

УДК 613.846

# Лечение табачной зависимости в 2015 году, опыт Чехии

**А. Панкова<sup>1,2</sup>, Е. Краликова<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Институт гигиены и эпидемиологии, Первый медицинский факультет, Карлов Университет и Общая университетская больница в Праге, Чешская Республика;

<sup>2</sup> Центр табачной зависимости, 3-е медицинское подразделение — Кафедра эндокринологии и метаболизма, Первый медицинский факультет, Карлов Университет и Общая университетская больница в Праге, Чешская Республика

## Treatment of tobacco dependence in 2015, Czech experience

**A. Pankova<sup>1,2</sup>, E. Kralikova<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Institute of Hygiene and Epidemiology, First Faculty of Medicine, Charles University, and the General University Hospital in Prague, Czech Republic;

<sup>2</sup> Centre for Tobacco-Dependent, 3<sup>rd</sup> Medical Department — Department of Endocrinology and Metabolism, First Faculty of Medicine, Charles University, and the General University Hospital in Prague, Czech Republic

© А. Панкова, Е. Краликова, 2015 г.

### Резюме

Известно, что табачная зависимость является наиболее важной из отдельных предотвратимых причин смерти и инвалидности, но ее лечению уделяется мало внимания. Это не просто плохая привычка, а заболевание, которое убивает приблизительно половину курильщиков. Несмотря на то, что большинство курильщиков пытаются отказаться от курения самостоятельно, успешность этих попыток бывает низкой (3–5%), но ее можно значительно повысить с помощью специализированного психоповеденческого лечения (около 10%) и фармакотерапии: никотинзаместительная терапия и бупропион удваивают шансы на отказ от курения (например, около 20% воздержания при интенсивном вмешательстве), а варениклин утраивает эту вероятность (примерно 30%). Боязнь потенциальных побочных эффектов наиболее эффективного препарата, варениклина, по-видимому, необоснована — несколько крупных исследований подтвердили его кардиоваскулярную и нейropsychиатрическую безопасность. С дру-

гой стороны, даже несмотря на то, что можно подтвердить наличие небольшого риска для любого препарата для отказа от курения, его в значительной степени перевешивают медицинские риски курения.

**Ключевые слова:** курение, лечение табачной зависимости, варениклин, бупропион, никотинзаместительная терапия.

### Summary

Tobacco dependence is known to be the single largest preventable cause of premature death and disability, but little attention is paid to its treatment. It is not just a bad habit, but a disease, which kills approximately half of smokers. Although majority of smokers try to quit without help, success rates of these attempts are low (3–5%), but can be largely increased by specialized psychobehavioural treatment (about 10%) and pharmacotherapy: nicotine replacement therapy and bupropion double the chance for quitting (e.g. about 20% of abstinence with intensive

intervention) and varenicline triples this chance (about 30%). Fear of potential side effects of the most effective drug, varenicline, seem to be unjustified — several large studies confirmed its cardiovascular and neuropsychiatric safety. On the other hand — even though small risk of any

smoking cessation medication would be confirmed, this one is hugely exceeded by the health risk from smoking.

**Keywords:** smoking, tobacco dependence treatment, varenicline, bupropion, nicotine replacement therapy.

## Введение

Табачная зависимость является заболеванием, код заболевания F17 согласно Международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения 10-го пересмотра (МКБ-10 ВОЗ) [1] и Американской психиатрической ассоциации (АПА, Справочник по диагностике и статистике психических расстройств, 5-е издание — DSM-5) [2]. Это заболевание имеет высокую распространенность в Российской Федерации (РФ) — в общей сложности 39,1% взрослых россиян (43,9 млн) являются курильщиками (60,7% мужчин и 21,7% женщин) [3]. Курение является причиной смерти от различных состояний — сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, хронических болезней легких и многих других, относящихся ко всем клиническим направлениям медицины. Большинство курильщиков предпочитали бы не курить, и в целом ежегодно около 30–40% из них пробуют бросить. К сожалению, почти все они пытаются отказаться от курения без профессиональной помощи, и поэтому частота успешности их самостоятельных попыток очень низка: 3–5% долгосрочного воздержания (воздержание не менее 6 мес). С другой стороны, эта частота может быть заметно увеличена с помощью специализированного лечения тех, кто хочет отказаться от курения и нуждается в поддержке.

## Характеристики табачной зависимости

Табачная зависимость соответствует критериям зависимости в соответствии с DSM-5 [2]. Типичная основа табачной зависимости представляет собой **психоповеденческую зависимость** — например, выученное поведение, обычно начиная с подросткового возраста, которое за годы закрепляется и превращается в зависимость. Фоном являются типичные ситуации с сигаретами — кофе с сигаретой, перерыв с сигаретой, сигарета как средство для облегчения стресса и т. д. Еще одна часть зависимости — это **лекарственная/физическая зависимость**, которая представляет собой типичную лекарственную зависимость, основанную на ацетилхолин-никотиновых рецепторах в вентральной области покрышки мозга. Этот тип зависимости предопределен генетически более чем на 50%. Зависимые курильщики обычно курят 10–15 си-

гарет в сутки или более и зажигают первую сигарету в течение часа после пробуждения, для дальнейшей ориентировки может использоваться тест Фагерстрема для определения зависимости от сигарет — FTCD (табл. 1) [4, 5]. В соответствии с определением ВОЗ [6], существуют четыре основных категории курения: **регулярные (ежедневные) курильщики** (курят не менее одного раза в сутки), **эпизодические курильщики** (курят менее одного раза в сутки), **бывшие курильщики** (за жизнь выкурили более 100 сигарет, но в настоящее время не курят), **некурящие** (никогда не выкуривали более 100 сигарет за всю жизнь).

## Лечение табачной зависимости

Лечение табачной зависимости должно осуществляться всеми профессионалами в области здравоохранения и охватываться системой здравоохранения точно так же, как и лечение других заболеваний. ВОЗ выделила четыре основных медицинских профессии, которые должны участвовать в этом лечении: врачи, медицинские сестры, фармацевты и зубные врачи. Все вышеупомянутые профессии должны действовать при каждом клиническом контакте со всеми курильщиками. Исходя из последних рекомендаций, лечение само по себе состоит из психоповеденческого вмешательства и фармакотерапии [6–8]. В настоящее время доступны три варианта препаратов первой линии: вarenиклин, никотинзаместительная терапия (НЗТ) и бупропион. Успешность лечения оценивается через 6, но правильнее было бы через 12 мес воздержания, которое должно быть верифицировано биохимически. Валидация воздействия табачного дыма возможна по уровню монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе или содержанию котинина в физиологических жидкостях. Уровень СО отражает состояние за последние 12 ч. Котинин — это метаболит никотина, содержание которого может оцениваться в плазме, сыворотке, моче или слюне в течение не менее чем 36 ч после последней сигареты или иного воздействия табачного дыма. В течение этого периода допускаются максимум 5 сигарет. Эти критерии описываются так называемыми **стандартными критериями Рассела** [9]. При использовании комбинированной терапии, включающей психоповеденческое вмешательство и фармакотерапию, частота успеха может быть увели-

чена на 30–35% воздержания через один год [10, 11]. Фармакотерапия в дополнение к поведенческой вмешательству удваивает (в случае НЗТ или бупропиона) или утраивает (в случае варениклина) частоту успеха (если они применяются не менее 8–12 нед).

## Психоповеденческое вмешательство

Психоповеденческое вмешательство является обязательной частью лечения и основывается на мотивационном консультировании. Это вмешательство различается в зависимости от временных возможностей медицинского работника — от краткого вмешательства, которое занимает несколько минут (максимум 10 мин), до 1–2 ч интенсивного вмешательства. Краткое вмешательство можно кратко описать следующими основными пунктами (ABC): **спросите** о потреблении табака (Ask), дайте **краткий** (Brief) совет бросить и окажите поддержку при **отказе** (Cessation) от курения [12]. Доказано, что даже такое краткое вмешательство увеличивает частоту успешности отказа от курения. Если пациент не хочет бросать курить, мы можем лишь мотивировать его — указать на преимущества отказа от курения и повторить данное вмешательство на следующем визите. Но в любом случае вмешательство должно быть предложено, хотя бы в форме буклета. Если пациент хочет бросить курить, мы должны спросить его о типичных курительных ситуациях и предложить ему планировать заранее не связанные с курением альтернативы или избегать этих ситуаций. Мы также будем рекомендовать фармакотерапию и планировать контрольные визиты. Интенсивная психоповеденческая терапия проводится специалистами в специализированных центрах по отказу от курения и представляет собой долгосрочную программу с контрольными визитами. Поскольку существует огромный риск рецидива, особенно в первый месяц после последней сигареты, в течение этого периода в высшей степени рекомендуются регулярные вмешательства и контрольные визиты в комбинации с фармакотерапией. Важно указывать, что даже одна сигарета может вызвать рецидив, учить идентифицировать рискованные ситуации и решать их.

Важной частью вмешательства является объяснение того, что препарата «**против курения**» не существует, но лекарство будет **минимизировать симптомы отмены**.

## Фармакотерапия

Фармакотерапия рекомендуется зависимым от никотина курильщикам, например тем, кто курит 10 и более сигарет в сутки, и тем, кто зажигает первую сигарету в течение одного часа после пробуждения,

или тем, кому не удалось бросить без лечения. Важно не воспринимать препарат как волшебное средство, которое решит проблему за курильщика, а понимать, что лекарство может помочь только в сочетании с решением бросить курить и изменением образа жизни. Именно поэтому вышеупомянутая эффективность фармакотерапии может рассматриваться лишь в комбинации с психоповеденческим вмешательством. Дальнейшие рекомендации основаны на международных [5, 11, 12] и чешских руководствах [13] по лечению табачной зависимости.

### Варениклин

Варениклин представляет собой частичный агонист никотиновых-ацетилхолиновых рецепторов подтипа  $\alpha_4\beta_2$ . Это наиболее эффективный препарат в настоящее время — он утраивает частоту успеха при применении в течение не менее 8–12 нед. Данный препарат действует и как **агонист**: после связывания с рецептором вызывает высвобождение дофамина в прилежащем ядре и за счет этого облегчает период отмены, — пациенты сообщают, что они «не чувствуют необходимости курить» или «не чувствуют себя настолько плохо без сигареты», не испытывают симптомов отмены, — и также обладает эффектом **антагониста**: никотиновые-ацетилхолиновые рецепторы подтипа  $\alpha_4\beta_2$  оказываются заняты варениклином и никотин из сигарет не может связаться с ними, поэтому после затяжки не происходит дополнительного высвобождения дофамина — пациенты обычно сообщают об отсутствии удовольствия после выкуривания сигареты.

Данный препарат доступен в форме таблеток по 0,5 мг и 1 мг, рекомендуется начинать со «стартовой» упаковки, например, с таблетками по 0,5 мг в течение первой недели, что позволяет предотвратить появление наиболее частого побочного эффекта — легкой тошноты в течение 30 мин после проглатывания таблетки, что имеет место у приблизительно 30% пациентов и исчезает у большинства из них в течение нескольких дней. Этого можно избежать с помощью приема препарата после еды и с достаточным количеством воды.

В течение 2 нед после начала приема препарата рекомендуется провести контрольный визит, чтобы оценить эффект. Начиная со второй недели рекомендованная доза варениклина составляет 1 мг 2 раза в сутки, и только на фоне этой полной дозы требуется произвести попытку прекращения курения. Побочные эффекты могут включать, помимо тошноты, нарушения сна и реалистичные сновидения — в этом случае лучше принимать вечернюю таблетку во второй половине дня, но раньше. В 2011 г. было начато обсуждение сердечно-сосудистой (СС) безопасности из-за опубликованной статьи Singh и соавт. [14], которые сделали вывод, что варениклин ассоциируется с

повышением частоты основных нежелательных СС явлений на 72%, хотя абсолютная разница рисков между плацебо и варениклином составляла всего 0,24%. Данная статья была подвергнута критике и поставлена под сомнение не только из-за маленькой абсолютной разницы в уровне СС риска, но и из-за методологических погрешностей. Несмотря на эти сомнения, Управление США по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств внесло в информацию для пациентов положения о потенциальном СС риске [15]. С этого момента было опубликовано много обзоров и метаанализов [7, 16], и ни в одном из них не подтверждено значительное повышение СС риска. Еще одной темой для обсуждений стала нейropsychиатрическая безопасность варениклина, и результаты множественных рандомизированных плацебоконтролируемых клинических исследований и метаанализа позволяют предположить, что данный препарат безопасен еще и с этой точки зрения [17, 18].

Наиболее эффективный препарат — варениклин — утраивает частоту успеха в зависимости от масштаба вмешательства. Он не вступает в лекарственные взаимодействия и на 92% выводится в неизменном виде с мочой (обратите на это внимание в случае тяжелой почечной недостаточности!). Его не рекомендуется назначать во время беременности. Этот препарат доступен только по рецепту.

### Никотинзаместительная терапия

НЗТ предназначена для того, чтобы вводить в организм никотин из иного источника, помимо табака, и таким образом (как и терапия другими препаратами) дать пациенту время на изменение повседневных стереотипов без симптомов отмены. Множество форм выпуска позволяют выбирать их исходя из предпочтений пациента — пероральные формы, включающие жевательные резинки, спрей для полости рта, спрей для носа, леденцы, ингалятор, растворимую пероральную пленку (высвобождение никотина идет быстрее, и эта форма может использоваться при неотложной необходимости в случае симптомов отмены), и трансдермальные формы — пластыри с медленным постоянным высвобождением (доступность всех этих средств может различаться).

Обычно у зависимых курильщиков методом выбора является комбинация пластыря и пероральной формы: пластырь «покрывает» базальную потребность, а пероральные формы представляют собой решение для ситуаций острой тяги. Для грубой оценки дозы важно отметить, что абсорбция никотина из одной сигареты у курильщика составляет обычно около 1 мг, но может достигать и 3 мг никотина, в зависимости от интенсивности курения, но не от типа сигарет

или информации на пачке сигарет. Также имеются различия индивидуального метаболизма никотина. Из пластыря он всасывается в дозе, которая указана на упаковке, и в течение заданного периода времени (16 или 24 ч). В случае пероральных форм всасывается примерно половина указанного количества, но всасывание зависит от значения pH. Никотин всасывается при слегка щелочном pH (около 8,5), поэтому не рекомендуется есть или пить (особенно кислое) одновременно с использованием пероральных форм НЗТ. В случае применения жевательной резинки важно следовать рекомендованному способу жевания: несколько раз кусать ее, затем, когда появится ощущение жжения во рту, переместить ее к десне и оставить там на полминуты, затем повторить. Если жевать слишком быстро, никотин будет проглатываться и не будет всасываться из-за низкого pH в желудке. Кроме того, никотин вызывает выделение слюны, жжение в глотке и может вызывать тошноту и икоту.

Контрольный визит должен быть проведен в течение недели после начала приема НЗТ с целью коррекции дозы никотина — если пациент сообщает о симптомах отмены, дозировка слишком низкая, и ее надо увеличить. Случаи передозировки достаточно редки, и пациенты бывают способны идентифицировать такие ситуации (тошнота, головокружение и т. д.). Существует ряд противопоказаний — сердечно-сосудистые заболевания, беременность, детский возраст. Но в любом случае, если альтернативой является сигарета — НЗТ менее опасна, чем курение! Кроме того, НЗТ может представлять собой альтернативу для тех, кто не может бросить курить, — ее долгосрочное применение лучше, чем курение, — а также для краткосрочного воздержания (при авиаперелетах, во время госпитализации и т. д.).

Для того чтобы удвоить частоту успеха в зависимости от масштаба вмешательства, длительность применения НЗТ в полной дозе должна составлять не менее 8, но лучше 12 и более недель. Препараты НЗТ доступны в аптеках без рецепта врача.

### Бупропион

Бупропион является антидепрессантом, ингибитором обратного захвата норадреналина-дофамина. Точный механизм снижения потребности в курении не был изучен, но подтвержден (удваивает частоту успеха в зависимости от масштаба вмешательства).

Рекомендуется в течение 1 нед использовать дозу 150 мг SR (замедленного высвобождения) один раз в сутки утром, а затем увеличивать дозу до 150 мг SR 2 раза в сутки. В случае применения XR (продолжительного действия) таблетка принимается только один раз в сутки (150/300 мг). Лечение должно быть начато не менее чем за 14 дней до даты планируемого отказа

от курения, и общая его продолжительность составляет не менее 8, но предпочтительно 12 и более недель.

Среди противопоказаний можно назвать судороги типа эпилепсии, булимию или анорексию в анамнезе и применение на данный момент ингибиторов МАО (моноаминоксидазы). Все пациенты, принимающие психиатрические препараты, должны посоветоваться со своим врачом-психиатром. Применения бупропиона следует избегать во время беременности и грудного вскармливания. Бупропион доступен только по рецепту.

## Табачная зависимость в рамках системы здравоохранения

Лечение табачной зависимости должно быть частью общедоступной системы здравоохранения с высокой степенью доступности для пациентов. Комплексная система лечения включает национальную цепочку оказания помощи при отказе от курения. Все медицинские работники должны быть обучены проводить краткое вмешательство у курильщиков и служить примером отсутствия курения для своих пациентов. Роль медицинских сестер часто недооценивается — они в достаточной степени квалифицированы, чтобы оказывать вмешательство, и стоимость их работы ниже по сравнению с врачами. Больницы должны все без исключения являться свободными от табачного дыма зонами и выступать в качестве мест, где поддерживают здоровье, а не вредят ему. Данный вид лечения должен также покрываться системой медицинского страхования. Покрытие медицинской страховкой представляет собой одно из наиболее экономически эффективных вмешательств [11]. В данном случае можно сберечь огромные финансовые ресурсы — 10% стоимости медицинских страховых выплат связано с болезнями, вызванными потреблением табака, но общие затраты, которые несет общество в целом, выше не менее чем в 2 раза — за счет более низкой экономической продуктивности, социальных выплат, рабочих часов, в которые работники занимаются не работой, а курением, больничных листов и т. д. [19].

## Система лечения табачной зависимости в Чешской Республике

Лечение табачной зависимости является важной частью системы здравоохранения. Краткое вмешательство должно оказываться всеми медицинскими работниками в Чешской Республике, однако обученные кадры уделяют этому больше внимания. В краткой форме лечение предоставляется в рамках амбулаторной помощи (например, врачами общей практики, пульмонологами, терапевтами и т. д.) или как часть

деятельности отделения стационара (обычно терапевтических, пульмонологических, кардиологических клиник и т. д.). Больницы по закону являются свободными от табачного дыма зонами за исключением закрытых психиатрических и наркологических отделений, где курение разрешено.

Лечение частично покрывается национальной системой медицинского страхования только в Центрах по лечению зависимых от табака, где психоповеденческое вмешательство покрывается в полном объеме. Некоторые страховые компании предоставляют небольшой бюджет на медикаменты, но возмещение расходов основывается на письменном подтверждении лечения врачом Центра и рецепте на купленный лекарственный препарат. Подобное интенсивное вмешательство бывает востребовано в связи с более высокой эффективностью препарата в таком случае.

Центры по лечению зависимых от табака открыты на базе стационаров в различных клиниках и предлагают интенсивные вмешательства. Всего в Чешской Республике существует 40 таких Центров (их список, а также карта представлены на сайте [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)), и им разрешено проводить только обоснованные с позиций доказательной медицины процедуры, в том числе фармакотерапию и психоповеденческие вмешательства в соответствии с чешскими и международными рекомендациями по лечению [6, 13]. Осуществляющая лечение команда в Центре состоит из медицинских сестер и врачей, которые сертифицированы Обществом по лечению табачной зависимости (аккредитовано Чешской Медицинской Палатой) как Специалисты по лечению табачной зависимости в Чешской Республике. В начале лечения пациенты обращаются самостоятельно или могут быть направлены любым врачом. Лечение включает скрининг, вмешательство и контрольные визиты в течение следующих 12 мес, как описано Kralikova и соавт. [20].

В начальный визит входят исходные обследования, он длится около часа и проводится чаще всего медсестрой. Этот визит одинаков у всех пациентов, независимо от назначенного им консультанта. Во время начального визита собирается медицинский анамнез и анамнез курения, а также проводится базовое физикальное обследование, включающее измерение исходных параметров: частоты сердечных сокращений, артериального давления, роста, массы тела, содержания монооксида углерода в выдыхаемом воздухе, окружности талии и бедер, числа выкуренных за последние 12 ч сигарет. Для того чтобы оценить степень табачной зависимости и симптомов отмены, анализируются опросники — Тест Фагерстрема для определения зависимости от сигарет (FTCD) и Миннесотская шкала отмены (MNWS) [21] (табл. 1, 2). С учетом высокой частоты психиатрических расстройств у курильщиков

(примерно 30% в нашем центре) также принимается во внимание анамнез таких заболеваний и оцениваются результаты оценки по Шкале депрессии Бека (BDI).

Второй визит проводится врачом и планируется в пределах недели после исходного скринингового визита. Вмешательство с участием врача проводится индивидуально или в малых группах по 4–5 человек. После короткого вступления и объяснения того, что вмешательство должно быть интерактивным, обсуждаются физический и психосоциальный аспекты табачной зависимости. Анализируются ассоциированные с потреблением табака привычки и ритуалы, включая общее число сигарет, выкуренных за всю жизнь. Также обсуждаются опыт пациента при предыдущих попытках отказа от курения и причины рецидива. Объясняются принципы никотиновой зависимости, а также тот факт, что курение является выученным поведением. Объясняются изменения на уровне рецепторов. Упоминается о важности идентификации себя как свободных от табачного дыма людей и о связанном с этим наслаждении. Исходя из потребностей пациентов, некоторое время уделяется специфическим медицинским последствиям курения, чтобы улучшить их мотивацию. Далее пациентам предоставляется буклет под названием «Мой путь к свободе от табачного дыма». Обсуждаются решение пациента бросить курить, в том числе готовность, убежденность в своей способности с этим справиться, и основные источники их мотивации. Ответы основаны на шкале Лайкерта из 10 пунктов, при этом позднее ответы могут снова повторяться. Объясняется принцип измерения содержания СО в выдыхаемом воздухе и его взаимосвязь с числом выкуренных за последние 12 ч сигарет, а также индивидуальные значения расчетного уровня потребления никотина у пациентов. Разъясняется важность поведенческой поддержки и обсуждаются типичные курительные ситуации (кофе, алкоголь, курящее окружение, еда, стресс, покой/отдых, ожидание, в машине, в ресторане...). Мы просим пациентов подготовить «бестабачные» решения для таких ситуаций заранее, до того как такая ситуация может возникнуть, при этом рекомендуется вознаграждать себя за даже самый маленький отмеченный успех. Объясняются стратегии профилактики увеличения массы тела и альтернативные техники релаксации, а также обсуждаются возможные препятствия с поиском возможных способов их обойти. Социальная поддержка очень важна.

После краткого описания симптомов отмены врач дает комментарии по принципам физической зависимости и индивидуальной оценке по FTCD у каждого пациента. Кратко излагаются возможные варианты фармакотерапии, объясняется механизм действия препаратов, в том числе все возможные побочные эффекты, стоимость медикаментозного лечения и возмож-

ность возмещения расходов, а также обсуждается продолжительность приема препаратов. В конце второго визита пациент и терапевт составляют план дальнейшего лечения, включающий назначение фармакотерапии и ее дозы. Тип и дозировка препарата выбираются исходя из рекомендации терапевта (после тщательной оценки анамнеза пациента), а также выбора и предпочтений пациента. Устанавливаются целевая дата отказа от курения, а также дата контрольной встречи (обычно в пределах 2 нед после исходного вмешательства).

Контрольные визиты базируются на потребностях пациента, но обычно их проводят в пределах 2 нед после даты отказа от курения, затем примерно 3 раза в месяц, затем через 6 и 12 мес после даты отказа от курения. Они занимают до 30 мин и включают следующие измерения: анамнез курения после последнего визита, артериальное давление, СО в выдыхаемом воздухе и симптомы отмены. MNWS оценивается при каждом визите с целью коррекции дозы препарата и/или вмешательства в зависимости от интенсивности. Обсуждаются трудности пациента во время отказа от курения и анализируются связанные с риском ситуации. Число контрольных визитов не ограничено и устанавливается исходя из потребностей пациента, но в среднем в течение следующих 12 мес проводится 4 контрольных визита, что составляет в общей сложности 6 визитов в течение одного года наблюдения.

Последний визит назначается через один год после отказа от курения и включает верификацию воздержания от курения с помощью СО. В случае рецидива мы всегда готовы принять пациента на дополнительный курс лечения.

### **Инструкции по применению Миннесотской шкалы симптомов отмены — пересмотренная версия**

1. Имеются две шкалы: заполняемая самим пациентом и шкала для наблюдателя. Некоторые пункты отсутствуют в шкале для наблюдателя, поскольку наблюдатели не могут их достоверно оценить.
2. В шкале для самостоятельного заполнения первые девять пунктов представляют собой хорошо валидизированные пункты, и именно они должны использоваться при подсчете общей оценки дискомфорта вследствие отмены. Шесть остальных пунктов являются перспективными кандидатами.
3. Ознакомьтесь с прилагаемой таблицей, чтобы дополнительно сопоставить содержание шкал с критериями отмены никотина/табака по DSM-V и МКБ-10, а также с содержанием прочих шкал для оценки отмены.
4. Мы просим участников заполнять шкалу и до, и после отказа от курения.
5. Мы просим участников давать оценки за последние 24 ч, а наблюдателей — за последнюю неде-

Таблица 1

**Тест Фагерстрема для определения зависимости от сигарет [5]**

Вопрос	Оценка, баллы			
	0	1	2	3
Как скоро после пробуждения вы закуриваете свою первую сигарету?	Через 60 мин	31–60 мин	6–30 мин	В пределах 5 мин
Трудно ли вам воздержаться от курения в местах, где это запрещено, например в церкви, библиотеке, кино и т. д.?	Нет	Да		
От какой сигареты вам сложнее всего отказаться?	Всех остальных	Первой утренней сигареты		
Сколько сигарет в сутки вы выкуриваете?	10 или менее	11–20	21–30	31 или более
Курите ли вы более часто в течение первых часов после пробуждения, чем в остальные дневные часы?	Нет	Да		
Курите ли вы, если вы так больны, что вынуждены оставаться в постели большую часть дня?	Нет	Да		

Классификация зависимости: даже 1 балл означает наличие некоторого уровня зависимости.

Таблица 2

**Миннесотская шкала симптомов отмены [21, <https://www.uvm.edu/~hbpl/?Page=minnesota/default.html>]**

Симптом	Интенсивность симптомов				
	0	1	2	3	4
Сердитый, раздраженный, расстроенный					
Тревожный, нервный					
В подавленном настроении, грустный					
Желание или нестерпимая тяга закурить					
Затруднение концентрации					
Повышение аппетита, голод, увеличение массы тела					
Бессонница, проблемы со сном, пробуждения среди ночи					
Беспокойный					
Нетерпеливый					
Запор					
Головокружение					
Кашель					
Сновидения или ночные кошмары					
Тошнота					
Боль в горле					

- лю. Мы обычно требуем, чтобы наблюдатели непосредственно видели участника в среднем 2 ч в сутки.
6. Мы используем варианты ответов от 0 до 4, так что мы можем создать вербальную привязку для каждого ответа. Более обширный набор вариантов ответа (например, 0–100), вероятно, будет иметь большую чувствительность, но его сложнее интерпретировать.
  7. Шкала не маркируется как шкала для оценки отмены, поскольку пациенты 1) приходят в замеша-

тельство, когда их просят заполнить шкалу «отмены» до прекращения курения, и 2) иногда склонны не сообщать о некоторых симптомах во время воздержания, если они не считают их связанными с отменой.

8. Мы приветствуем ознакомление читателей с недавним обзором методологических проблем при оценке симптомов отмены табака.

Пожалуйста, оцените себя в течение последних 24 ч: 0 — нет, 1 — незначительно, 2 — легкая степень, 3 — умеренная степень, 4 — тяжелая степень.

## Список литературы

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision: ICD-10. World Health Organization (WHO): Geneva, 1992. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. — 5th ed: DSM-5. — Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013. — ISBN 978-0890425558. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>.
3. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Russian Federation 2009. Country report: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_russian\\_countryreport.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_russian_countryreport.pdf).
4. *Heatherton F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O.* The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire // *Br. J. Addict.* — 1991. — Vol. 86(9). — P. 1119–1127. PMID: 1932883 PubMed — indexed for MEDLINE.
5. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence // *Nicotine Tob. Res.* — 2012. — Vol. 14(1). — P. 75–78. doi:10.1093/ntr/ntr137.
6. *Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B., Bailez W.C., Benowitz N.L., Curry S.J., Dorfman S.F., Froelicher E.S., Goldstein M.G., Heaton C.G., Henderson P.N., Heyman R.B., Koh H.K., Kottke T.E., Lando H.A., Mecklenburg R.E., Mermelstein R.J., Mullen P.D., Orleans C.T., Robinson L., Stitzer M.L., Tomassello A.C., Villejo L., Wewers M.E., Murray E.W., Bennett G., Heishman S., Husten C., Morgan G., Williams C., Christiansen B.A., Piper M.E., Hasselblad V., Fraser D., Theobald W., Connell M., Leitzke C.* Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services // Rockville (MD). — 2008. — Abstractum. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>.
7. *Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T.* Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Vol. 5. — CD009329. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
8. *Kralikova E., Kmetova A., Stepankova L., Zvolaska K., Davis R., West R.* Fifty-two-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy // *Addiction* 2013. — Vol. 108(8). — P. 1497–1502. doi: 10.1111/add.12219.
9. *West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J.* Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard // *Addiction* 2005. — Vol. 100(3). — P. 299–303. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00995.x.
10. *Hartmann-Boyce J., Stead L.F., Cahill K., Lancaster T.* Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews // *Addiction* 2014. — Vol. 109(9). — P. 1414–1425. doi: 10.1111/add.12633.
11. *Zwar N., Richmond R., Borland R. et al.* Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners. — Melbourne, 2011. <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Australia%20treatment%20guidelines%20in%20English%202011.pdf>.
12. The New Zealand Guidelines to Help People to Stop Smoking. Update September 14, 2014. ISBN 978-0-478-42809-4 (print), 978-0-478-42810-0 (online). <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking>.
13. *Králiková E., Česka R., Pánková A., Štěpánková L., Zvolská K., Felbrová V., Kulovaná S., Zvolský M.* Tobacco dependence treatment guidelines // *Vnitř. Lek.* — 2015. — Spring; Vol. 61, Suppl. 1. — P. 4–15. Czech. PubMed PMID: 26056708.
14. *Singh S., Loke Y.K., Spangler J.G., Furberg C.D.* Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis // *Can. Med. Assoc. J.* — 2011. — Vol. 183. — P. 1359–1366. doi: 10.1503/cmaj.110218.
15. U.S. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) drug label now contains updated efficacy and safety information. — 2011. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm264436.htm>.
16. *Prochaska J.J., Hilton J.F.* Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis // *BMJ.* — 2012. — Vol. 344. — e2856. doi: 10.1136/bmj.e2856.
17. *Thomas K.H., Martin R.M., Knipe D.W., Higgins J.P., Gunnell D.* Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis // *BMJ.* — 2015. — Mar 12, Vol. 350. — h1109. doi:10.1136/bmj.h1109.
18. *Cinciripini P.M., Robinson J.D., Karam-Hage M., Minnick J.A., Lam C., Versace F., Brown V.L., Engelmann J.M., Wetter D.W.* Effects of varenicline and bupropion sustained-release use plus intensive smoking cessation counseling on prolonged abstinence from smoking and on depression, negative affect, and other symptoms of nicotine withdrawal // *JAMA Psychiatry.* — 2013. — May; Vol. 70(5). — P. 522–533. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.678.
19. World Bank. Curbing the epidemic — governments and the economics of tobacco control (English). World Bank: Washington DC 1999. <http://documents.worldbank.org/curated/>

- en/1999/05/437174/curbing-epidemic-governments-economics-tobacco-control.
20. Králíková E., Kmetová A., Štěpánková L., Zvolská K., Felbrová V., Kulovaná S., Bortlíček Z., Blaha M., Fraser K. Tobacco dependence, the most important cardiovascular risk factor: treatment in the Czech Republic // *Physiol Res.* — 2014. — Vol. 63, Suppl. 3. — S. 361–368. PubMed PMID: 25428741.
  21. Hughes J.R., Hatsukami D.K. Signs and symptoms of tobacco withdrawal // *Arch. Gen. Psychiatr.* — 1986. — Vol. 43. — P. 289–294. doi: 10.1001/archpsyc.1986.01800030107013.

## Bibliography

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision: ICD-10. World Health Organization (WHO): Geneva 1992. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. — 5th ed: DSM-5. — Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013. — ISBN 978-0890425558. <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>.
3. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Russian Federation 2009. Country report: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_russian\\_countryreport.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_russian_countryreport.pdf).
4. Heatherton F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire // *Br. J. Addict.* — 1991. — Vol. 86(9). — P. 1119–1127. PMID: 1932883 PubMed — indexed for MEDLINE.
5. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence // *Nicotine Tob. Res.* — 2012. — Vol. 14(1). — P. 75–78. doi:10.1093/ntr/ntr137.
6. Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B., Bailez W.C., Benowitz N.L., Curry S.J., Dorfman S.F., Froelicher E.S., Goldstein M.G., Heaton C.G., Henderson P.N., Heyman R.B., Koh H.K., Kottke T.E., Lando H.A., Mecklenburg R.E., Mermelstein R.J., Mullen P.D., Orleans C.T., Robinson L., Stitzer M.L., Tomassello A.C., Villejo L., Wewers M.E., Murray E.W., Bennett G., Heishman S., Husten C., Morgan G., Williams C., Christiansen B.A., Piper M.E., Hasselblad V., Fraser D., Theobald W., Connell M., Leitzke C. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services // Rockville (MD). — 2008. — Abstractum. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>.
7. Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Vol. 5. — CD009329. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
8. Kralikova E., Kmetova A., Stepankova L., Zvolaska K., Davis R., West R. Fifty-two-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy // *Addiction* 2013. — Vol. 108(8). — P. 1497–1502. doi: 10.1111/add.12219.
9. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard // *Addiction* 2005. — Vol. 100(3). — P. 299–303. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00995.x.
10. Hartmann-Boyce J., Stead L.F., Cahill K., Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews // *Addiction* 2014. — Vol. 109(9). — P. 1414–1425. doi: 10.1111/add.12633.
11. Zwar N., Richmond R., Borland R. et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners. — Melbourne, 2011. <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Australia%20treatment%20guidelines%20in%20English%202011.pdf>.
12. The New Zealand Guidelines to Help People to Stop Smoking. Update September 14, 2014. ISBN 978-0-478-42809-4 (print), 978-0-478-42810-0 (online). <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking>.
13. Králíková E., Češka R., Pánková A., Štěpánková L., Zvolská K., Felbrová V., Kulovaná S., Zvolský M. Tobacco dependence treatment guidelines // *Vnitř. Lek.* — 2015. — Spring; Vol. 61, Suppl. 1. — P. 4–15. Czech. PubMed PMID: 26056708.
14. Singh S., Loke Y.K., Spangler J.G., Furberg C.D. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis // *Can. Med. Assoc. J.* — 2011. — Vol. 183. — P. 1359–1366. doi: 10.1503/cmaj.110218.
15. U.S. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) drug label now contains updated efficacy and safety information. — 2011. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm264436.htm>.
16. Prochaska J.J., Hilton J.F. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis // *BMJ.* — 2012. — Vol. 344. — e2856. doi: 10.1136/bmj.e2856.
17. Thomas K.H., Martin R.M., Knipe D.W., Higgins J.P., Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis // *BMJ.* — 2015. — Mar 12, Vol. 350. — h1109. doi: 10.1136/bmj.h1109.
18. Cinciripini P.M., Robinson J.D., Karam-Hage M., Minnick J.A., Lam C., Versace F., Brown V.L., Engelmann J.M., Wetter D.W. Effects of varenicline and bupropion sustained-release use plus intensive smoking cessation counseling on prolonged abstinence from smoking and on depression, negative affect, and other symptoms of nicotine withdrawal // *JAMA Psychiatry.* — 2013. — May; Vol. 70(5). — P. 522–533. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.678.
19. World Bank. Curbing the epidemic — governments and the economics of tobacco control (English). World Bank: Washington DC 1999. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1999/05/437174/curbing-epidemic-governments-economics-tobacco-control>.
20. Králíková E., Kmetová A., Štěpánková L., Zvolská K., Felbrová V., Kulovaná S., Bortlíček Z., Blaha M., Fraser K. Tobacco dependence, the most important cardiovascular risk factor: treatment in the Czech Republic // *Physiol Res.* — 2014. — Vol. 63, Suppl. 3. — S. 361–368. PubMed PMID: 25428741.
21. Hughes J.R., Hatsukami D.K. Signs and symptoms of tobacco withdrawal // *Arch. Gen. Psychiatr.* — 1986. — Vol. 43. — P. 289–294. doi: 10.1001/archpsyc.1986.01800030107013.

Поступила в редакцию 10.11.2015 г.