

Европейские рекомендации по лечению табачной зависимости и стандарты качества

Часть первая
Выявление потребления табака и табачной зависимости
в общей практике

Лекция 1

Оценка потребления табака и табачной зависимости

ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

Потребление табака является **ведущей причиной** преждевременной смертности и инвалидности в Европе.

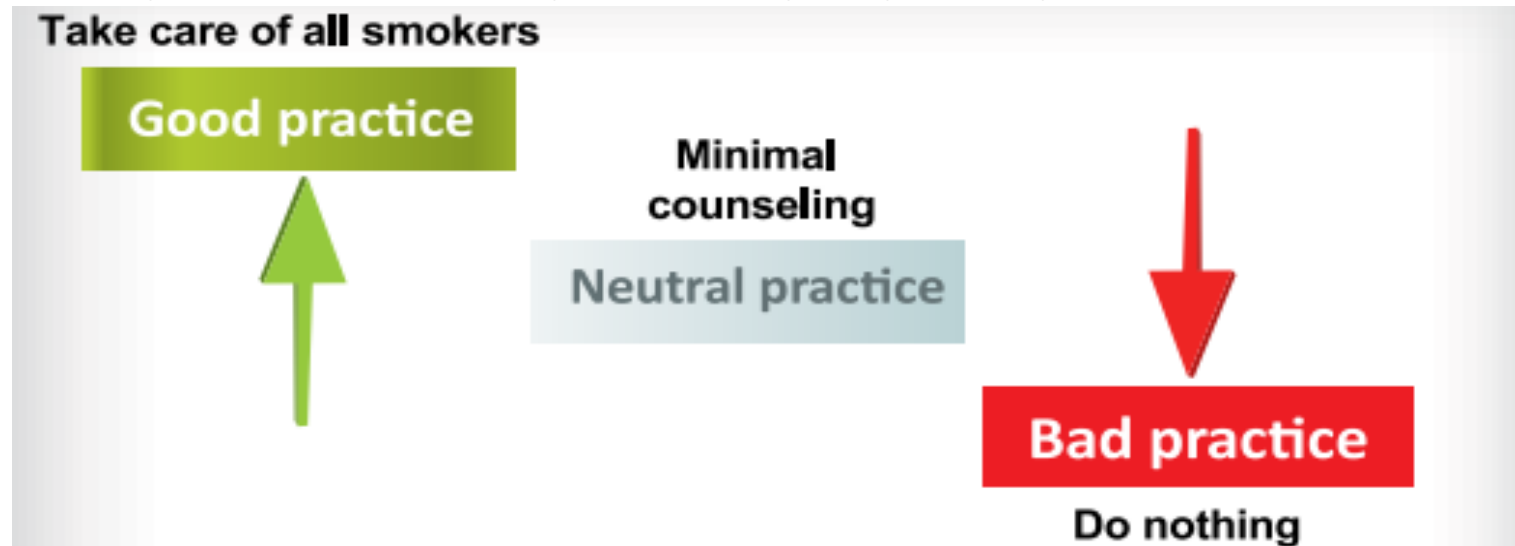
- Половина потребителей табака потеряют **20 лет** здоровой жизни перед тем, как умрут от связанных с табаком болезней.¹
- **Более 700 тысяч** жителей Европы ежегодно погибают от болезней, связанных с потреблением табака.²
- Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у курильщиков на десять лет меньше, чем у некурящих.
- **Никотин:** вызывающий сильную зависимость наркотик, который содержится в табаке и определяет зависимость у людей, хронически потребляющих табачные изделия.

ТАБАЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ

- Табачная зависимость связана с **долгосрочным, ежедневным потреблением** табачных продуктов, таких как:
 - Сигареты
 - Трубки
 - Сигары
 - Кальяны
 - Жевательный табак и т.д.
- Большинство курильщиков **не могут прекратить курение** по своей воле. В медицине хроническое курение определяется как:³
 - табачная или никотиновая зависимость,
 - табачное или никотиновое пристрастие.
- **Табачная зависимость является болезнью**, обязательно проводить ее диагностику и лечение, как и при других хронических болезнях.

МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ТАБАКА

- Реакция профессиональных работников здравоохранения на потребление табака **должна быть одна**: незамедлительно начать лечение табачной зависимости.
- **Отказ в лечении** или в организации лечения пациента, страдающего табачной зависимостью, **является недобросовестной практикой**.
- **Минимальным мероприятием** является минимальное консультирование, которое является нейтральной практикой (предотвращающей недобросовестную практику).



ПРИБРЕТЕННАЯ ПРОМЫШЛЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

- Табачная зависимость является пристрастием к табаку, **вызываемым наркотиком никотином**.
- Вдыхаемый никотин является наркотиком, способным вызвать зависимость **такой же силы, как героиновая или кокаиновая**. Также, никотин уже через семь секунд через легкие достигает артериального кровообращения головного мозга.
- Каждая выкуренная сигарета немедленно **уменьшает тягу**, однако, снижает чувствительность рецепторов никотина и увеличивает их количество, тем самым усиливая острое желание следующей сигареты.
- Такое стимулирование, вызванное **потреблением табака, запускает хроническое потребление**.⁴

МЕХАНИЗМ ЗАВИСИМОСТИ

- **Во время фазы инициации табачной зависимости**, курильщику приходится увеличивать количество вводимого никотина, чтобы воссоздать ощущения той же интенсивности.
- **После начального периода адаптации**, курящий человек нуждается в своей индивидуальной дозе никотина, чтобы ощущать нейтральное состояние и предотвратить развитие симптомов отмены.
- Такая морфологическая адаптация, происходящая в центральной нервной системе, **соответствует развитию физической зависимости.**⁵
- Никотиновая зависимость состоит из **двух компонентов:**⁶
 - физической зависимости
 - психологической зависимости

НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПО ДАННЫМ ВОЗ

- Никотиновая зависимость имеет **многофакторную обусловленность**, при которой главная особенность – это сильное желание испытать фармакологические эффекты никотина и избежать возможных явлений отмены и связанных с ними условных явлений,
 - положительных (никотин вызывает психоактивную стимуляцию), и
 - отрицательных (отсутствие никотина приводит к дискомфорту)
- Согласно критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в *Международной классификации болезней*, табачная зависимость включена в раздел **Психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением табака** и имеет **код заболевания F17**

Nicotine dependence F17

Excludes (others specific codes)

- history of tobacco dependence (Z87.891)
- tobacco use NOS (Z72.0)
- tobacco use (smoking) during pregnancy, childbirth and the puerperium (O99.33-)
- toxic effect of nicotine (T65.2-)

website for reference
<http://www.icd10data.com>

F17 Nicotine dependence

F17.2 Nicotine dependence

F17.20 Nicotine dependence, unspecified

F17.200..... uncomplicated

F17.201..... in remission

F17.203..... nicotine dependence unspecified, with withdrawal

F17.208..... with other nicotine-induced disorders

F17.209..... with unspecified nicotine-induced disorders

F17.21 Nicotine dependence, cigarettes

СИНДРОМ ОТМЕНЫ НИКОТИНА

- Симптомы отмены никотина **вызывает внезапное прекращение поступления никотина**. Отмена никотина **может проявляться в течение первых четырех - двенадцати часов** после прекращения курения.
- **Симптомы различаются** у разных людей и включают:
 - острую / неконтролируемую потребность в курении (тягу);
 - раздражительность/агрессию/гнев;
 - тревожность;
 - беспокойство;
 - усталость;
 - повышенный аппетит;
 - проблемы с концентрацией;
 - депрессию;
 - головные боли;
 - пробуждение в ночное время.

Все эти проявления носят временный характер, достигая **максимальной силы в первые 24 - 72 часа**, и ослабевают в последующие три-четыре недели.

КУРИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС

- Все клиницисты оценивают надлежащим образом потребление пациентами табака в настоящее время и в прошлом.
- Классификация курительного статуса:
 - **Некурящий** - человек, который выкурил менее 100 сигарет за свою жизнь (или 100 граммов табака, в случае курения трубки, сигар и других табачных изделий).
 - **Ежедневный курильщик** - человек, который курит ежедневно, по крайней мере, на протяжении трех месяцев.
 - **Случайный курильщик** - человек, который курил, но не ежедневно.
 - **Бывший курильщик** - человек, который прекратил курение, по крайней мере на шесть месяцев.

КУРЕНИЕ - ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ БОЛЕЗНЬ (1)

- **«Рецидив»** - возвращение человека, прекратившего потребление табака, к регулярному курению.
- **«Срыв»** или **«соскальзывание»** - потребление табака после предшествующего периода воздержания, однако, это не приводит к возврату к регулярному курению.

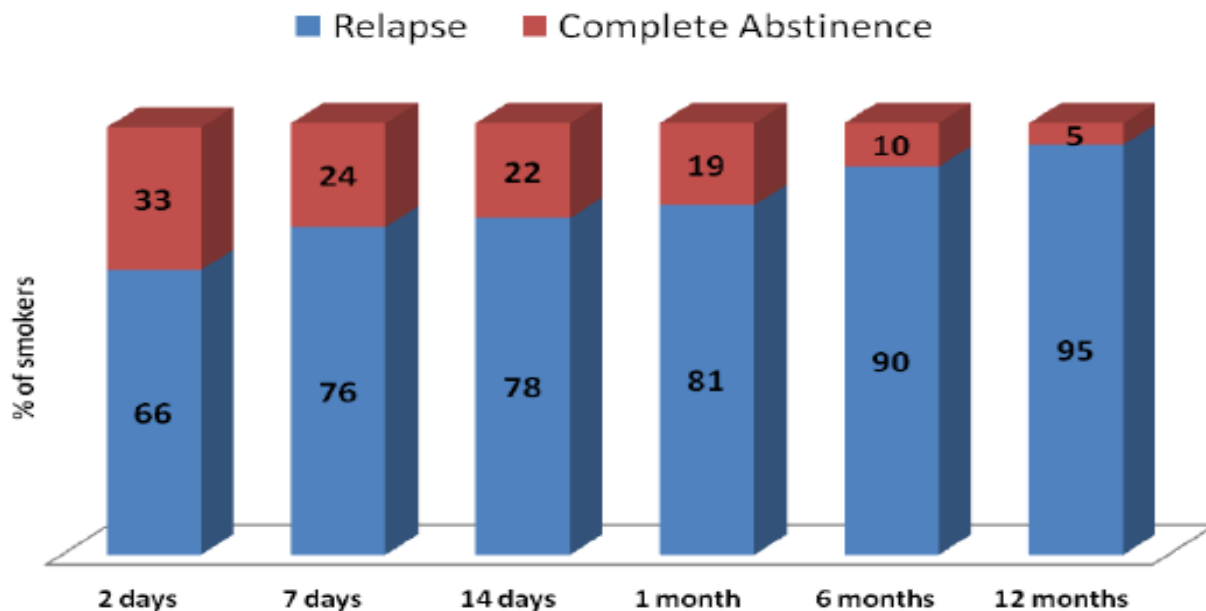


Рисунок: Вероятность рецидива на протяжении первого года после прекращения.

КУРЕНИЕ - ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ БОЛЕЗНЬ (2)

- ❑ Всем практикующим специалистам, которые помогают пациентам, соответствующим определению курильщика, следует подходить к потреблению табака и табачной зависимости, как к хроническому рецидивирующему расстройству и **определять его медицинским понятием табачная зависимость.**
- ❑ Клиническая оценка потребления табака является **обязательным действием медицинского работника** и должна получить статус **общепринятой меры.**
- ❑ **Оценка курильщиков - процесс**, состоящий из клинической и биологической оценки воздействия табачного дыма, оценки табачной зависимости, оценки психо - поведенческого профиля и последствий потребления табака.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Клинический диагноз учитывает:

Курительный статус

некурящий

случайный курительщик

курящий ежедневно

бывший курительщик

- **Тип потребляемой табачной** продукции
- **Потребление табака**
 - количество выкуриваемых сигарет в день ;
 - количество пачек сигарет
- **Оценку табачной зависимости** в соответствии с определением ВОЗ

ТЕСТ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИКОТИНА

- В повседневной практике зависимость от никотина / сигарет в основном оценивается с использованием **теста зависимости от никотина Фагерстром (Fagerström)**¹²(Таблица) который не только обеспечивает указание на наличие или отсутствие зависимости, но и позволяет определить итоговый балл, имеющий большую ценность в клинической практике
- На основании FTND представляется возможным **разделить потребителей табака** на группы с низким, средним и высоким уровнями никотиновой зависимости.

1. How soon after you wake up do you smoke the first cigarette? Under 5 minutes (3) 6-30 minutes (2) 31-60 minutes (1) More than 60 minutes (0)	5. Do you smoke more frequently in the first hours after you wake up than in the rest of the day? Yes (1) No (0)
2. Does it feel difficult for you to abstain from smoking in (e.g. church, cinema, train, restaurant etc.)? Yes (1) No (0)	6. Do you also smoke if you are so ill that you are immobilized in bed most of the day? Yes (1) No (0)
3. Which cigarette would it be the most difficult for you to The first cigarette in the morning (1) All the others (0)	The patient may fill in the questionnaire directly. The range of scores is from 0 to 10. This enables precise evaluation of nicotine dependence, based on which a therapy will be elaborated: score 0-3: no or low tobacco dependence score 4-6: medium tobacco dependence score 7-10: high tobacco dependence
4. How many cigarettes/day do you smoke? 10 or fewer (0) 11-20 (1) 21-30 (2) 31 or more (3)	

МОТИВАЦИЯ К ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ

- Согласно хорошо известной Транстеоретической Модели (ТТМ) изменения поведения (Transtheoretical Model (TTM) of Behaviour Change) Дж.О. Прочаска и С.С. ДиКлементе (J.O. Prochaska and S.C. DiClemente), психологический процесс прекращения курения проходит пять стадий

-

Пре-рассмотрение: пациент полностью удовлетворен своим курительным поведением и он / она не ощущает никакой необходимости в изменении;

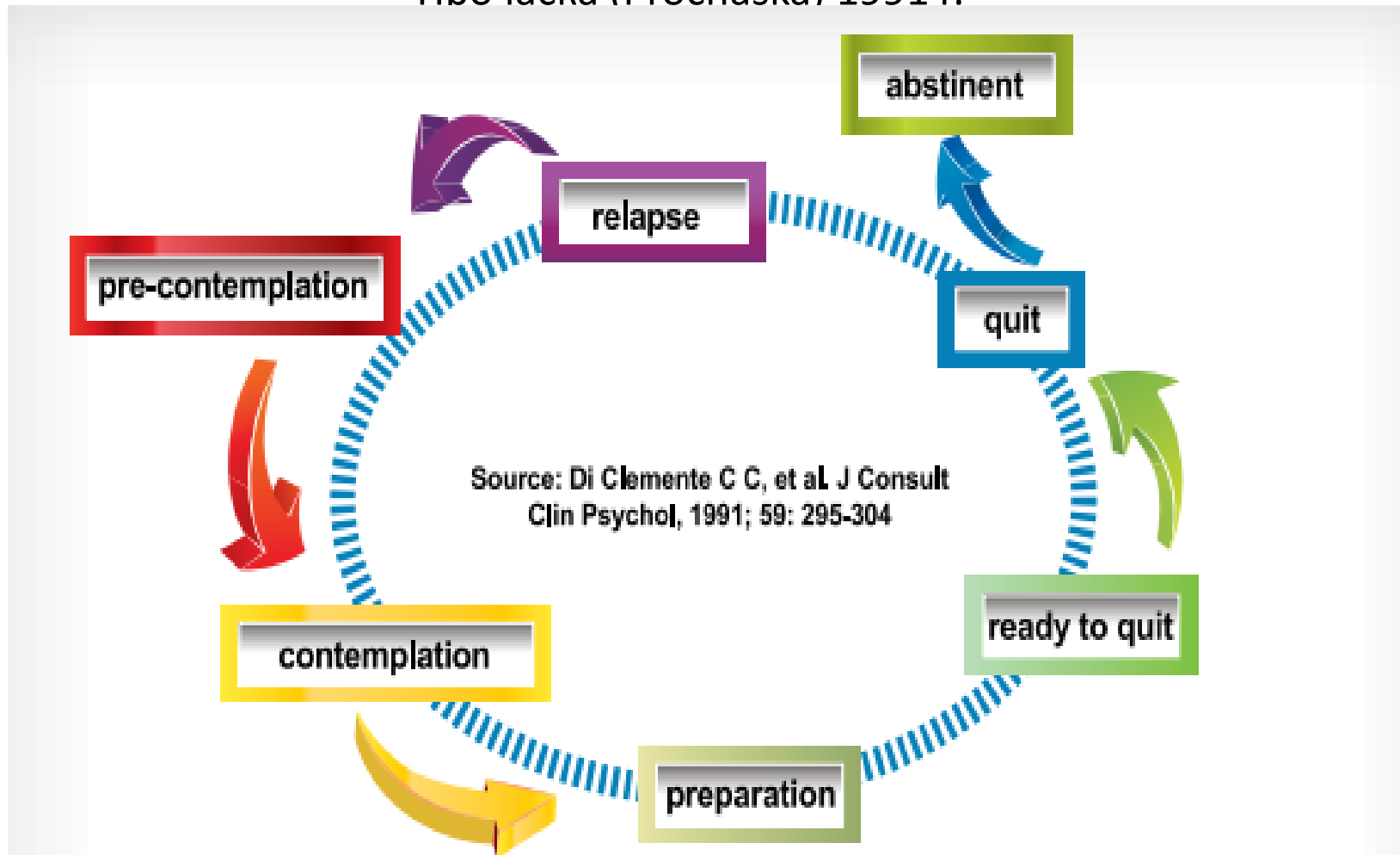
Рассмотрение: пациент ощущает необходимость перемен, но не настолько сильно, чтобы подтолкнуть себя к действию или составлению плана действий;

Подготовка: пациент решил попробовать изменить свое курительное поведение и готов к этому изменению в ближайшем будущем;

Действие: пациент начинает попытку прекращения курения;

Поддержание: воздержание на протяжении 6 месяцев и более.

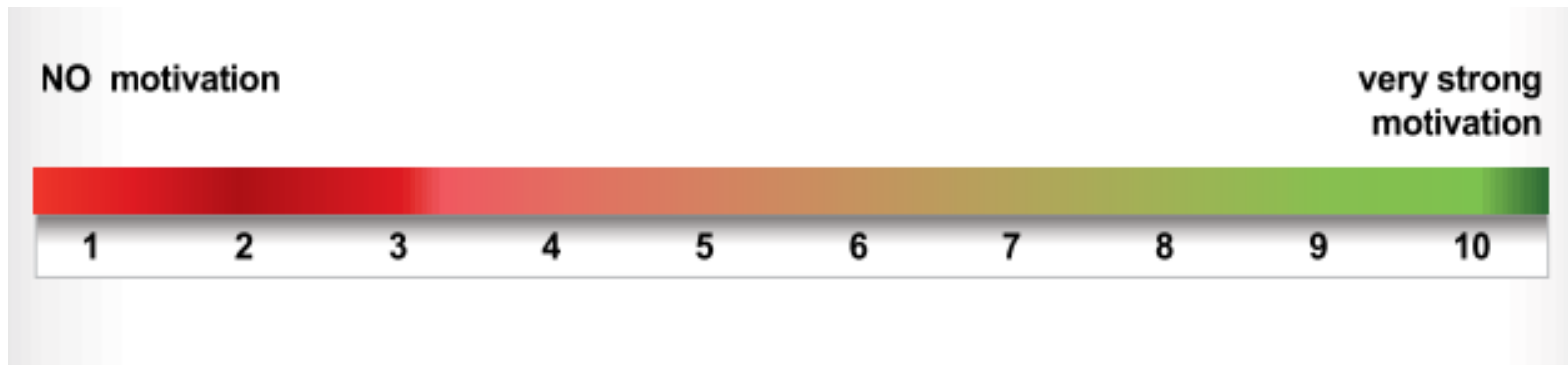
Рисунок: Стадии изменений для прекращения курения, в соответствии с моделью Прочаска (Prochaska) 1991 г.



ШКАЛА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ МОТИВАЦИИ

- Прекращение курения у зависимых курильщиков во всех случаях **должен инициировать врач**
- **Не имеется точных инструментов** для измерения мотивации, **однако, может быть полезной шкала**, с помощью которых клиницисты просят пациентов проранжировать до 10 свою мотивацию к прекращению курения (Рисунок).

Рисунок: Простая в использовании шкала для измерения мотивации



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТА

- История болезни пациента **имеет значение при выборе варианта лечения**, в отношении любого лекарственного взаимодействия или несовместимости в связи с сопутствующими расстройствами / болезнями.
- **Депрессия и тревожность** являются наиболее частыми состояниями, описанными у тяжелых курильщиков.
- Известны более сложные клинические тесты для оценки уровня депрессии
 - Шкала тревожности и депрессии (The Anxiety and Depression Scale),
 - Подшкала депрессии Хамилтон (Hamilton Depression Subscale),
 - Оценка психических расстройств в первичной помощи и шкала депрессии Бека (Primary Care Evaluation of Mental Disorders and Beck Depression Inventory)
- Очень важно оценить **физиологический статус у женщин** (беременность, кормление грудью, методы контрацепции и т.д.) для эффективной организации прекращения курения

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Оценка курительного статуса может быть проведена с помощью **биохимических лабораторных тестов для определения биомаркеров воздействия табачного дыма**, таких как концентрация окиси углерода в выдыхаемом воздухе и уровень котинина (результат процессов метаболизма никотина).

- **Окись углерода (СО):** Концентрация СО в выдыхаемом воздухе может быть легко определена, для этого курильщика просят выдохнуть в имеющийся в продаже ручной анализатор окиси углерода.
- **Котинин:** основной продукт метаболизма никотина, биомаркер воздействия табачного дыма и может быть измерен в крови, волосах, слюне и моче.
- Это наблюдение приводит к **двойному выводу:**
 1. Нельзя выполнить согласованный мониторинг сокращения курения на основе уровней СО и котинина;
 2. При использовании заменителей никотина при оказании помощи курильщикам в прекращении потребления табака, оценка котинина является неоднозначной, так как имеется дополнительное поступление никотина в связи с заместительной терапией.

ЛИТЕРАТУРА

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, DSMIIIIR, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155–166.
16. MCCulough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625-632.
17. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. 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>