

Современные подходы к терапии табачной зависимости

В настоящий период мы наблюдаем активное противостояние употреблению табака, пришедшее на смену пассивному созерцанию нашим обществом его негативных последствий. На такую общественную позицию оказало влияние отношение к проблемам табакокурения во всех цивилизованных странах, где к их решению привлекаются многие ученые и, конечно, врачи.

Выделение табачной зависимости в самостоятельное заболевание обусловлено не только симптоматикой патологического влечения к курению, но и малой эффективностью лечения от курения табака, ростом численности курящих, изменения формы потребления табака (жевания) (Смирнов В.К., 1993).

Табачная зависимость, по данным различных исследований, развивается от 25% до 93% случаев из числа людей хоть один раз попробовавших табакокурение.

Вопросы клиники и лечения табачной зависимости считаются областью психиатрии, наркологии и психотерапии, а вопросы создания социального климата противодействия – прерогатива органов охраны здоровья. В психиатрии интерес к проблеме табакокурения обуславливается как теоретическими, так и прикладными задачами.

Обнаружена способность курения воздействовать на ферменты метаболизма лекарственных средств; снижать концентрацию галоперидола в сыворотке крови в 1,5 раза с одновременным повышением его клиренса на 50% (Jann M.W., Saklad S.R., 2006), ослаблять активность антидепрессантов, бензодиазепинов (L.G.Miller, 2001) уменьшать побочные действия аминазина, диазепама, элениума (Менделевич В.Д., Кулагин А.Т., 1991).

Все вместе определяет необходимость учета существования табачной зависимости в диагностике и в истории болезни для дифференцированного клинического подбора лекарственных препаратов, а также при апробациях новых лекарственных средств.

К практическим аспектам психиатрии табачной зависимости относится разработка комплексной терапии курящих, у которых наряду с синдромом патологического влечения наблюдаются разнородные нервно-психические расстройства по отношению к клинике табачной зависимости.

Механизм влияния курения табака на здоровье сложен. Хотя табакокурение не является причиной возникновения соматических заболеваний, это – фактор, меняющий течение основных заболеваний и способствующий переходу предболезни в болезнь.

В отличие от наркомании, токсикомании, алкоголизма, курение табака не приводит к снижению интеллекта и характерологическим сдвигам (Sees K.L., 1998). Однако, исследования на различных уровнях влияния табака на организм, позволили обнаружить изменения гомеостаза и нейрогуморальные сдвиги. Экспериментально в спектре фармакологических эффектов табака были выявлены подкрепляющие, антистрессорные и повышающие адаптивное поведения свойства.

Под действием никотина в головном мозгу происходит выделение не только классических нейромедиаторов, но и нейропептидов, таких как пролактин, гормон роста, тиреостимулирующий гормон и др. Никотин связывается с не менее чем тремя подтипами никотиновых рецепторов ЦНС, также в реализации эффекта никотина активно участвует дофаминергическая система. Вместе с тем, применение Н-холиномиметиков в клинических условиях не подтвердило гипотезу чисто никотиновой модели влечения к курению (Laguer G., 2001).

В клинической психиатрии определяется 2 направления психопатологического анализа (Смирнов В.К., 1991):

1. Клинико-наркологическое: исследует и определяет интенсивность курения, проводит оценку тяжести зависимости с применением вопросников, шкал, модифицирует лечение;
2. Феноменологическое и психопатологическое: исследует структуру патологического влечения, клинические формы образования табачной зависимости, участие преморбиды в этих процессах.

Накопленные данные отражают стабильность, толерантность, психическую и физическую зависимость, состояние абстинентности.

В настоящее время лечение табачной зависимости делится на две основные формы: фармакологическую и нефармакологическую.

Фармакологическое лечение.

Заместительная терапия – формы алкалоидов Н-холиномиметического действия. Являясь конкурентным антагонистом никотина, они обеспечивают вытеснение алкалоида табака из его связей с биохимическими субстратами организма, что способствует снижению влечения (цитизин, лобелин, анабазин, пилокарпин) (Качаев А.К., Ураков И.Г., Борисов Е.В., 1982.).

П.И. Сидоров, Е.В. Казакевич при проведении исследований в Архангельской медицинской академии (Сидоров П.И., Казакевич Е.В., 1995), предложили «Хабитрол» 115 морякам, от 20 до 59 лет. «Хабитрол» – никотиносодержащий лейкопластырь, обеспечивающий постоянное поступление никотина в организм в течение 24 часов при наложении на неповрежденную кожу. Длительность терапии от 3 до 15 дней дала следующие результаты. Бросили курить и не курили в течение 1,5 – 2 месяцев 33% исследуемых, у 15, 6 % – не было эффекта. Эффективность оказалась выше у лиц с высшим образованием, в возрастной группе 30-39 лет. Эффективность достоверно в 2 раза выше у лиц, обратившихся самостоятельно.

П.И. Сидоров с соавтор. (1995) исследовали 88 человек в возрасте от 18 до 40 лет, которые получали лечение антินิกотиновым пластырем. «Хабитрол» в дозе 21 мг/сут. Дополнительно проводилась иглорефлексотерапия (ИРТ) по методу У. Ланца (1979), П. Ножье (1970) и рациональная психотерапия.

У пациентов наблюдались проявления абстинентного синдрома: у 72% – головная боль; сердцебиение – у 56%; у 84% -изменение настроения в течение 2-5 дней.

30% исследуемых прекратили курить, 12% – снизили дозу употребления. Также в группе проявлялись побочные явления: тошнота, рвота у 4,5% пациентов; головная боль у 5,7%; эритема вместе аппликации у 68%; бессонница у 2,3%.

На основании экспериментальных данных был сделан вывод: при лечении табакокурения «Хабитрол» не имеет самостоятельного значения, необходимо увеличение дозы и сочетание с другими методами.

В.И.Талапин (1987) с сотрудниками разработал жевательную резинку, содержащую анабазин. В работах В.К.Смирнова (1991) описано применение полимерной биорастворимой антินิกотиновой пленки, содержащей анабазин, рассасывающейся постепенно в полости рта.

К лекарственным средствам, содержащим никотин, относится «никоретт» в виде жевательной резинки, а также для интраназального и для трансдермального

использования (Целибаев Б.А., Галич Д.М., Балабаев А.В., 1981).

К другим фармакологическим средствам относят мекамиламин, клофелин, которые являются антагонистами Н-рецепторов и нерцепторными антогонистами никотина соответственно (11).

Последние годы характеризуются поисковыми исследованиями лекарственных средств для подавления влечения к курению.

Так нашли применение адреноблокаторы: пропранолол, обзидан, анаприлил, по 40 мг 3 р. в день. По данным R.J.Dow, W.M.Fee (1980), прием этих лекарств в таком режиме вызывает у 10% курящих прекращение курения. Назначение налоксона по 10 мг с последующим 3-х часовым наблюдением за характером курения приводило к снижению числа затяжек курения и количества выкуриваемого табака (Glassmann A.H., Stetner F., Walch B.et al, 1999).

По данным некоторых исследователей применение транквилизаторов, антидепрессантов повышает эффективность лечения. В частности, оно уменьшает тревогу, страх, депрессию и в сочетании с лобелином и гуронзаном дает положительный эффект у 83% курящих (Torey M., Billion A., Rochemaure J., 1998).

Б.А. Целибаев, Д.М. Галич, А.В. Балабаев (1981) получили удовлетворительные данные при назначении гормональных препаратов прогестеронового действия лицам женского пола с табачной зависимостью.

В настоящее время лечение табачной зависимости проводят комплексно. Французские исследователи M.Torey, A.Billion, J.Rochemaure (1998) разработали систему индивидуального комплекса мероприятий по лечению табакокурения.

Система включает:

- первые 8-15 дней – отказ от курения
- соблюдение диеты – исключение острых и пряных продуктов, включение в рацион овощей и фруктов
- общее количество жидкости, без учета принимаемой пищи, не менее 1-1,5 литров в день
- активный образ жизни
- прием гуронзана и транквилизатора транксена, при депрессии транквилизаторов со стимулирующим действием
- при снижении работоспособности назначаются церебральные стимуляторы, vit C
- заместительная терапия: табекс

Система была эффективна у 30,1% из 598 пациентов в течение года, 19,2% уменьшило курение табака. Данные авторы в комплексную терапию включали ИРТ, внутрикожное введение небольших доз смеси стафилококковой вакцины и анатоксина, а также противотабачного аллергена (производства института Пастера) с прокаином; специальную дыхательную гимнастику.

M. Gmur, A. Fschopp (1989) большое значение в комплексной терапии отводили психотерапии, при этом эффективность комплексной терапии составляет 47%, но к концу года, по данным этих авторов, возобновляют курение до 85% пациентов. Поэтому M. Block, E. Minneker (1988) рассматривают лечение как эффективное, если оно обеспечивает не только прекращение курения, но и длительное поддержание ремиссии и профилактику рецидивов.

Таким образом эффективное лечение табачной зависимости есть комплекс мероприятий медицинского и психологического характера направленных на снятие физической и психической зависимости на различных этапах лечения и профилактики.

Темекіге тәуелділікті емдеудің қазіргі заманғы жолдары

М. А. Асимов

Шылым шегуге қарсы және оны емдеу әдістері жөнінде жұмыс орындарында қызметкерлерге медико-психологиялық түсініктер берілді. Шылым шегуге клиникалық мінездеме және комплексті емдеу жолдары көрсетілді.

Modern approaches to tobacco addiction therapy

M.A. Asimov

Up-to-date medico-psychological defining of tobacco addiction and treatment methods are presented in this work. There are also given clinical characteristics of tobacco addiction, complex approaches of treatment.

М. А. Асимов

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Теги: табакокурение