკოტინიზმი) განისაზღვრება, როგორც³:
 - თამბაქოზე ან ნიკოტინზე დამოკიდებულება
 - თამბაქოზე ან ნიკოტინზე მიჩვევა
- **თამბაქოზე დამოკიდებულება დაავადებაა**, მისი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა უნდა განხორციელდეს იმგვარად, როგორც სხვა ქრონიკული დაავადებები

ინტერვენციები თამბაქოს მომხმარებლებისათვის

- თანბაქოს მოხმარებაზე ჯანდაცვის პროფესიონალის რეაგირება უნდა იყოს ერთი: უმკურნალოს მწველის თამბაქოზე დამოკიდებულებას დაყოვნების გარეშე.
- ცუდ პრაქტიკას წარმოადგენს არ უმკურნალო ან არ მოახდინო თამბაქოზე დამოკიდებული პაციენტების მკურნალობის ორგანიზება.
- **მინიმალურ ინტერვენციას წარმოადგენს** ხანმოკლე კონსულტაციები, რომელიც არის ცნობილი ნეიტრალური პრაქტიკის სახელით (ცუდი პრაქტიკის პრევენცია)



შეძენილი სამრეწველო დაავადება

- თამბაქოზე დამოკიდებულება არის დამოკიდებულება თამბაქოს პროდუქტზე, რომელიც გამოწვეულია ნარკოტიკული ნივთიერება ნიკოტინით.
- შესუნთქული ნიკოტინი ცნობილია, როგორც ნარკოტიკი, რომელსაც უნარი აქვს გამოიწვიოს ისეთივე მიჩვევა, როგორც სულ მცირე გააჩნია ჰეროინსა ან კოკაინს. აგრეთვე, შესუნთქული ნიკოტინი აღწევს ტვინის არტერიული სისხლის მიმოქცევის სისტემაში ფილტვების გავლით შვიდ წამზე ნაკლებ დროში.
- თითოეული სიგარეტი დაუყოვნებლივ ამცირებს ნიკოტინისადმი ლტოლვას, მაგრამ აქვეითებს ნიკოტინის რეცეპტორების მგრძნობელობას და ზრდის მათ რიცხვს, რაც თავის მხრივ აძლიერებს მომდევნო სიგარეტის მოხმარების მოთხოვნას.
- თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული ზემოაღნიშნული სტიმულაციები აძლიერებს ქრონიკულ მოხმარებას.⁴

მიჩვევის მექანიზმები

- თამბაქოზე დამოკიდებულების დაწყების ფაზაში, მწვევლს უხდება ნიკოტინის დონის გაზრდა, იმ მიზნით, რომ წარმოიშვას იგივე ინტესური შეგრძნებები.
- საწყისი ადაპტაციის პერიოდის შემდგომ მწვევლს ესაჭიროება მისთვის დამახასიათებელი ნიკოტინის ინდივიდუალური დოზა, იმისათვის რომ შეიგრძნოს ნეიტრალური მდგომარეობა და თავიდან აიცილოს აღკვეთის სინდრომი.
- ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მორფოლოგიური ადაპტაციის წარმოშობას თან მოჰყვება ფიზიკური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება.⁵
- ნიკოტინზე დამოკიდებულებას აქვს ორი კომპონენტი:
 - ფიზიკური დამოკიდებულება
 - ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება

ნიკოტინზე დამოკიდებულება ჯანმოს მიხედვით

- ნიკოტინზე დამოკიდებულებას გააჩნია მრავალ-ფაქტორული განმსაზღვრელი, რომელშიც მთავარი როლი ენიჭება ნიკოტინის ფარმაკოლოგიური ეფექტის მიღებას და აღკვეთის სინდრომისა დამასთან დაკავშირებული მდგომარეობის თავიდან აცილებას⁸
 - პოზიტიური (ნიკოტინის პროდუქტის ფსიქოაქტიური სტიმულაცია) ან
 - ნეგატიური (ნიკოტინის არარსებობით გამოწვეული დისკომფორტი)
- ჯანმო-ს მიერ მიღებულ დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციაში, თამბაქოზე დამოკიდებულება შედის: თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებულ მენტალურ (ფსიქიკურ) და ქცევით აშლილობებში და მინიჭებული აქვს დაავადების კოდი F17.

<p>ნიკოტინზე დამოკიდებულება F17 გამორიცხავს (სხვაკონკრეტულ დროებს) თამბაქოზე დამოკიდებულების ისტორია (Z87.891) თამბაქოს მოხმარება NOS (Z72.0) თამბაქოს მოხმარება (მონევა) ფეხმძიმობის დროს, ბავშვის დაბადებისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში (O99.33-) ნიკოტინის ტოქსიკური ეფექტი (T65.2-)</p>	<p>წყაროს ვებ გვერდი: http://www.icd10data.com</p>
<p>F17 ნიკოტინზე დამოკიდებულება F17.2 ნიკოტინზე დამოკიდებულება F17.20 ნიკოტინზე დამოკიდებულება, დაუდგენელი F17.200 გართულების გარეშე F17.201 რემისიის დროს F17.203 ნიკოტინზე დამოკიდებულება დაუდგენელი, აღკვეთის სინდრომით F17.208 სხვანიკოტინის განგამონწვევლიაში დროებით F17.209 ნიკოტინის განგამონწვევლი დაუდგენელიაში დროებით F17.21 ნიკოტინზე დამოკიდებულება, სიგარეტებით F17.210 გართულების გარეშე F17.211 რემისიის დროს F17.213 აღკვეთის სინდრომით F17.218 ... ნიკოტინის განგამონწვევლის სხვააში დროებით F17.219 ... ნიკოტინის განგამონწვევლი დაუდგენელიაში დროებით</p>	
<p>F17.22 ნიკოტინზე დამოკიდებულება, საღებავითა თამბაქო F17.220 გართულების გარეშე F17.221 რემისიის დროს F17.223 აღკვეთის სინდრომით F17.228 ... ნიკოტინის განგამონწვევლის სხვააში დროებით F17.229 ... ნიკოტინის განგამონწვევლი დაუდგენელიაში დროებით F17.29 ნიკოტინზე დამოკიდებულება, თამბაქოს სხვა პროდუქტებით F17.290 გართულების გარეშე F17.291 რემისიის დროს F17.293 აღკვეთის სინდრომით F17.298 ... ნიკოტინის განგამონწვევლის სხვააში დროებით F17.299 ... ნიკოტინის განგამონწვევლი დაუდგენელიაში დროებით</p>	

ნიკოტინის აღკვეთის სინდრომი

- ნიკოტინის აღკვეთის სინდრომი გამოწვეულია ნიკოტინის მიწოდების უცაბედი შეწყვეტისაგან. ნიკოტინის გამოდევნა შეიძლება გამოიხატოს მოწვევის შეწყვეტიდან პირველი 4-12 საათის განმავლობაში. სიმპტომები მოიცავს
- **სიმპტომების ოდენობა** დამოკიდებულია ინდივიდზე და მოიცავს:
 - მწვავე/უკონტროლო მოწვევის სურვილს (ძლიერი სურვილი)
 - აღზნებადობა/აგრესია/სიბრაზე
 - შფოთი
 - მოუსვენრობა
 - დაღლილობა
 - გაზრდილი მადა
 - კონცენტრირების სირთულე
 - დეპრესია
 - თავისტკივილები
 - ღამით სიფხიზლე
 - თავბრუხვევა
- ყველა ეს გამოხატულება დროებითია, რომლის მაქსიმალური ინტენსივობა აღწევს 24-დან 72 სთ-მდე და მცირდება 3-4 კვირაში

მწევლობის სტატუსი

- ყველა კლინიცისტი შესაბამისად აფასებს ამჟამინდელ და ყოფილ თამბაქოს მოხმარებას პაციენტებში.
- მწევლობის სტატუსის კლასიფიკაცია:
 - **არამწველი** არის ადამიანი, რომელსაც არ მოუწევია 100 ლერ სიგარეტზე მეტი მის სიცოცხლეში (ან 100 გ თამბაქო, სიგარეტის შემთხვევაში ან სხვა თამბაქოს ნაწარმი).
 - **ყოველდღიური მწველი** არის პიროვნება, რომელმაც მოწია სულ მცირე ბოლო 3 თვის განმავლობაში ყოველდღიურად.
 - **შემთხვევითი მწველი** არის ადამიანი რომელიც ეწეოდა, თუმცა არა ყოველდღიურად.
 - **ყოფილი მწველი** არის ადამიანი, რომელმაც შეწყვიტა მოწევა სულ მცირე 6 თვე მაინც.

მოწევა ქრონიკული მორეციდივე დაავადებაა (1)

- **“რეციდივი”**: მოწევის ხელახლა რეგულარულად დაწყება იმ პირის მიერ, ვინც უკვე დაანება თავი.
- **“შესვენება”** ან **“თვლელა”** მიუთითებს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის წინა პერიოდს, რომელიც არ გამოიხატება რეგულარული მოწევის დაბრუნებაში.

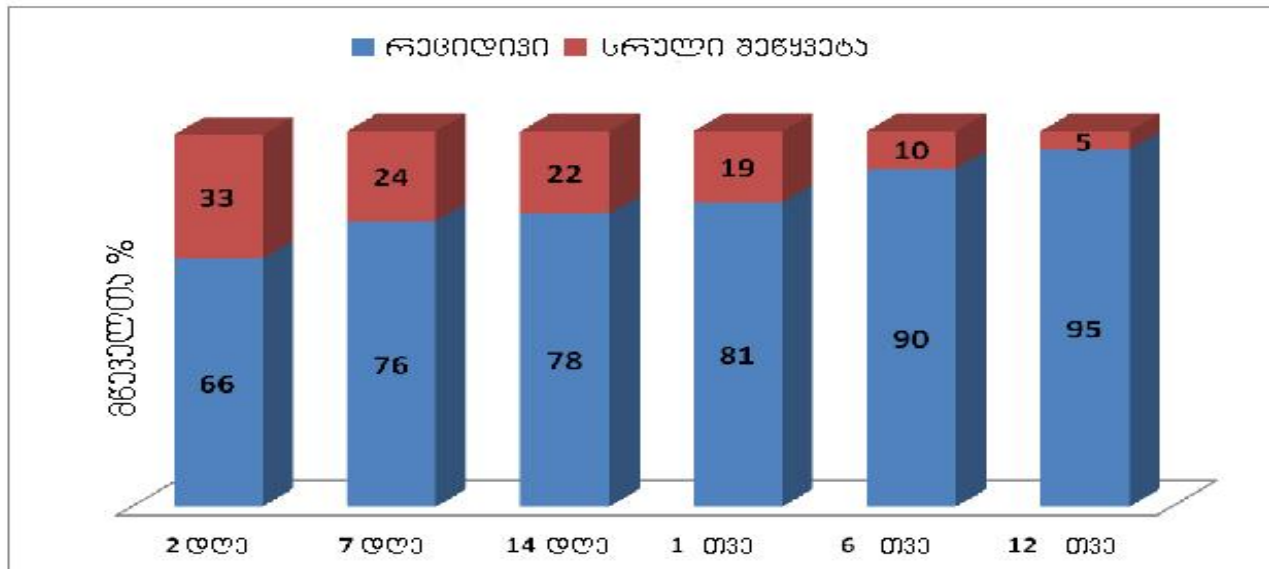


Figure: რეციდივების ალბათობა. მოწევის შეწყვეტიდან ერთი წლის განმავლობაში

მწველობა ქრონიკული მორეციდივე დაავადებაა (2)

- ❑ ყველა პრაქტიკოსმა რომლებიც ეხმარებიან მწველს, უნდა აუხსნან, მათ რომ თამბაქოს მოხმარება და თამბაზოე დამოკიდებულება არის ქრონიკული მორეციდივე დაავადება და სამედიცინო ტერმინით განსაზღვრონ, როგორც თამბაქოზე დამოკიდებულება.
- ❑ თამბაქოს მოხმარების კლინიკური შეფასება არის სავალდებულო სამედიცინო ღონისძიება და ლეგიტიმიზებული უნდა იყოს, როგორც რუტინული ინტერვენცია.
- ❑ მწველობის შეფასება პროცესია და შედგება მოწვევის კლინიკური და ბიოლოგიური შეფასებისაგან, თამბაქოზე დამოკიდებულების შეფასებისაგან, ფსიქო-ქცევითი პროფილის შეფასებისა და თამბაქოს მოხმარების ჯანმრთელობაზე ზეგავლენისაგან.

თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების კლინიკური დიაგნოსტიკა

კლინიკური დიაგნოსტიკა ემყარება:

- მწველობის სტატუსი
 - არამწველი
 - იშვიათი მწველი
 - ყოველდღიური მწველი
 - ყოფილი მწველი
- გამოყენებული თამბაქოს პროდუქტის
- თამბაქოს მოხმარება
 - მოწეული სიგარეტის რაოდენობა დღეში;
 - სიგარეტის კოლოფების რაოდენობა/წლები
- თამბაქოზე დამოკიდებულები შეფასება ჯანმოს განმარტების მიხედვით

ნიკოტინზე დამოკიდებულების ტესტი

■ ყოველდღიურ რუტინაში, ნიკოტინზე/სიგარეტზე დამოკიდებულება ძირითადად ფასდება ფაგერშტრომის ნიკოტინზე დამოკიდებულების ტესტით (FTND)¹²(ცხრილი), რომელიც

მოიცავს არამართო დიახ/არა პასუხებს, არამედ საბოლოო ქულას, რომელიც ძალიან ღირებულია კლინიკურ პრაქტიკაში

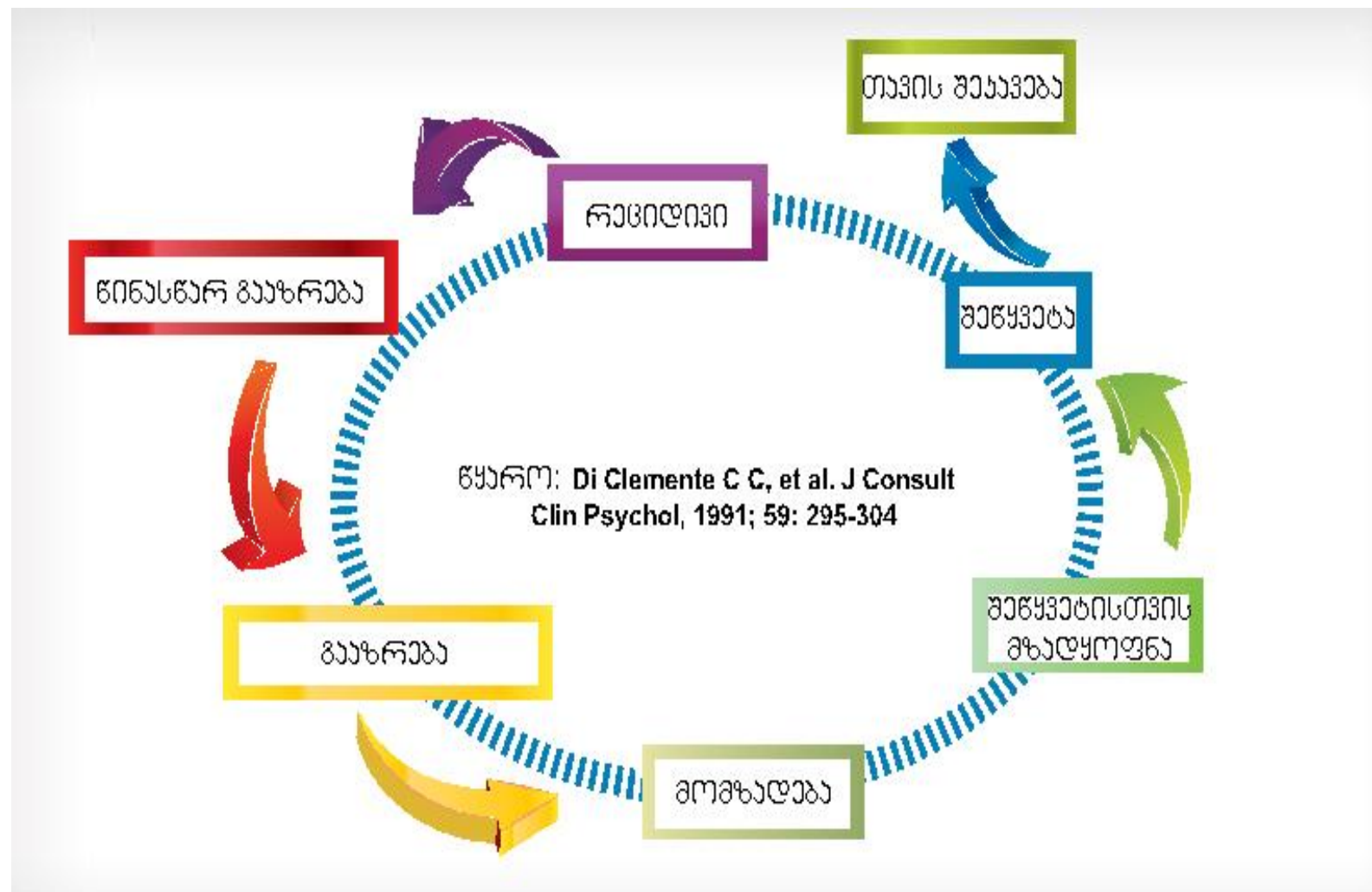
■ FTND ახდენს თამბაქოს მოხმარების კატეგორიზაციას, როგორც დაბალი, საშუალო ან მაღალი დონის ნიკოტინზე დამოკიდებულად.

გადვიძებიდან რამდენა დამადეენევი თპირვედსიგარეტს? 5 ნუთმენაკვები (3) 6-30 ნთ (2) 31-60 ნთ (1) 60 ნუთმემეტი (0)	
რთუდია თუ არა თავი შეიკავთ მონევის აგანიქსადაც მონევა აკრძა ღუდია (ეკდესია, კინო, მატარებელი, რესტორანი და ა.შ.)? დიახ (1) არა (0)	
რომელ სიგარეტზე იტყვი თყვიედაზე ძნელად უარს? ღირითპირვედისიგარეტი (1) სხვადანარჩენი (0)	
რამდენ სიგარეტს ეწევი თდღეში? 10 ან ნაკვები (0) 11-20 (1) 21-30 (2) 31 ან მეტი (3)	
დღის რომენ დანიღში უფრო მეტს ეწევი თ, გადვიძებიდან პირვედნახე ვარში, თუმეორენახე ვარში? დიახ (1) არა (0)	
ენევი თთუ არა ავადმყოფობის დროს როდესაც წორითი რეჟიმი გაქვთ? დიახ (1) არა (0)	
პაციენტმა შეიძლება შეავსოს კითხვარი უშუალოდ. ქულები მერყეობს 0-დან 10-მდე. ეს იძლევა ნიკოტინზე დამოკიდებულების შეფასების მზუსტ საშუალებას, რომელიც დაეხმარება თაქტარდებამ თერაპიაში.	ქულა 0-3: ნიკოტინზე დამოკიდებულება დაბალია ან არსებობს. ქულა 4-6: თამბაქოზე დამოკიდებულების საშუალო დონე. ქულა 7-10: თამბაქოზე მაღალი დამოკიდებულება

MOTIVATION TO QUIT SMOKING

- პროჩასკას და დიკლემენტეს ცნობილი ქცევის შეცვლის ტრანსთეორიული მოდელის მიხედვით, მოწევის შეწყვეტის ფსიქოლოგიური პროცესი მიმდინარეობს 5 ეტაპად :
 - *გააზრების წინა პერიოდი*: პაციენტი სრულიად კმაყოფილია მისი როგორც მოწველის ქცევით და არ გრძნობს რაიმე ცვლილების აუცილებლობას
 - *გააზრება*: პაციენტი გრძნობს ცვლილების საჭიროებას, თუმცა არ არის საკმარისად ძლიერი უბიძგოს საკუთარ თავს მოქმედებისაკენ ან სამოქმედო გეგმის შესადგენად.
 - *მომზადება*: პაციენტი იღებს გადაწყვეტილებას სცადოს ცვლილება მოწევის ქცვის შესაცვლელად და მზადაა ამ ცვლილებისთვის ახლო მომავალში
 - *მოქმედება*: პაციენტი იწყებს მოწევის თავის დანებებას.
 - *შენარჩუნება*: აბსტინენცია 6 თვე ან უფრო ხანგრძლივად.

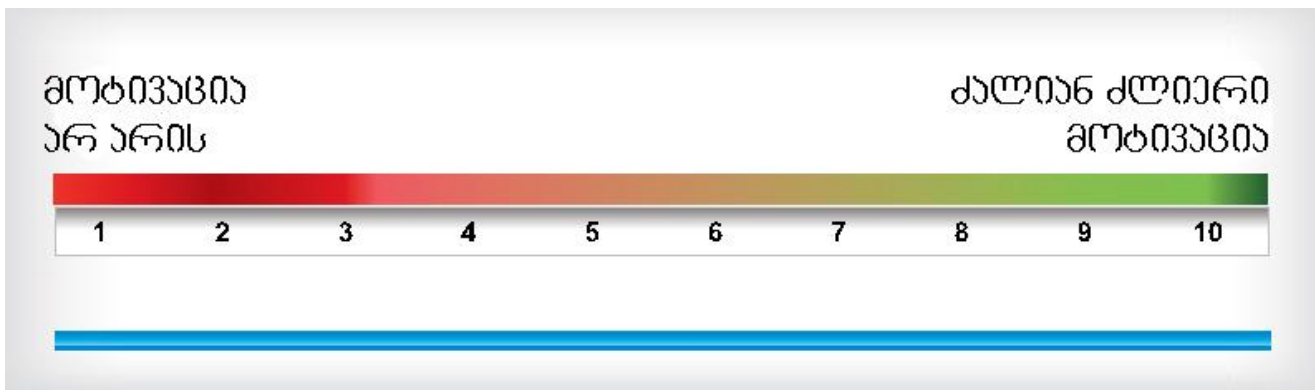
დიაგრამა: პროჩასკას 1991 წლის მოდელი მოწევის შეწყვეტის ცვლილებების ეტაპები



მოტივაციის შკალა

- მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობა უნდა დაიწყოს ექიმის მიერ ყველა პაციენტისათვის ვინც მოიხმარს თამბაქოს
- არ არსებობს მოტივაციის გასაზომი ზუსტი ინსტრუმენტი, მაგრამ ძალიან სასარგებლო შეიძლება გამოდგეს შკალა 1-დან 10-მდე, რომლითაც პაციენტებს თავად შეუძლიანთ შეაფასონ თამბაქოზე უარის თქმის მოტივაციის დონე. (დიაგრამა) საკუთარი თავი, თუ სად იმყოფებიან ამჟამად

დიაგრამა: მოტივაციის შესაფასებელი შკალა



პაციენტის სამედიცინო და დეპრესიის ისტორია

- პაციენტის სამედიცინო ისტორია თერაპიული მკურნალობის შერჩევისათვის რელევანტურია, ისე როგორც ნებისმიერი წამლის/მედიკამენტის ურთიერთქმედების და გვერდითი მოვლენების აღნიშვნის შესაძლებლობები.
- ზოგადად დეპრესია და შფოთვა ყველაზე ხშირი მდგომარეობაა ძლიერ მწვევლებს შორის.
- დეპრესიის და აშლილობის დიაგნოზის დასასმელად და სიმწვავის შესაფასებლად არსებული ტესტებია:
 - შფოთისა და დეპრესიის შკალა,
 - ჰამილტონის დეპრესიის ქვეშკალა,
 - პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი,
 - ბეკის დეპრესიის შკალა.
- ამასთანავე ძალიან მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური სტატუსის შემოწმება ქალებში (ორსულობის, ძუძუთი კვების და კონტრაცეფციის მეთოდები) რათა მოხდეს მოწვევის შეწყვეტის ეფექტურად ორგანიზება.

თამბაქოზე დამოკიდებულების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

- მწვევლობის სტატუსი როგორც ეს კლინიკურ კრიტერიუმით განისაზღვრება ასევე შეიძლება შეფასდეს ბიოქიმიური ლაბორატორიული ტესტით თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ბიომარკერების შესაფასებლად, როგორცაა კარბონის მონოქსიდის კონცენტრაცია ამონასუნთქ ჰაერში და კოტინინის დონე (ნიკოტინის მეტაბოლიტი).
 - **კარბონ მონოქსიდი (CO):** ნახშირჟანგის სუნთქვა ადვილად იზომება სპეციალური კომერციულად ხელმისაწვდომი ანალიზატორის საშუალებით, რომელშიც მწვევლი ამოისუნთქებს
- **კოტინინი:** კოტინინი არის ნიკოტინის ძირითადი მეტაბოლიტი და თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ბიომარკერი. კოტინინი იზომება სისხლში, ჰაერში, ნერწყვში და შარდში.
 - **დაკვირვებებმა მიგვიყვანეს ორი სახის დასკვნამდე:**
 1. მოწვევის შემცირება არ შეიძლება გაკონტროლდეს CO-სა და კოტინინის მონიტორინგით;
 2. როცა ნიკოტინის შემცველები გამოიყენება მწვევლების მიერ მოწვევის შესაწყვეტად, კოტინინის შემცველობა გაურკვეველია, რაც გამოწვეულია ჩანაცვლებითი თერაპიიდან ნიკოტინის მიწოდებით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission. Tobacco policy. http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm2014.
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, DSMIII-R, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155–166.
16. McCullough 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. 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 Apr;106(4):833-43 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205047>