

# თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის ევროპული სახელმძღვანელო (გაიდლაინი) და ხარისხის სტანდარტები

ნაწილი მეორე  
თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა

## ლექცია 4

თამბაქოს მკურნალობის სტანდარტული ინტერვენციები

## მკურნალობა ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიით (NRT)

### ■ განსაზღვრებები

- ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია წარმოადგენს პირველი რიგის მკურნალობას თამბაქოსათვის თავის დასაწებებლად იმ მწვეველთა შორის, რომელთაც არ გააჩნიათ მოტივაცია მოწევის შესაწყვეტად.
- ის აგრეთვე წარმოადგენს პროდუქტს, რომელიც შესაძლოა გამოყენებული იქნას რაღაც დროის მანძილზე მოწევის გახშირების შესამცირებლად როდესაც მოწევის შეწყვეტა შეუძლებელია ან როდესაც მწვეელი არ თანხმდება.

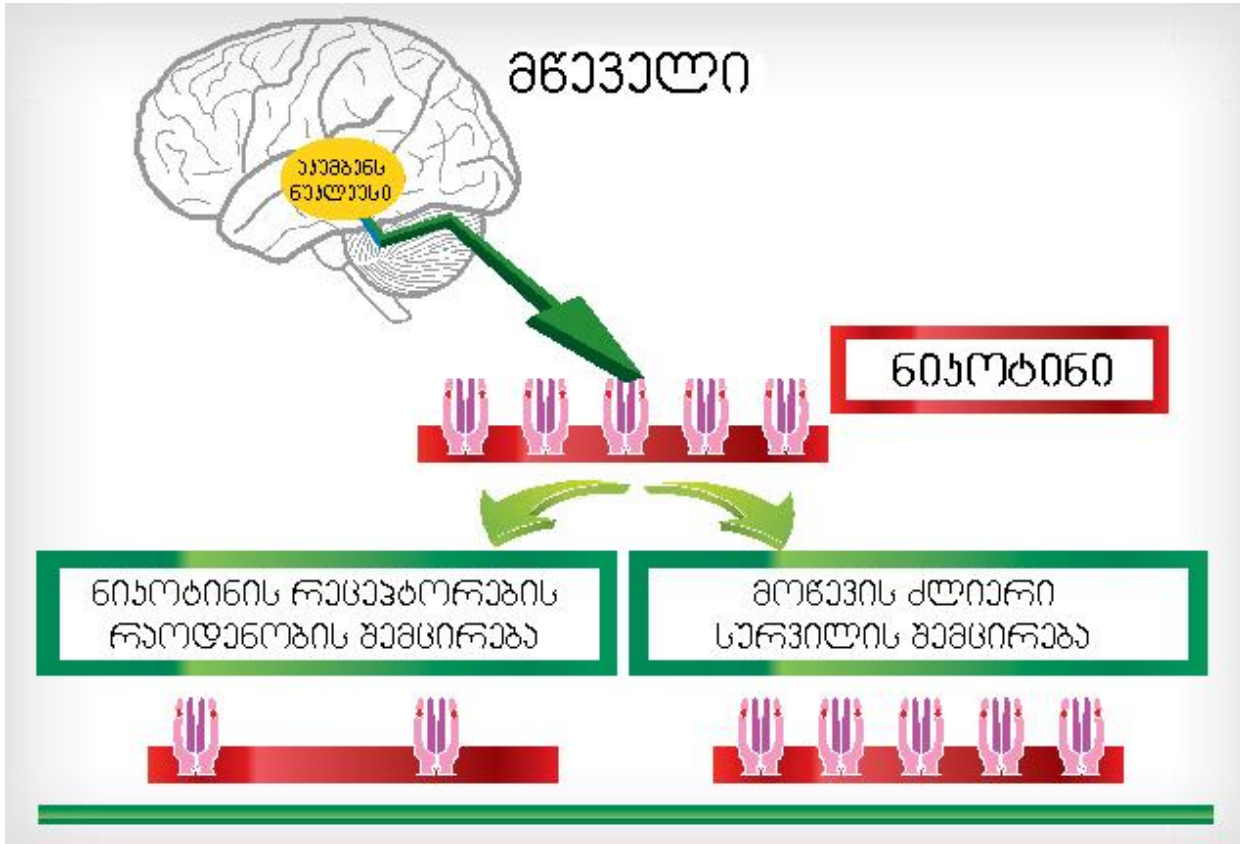
### ■ მოქმედების მექანიზმი

- თამბაქოს კვამლისაგან ან ლეჭვისაგან წარმოქმნილი ნიკოტინი იგივეა რაც NRT-ს შედეგად მიღებული ნიკოტინი, მაგრამ ტვინისათვის მიწოდების კინეტიკა რადიკალურად განსხვავდება და ძლიერად ცვლის ეფექტს.

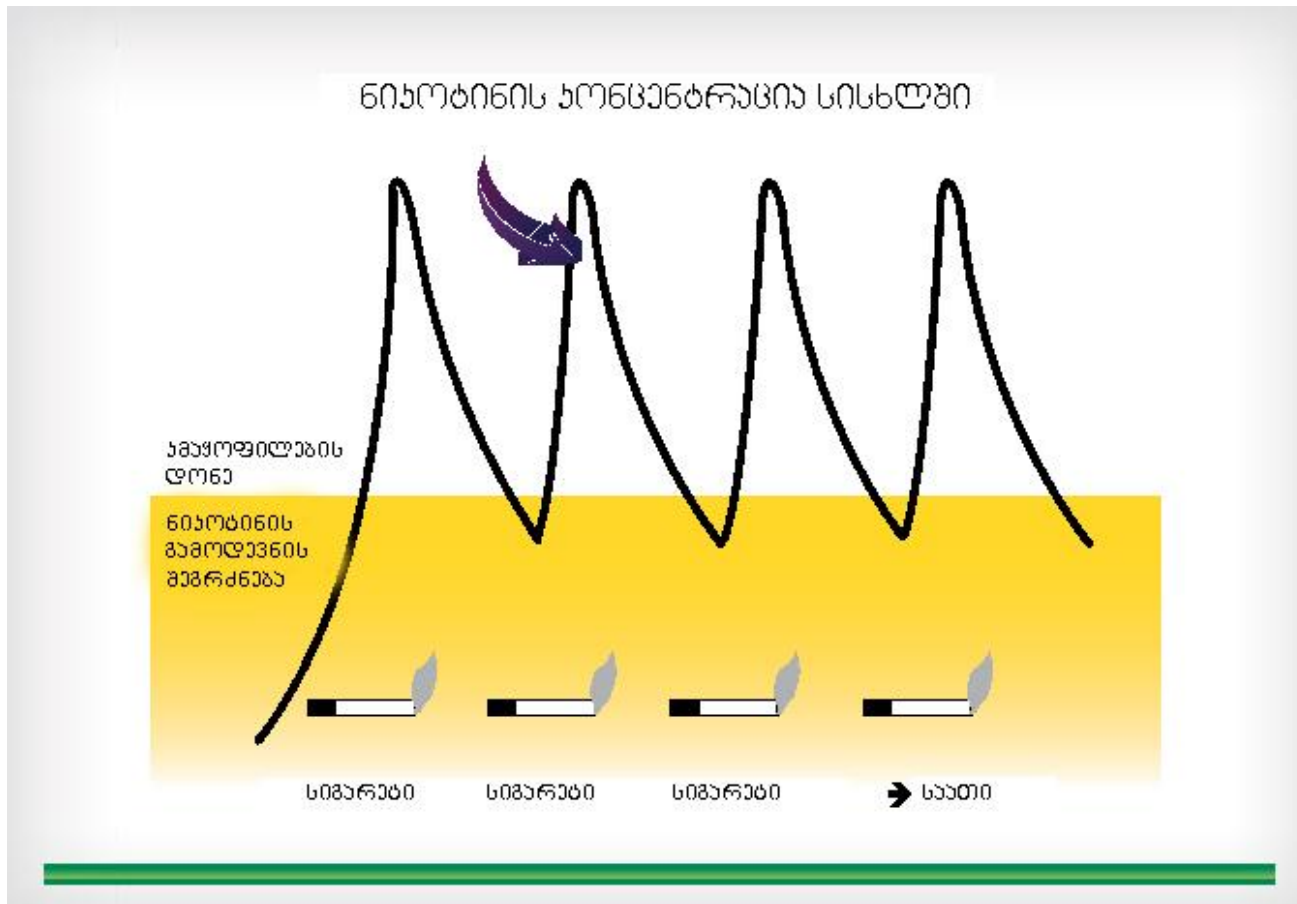
### ■ ნიკოტინ ჩანაცვლებით თერაპიას გააჩნია ორი ამოცანა:

1. შეამციროს თამბაქოსათვის თავის დანებებისას წარმოშობილი სინდრომი (მწვავე);
2. შეამციროს დამოკიდებულება ნიკოტინის რეცეპტორების რაოდენობის შემცირებით (ქრონიკული).

დიაგრამა: ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის ორი ამოცანა: შეამციროს თამბაქოსათვის თავის დანებებისას წარმოშობილი სინდრომი (მწვავე) და შეამციროს დამოკიდებულება ნიკოტინის რეცეპტორების რაოდენობის შემცირებით (ქრონიკული)



# დიაგრამა: ნიკოტინის დონის ევოლუცია არტერიულ სისტემაში ნიკოტინის განმეორებითი მოხმარებისას



## NRT-ის ფარმაკოთერაპიასთან შეთავსება

The Cochrane Collaboration აჩვენა, რომ ნიკოტინის საფენების შეთავსება ორალურ ფორმებთან უფრო ეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ ერთი სახის ნიკოტინის შემცველის გამოყენება.

- NRT შესაძლოა გამოყენებული იქნას ორალურ და ტრანსდერმალურ ფორმებთან შეთავსებით;
- NRT შესაძლოა გამოყენებული იქნას ბუპროპრონიონთან ან ნორტრიპტილინთან შეთავსებით;
- კლინიკის ახლანდელი პრაქტიკული სახელმძღვანელოები არ გვიჩვენებენ NRT გამოყენებას ვარენიკლინთან შეთავსებით მოწვევისათვის თავის დასაწებლად. ამის მიზეზი უპირველეს ყოვლისა არის ის, რომ სავარაუდოდ თამბაქოს ნიკოტინის მსგავსი NRT დაბლოკილი იქნა ვარენიკლინის მიერ.

იმ პაციენტებში, რომლებიც განაგრძობენ მოწევას ვარენიკლინის მონოთერაპიიდან 2 დან 6 კვირამდე დროის მანძილზე, არ არსებობს არანაირი კონტრ მითითება, რომ ეს სიგარეტები ჩანაცვლებული უნდა იქნას NRT-ით.

## NRT საფენი

- საფენი შემოღებული იქნა, რათა მოხდარიყო საღეჭი რეზინის გამოყენებასთან დაკავშირებული სიძნელეების თავიდან აცილება. მისი სარგებლიანობა აგრეთვე იმაშია, რომ უზრუნველყოფს უფრო სტაბილურ ნიკოტინის კონცენტრაციებს, რაც უფრო სასარგებლოა მოწვევისათვის თავის დანებების პროცესში, მაგრამ ნაკლებად მარგებელია ვიდრე ორალური ფორმები რათა დაკმაყოფილებული იქნას ნიკოტინის დაუყოვნებელი მოთხოვნილება.
- საფენი ადვილად შეთავსებადობით გამოირჩევა იოლი გამოყენების გამო. კანის ადგილობრივი რეაქციის თავიდან ასაცილებლად, მომხმარებელმა უნდა შეცვალოს საფენის ადგილი ყოველდღიურად, მკლავების, მხრების და მკერდის მონაცვლეობით.
- არსებობს საფენები, რომელთა ტარებაც შესაძლებელია 24 საათის განმავლობაში დღიური მაქსიმალური დოზის 21 მგ ნიკოტინის უზრუნველსაყოფად და სისტემები, რომელთა ტარებაც შეიძლება 16 საათი და ამგვარად წარმოიქმნება ნიკოტინის მაქსიმალური დოზა 25 მგ. ამგვარად, 21მგ 24 საათში სისტემები უზრუნველყოფენ დაახლოებით 0.9 მგ ნიკოტინს საათში, როდესაც 25მგ 16 საათში უზრუნველყოფენ 1.4 მგ საათში



## საფენის სახეობა

- საფენები ყველა იგივე პრინციპს ეფუძნება, მაგრამ მათ გააჩნიათ მცირე კინეტიკური განსხვავებები
- საფენის თითოეულ ფორმას აქვს დადებითი და უარყოფითი მხარეები. შესაძლებელია მკურნალობის მორგება თითოეული პაციენტისათვის.

**დიაგრამა: ნიკოტინის კინეტიკა 24 საათზე მეტი დროით გამოყენებული საფენის მიხედვით**

## საფენების გამოყენება

- საფენი გამოყენებული უნდა იქნას დილით შხაპის მიღებამდე ან მას შემდეგ. არ უნდა იქნას გამოყენებული ზედაპირულად აქტიური აგენტები, რომლებიც ამცირებენ ნიკოტინის შეწოვას. მომხმარებელი უნდა მოერიდოს საფენების დამაგრებას მაღალი წნევის მქონე ადგილებზე.

## საფენების ზოგადი ამტანობა

- ნიკოტინის შემცველი ყველა პროდუქტის მსგავსად, საფენების ამტანობა გაცილებით უკეთესია ძლიერად დამოკიდებულ მწეველებს შორის, რომელთაც როგორც წესი არ გააჩნიათ გვერდითი მოვლენები მრავალრიცხოვანი საფენების შემთხვევაშიც კი.



## ორალური ნიკოტინის შემცველები

ორალურად მისაღები ოთხი ფორმა:

- 1. სალექი რეზინი:** არსებობს 2 მგ-დან 4 მგ-მდე დოზით. 2 მგ-იანი სალექი რეზინი ხელმისაწვდომია დაბალი და საშუალო დამოკიდებულების მწეველებში, 4 მგ-იანი მაღალი დამოკიდებულების მწეველებში.
- 2. ენისქვეშა აბები:** ეს 2 მგ-ანი აბები მცირე-გარსისგარეშე ტაბლეტებია, რომლებიც უნდა განთავსდეს ენის ქვეშ. ისინი პირის ღრუში 15-30 წუთში დნება.
- 3. აბები (ლოზენგე):** აბები ხელმისაწვდომია 1-დან 4 მგ-მდე დოზირებით და მათი პერორალური შთანთქმა უკეთესია, ვიდრე სალექი რეზინის. აბების მიღება ადვილია, რადგან ისინი შემოგარსულია. მათ წოვენ ნელა, დალექვის გარეშე.
- 4. ინჰალატორები:** ინჰალატორი შედგება თეთრი სიგარეტის მუნდშტუკის მსგავსი პლასტიკური მილისგან, რომელიც შეიცავს ნიკოტინის კარტრიჯებს. შესუნთქვისას, როგორც ამას მწვეელი აკეთებს სიგარეტის დროს, ნიკოტინის მცირე რაოდენობა პროეცირდება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, სადაც ის შთაინთქმება. კარტრიჯი შეიცავს ნიკოტინის 10 მგ-ს. ზოგიერთი მძიმე მწვეელი მოიხმარს კარტრიჯს ერთი საათის განმავლობაში; სხვებს შეუძლიათ შეინარჩუნონ იგივე ინჰალატორი მთელი დღის განმავლობაში და არ დაასრულონ კარტრიჯი საღამომდე.

## გამოწერის ინსტრუქციები

- ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიის თავდაპირველი დოზის არჩევა: მოწვევის თავის დანებების დროს, საკვანძო საკითხია მოხდეს ნიკოტინის ჩანაცვლება იმ დონემდე, რა მდოგმარეობაც მიიღებოდა სიგარეტის მოწვევით (80-90%). ნიკოტინის ჩანაცვლების პროდუქტის პირველადი დოზირება მარტივად შეიძლება განისაზღვროს დღეში მონაწევის რაოდენობით, და დრო პირველი სიგარეტისთვის (ცხრილის რესურსი: INPES, საფრანგეთი)

დილით პირველი სიგარეტის დრო	სიგარეტის რაოდენობა დღეში			
	<10 სიგ/დ	10-19 სიგ/დ	20-30 სიგ/დღე	> 30 სიგ/დ
< 5 წთ		3 პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT	3 პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT	2 მაღალი დოზის 3 პლასტირი (1.8 მგ/სთ) +/- ორალური NRT
< 30 წთ		3 პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ)	3 პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT	3 პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT
< 60 წთ სისრულის შემდეგ	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	ორალური NRT	3 პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ)	3 პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT
> 60 წთ სიარულის შემდეგ	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	ორალური NRT	
არაყოველდელი	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT		

- **დოზირების რეგულირება 24-72 საათის შემდეგ**
  - პერორალური ჩანაცვლების ცვალებადი დოზირების ხელმისაწვდომობა ნიკოტინის დოზირების დაუყოვნებლივი ადაპტირების საშუალებას იძლევა
- ექიმები მომზადებულები უნდა იყვნენ გადაჭარბებული დოზირების ნიშნების (იშვიათი) და თავის დანებების მომდევნო პირველი 24-72 საათზე დოზირების ქვეშ (ხშირი) ნიშნების გამოსავლენად.
- **ზედოზირების ნიშნები**
  - ნიკოტინის ზედოზირებად ვერ ჩავთვლით ლტოლვის შენარჩუნებას. პაციენტს, რომელსაც მოწვევის სურვილი არ აქვს ზედოზირება შეიძლება გამოხატული იყოს შეგრძნებაში რომ ბევრს ეწეოდა, პირის სიმშრალე ან ტაქიკარდია გამოეხატოს. ეს სიმპტომები მკურნალობიდან რამოდენიმე საათში გაივლის და შეუმცირდება ნიკოტინზე მოთხოვნილებაც.
- **დაბალი დოზირების ნიშნები**

ნიკოტინის დაბალი დოზირების ქვეშ მყოფი მწეველები ავლენენ:

- ლტოლვას;
- გადაჭარბებულ ნერვიულობას გარშემომყოფთა მიმართ;
- საკვების სურვილს, რაც უბიძგებს მათ გამუდმებით წახემსებისკენ;
- გართულებული ძილი;
- ხშირად რამდენიმე სიგარეტის მოწვევის გაგრძელებას.

## უკუჩვენებები

უკუჩვენებებია მკურნალობა შემდეგ შემთხვევებში:

- 18 წლამდე ასაკის პირთათვის;
- ფეხმძიმობისა და ჟუჟუთი კვების დროს: ბუპროპიონი;
- ბუპროპიონისადმი ჰიპერმგრძნობელობა;
- გულყრა, თავის ტვინის სიმსივნე;
- კვების დარღვევები;
- ბიპოლარული დარღვევები;
- ალკოჰოლის აღკვეთის სიმპტომებისას, ღვიძის ფუნქციის ოშლისა და ციროზის დროს;
- ბოლო ორი კვირის განმავლობაში მონოამინური ოქსიდაზის ინჰიბიტორის გამოყენება, ბენზოდიაზეპინის გამოყენების ისტორია

- *გვერდითი ეფექტები, უსაფრთხოების ზომები, გაფრთხილებები, მედიკამენტების ურეთიერთქმედება*
- ნიკოტინის მედიკამენტების რისკები იგივეა, როგორც თამბაქოში ნიკოტინის რისკები.
- არ არსებობს დამატებითი რისკი თამბაქოს მიერ ნიკოტინის მიწოდების ნაწილობრივი ან სრული ჩანაცვლებით, თუ შევადარებთ ჩამნაცვლებლების მიერ მიწოდებას.
- ნიკოტინის მედიკამენტის მიღება შლის ასეულობით ტოქსინს, რომელსაც მოიცავს თამბაქოს მოწევა და ადგენს საყოველთაო ჯანმრთელობის სარგებელს თამბაქოს გამოყენებასთან შედარებით.
- *ნიკოტინის შემცველებზე დამოკიდებულების რისკი*
  - არსებობს ძალიან მცირე რისკი ნიკოტინის ჩამნაცვლებელ თერაპიაზე დამოკიდებულად გახდომის.
- დამოკიდებულების რისკი უმაღლესია თამბაქოთი, უფრო დაბალია პერორალური თამბაქოთი, დაბალია ელექტრონული სიგარეტით, და კიდევ უფრო დაბალია პერორალური ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიით და ვირტუალურად არ არსებობს ნიკოტინის პლასტირებით.



## ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის რისკები

- ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიას შეიძლება ჰქონდეს გვერდითი ეფექტები, როგორცაა ალერგიული ან არაალერგიული რეაქციები. გვერდითი ეფექტების დაფიქსირებისას, ზოგჯერ რთულია იცოდე, ეს დაკავშირებულია მოწევის სტატუსის ცვლილებასთან (მაგ. გამოდევნის სიმპტომები), ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან თუ მედიკამენტთან.
  - ალერგიის შემთხვევაში, ყოველთვის შესაძლებელია იყო ალერგიული ნიკოტინის ჩანაცვლებასთან თვითონ, მაგრამ ეს რისკი საკმაოდ გამორიცხულია და უფრო თეორიულია, ვიდრე პრაქტიკული
  - სხვა გვერდითი ეფექტები როგორცაა თავის ტკივილი, თავბრუ, გულის აჩქარება, პირის სიმშარე, ტკივილი ყელის არეში და სხვ. როგორც წესი არის ზომიერი და არა შეედრება თამბაქოსაგან გამოწვეულ ზიანს.
- ყოველთვის უფრო უსაფრთხოა ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიის მიღება, ვიდრე თამბაქო



## მკურნალობის გვერდითი ეფექტები, თამბაქოს შეწყვეტასთან დაკავშირებულ სიმპტომებთან შედარებით

პაციენტები ხშირად ხსნიან მკურნალობის გვერდით ეფექტებს, რომლებიც დაკავშირებულია მოწევის შეწყვეტასთან. ყველაზე ხშირად მკურნალობასთან დაკავშირებული გამოდევნის ეფექტები არის დეპრესიული სინდრომები და ძილის დარღვევები.

- **დეპრესიის ნიშნები:** პაციენტები ხშირად ხსნიან მკურნალობის გვერდით ეფექტებს, რომლებიც დაკავშირებულია მოწევის შეწყვეტასთან. ყველაზე ხშირად მკურნალობასთან დაკავშირებული გამოდევნის ეფექტები არის დეპრესიული სინდრომები და ძილის დარღვევები.
- **ძილის დარღვევები** და ძილის ხარისხის ცვლილებები მხედველობაში მიიღება მწვევლების უმრავლესობის მიერ, ვინც თავი დაანება მოწევას, მიუხედავად მოწევის თავის დანებების მედიკამენტების მიღებისა. ამ ცვლილებებს აქვთ სიმძაფრის ცვალებადი ხარისხი. ისინი საჭიროებენ ძილის დარღვევის სიმძაფრის შეფასების მინიმუმს. კოშმარების გამოვლენა უნდა იყოს საგანგაშო ნიშანი შესაძლო დეპრესიისა. სხვა დარღვევები შეიძლება გამოვლინდეს ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ (და ისინი ხშირად ქრებიან სპონტანურად). ინდივიდებს, ვინც იკეთებს პლასტიკს და განიცდიან კოშმარებს, უნდა მიეცეს რჩევა, რომ მოიხსნან ეს პლასტიკები ღამის განმავლობაში.

## მკურნალობა ბუპროპიონ SR-ით

- ბუპროპიონ SR, იყო პირველი არანიკოტინური თერაპია, რომელმაც დაამტკიცა ეფექტურობა ნიკოტინის დამოკიდებულების მკურნალობაში.
- მსოფლიოს მასშტაბით ცნობილია 1997 წლიდან და ევროპაში 2000 წლიდან.
- ხელმისაწვდომია მხოლოდ ექიმის რეცეპტით.
- მედიკამენტი ხანგრძლივი დროით გამოიყენებოდა აშშ-ში შიზოფრენიის და სხვა დაავადებების მქონე პაციენტებში. რადგან ბევრმა პაციენტმა, ვინც იღებდა ამ მედიკამენტს, თავი დაანება მოწევას უპირობოდ.
- გავრცელებული გვერდითი ეფექტებია მშრალი პირის ღრუ, უძილობა და თავის ტკივილი. ამ მედიკამენტის პოტენციური გამომყენებლები ინფორმირებულები უნდა იყვნენ მისი გვერდითი ეფექტების შესახებ.

## მკურნალობა ბუპროპიონ SR-ით

### მოქმედების მექანიზმი

- ბუპროპიონი ბლოკავს დოპამინის და ნორადრენალინის ნეირონულ გამოთავისუფლებას და შესაძლებელია, ანტიქოლინერგული ნიკოტინის რეცეპტორების ფუნქციის შეზღუდვის ქმედებას, რაც დამტკიცებულია ინ ვიტრო
- ის იმიტირებს სიგარეტით მიწოდებული ნიკოტინის ზემოქმედებას ნორადრენალინის და დოპამინის კვლავ მოცვის შეზღუდვით, და ასევე ივარაუდება, რომ ამ მექანიზმით ამცირებს ნიკოტინის გამოდევნას.
- ბუპროპიონის ეფექტურობა ნიკოტინის დამოკიდებულებაზე შესაბამისად გამოყოფილია მისი ანტი-დეპრესანტული მოქმედებისგან
- ეხმარება პაციენტებს მოწევის მადის დაწევაში.

## ინდიკატორები

- ბუპროპინი არის პირველი ხაზის მედიკამენტური თერაპია, რომელმაც დაამტკიცა ეფექტურობა თამბაქოს გამოყენების და დამოკიდებულების მკურნალობაში.
- ბუპროპინი რეკომენდირებულია როგორც ეფექტური მოწევის შეწყვეტის მედიკამენტი, შემდეგი სიტუაციების ჩათვლით:
- დანებების შემდგომი წონის მომატების თავიდან აცილება: ბუპროპინი შეიძლება გამოყენებულ იქნას მწეველებში, ვინც ფრთხილობს წონის მომატებაზე მოწევის შეწყვეტის შემდეგ. ამგვარად, ჰეისმა და სხვ. წარმოადგინა წინა კვლევაში წონის უკეთესი კონტროლი, დაკავშირებული მაღალი თავშეკავების თანაფარდობასთან პლაცებოსთან შედარებით ბუპროპინით მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ. (18)
- მოწევის რეციდივის პრევენცია (პაციენტებში, ვინც გაიარა შვიდკვირიანი ბუპროპინის კურსი და შეწყვიტა მოწევა, ბუპროპინის თერაპიის გაგრძელებამ 52 კვირამდე გადადო მოწევის რელაპსი).
- მოწევის რეციდივის პრევენცია ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პაციენტებში გამოჯანმრთელების განმავლობაში. პაციენტებში ქრონიკური ობსტრუქციული ფილტვის დაავადებებით.

## კლინიკური გამოყენება

- ბუპროპიონი ხელმისაწვდომია 150 მგ 28 აბიან ყუთებში.
- პირველ სამ დღეში, პაციენტებმა უნდა მიიღონ პერორალურად 150 მგ ბუპროპიონის დოზა ყოველ დღით., შემდეგ 150 მგ დღეში ორჯერ (მინ. 8 საათიანი ინტერვალით) მთელი კურსის განმავლობაში, მთლიანი ხანგრძლივობით 7-დან 9 ან 12 კვირამდე.
- გაგრძელებული ხანგრძლივობა თავდაპირველი მკურნალობის შედეგად იწვევს უფრო ხანგრძლივ თამბაქოსგან თავშეკავებას. ხანგრძლივი თერაპიისათვის გათვალისწინებული უნდა იქნას 150 მგ ბუპროპიონ SR ექვს თვემდე დანებების შემდეგ პერიოდზე.
- პაციენტებმა უნდა დაიწყონ ბუპროპიონ SR-ით მკურნალობა 1-2 კვირით ადრე, ვიდრე შეწყვეტენ მოწევას.
- მათ უნდა დასახონ თავის დანებების თარიღი მკურნალობის მეორე კვირას და შეუძლიათ დაიწყონ ბუპროპიონის გამოყენება, მიუხედავად იმისა, თუ ისინი კვლავ ეწევიან.
- თუ პაციენტი ვერ მიაღწევს წარმატებას მოწვევის შეჩერებაში თავდაპირველად დასახულ თარიღზე, რეკომენდირებული უნდა იყოს შეჩერების გადადება მკურნალობის მესამე ან მეოთხე კვირაზე, თავშეკავების მიღწევამდე.



## გვერდითი მოვლენები

გვერდითი ეფექტები, გამოვლენილი უფრო ხშირად იმ პაციენტებში, ვინც იღებს ბუპროპიონს, არის:

- **უძილობა:** თავის ტკივილის ასარიდებლად რეკომენდაცირებულია ბუპროპიონის პირველი ტაბლეტის დილით მიღება, ხოლო ლეორე შაუდლით
  - **თავის ტკივილი:** თავის ტკივილისა და ოირის სიმშრალის ასარიდებლად საჭიროა დღის განმავლობაში 2-3 ლიტრი წყლის მიღება.
  - **პირის სიმშრალე**
- 
- ფრანგულ გამოცდილებაზე უფრო გაფართოებულ კვლევაში მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობასთან დაკავშირებით ბუპროპიონის გამოყენებით 2001-2004 წწ
  - ავტორებმა აღნიშნეს 1682 გვერდითი რეაქცია აღმოჩენილი 698,000 პაციენტში, ვინც მკურნალობდა ბუპროპიონით პირველ სამ წელიწადს, რაც პროდუქტი გასაყიდად გამოვიდა საფრანგეთში.
  - ამ 1682 გვერდით მოვლენაში, 28 % წარმოდგენილი იყო, როგორც მწვავე გვერდითი რეაქცია



## სხვა გვერდითი მოვლენები

- თავბრუსხვევა
- სისხლის მაღალი წნევა
- ყელის ტკივილი
- შფოთვა-დეპრესიის სინდრომი
- ინტელექტუალური განვითარების კლება
- ვიზუალური დარღვევები
- ალერგიული კანის რეაქციები (1:1000)

### იშვიათი შემთხვევები:

- კვინკეს შეშუპების იშვიათი შემთხვევები
- ჰიპერნატრემია
- ანტიდიურეტიული ჰორმონია არასასურველი სეკრეციის სინდრომის ჩათვლით

## სიფრთხილის ზომები გამოყენებისას

ბუპროპიონის გამოწერამდე, ექიმმა უნდა შეამოწმოს შემდეგი ასპექტები, რაც იწვევს ზოგიერთი სიფრთხილის ზომის გამოყენებას:

- ქცევითი დარღვევები
- ანტაგონიზმი
- ალგუნებადობა
- უგუნებობა
- სიუციდური ფიქრები/მცდელობები
- შეცდომაში შემყვანი ქცევითი იდეა.

როცა მსგავსი გამოვლინებები წარმოიქმნება, პაციენტებმა დაუყოვნებლივ უნდა შეწყვიტონ ბუპროპიონის გამოყენება და დაუკავშირდნენ თავიანთ ექიმს.

## სიფრთხილის ზომები გამოყენებისას

ბუპროპიონის გამოწერამდე, ექიმმა უნდა შეამოწმოს შემდეგი ასპექტები, რაც იწვევს ზოგიერთი სიფრთხილის ზომის გამოყენებას:

- ნივთიერებები, რომელთაც შეუძლიათ დაწიონ კრუნჩხვების ზღვარი, ანტიფსიქოტიკური მედიკამენტები, ანტი-დეპრესანტები, ტრამადოლუმი, მეტილქსანტინესი, სისტემური სტეროიდები, ანტისტამინები, ჰინოლონების მსგავსი ანტიბიოტიკები, ფსიქო -სტიმულატორები ან ანორექსული ნივთიერებები;

- ალკოჰოლიზმის ისტორია;

- შაქრიანი დიაბეტის ანტისედენტები ან თავის ქალის და ტვინის შეშუპება

## ბუპროპიონის თერაპიის შეწყვეტის ინდიკატორები

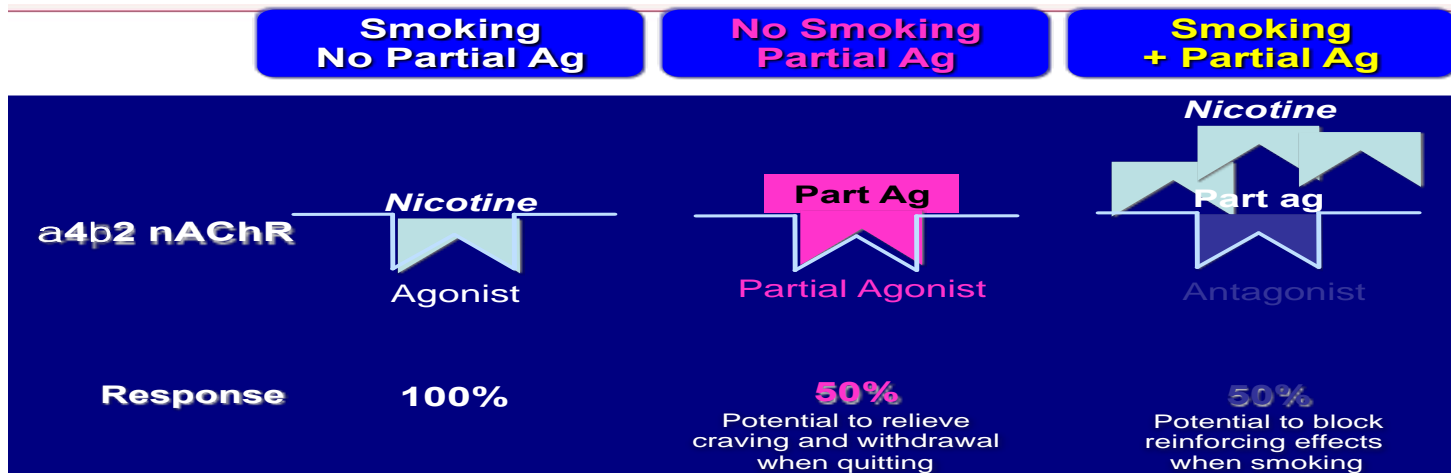
- კრუნჩხვების გამოვლენა;

- შტარის დაავადების სიმპტომები: სახსრების ან კუნთების ტკივილი, ციება;

- ანაფილასიური რეაქციები ან ჰიპერსენსიტიურობა: გამონაყარი, კანის გამონაყარი, გულმკერდის შეკუმშვები; უჰაერობა; შეშუპება

## ვარენიკლინით (ჩამპინქსით) მკურნალობა

- ვარენიკლინი:**
  - მოწევის შეწყვეტის უახლესი ფარმაკოლოგიური თერაპია
  - დამტკიცებულ იქნა გამოყენებისათვის ევროპასა და მსოფლიოში 2006 წლიდან.
  - ხელმისაწვდომია სამედიცინო დანიშნულებით.
- მოქმედების მექანიზმი** როგორც ალფა4 ბეტა2 ნიკოტინური აცეტილქოლინის რეცეპტორის ნაწილობრივი აგონისტი (დიაგრამა)



## ვარენიკლინის ეფექტურობის კლინიკური მტკიცებულება

- ეფექტიანობა ჯანმრთელ ზრდასრულებში
- გაგრძელებული მკურნალობის ეფექტურობა
- ეფექტურობა ფქოდ (COPD) პაციენტებში
- ეფექტურობა გულის დაავადების მქონე პაციენტებში
- ეფექტურობა იმუნოდეფიციტიან (HIV) პაციენტებში
- ეფექტურობა პაციენტებში ფსიქიური აშლილობით
- ეფექტურობა უკვამლო თამბაქოს მომხმარებლებს შორის
- რეკომენდაციები:
  - არ არსებობს უკუჩვენებები ვარენიკლინის NRT-სთან კომბინაციაში გამოყენებისას (მტკიცებულება B-ს დონე)
  - შეიძლება არსებობდეს სარგებელი NRT-სა და ვარენიკლინის გაერთიანებისას, კონკრეტულად თამბაქოს მძიმე მომხმარებლებს შორის, მიუხედავად ამისა, შედეგები შერეულია. დამატებითი კვლევა არის საჭიროს ამ მიდგომის, როგორც სტანდარტული პრაქტიკის ეფექტურობის მხარდასაჭერად (მტკიცებულება C-ს დონე).

## ინდიკატორები და კლინიკური გამოყენება

- ვარენიკლინი არის პირველი პრეპარატი, რომელიც შექმნილია ექსკლუზიურად დაეხმაროს მოწევისგან თავის დანებებაში.
- ხელმისაწვდომია მხოლოდ სამედიცინო რეცეპტით
- პირველი ხაზის მედიკამენტი ნიკოტინის დამოკიდებულების სამკურნალოდ.
- ვარენიკლინი მიიღება პერორალურად
- **პირველადი ფაზა:** ყუთები აბებით დოზირებული პირველი ორი კვირისათვის, გამოწერილი როგორც: 1 აბი 0.5 მგ/დღეში, დღეში 1-3 მკურნალობა, შემდეგ 1 ტაბლეტი 0.5 მგx2/დღე 4-7 დღეებში და 1 აბი 1 მგx2/დღე 8-14 დღეებში.
- **გაგრძელებული ფაზა:** 1 მგ 28 აბიანი ყუთი; რეკომენდირებულია 1 აბის 1მგx2/დღე მიღება, ყოველდღიურად, 3-12 კვირებს შორის.
- პაციენტები იწყებენ ვარენიკლინის მიღებას. შემდეგ, მკურნალობის პირველი კვირის განმავლობაში (უმჯობესია მე-8 და მე-14 დღეებს შორის) ინიშნება თარიღი, როცა ის ცდილობს თავის დანებებას.
- თუ მოწევის შეწყვეტის მცდელობა წარმატებით არ განხორციელდა, კურსი გრძელდება და პაციენტი ცდილობს გაჩერდეს იმ დღეს, ვიდრე ის არ მიაღწევს წარმატებას.



## ვარენიკლინის უკუჩვენებები

### უკუჩვენებები

- სუპერმგრძნობელობა აქტიურ ნივთიერებებზე ან მათ არააქტიურ კომპონენტებზე;
- ასაკი 18 წელზე ქვევით;
- ფეხმძიმობა და ძუძუთი კვება.

### ვარენიკლინის თერაპიის უსაფრთხოების ზომები

- პაციენტები თირკმლის უკმარისობით.
- მძღოლები, მათ შორის ტრაილერის.

## ტოლერანტობა და უსაფრთხოება

ვარენიკლინი ძირითადად კარგად **ტოლერანტულია**.

ყველაზე მეტად დაფიქსირებული გვერდითი ეფექტები, ბუპროპიონთან ან პლაცებოსთან შედარებისას, არის დაფიქსირებული ცხრილში  
**ცხრილი: არასასურველი ეფექტების შედარება ვარენიკლინის, ბუპროპიონის და პლაცებოს გამოყენებისას**

	ვარენიკლინი	ბუპროპიონი	პლაცებო
თავბრუსხვევა	28%	9%	9%
უძილობა	14%	21%	13%
თავისტკივილი	14%	11%	12%

## კლონიდინით მკურნალობა

- კლონიდინი გამოიყენებოდა თავდაპირველად, როგორც ანტი-ჰიპერტენზიური მედიკამენტი, მაგრამ მან შეამცირა ცენტრალური სიმპათეტიური აქტივობა ალფა2-ადრენერგული რეცეპტორების სტიმულირებით.
- კლონიდინი ეფექტურად ახშობს ნიკოტინის გამოდევნის მწვავე სიმპტომებს, როგორცაა:
  - გაზიდიანება
  - შფოთვა
  - დამოკიდებულება
  - მოუსვენრობა.
- კლონიდინი არ იქნა დამტკიცებული მოწვევის შეწყვეტისათვის და წარმოადგენს მხოლოდ მეორე ხაზის მედიკამენტს.

## ეფექტურობა

კოჰრენის ექვსი კლინიკური კვლევის განხილვამ აღმოაჩინა

• პერორალური ან ტრანსდერმალური უფრო ეფექტურია, ვიდრე პლაცებო

▪ კლონიდინი, როგორც სჩანს, უფრო ეფექტურია ქალ მწეველებში, მიუხედავად იმისა, რომ ქალები ნაკლებად წარმატებულად პასუხობენ მოწყვეტის მეწყვეტის მკურნალობას.

## გვერდითი ეფექტები

- სედაცია, დაღლილობა
- ორთოსტატული ჰიპოტენზია
- თავბრუსხვევა
- პირის სიმშრალე

ზღუდავს მას გამოიყენებოდეს ფართედ. გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ კლონიდინის მკვეთრ შეწყვეტას შეუძლია გამოიწვიოს სიმპტომები, როგორცაა, ნევროზი, აგზნებადობა, თავის ტკივილი და კანკალი, თანდართული სისხლის წნევის მკვეთრი ზრდით და კატექოლამინის დონის ამაღლება.

## უსაფრთხოების ზომები, გაფრთხილებები, კონტრმაჩვენებლები, გვერდითი ეფექტები

- კლონიდინმა არ აჩვენა ეფექტურობა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტაში ფეხმძიმე მწევლებში.
- კლონიდინი არ ყოფილა შეფასებული ძუძუთი მკვებავ პაციენტებში.
- აციენტები, ვინც ჩართული იყო პოტენციურ საშიშ აქტივობებში, როგორცაა მექანიზმების ან სატრანსპორტო საშუალებების მართვა, გაფრთხილებული უნდა იყვნენ კლონიდინის შესაძლო გვერდითი ეფექტების შესახებ.
- ძირითადად დაფიქსირებული გვერდითი ეფექტებია: გამომშრალი პირის ღრუ (40%), ძილიანობა (33%), თავბრუსხვევა (16%), სედაცია (10%) და კუჭშეკრულობა (10%).
- როგორც ანტი-ჰიპერტონიური მედიკამენტი, კლონიდინისგან შეიძლება მოსალოდნელი იყოს სისხლის წნევის დაწევა უმეტეს პაციენტებში. შესაბამისად, ექიმებმა მონიტორინგი უნდა გაუწიონ სისხლის წნევას მედიკამენტის გამოყენებისას.
- შესაბამისად, ექიმებმა უნდა გასინჯონ სისხლის წნევას მედიკამენტის გამოყენებისას.
- ჰიპერტონიის მოხსნა

## SUGGESTIONS FOR CLINICAL USE

- კლონიდინი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ან 1 მგ-ით პერორალურად ან ტრანსდერმული (TD) ფორმით
- მხოლოდ ექიმის გამოწერით
- კლონიდინით მკურნალობა დაწყებული უნდა იქნას მალევე თავის დანებების თარიღზე ან მანამდე (3 დღემდე).
- დოზირება
  - თუ პაციენტი იყენებს ტრანსდერმალურ კლონიდინს, ყოველი კვირის დასაწყისში, მან უნდა განათავსოს ახალი პლასტიკი შედარებით უთმო ადგილას კისერსა და წელს შორის. მომხმარებლებმა არ უნდა შეწყვიტონ კლონიდინის თერაპია მკვეთრად. თავდაპირველი დოზირება ჩვეულებრივ არის 0.10 მგ. პერორალურად ან 0.10 მგ/ დღეში TD, გაზრდილი 0.10 მგ/დღეში ყოველ კვირა, თუ საჭიროა. მკურნალობის ხანგრძლივობა ლავირებს 3-დან 10 კვირამდე.



## მკურნალობა ნორტიპტილინით

- კავშირი დეპრესიულ ხასიათსა და მოწევის ქცევას შორის ვარაუდობს, რომ ანტიდეპრესანტულმა მედიკამენტებმა შეიძლება ითამაშონ დადებითი როლი მოწევის შეწყვეტაში.
- სხვადასხვა ანტი-დეპრესანტებმა, დოქსეპინის, ნორტიპტილინის და მოკლობემიდის ჩათვლით, უჩვენა ზოგიერთი ეფექტურობა მოწევის შეწყვეტაში, მათ შორის:
  - დოქსეპინი
  - ნორტიპტილინი
  - მოკლობემიდი
- ნორტიპტილინი არის ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი, რომელმაც აჩვენა, რომ ისეთივე ეფექტურია, როგორც ბუპროპიონი და NRT მოწევის შეწყვეტაში.
- მისი გამოყენება არ არის აკრძალული დეპრესიული სიმპტომების ისტორიის მქონე ადამიანებში მოწევის თავის დანებებისას.

## ეფექტურობა

- ხანგრძლივადიანი სარგებელი
- პლაცებოსთან შედარებით, ნორტრიპტილინმა დაახლოებით გააორმაგა მოწევისგან თავის შეკავების მაჩვენებელი
- ეს მედიკამენტი არ არის დამტკიცებული მოწევის შეწყვეტისათვის და რეკომენდირებულია, როგორც მხოლოდ მეორე ხაზის მკურნალობა
- ბუპროპიონზე მეტნაკლებად ეფექტურია
- ამალღებს თუ არა თავის დანებების მაჩვენებელს ნორტრიპტილინის გამოყენება პლუს NRT, რჩება გაურკვეველად.

## გვერდითი მოვლენები

- ანტიქოლინერგული ეფექტები (პირის სიმშრალე, მხედველობის დაბინდვა, შეკრულობა და შარდის შეკავება)
- H1-ჰისტამინური რეცეპტორები (სედაცია, ძილიანობა, წონის მომატება)
- ალფა 1- ადრენერგული რეცეპტორები (ორთოსტატული ჰიპოტენზია)

## დოზირება

- ნორტრიპტილინის მიღება შესაძლებელია მაშინაც, როცა პაციენტი ჯერ კიდევ ეწევა, დასახული თავის დანებების თარიღით 10 -დან 28 დღის პერიოდში.
- თავდაპირველი დოზა არის 25 მგ/დღე, გაზრდილი თანმიმდევრობით 7-100 მგ/დღე 10 დღიდან 5 კვირამდე.
- მაქსიმალური დოზა შეიძლება გაგრძელდეს 8-12 კვირისათვის და შემცირდეს კვლევის ბოლოსაკენ, რათა თავიდან იქნას აცილებული სიმპტომები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდნენ თუ მისი მიღება შეწყდება მკვეთრად.

### პრაქტიკული მაჩვენებლები ნორტრიპტილინის გამოყენებისათვის:

- არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება იმისათვის, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს ნორტრიპტილინის სხვა მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტთან გაერთიანებას.
- ადამიანებმა გულსისძარღვთა დაავადებებით ნორტრიპტილინი უნდა გამოიყენონ სიფრთხილით
- არასაკმარისი მტკიცებულებები არსებობს იმისათვის, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს ნორტრიპტილინის გამოყენებას ფეხმძიმე ქალებში ან ახალგაზრდებში 18 წლამდე, ვინც ეწევა.
- ნორტრიპტილინი არის მნიშვნელოვანი სამკურნალო საშუალება, მისი ეფექტურობით (შედარებით პირველი ხაზის საშუალებებთან), უსაფრთხოებით და განსაკუთრებით, მისი დაბალი ღირებულებითა და ფართე ხელმისაწვდომობით.
- ექიმებმა უნდა გაითვალისწინონ გვერდითი ეფექტების პროფილები და ნორტრიპტილინის EMEA და FDA დამტკიცების ნაკლებობა, როგორც თამბაქოს დამოკიდებულების სამკურნალო საშუალებისათვის.
- ეს მედიკამენტი შეიძლება განხილულ იქნას თამბაქოს გამოყენების სამკურნალოდ მხოლოდ ექიმების მეთვალყურეობის ქვეშ და ამ პაციენტებში შეუძლებელია გამოყენებულ იქნას პირველი ხაზის მედიკამენტები უკუჩვენებების ან თუნდაც უბრალოდ იმ პაციენტებში, ვისთვისაც შეუძლებელი იყო თავის დანებება პირველი ხაზის მედიკამენტების გამოყენებით.

## ციტიზინი

- ციტიზინი არის ნატურალური ალკალოიდი, გამოყვანილი მცენარეთა თესლებისაგან, როგორცაა ციტისუსის ლაბურნუმი და სოფორა ტეტრაპტერა.
- ციტიზინი მოქმედებს ვარენიკლინის მსგავსად, წარმოადგენს რა ალფა2ბეტა2 ნიკოტინის აცეტილკოლინის რეცეპტორების ნაწილობრივ აგონისტს, რომელიც პასუხისმგებელია ნიკოტინის ეფექტების გაძლიერებაში, ასევე ალკვეთს ნიკოტინის ამ რეცეპტორებზე დამოკიდებულებას, რაც ამცირებს დაკმაყოფილების და „დაჯილდოვებას“, დაკავშირებულს თამბაქოს გამოყენებასთან, შესაბამის ნეგატიურ გამოდევნის სიმპტომებს და სურვილს
- ტაბექსი® ხელმისაწვდომია პეროპერული ტაბლეტების ფორმით, რომელიც შეიცავს 1.5 მგ ციტიზინს და წარმოებულია და გამოტანილია ბაზარზე ბულგარული კომპანია სოფარმა ფარმაცევტიკალსის მიერ 1964 წლის სექტემბრიდან.
- Tabex® გამოყენება თამბაქოს შესაწყვეტად ათწლეულების განმავლობაში
- მწარმოებლის მიერ რეკომენდირებული დოზირების რეჟიმები იწყება 1 აბიდან (1.5 მგ) ყოველ 2 საათში (6 აბამდე დღეში) 1-დან 3 დღემდე.
- ციტიზინი გამოვლინდა, როგორც მოწვევის თავის დანებების ხარისხის ამმალლებელი, მიუხედავად ამისა, მტკიცებულება შეზღუდულია სამი კვლევით
- არსებობს შემდგომი კვლევებს საჭიროება, რათა გამოიცადოს ამ დამაიმედებელი თავის დანებების ინტერვენციის ეფექტურობა

1. 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.
2. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., *A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies*, Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77].
3. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., *Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial*. JAMA 2006;296:47-55.
4. 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.
5. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., *Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics*. Arch Intern Med 2009;169:2148-55.
6. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
7. Benowitz NL, Jacob P *Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers*. Clin Pharmacol Ther. 1993;53(3):316-23.
8. *Institute national de prevention et d'education pour la sante (INPES). La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne*. Mars 2004. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
9. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., *A randomized, controlled trial of Bupropion sustained release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics*, Nicotine Tob.Res., 2009;11(7):859-67.
10. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. *Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease*. Lancet 2001;358:1009–1010.
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro*.
12. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. *Antidepressants for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
13. King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., *Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials*, Neuropsychopharmacology 2012;37:641–650.
14. Roddy, E. *Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies*, BMJ, 2004;328: 509-511.
15. Aubin HJ. *Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation*. Drugs 2002; 62:Suppl.2:45–52. David SP, Strong DR, Munafò MR, et al. *Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies*, Nicotine Tob Res. 2007;9:1521–1527.
16. Ebbert JO, Fagerstrom K., *Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use*, CNS Drugs. 2012;26(1):1-10.
17. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., *Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial*, Ann.Intern.Med., 2001;135(6):423-33.
18. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. *Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease*, Lancet 2001;358:1009–1010.
19. Fiore M. C., *Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE*, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
20. Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., *Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004*, Drug Saf., 2008;31(11):1017-26.
21. Tackett A.E., Smith K.M., *Bupropion induced angioedema*, Am.J.Health Syst, Pharm., 2008;65(17):1627-30.
22. Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, *Hyponatremia Associated with Bupropion*, Electrolyte Blood Press. 2011;9:23-26, ISSN 1738-5997.
23. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., *Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin.* 2009;59:314-326.