

თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის ევროპული სახელმძღვანელო (გაიდლაინი) და ხარისხის სტანდარტები

ნაწილი მეორე
თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა

ლექცია 6

*კვლევა და მეცნიერული რეკომენდაციები მოწევის
შეწყვეტის შესაფასებლად*

მოწევის შეწყვეტაში კლინიკური კვლევის კრიტერიუმი

მოწევის შეწყვეტის მკურნალობა ახლა ინტეგრირებულია მრავალ ჯანდაცვის სისტემაში და მნიშვნელოვანი კვლევითი ძალისხმევა მიმდინარეობს ამჟამინდელი წარმატების მაჩვენებლის გასაუმჯობესებლად.

ეს კრიტერიუმები შეესაბამება შეწყვეტის კვლევებს, სადაც მონაწილეებმა განსაზღვრეს სამიზნედ თავის დანებების დღე და არის პირდაპირი კონტაქტი მკვლევარებთან ან სამედიცინო პერსონალთან. ეს კრიტერიუმებია:

- 1. დაკვირვების პერიოდი ექვს თვეზე (RS6) ან 12 თვეზე (RS12) სამიზნე თავის დანებების თარიღიდან ან წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის დასასრულიდან;**
- 2. თვით ანგარიში** მოწევის თავშეკავებაზე მთლიან დაკვირვების პერიოდზე, სადაც ნებადართულია ხუთ სიგარეტამდე დღეში მთლიანად;
- 3. თავის შეკავების ბიოქიმიური დადასტურება** დაკვირვების პერიოდის მე-6 ან 12 თვეს მაინც;
- 4. "მკურნალობის სურვილის"** მიდგომის გამოყენება , სადაც მონაცემები ყველა რანდომიზირებული მწვეელისაგან ჩართულია ანალიზში, მათი სიკვდილის ან მიუწვდომელი მისამართის გამოკლებით (ამ ანალიზში ჩართული მონაწილეები ითვლებიან მწვეელებად, თუ მათი მწვეელის სტატუსი საბოლოო დაკვირვების პერიოდის ვიზიტისას შეუძლებელია განისაზღვროს);
- 5. "პროტოკოლის დამრღვევის"** დაკვირვების პერიოდი და მათი ნამდვილი მოწევის სტატუსის გამოყენება ანალიზში;
- 6. დაკვირვების პერიოდის მონაცემების შეგროვება** კვლევის ჯგუფში მწვეელების ბრმა გადანაწილება.

მეცნიერული შრომისათვის თამბაქოს თავის შეკავების შეფასებისათვის
კრიტერიუმების შეჯამება:

- თავშეკავების ხანგრძლივობა: მისასაღმებელია, რომ მიღწეული თავშეკავების დამტკიცების კრიტერიუმის დროის მონაკვეთად მინიმუმ 6 თვეა დადგენილი თარიღიდან და მოწვევის შეწყვეტის აქტიური მიღწევისათვის.
- თავშეკავების განსაზღვრა: პაციენტი, რომელმაც დააფიქსირა <7 სიგარეტის მოხმარება ექვს თვეში მას შემდეგ, რაც მან შეწყვიტა მოწვევა, ამოსუნთქულ ჰაერში კარბონ მონოქსიდის ტესტის უარყოფით შედეგებთან ერთად. უნდა გაკეთდეს ა განსხვავება სამედიცინო ვიზიტის მომენტში თავშეკავების მომენტს (თავშეკავების პიკი) და განგრძობით თავშეკავებას შორის, რაც მისაღებია სერიული ვიზიტების მანძილზე 6-12 თვის დაკვირვების პერიოდში.
- თავშეკავების ბიო-ქიმიური დადასტურება: რეკომენდირებულია განისაზღვროს კარბონის მონოქსიდის კონცენტრაცია ამოსუნთქულ ჰაერში ყოველი ვიზიტისას; ეს სავალდებულოა მკურნალობის დასასრულს ვიზიტისას.
- მკურნალობის სურვილის ანალიზი: თავშეკავების თანაფარდობა განსაზღვრულია ყველა სუბიექტის გათვალისწინებით, ვინც მკურნალობა მიიღო, გაიარა მთლიანი მკურნალობა და დაესწრო დაკვირვების პერიოდის ყველა ვიზიტს. ის პაციენტები, ვინც დაიკარგა დაკვირვების პერიოდში (სახლის მისამართის, ტელეფონის ნომრის შეცვლით და სხვ.) უნდა განიხილებოდეს, როგორც კვლავ აქტიურ მწევლეებად, ინახებიან რა მოწვევის შეწყვეტის ცენტრალურ მონაცემთა ბაზაში.
- პროტოკოლის დამრღვევები: თავშეკავების დადასტურების 1-4 კრიტერიუმების შესაბამისად, მხოლოდ თუ პაციენტი მიყვა სწორ მკურნალობას - სტანდარტული დოზირებით, არ ამატებენ სხვა თერაპიებს თერაპიულ სქემაში თვითნებურად, და ესწრებიან ყველა დაკვირვების პერიოდის ვიზიტს, მოწვევის სტატუსის ბიოქიმიური დადასტურებით.
- დაბრმავება: მონაცემთა შეგროვება უნდა გაკეთდეს ორმაგად-ბრმა მეთოდით, როცა

თამბაქოს დამოკიდებულების თერაპიების ღირებულებითი ეფექტურობა

- არსებობს კვლევების ფართე ნაირსახეობა, რომლებიც უჩვენებს მოწევის შეწყვეტის ჩარევის ეფექტურობას.
- ერთმა ადრინდელმა კვლევამ მოწევის შეწყვეტის ინტერვენციის ეკონომიკურ ეფექტურობაზე, დაადგინა, რომ შედარებით სხვა პრევენციულ ჩარევებთან, მოწევის შეწყვეტა იყო ექსტრემალურად ეკონომიკურად ეფექტური.
- 2003 წელს შვეიცარიაში ჩატარებულმა კვლევამ ჯანდაცვის დაწესებულებებში აღმოაჩინა, რომ ბუპროპიონი და ნიკოტინის პლასტირი ორივე ეკონომიურად ეფექტური იყო.
- აშშ-ში ჩატარებულმა მეტა-ანალიზმა დაასკვნა, რომ მოწევის შეწყვეტის კონსულტაციები მხარდაჭერის კანტაქტით არის პოტენციურად ეკონომიურად ეფექტური და შეუძლია შეამციროს მოწევის ინციდენტი და მასთან ასოცირებული ჯანმრთელობის გვერდითი მოვლენები და სოციალური დანახარჯი.
- ნიდერლანდებში ჩატარებულმა ორმა კვლევამ აჩვენა, რომ მოწევის შეწყვეტა იყო ეკონომიურად ეფექტური COPD-ით პაციენტებს შორის.
- მასაჩუსეტში, აშშ-ში ჩატარებულ კვლევაში აღმოჩენილი იქნა, რომ საყოველთაო მოწევის შეწყვეტის სერვისები შედეგად იძლევა მნიშვნელოვან დანაზოგებს სამედიცინო პროგრამებისათვის.
- ახლანდელ ეკონომიურ შეფასებაში კანტორმა და სხვ. (2015) აღმოაჩინეს, რომ ექიმების და ფარმაცევტების ტრენინგი მოწევის შეწყვეტაში არის მაღალი ეკონომიურად ეფექტური მეთოდი თავის დანებების მხარდასაჭერად თემში

რეკომენდაციები მოწვევის შეწყვეტის სახელმძღვანელოს (გაიდლაინის) განხორციელების შესახებ

- კარგი სახელმძღვანელო ნამდვილად სასარგებლოა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ის გავრცელებული და განხორციელებულია სამიზნე პოპულაციაში, საუკეთესო სტანდარტების მიხედვით.
 - ყველაზე სარწმუნო მაგალითი ევროპაში, რომელიც ახდენს ამის ილუსტრირებას არის მოწვევის შეწყვეტის სერვისები დიდ ბრიტანეთში.
 - სახელმძღვანელოები უნდა განხორციელდეს იმისათვის, რომ მიესადაგოს მომსახურებას, რომელიც მიწოდებულია პირველადი და მეორადი დახმარების, ფარმაციის, ადგილობრივი ორგანოების და სამუშაო ადგილების შიგნით
 - მაგრამ ასევე უნდა მიესადაგოს ტრენინგის ორგანოებს და ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემქმნელებს.
- ამ მიზნის მიღწევის მიზნით, განხორციელების პროცესი **საჭიროებს პროექტის ლიდერობის სტრუქტურას და ნაბიჯ-ნაბიჯ მიდგომას**, რომ გაკეთდეს შემდგომი:
- უზრუნველყონ, რომ ყველა შესაბამისი ჯგუფი ინფორმირებულია სახელმძღვანელოს პრინციპებს და უზრუნველყოფილები არიან ვებგვერის ხელმისაწვდომობით, ბეჭდვითი მასალით და ა.შ.;
 - შესაბამის სპეციალისტთა ჯგუფთან მუშაობით, მოხდეს შედარება მათი ამჟამინდელი აქტივობის გაიდლაინში შესულ რეკომენდაციებთან;
 - განისაზღვროს, თუ რომელი ორგანიზაციები/კოსპიტალები და სხ. საჭიროებს ცვლილებებს ახლანდელი მუშაობის მეთოდში, რათა მოხდეს სახელმძღვანელო პრინციპებთან შესაბამისობა და გაიმართოს თანამშრომლობა არსებული კავშირებით (როგორცაა რეგიონალური თამბაქოს კონტროლის კავშირები);
 - მოხდეს საკვანძო არელების განსაზღვრა იმპლემენტაციის დახმარებისათვის, როგორცაა ადგილობრივი რეფერალური გზების მოწვევის შეწყვეტის ცენტრებთან, მონაწილეების რაოდენობის გაზრდა, ვინც იღებს ტრენინგებს და ფოკუსირება მწელად მისაღწევ თემებთან;
 - შეფასდეს, თუ რამდენი ღირს სახელმძღვანელოს იმპლემენტაცია;
 - შეიქმნას მოქმედების გეგმა სახელმძღვანელოს განხორციელებისათვის ადგილობრივი აქტორებისა და სპეციალისტების ერთობლივი მუშაობით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Hoogendoorn M., Feenstra TL., Hoogenveen RT., Rutten-van Mölken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. *Thorax* 2010;65:711-718.
2. [Hodgson DB.](#), [Saini G.](#), [Bolton CE.](#), [Steiner MC.](#) Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Thorax* 2012;67(2);171-176.
3. [Ford ES.](#), [Mannino DM.](#), [Zhao G.](#), [Li C.](#), [Croft JB.](#) Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994. *Chest* 2012;141(1):101-110.
4. [Christenhusz LC.](#), [Prenger R.](#), [Pieterse ME.](#), [Seydel ER.](#), [van der Palen J.](#) Cost- effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res.* 2012 Jun;14(6):657-63.
5. [Decramer M.](#), [Sibille Y.](#), [Bush A.](#), [Carlsen KH.](#), [Rabe KF.](#), [Clancy L.](#), [Turnbull A.](#), [Nemery B.](#), [Simonds A.](#), [Troosters T.](#) The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. *Eur Respir J* 2011;37(4):738-742.
6. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003;59(3):201-6.
7. *NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>. Accessed April 10, 2015.
8. *NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice*, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
9. Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, *Health Educ Res.* 2011;26(2):348-360.
10. [West R.](#), [Hajek P.](#), [Stead L.](#), [Stapleton J.](#) Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction.* 2005;100(3):299-303.
11. Cromwell J., Bartosch WJ., Fiore MC., Hasselblad V., Baker T. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA.* 1997;278(21):1759-1766.
12. [Johannesson M.](#), [Jönsson B.](#), [Kjekshus J.](#), [Olsson AG.](#), [Pedersen TR.](#), [Wedel H.](#) Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *Scandinavian Simvastatin Survival Study Group.* *N Engl J Med.* 1997;336(5):332-6.
13. Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. *BMJ.* 1997;315(7122):1577-82.
14. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol.* 2003 Jul;59(3):201-6.
15. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009;6(3):1-10.
16. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control* 2009;18(4):262-7.
17. World Health Organization. *The European tobacco control report 2007* [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
18. Jackson KC. 2nd, Nahoopii R., Said Q., et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007;49(4):453-60.
19. Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, *Pharmacoeconomics* 2010;28(3):231-254.
20. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Fraeolicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, *Arch Intern Med.* 2011;171(1):39-45.
21. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT. Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax* 2010;65:711-718.
22. Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res.* 2012;14(6):657-63.
23. Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. *PLoS ONE* 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
24. [Ferketic AK1](#), [Pennell M](#), [Seiber EE](#), [Wang L](#), [Farietta T](#), [Jin Y](#), [Wewers ME](#). Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. *Nicotine Tob Res.* 2014;16(6):786-93.
25. [Cantor SB.](#), [Deshmukh AA.](#), [Luca NS.](#), [Noqeras-González GM.](#), [Rajan T.](#), [Prokhorov AV.](#) Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. *Addict Behav.* 2015 Jun;45:79-86.