

# 2018

ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ  
ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ  
ԲՈՒԺՄԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ



American  
University  
of Armenia

Հայաստանի  
Ամերիկյան  
Համալսարան



**ENSP**

European Network  
for Smoking and Tobacco Prevention



2018

ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ  
ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ  
ԲՈՒԺՄԱՆ  
ՁԵՌՆԱՐԿ





# **ENSP**

*European Network  
for Smoking and Tobacco Prevention*

---

*Թարգմանիչներ՝  
Լուսինե Մուշեղյան  
Վարդուհի Հայրումյան*

*Մասնագիտական խմբագիրներ՝  
Արուսյակ Հարությունյան  
Արմինե Դանիելյան  
Արմինե Աբրահամյան*

*Սրբագրիչ՝  
Նարինե Ռաֆյան*

---

© 2018  
European Network for Smoking and Tobacco  
Prevention aisbl (ENSP)  
Chaussée d'Ixelles 144  
B-1050 Brussels, Belgium  
Tel.: +32 2 2306515  
Fax: +32 2 2307507  
E-mail: [info@ensp.org](mailto:info@ensp.org)  
Internet: [www.enasp.org](http://www.enasp.org)  
E-learning platform: <http://elearning-ensp.eu/>

ISBN: 978-618-83620-2-4

# Բովանդակություն

|   |    |
|---|----|
| Երախտիքի խոսք.....                            | 7  |
| Շահերի բախման հայտարարագիր .....              | 8  |
| Առաջարկությունների ապացույցների մակարդակ..... | 9  |
| Նախաբան.....                                  | 10 |

|            |    |
|------------|----|
| ՄԱՍ I..... | 13 |
|------------|----|

## ԳԼՈՒԽ 1. Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության գնահատում..... 13

|   |    |
|---|----|
| 1.0. Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության գնահատում.....             | 14 |
| 1.1. Ծխախոտի օգտագործումը հիվանդություն է.....                                | 14 |
| 1.2. Սահմանումներ, դասակարգումներ, տերմիններ և հատուկ բացատրություններ .....  | 15 |
| 1.2.1. Ծխախոտային կախվածությունը որպես ձեռքբերովի հիվանդություն.....          | 15 |
| 1.2.2. Ծխախոտային կախվածության առաջացման մեխանիզմները .....                   | 15 |
| 1.2.3. Նիկոտինը ծխախոտային կախվածություն առաջացնող միակ գործոնը չէ .....      | 16 |
| 1.2.4. Նիկոտինային կախվածությունն ըստ ԱՀԿ-ի.....                              | 16 |
| 1.3. Ծխելը քրոնիկական ախտադարձային հիվանդություն է.....                       | 18 |
| 1.3.1. Ախտադարձի օրինաչափությունները.....                                     | 18 |
| 1.3.2. Ծխախոտային կախվածության բուժումը ծխելը դադարեցնելուց հետո.....         | 19 |
| 1.4. Ժամանակակից բժշկության մեջ ծխողների ընթացիկ բացահայտումը պարտադիր է..... | 19 |
| 1.5. Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության գնահատում/ ախտորոշում .....           | 20 |
| 1.5.1. Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության կլինիկական ախտորոշում.....          | 20 |
| 1.5.2. Ծխելը դադարեցնելու նախորդ փորձերի վերլուծություն .....                 | 21 |
| 1.5.3. Ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիա .....                                     | 21 |
| 1.5.4. Հիվանդների բժշկական պատմությունը.....                                  | 23 |
| 1.5.5. Հղիություն/կրծքով կերակրում/հակաբեղմնավորիչ մեթոդի կիրառություն .....  | 23 |
| 1.5.6. Հիվանդի տագնապի և դեպրեսիայի պատմությունը.....                         | 23 |
| 1.5.7. Ծխախոտային կախվածության լաբորատոր ախտորոշումը .....                    | 23 |
| Գրականություն.....  | 25 |

## ԳԼՈՒԽ 2. Ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու և ծխախոտային կախվածությունը բուժելու համար ..... 27

|  |    |
|--|----|
| 2.0. Ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու և ծխախոտային կախվածությունը բուժելու համար..... | 28 |
| 2.1. Ծխախոտի օգտագործումը.....   | 28 |
| 2.2. Ծխախոտային կախվածությունը որպես հիվանդություն.....  | 28 |
| 2.3. Ծխելը դադարեցնելը.....  | 29 |
| 2.3.1. Պացիենտի կրթում .....   | 29 |
| 2.3.2. Վարքաբանական աջակցություն.....  | 29 |
| 2.3.3. Դեղորայք.....   | 29 |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.3.4. Ծխելը դադարեցնելը.....   | 29        |
| 2.4. Ծխելը դադարեցնելուց հետո ծխախոտային կախվածության բուժումը.....   | 30        |
| 2.5. Ախտադարձի կանխարգելումը.....   | 30        |
| Գրականություն.....  | 31        |
| <b>ԳԼՈՒԽ 3. Ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն ..... 33</b>                       | <b>33</b> |
| 3.0. Ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն.....                                      | 34        |
| 3.1. Ընդհանուր առաջարկություններ.....   | 34        |
| 3.2. Ծխողներին աջակցող բժշկական անձնակազմի համար միջամտության ծրագիր.....                                       | 34        |
| 3.3. Խորհուրդներ թերապևտներին.....  | 35        |
| 3.4. Խորհուրդներ հիվանդանոցում բուժում ստացող հիվանդների վերաբերյալ.....  | 35        |
| 3.5. Խորհուրդներ հղի կանանց վերաբերյալ.....   | 36        |
| 3.6. Խորհուրդներ պլանային վիրահատությամբ հիվանդների վերաբերյալ.....   | 36        |
| Գրականություն.....  | 36        |
| <b>ՄԱՍ II ..... 37</b>  | <b>37</b> |
| <b>ԳԼՈՒԽ 4. Ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ միջամտություններ..... 37</b>                               | <b>37</b> |
| 4.0. Ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ միջամտություններ.....   | 38        |
| 4.1. Ծխախոտային կախվածության բուժման թերապևտիկ միջամտություններ.....  | 39        |
| 4.1.1. Ծխախոտային կախվածության բուժման թերապևտիկ միջամտությունը պարտադիր Է.....                                 | 39        |
| 4.1.2. Ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ մոտեցում.....  | 41        |
| 4.1.3. Ծխելուց և ծխախոտային կախվածությունից բուժման արդյունավետությունը (Աջակցել).....                          | 44        |
| 4.1.4. Հետևողական աջակցություն (Կազմակերպել).....   | 45        |
| 4.1.5. Առողջապահական համակարգերի մոտեցումը ծխախոտի օգտագործման<br>և ծխախոտային կախվածության բուժման հարցին..... | 46        |
| 4.1.6. Ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների տեսակները.....  | 47        |
| 4.1.6.1. Նվազագույն միջամտություն (համառոտ խորհրդատվություն).....   | 47        |
| 4.1.6.2. Ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված անհատական միջամտություններ.....                                       | 47        |
| 4.2. Վարքաբանական խորհրդատվություն.....   | 50        |
| 4.2.1. Հնգբանական աջակցություն ծխելը դադարեցնելու համար.....  | 50        |
| 4.2.2. Կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա (ԿՎԹ).....   | 51        |
| 4.2.3. Մոտիվացնող հարցազրույց (ՄՀ).....   | 54        |
| 4.2.4. Վարքաբանական խորհրդատվության ձևաչափը.....  | 57        |
| 4.2.4.1. Ծխելը դադարեցնելու անհատական խորհրդատվություն.....   | 57        |
| 4.2.4.2. Ծխելը դադարեցնելու խմբային խորհրդատվություն.....   | 57        |
| 4.2.4.3. Հեռախոսային աջակցություն, ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գիծ.....                                     | 58        |
| 4.2.4.4. Ինքնօգնության նյութեր.....   | 60        |
| 4.2.4.5. Համակարգչի/համացանցի օգնությամբ իրականացվող միջամտություններ.....                                      | 64        |
| 4.3. Ծխախոտային կախվածության դեղորայքային բուժումը.....   | 65        |
| 4.3.1. Նիկոտինային փոխարինող բուժում.....   | 67        |
| 4.3.2. Բուժումը բուլարոպիոնով.....  | 77        |

|   |     |
|---|-----|
| 4.3.3. Բուժումը վարենիկլինոլ  | 81  |
| 4.3.4. Բուժումը կլոնիդինոլ  | 92  |
| 4.3.5. Բուժումը նորտրիպտիլինոլ  | 93  |
| 4.3.6. Ցիտիզին  | 95  |
| 4.4. Անհատականացված բուժման սխեմաներ  | 99  |
| 4.4.1. Դեղորայքային բուժման զուգակցումը   | 100 |
| 4.4.2. Առաջարկություններ բուժման տևողությունը երկարաձգելու համար  | 105 |
| 4.5. Ծխելը դադարեցնելու աջակցող այլ միջամտությունների հասանելի ապացույցներ  | 107 |
| 4.6. Ծխելու նվազեցման մոտեցումը   | 112 |
| 4.6.1. Ծխելը նվազեցնելը նիկոտինին փոխարինող միջոցների կիրառմամբ   | 113 |
| 4.6.2. Ծխելը նվազեցնելը վարենիկլինոլ  | 113 |
| 4.7. Առաջարկություններ ախտադարձի կանխարգելման համար   | 114 |
| 4.8. Հատուկ իրավիճակներում և բնակչության ռիսկային խմբերում ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ առաջարկություններ                               | 117 |
| 4.8.1. Առաջարկություններ հղի կանանց բուժման վերաբերյալ  | 117 |
| 4.8.2. Առաջարկություններ 18 տ. ցածր երիտասարդների բուժման համար   | 118 |
| 4.8.3. Առաջարկություններ շնչառական, սրտանոթային, հոգեկան առողջության, քաղցկեղային և ուղեկցող այլ հիվանդություններ ունեցող ծխողների բուժման վերաբերյալ | 123 |
| 4.8.4. Առաջարկություններ ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումից խուսափելու վերաբերյալ  | 131 |
| Գրականություն   | 132 |

**ԳԼՈՒԽ 5. Ծխելը դադարեցնելու գնահատման հետազոտություններ և գիտական առաջարկություններ... 133**

|   |     |
|---|-----|
| 5.0. Ծխելը դադարեցնելու գնահատման հետազոտություններ և առաջարկություններ     | 134 |
| 5.1. Ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ կլինիկական հետազոտության չափանիշները     | 134 |
| 5.2. Ծխախոտային կախվածության բուժման ծախսարդյունավետությունը                | 135 |
| 5.3. Առաջարկություններ ծխելը դադարեցնելու ուղեցույցների ներդրման վերաբերյալ | 137 |
| 5.4. Ծխախոտային կախվածության վերաբերյալ առաջարկվող գիտական գրականություն    | 138 |

**ՄԱՍ III ..... 139**

**ԳԼՈՒԽ 6. Ծխախոտային կախվածության բուժում տրամադրելու նպատակով բուժաշխատողների վերապատրաստմանն ուղղված առաջարկություններ ..... 139**

|   |     |
|---|-----|
| 6.0. Ծխախոտային կախվածության բուժում տրամադրելու նպատակով բուժաշխատողների վերապատրաստմանն ուղղված առաջարկություններ                               | 140 |
| 6.1. Առաջարկություններ ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ փորձագիտական վերապատրաստման չափորոշիչների վերաբերյալ                              | 142 |
| 6.2. Առաջարկություններ Եվրոպայի բժշկական համալսարանների համար՝ «ծխելը դադարեցնելու» ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ                        | 144 |
| 6.3. Առաջարկություններ Եվրոպայում հետբուժական բժշկական կրթության ծրագրերի շրջանակներում ծխելը դադարեցնելու ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ | 147 |
| 6.4. Առաջարկություններ Եվրոպայում ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների տրամադրման գործընթացում ներառված այլ մասնագետների (հոգեբաններ, բուժքույրեր, |     |

|  |     |
|--|-----|
| առողջապահական քաղաքականություն մշակողներ) համար ծխելը դադարեցնելու<br>ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ ..... | 149 |
| 6.5. Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող բժիշկների վերապատրաստման չափանիշներ.....  | 150 |
| 6.6. Ծխախոտային կախվածության բուժման որակի չափանիշները.....  | 152 |
| 6.7. Ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագիտացված ծառայության<br>հավատարմագրման պահանջները.....                   | 156 |
| 6.7.1. Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունների 3 մակարդակները .....   | 156 |
| 6.7.2. Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կառույցների հավատարմագրումը .....                                 | 157 |
| Գրականություն.....   | 161 |



# Երախտիքի խոսք

**The 2018 (4th) edition was coordinated and revised by Dr. Sophia Papadakis and Dr Constantine Vardavas**

Ծխելու կանխարգելման եվրոպական ցանցն իր երախտիքի խոսքն է հայտնում ներքոնշյալ խմբագրական կազմին սույն ձեռնարկի 1, 2, 3 հրատարակություններում իրենց ունեցած նշանակալից ավանդի համար:

**Panagiotis K. Behrakis**, MD, PhD (McGill), FCCP, Chair of the Scientific Committee of ENSP, Director of the Institute of Public Health of the American College of Greece and a Researcher at the Biomedical Research Foundation of the Academy of Athens, Greece;

**Nazmi Bilir**, Professor of Public Health, Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey;

**Luke Clancy**, BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, respiratory physician and Director General, TobaccoFree Research Institute Ireland (TFRI);

**Bertrand Dautzenberg**, Professor of Chest Medicine at Pitié-Salpêtrière hospital, Paris and Chair of Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris, France;

**Andrey Konstantinovich Demin**, M.D., D.Polit.Sci., Professor of Public Health at I.M. Sechenov 1st Moscow State Medical University and N.I. Pirogov National Medical Surgical Centre, and President of Russian Public Health Association, Moscow, Russia;

**Sophia Papadakis**, PhD, MHA, is a Scientist, Division of Prevention and Rehabilitation at the University of Ottawa Heart Institute, Adjunct Professor in the Faculty of Medicine at the University of Ottawa and Visiting Scientist in the Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine of the University of Crete, Greece;

**Hans Gilljam**, MD, Professor of Public Health, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden;

**Antigona Trofor**, M.D. Ph.D., Associate Professor of Pulmonology at the University of Medicine and Pharmacy Gr. T. Popa, Iași and Respiratory Physician at the Clinic of Pulmonary Diseases, Iași, Romania;

**Constantine Vardavas**, MD, RN, MPH, PhD, FCCP, Associate Director of the Institute of Public Health (IPH) of the American College of Greece.

**Maria Sofia Cattaruzza**, head of UNITAB, Sapienza University, Rome, Italy;

**Florin Dumitru Mihălțan**, Professor of Pneumology, M. Nasta National Institute of Pneumology, President of the Romanian Society of Pneumology, Bucharest, Romania;

**Manfred Neuberger**, O. Univ.-Prof. M.D., Vienna, Austria; Biagio Tinghino, President of the Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), co-ordinator of the working group on SITAB Guidelines, head of the Smoking Cessation Centre, ASL Monza e Brianza, Italy;

**Paulo D. Vitória**, Psychologist, PhD, Professor of Preventive Medicine at Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior. Member of the Coordination Team at Portuguese Quitline. Member of the Steering Board at Portuguese Society of Tabacology (SPT), Portugal;

**Vincenzo Zagà**, editor-in-chief of Tabaccologia, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), Bologna, Italy;

**Witold A. Zato ski**, Professor, M.D, PhD. Director Division of Epidemiology and Cancer Prevention, Director WHO Collaborating Centre, Warsaw, Poland.

ENSP is indebted to **Cornel Radu-Loghin**, the ENSP General Secretary, for initiating and managing the project.

## Շահերի բախման հայտարարագիր

---

Հեղինակները և խմբագրական կազմը հայտարարում են շահերի բախման բացակայության մասին՝ կապված ձեռնարկի բովանդակության հետ:

Սույն ձեռնարկի մշակման ընթացքում դեղագործական որևէ ընկերության հետ համագործակցություն չի իրականացվել:

# Առաջարկությունների ապացույցների մակարդակ

Աղյուսակ 1. Տվյալ ձեռնարկն առանձնացնում է ապացույցի երեք մակարդակ՝ ըստ տեսակի, որակի և առնչվող հետազոտությունների քանակի:

| Ապացույցի մակարդակները. նկարագրություն |   |   |
|--|---|---|
| Ապացույցի մակարդակ                     | Ապացույցի աղբյուր   | Սահմանում   |
| A                                      | Վերահսկվող և ռանդոմիզացված հետազոտություններ:<br>Տվյալների մեծ քաղա:  | Մեծ թվով հետազոտություններ, որոնցում ընդգրկված են զգալի քանակությամբ մասնակիցներ:   |
| B                                      | Վերահսկվող և ռանդոմիզացված հետազոտություններ:<br>Տվյալների սահմանափակ քաղա:                                     | Հետազոտություններ, որոնք ներառում են սահմանափակ թվով մասնակիցներ, արդեն իրականացված հետազոտության տվյալների վերլուծություն, ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտության ենթախմբի վերլուծություն կամ ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտության մետա-վերլուծություն:<br>Ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունները փոքրածավալ են, ներառում են մասնակիցների տարբեր խմբեր՝ անկայուն արդյունքներով: |
| C                                      | Ոչ ռանդոմիզացված հետազոտություններ: Դիտորդական (Observational) հետազոտություններ: Փորձագետների համաձայնություն: | Ապացույցներ չվերահսկվող և ոչ ռանդոմիզացված հետազոտություններից կամ դիտորդական հետազոտություններից:  |

| Ապացույցի մակարդակները. նկարագրություն |                |  |
|--|----------------|--|
| Կոդ                                    | Ապացույցի որակ | Սահմանում  |
| A                                      | Բարձր          | Փոքր է հավանականությունը, որ հետագա հետազոտությունները կփոխեն արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները:<br>Մի քանի բարձրորակ հետազոտություն՝ հաստատուն արդյունքներով:<br>Հատուկ դեպքերում՝ մեկ լայնածավալ, բարձրորակ, բազմակենտրոն հետազոտություն: |
| B                                      | Միջին          | Հավանական է, որ հետագա հետազոտությունները Եական ազդեցություն կունենան և կփոխեն արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները:<br>Մեկ բարձրորակ հետազոտություն:<br>Մի քանի հետազոտություն՝ որոշակի սահմանափակումներով:                                   |
| C                                      | Ցածր           | Մեծ է հավանականությունը, որ հետագա հետազոտություններն Եական ազդեցություն կունենան և կփոխեն արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները:<br>Մեկ կամ մի քանի հետազոտություն՝ խիստ սահմանափակումներով:   |
| D                                      | Շատ ցածր       | Արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները չափազանց անորոշ են:<br>Փորձագետի կարծիք:<br>Ուղղակի հետազոտական ապացույցների բացակայություն:<br>Մեկ կամ մի քանի հետազոտություն՝ խիստ սահմանափակումներով:  |

# Նախաբան

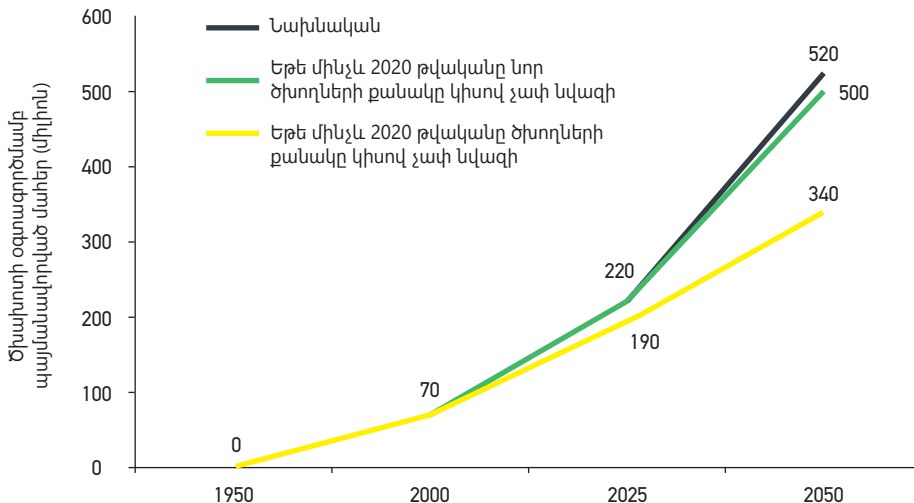
Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ)՝ ծխախոտային համաճարակն առողջապահական հիմնախնդիր է, որը տարեկան խլում է ավելի քան 7 միլիոն մարդու կյանք: Աշխարհի 1 միլիարդ ծխողների գրեթե 80%-ն ապրում է ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում, որտեղ ծխախոտի հետ կապված հիվանդացության և մահացության դեպքերի թիվն ամենաբարձրն է:

Ըստ 2017 թվականին հրապարակված Eurobarometer հետազոտության արդյունքների՝ Եվրոպայում ծխում է 15 տարեկանից բարձր անձանց գրեթե մեկ քառորդը (26%), իսկ 25-ից 39 տարեկան անձանց՝ գրեթե մեկ երրորդը (33%): Ծխողների մոտ կեսը (Եվրոպայում այս թիվը կազմում է մոտավորապես 700 000 մարդ) տարեկան մահանում է ծխելու հետևանքով առաջացած հիվանդություններից: ԱՀԿ-ի կողմից իրականացված STEPS (2016-2017) հետազոտության համաձայն՝ Հայաստանում 18-ից 69 տարեկան մեծահասակների շրջանում ծխելու տարածվածությունը կազմում է 27,9%: Հայաստանում ծխողների թիվը

բարձր է հատկապես տղամարդկանց շրջանում: Նրանց մոտավորապես կեսը (51,5%), իսկ կանանց 1,8%-ը ծխում է: Այս ահազանգող ցուցանիշները մեզ ստիպում են քայլեր ձեռնարկել ծխախոտային կախվածության հիմնախնդրի լուծմանն ընդառաջ:

Ծխախոտային կախվածության բուժմանն ուղղված միջամտությունները անմիջական ազդեցություն ունեն մահացության ցուցանիշների վրա և, հետևաբար, պետք է խրախուսվեն: Ըստ Համաշխարհային բանկի *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control* զեկույցի՝ եթե մինչև 2020 թվականը 50%-ով նվազի նոր ծխողների քանակը, ապա ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված մահերի քանակը 2050 թվականին կնվազի՝ կազմելով գրեթե 500 միլիոն ներկայիս 520 միլիոնի փոխարեն: Մյուս կողմից, եթե ներկայիս ծխողների կեսը մինչև 2020 թվականը դադարեցնի ծխելը, ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված մահերի թիվը 2050 թվականին կնվազի՝ կազմելով 340 միլիոն (պատկեր 1):

**Պատկեր 1. Ծխելու հետևանքով առաջացած մահերի անն առաջիկա 50 տարիների ընթացքում և տարբեր ռազմավարությունների ազդեցությունն այդ ցուցանիշի վրա (աղբյուրը՝ Համաշխարհային բանկ)**



ԱՀԿ ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի (ԾՊՇԿ) 14-րդ հոդվածի համաձայն՝ «Յուրաքանչյուր Կողմ պետք է մշակի և տարածի համապատասխան, համակողմանի և համալիր ուղեցույցներ, որոնք հիմնված են գիտական տվյալների և լավագույն փորձի վրա՝ հաշվի առնելով ազգային հանգամանքներն ու գերակայությունները, և պետք է արդյունավետ միջոցներ ձեռնարկի ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն աջակցելու և ծխախոտային կախվածության համապատասխան բուժումն ապահովելու համար»:

Համաձայն ԾՊՇԿ 14-րդ հոդվածի ներդրման ուղեցույցների՝ ԾՊՇԿ-ի անդամ կողմերը պետք է՝

1. «խրախուսեն կողմերին ամրապնդել կամ ստեղծել կայուն ենթակառուցվածք (infrastructure), որը նպաստում է ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու փորձերին, ինչպես նաև ծխելը թողնել ցանկացողների համար ապահովում է աջակցություն ստանալու լայն հնարավորություններ,
2. սահմանեն ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն աջակցելու համար առանցքային արդյունավետ միջոցներ և դրանք ընդգրկեն ծխախոտային կախվածության բուժման ազգային ծրագրերում ու առողջապահական համակարգում,
3. կոչ անեն կողմերին կիսել իրենց փորձն ու համագործակցությունը, որպեսզի աջակցեն ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանը և ծխախոտային կախվածության բուժման առաջընթացին»:

Ամփոփվող վերոնշյալ քայլերը՝ ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն աջակցելու նպատակով ԾՊՇԿ-ի անդամ կողմերը պետք է.

1. իրականացնեն իրավիճակի գնահատում,
2. ստեղծեն կամ ամրապնդեն ազգային համակարգում,
3. մշակեն և տարածեն ծխախոտային կախվածության բուժման ուղեցույցներ,
4. նվազեցնեն բուժաշխատողների և ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն աջակցող այլ մասնագետների շրջանում ծխելու ցուցանիշները,
5. մշակեն վերապատրաստման կարողություն/ հնարավորություններ,
6. հնարավորինս ապահովեն ծխախոտային կախվածության բուժման ծառայությունների հասանելիությունը՝ օգտագործելով առկա համակարգերն ու ռեսուրսները,

7. պարտադիր դարձնեն բժշկական քարտերում ծխախոտի օգտագործման արձանագրումը,
8. խրախուսեն համագործակցությունը պետական և ոչ պետական կառույցների միջև,
9. ապահովեն ֆինանսավորման մշտական աղբյուր:

Այս ձեռնարկի միջոցով մենք նպատակ ունենք առաջին հերթին անդրադառնալ քայլ 3-ին՝ հնարավորինս ներառելով նաև իրավիճակի ազգային գնահատումը (քայլ 1), դասընթացի մշակումը (քայլ 5), ինչպես նաև՝ ծխախոտի օգտագործման արձանագրումը բժշկական քարտերում (քայլ 7):

Համաձայն ԾՊՇԿ 14-րդ հոդվածի ներդրման ուղեցույցների՝ ծխախոտի օգտագործման դադարեցման ազգային ռազմավարությունը և ծխախոտային կախվածության բուժման ուղեցույցները պետք է՝

- «հիմնված լինեն ապացույցների վրա,
- գերծ լինեն առկա և հնարավոր շահերի բախումից մշակման գործընթացում,
- մշակվեն շահագրգիռ կողմերի համագործակցության շնորհիվ, ներառյալ՝ առողջապահական և կրթական ոլորտի մասնագետները, առողջապահական կազմակերպությունները, ոչ պետական կազմակերպությունները, որոնք ոլորտում համապատասխան փորձ ունեն,
- հանձնարարվեն և ղեկավարվեն կառավարության կողմից, սակայն ակտիվորեն համագործակցեն և խորհրդակցեն այլ շահագրգիռ կողմերի հետ (եթե այլ կազմակերպություններ նախաձեռնեն ծխախոտային կախվածության բուժման ուղեցույցների մշակումը, ապա դա պետք է իրականացնեն կառավարության հետ ակտիվ համագործակցության շնորհիվ),
- ներստեն տարածման և ներդրման ծրագիր, շեշտադրեն բոլոր ծառայություն մատուցողների կարևորությունը (առողջապահական ոլորտի ներսում և դրանից դուրս) և պարբերաբար վերանայվեն ու թարմացվեն՝ համաձայն ԾՊՇԿ-ի 5.1 հոդվածի»:

Ծխախոտային կախվածության բուժման ներկայիս ձեռնարկը ծխախոտային կախվածության բուժման և ռազմավարությունների ներդրման համապարփակ ուղեցույց է և ստեղծվել է Ծխելու կանխարգելման եվրոպական ցանցի (ԾԿԵՑ) կողմից՝ ԾՊՇԿ 14-րդ հոդվածի համաձայն: Հայաստանում ԱՀԿ ԾՊՇԿ 14-րդ հոդվածի ներդրման

աջակցելու նպատակով Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի (ՀԱՀ) ժիրայր և Փաթրիշա Թրփանճեան հանրային առողջապահության ֆակուլտետը, ԾԿԵՑ-ի հետ համագործակցելով, թարգմանել է ձեռնարկը և համապատասխանեցրել այն տեղական համատեքստին:

Մենք վստահ ենք, որ ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ այս ձեռնարկը հիմք կծառայի Հայաստանում

ծխախոտային կախվածության համապարփակ և ամբողջական բուժման կարողությունների ստեղծմանը: Այն կօգնի վերամշակել ազգային ուղեցույցները և զինել առողջապահության ոլորտի մասնագետներին այս մահացու կախվածությունը հաղթահարելու համար անհրաժեշտ հմտություններով, ինչպես նաև կնպաստի ծխախոտային կախվածության բուժման նպատակով նրանց գործողությունների բարելավմանը:

Արուսյակ Հարությունյան  
Ավագ գիտաշխատող, ՀԱՀ, Հանրային  
առողջապահության ֆակուլտետ

Ֆրանսիսկո Լոզանո  
Նախագահ, ԾԿԵՑ

Պանագիոտիս Բեիրակիս  
Նախագահ, ԾԿԵՑ  
գիտական խորհուրդ

- i) European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
- ii) WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf)

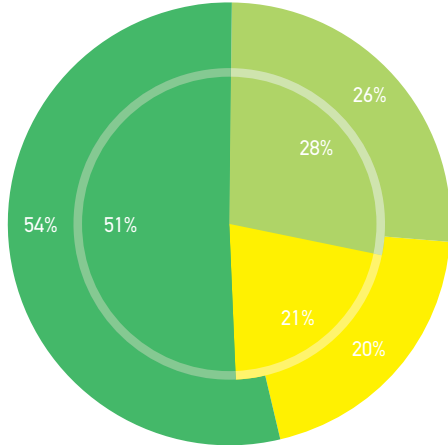
# ՄԱՍ I | ԳԼՈՒԽ 1

Ծխախոտի օգտագործման և  
ծխախոտային կախվածության  
գնահատում



# 1.0 Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության գնահատում

QC1. Սիգարետներ, սիգարներ, սիգարիլաներ կամ նարգիլներ օգտագործելու հետ կապված՝ հետևյալներից ո՞րն է ձեզ համապատասխանում: Այս և այս բաժնի մյուս հարցերում էլեկտրոնային սիգարետների օգտագործումը չի համարվում ծխախոտի օգտագործում:



- Ներկայումս ծխում եք: ● Երբևէ չեք ծխել:
- Ծխել եք, սակայն դադարեցրել եք: ● Չգիտեք:

Ներքին շրջանակ՝ EB77.1 փետր.-մարտ, 2012  
Արտաքին շրջանակ՝ EB82.4 նոյ.-դեկտ., 2014

«ԵՄ-ում հարցվողների միայն մեկ քառորդ մասն է ներկայումս ծխում սիգարետ, սիգար, սիգարիլա կամ նարգիլ (26%)՝ երկու տոկոսով պակաս 2012 թ. համեմատությամբ»:  
Eurobarometer 2015

Ծխախոտ օգտագործողների կեսը կորցնում է կյանքի ամողջ ժամանակահատվածից 20 տարի՝ մինչև ծխելու հետևանքով ամառացած հիվանդություններից մահանալը:<sup>3</sup>

Ծխախոտային կախվածությունը հիվանդություն է, որը հիմնականում ամառացնում է մեծահասակների շրջանում ծխախոտ օգտագործելու հետևանքով: Ծխախոտային կախվածությունը պայմանավորված է ծխախոտային արտադրատեսակների (սիգարետ, ծխամորճ, սիգար, բիդի, նարգիլ, ծամելու ծխախոտ) երկարատև և ամենօրյա օգտագործմամբ: Ծխողների մեծ մասը չի կարողանում իր կամքով թողնել ծխելը: Բժշկական տերմինաբանությամբ՝ մշտապես, կանոնավոր կերպով ծխելը բնորոշվում է որպես ծխախոտային կախվածություն, նիկոտինային կախվածություն, ծխախոտամոլություն կամ նիկոտինամոլություն:

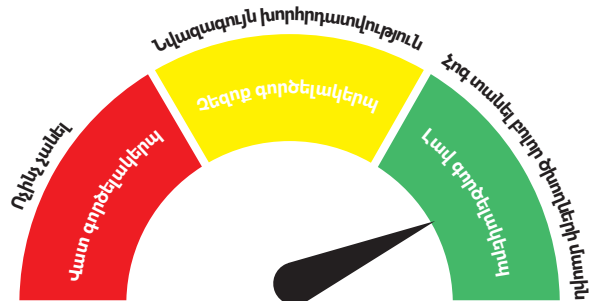
Այսպիսով, բժիշկները և ամողջապահության ոլորտի այլ մասնագետները պետք է հաշվի առնեն, որ ծխախոտային կախվածությունը հիվանդություն է, այլ ոչ թե սովորություն, արատ, հաճույք կամ ապրելակերպի ընտրություն:

Ծխախոտային կախվածության ամառացման հիմնական պատճառը նիկոտինն է՝ ծխախոտում պարունակվող թմրանյութը, որն ուժեղ կախվածություն է ամառացնում այն անձանց մոտ, ովքեր մշտապես օգտագործում են ծխախոտային արտադրատեսակներ: Ծխողների ամողջական

**Պատկեր 1.1. Աշակցություն ծխողներին բժշկական հաստատություններում**

## 1.1 Ծխախոտի օգտագործումը հիվանդություն է

Ծխախոտի օգտագործումը Եվրոպայում վաղաժամ մահվան և հաշմանդամության գլխավոր պատճառն է:<sup>1,2</sup> Ամեն տարի ավելի քան 700,000 Եվրոպացի է մահանում ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված հիվանդություններից:<sup>2</sup> Հայտնի փաստ է, որ ծխողների կյանքի ակնկալվող տևողությունը 10 տարով ավելի կարճ է, քան չծխողներինը, և





ռիսկերը կարող են տարբեր լինել՝ կախված առողջական և ժառանգական, միջավայրային գործոններից, ծխելու ինտենսիվությունից, օգտագործման տևողությունից և օգտագործվող ծխախոտային արտադրատեսակից: Այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտի մասնագետների արձագանքը պետք է լինի մեկը՝ առանց հապաղելու բուժել ծխախոտային կախվածությունը:

Քանի որ ծխախոտային կախվածությունը հիվանդություն է, այն պետք է ախտորոշել և բուժել նույն կերպ, ինչ կերպ քրոնիկական այլ հիվանդությունները: Առողջապահության ոլորտի մասնագետը պարտավոր է միջամտել և նախաձեռնել ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժում: Ծխախոտային կախվածության բուժման արագ նախաձեռնումը բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետների համար գրագետ գործելակերպ է, քանի որ ծխելու վարքագիծը հիմնականում պայմանավորված է ծխախոտային կախվածությամբ: Միայն բացառիկ դեպքերում է ծխելը պայմանավորված ծխողի ապրելակերպի ազատ ընտրությամբ: Ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին չբուժելը կամ բուժում չկազմակերպելը սխալ գործելակերպ է: Բուժաշխատողները ամնվազն պետք է ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ համառոտ խորհրդատվություն տրամադրեն ծխախոտ օգտագործող բոլոր հիվանդներին (պատկեր 1.1):

Երբ ծխախոտի օգտագործումը և կախվածությունն ընկալվում է որպես հիվանդություն, դրան հաջորդում է բժշկական աջակցության տրամադրումը ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին: Ինչպես քրոնիկական այլ հիվանդությունների դեպքում, բժշկական օգնությունը սկսվում է ծխախոտի քրոնիկական օգտագործման և ծխախոտային կախվածության ախտորոշումից, որին հետևում է կանոնավոր բուժումը: Ծխելով, անհատը ոչ միայն նիկոտին է ներմուծում իր օրգանիզմ պահպանելով կամ ուժեղացնելով ծխախոտային կախվածությունը, այլ նաև իրեն խոցելի է դարձնում ծխախոտում պարունակվող տոքսիններով պայմանավորված բազմաթիվ ծանր հիվանդությունների նկատմամբ, որոնցից շատերը մահացու են: Որքան վաղ է հիվանդը բուժվում ծխախոտամոլությունից, այնքան շուտ է թողնում ծխելը, հետևաբար՝ հիվանդի առողջական վիճակն ավելի արագ է բարելավվում:<sup>3</sup>

## 1.2 Սահմանումներ, դասակարգումներ, տերմիններ և հատուկ բացատրություններ

### 1.2.1 Ծխախոտային կախվածությունը որպես ձեռքբերովի հիվանդություն

Ծխախոտամոլությունը ծխախոտից կախվածություն է՝ պայմանավորված նիկոտին թմրանյութով: Ծխախոտային կախվածությունից տառապող ծխողը չի կարողանում դադարեցնել ծխախոտի օգտագործումը՝ չնայած դրա պատճառած վնասը գիտակցելուն: Նիկոտինը հայտնի է որպես թմրանյութ, որը կարող է առաջացնել նույնքան ուժեղ կախվածություն, որքան հերոինը կամ կոկայինը:<sup>4</sup> Ծխախոտ օգտագործողները, ովքեր սկսել են ծխել դեռահասության տարիքից, սովորաբար ավելի հակված են կախվածության, քան նրանք, ովքեր հասուն տարիքում են սկսել ծխել:<sup>5</sup>

Նիկոտինը՝ հոգեբանական ակտիվ հատկություններով օժտված նյութը, սիգարետ, սիգար, ծխամորճ ծխելու ցանկություն է առաջացնում՝ ծխողներին անկարող դարձնելով հեշտությամբ դադարեցնել ծխելը, իսկ ծխելուց հրաժարվելու դեպքում առաջացնում է ֆիզիկական և ֆիզիոլոգիական ախտանշաններ: Չնայած նիկոտինային կախվածության պատճառը ծխախոտում պարունակվող նիկոտինն է, այնուամենայնիվ, վնասակար ազդեցությունը հիմնականում պայմանավորված է ծխախոտի ծխում պարունակվող այլ նյութերով:

### 1.2.2. Ծխախոտային կախվածության առաջացման մեխանիզմները

Ներշնչած նիկոտինը մինչև 7 վայրկյան ժամանակահատվածում թոքերից հասնում է գլխուղեղի զարկերակային արյան շրջանառությանը:<sup>6</sup> Նիկոտինը կապվում է ացետիլխոլինի հատուկ ընկալիչների հետ (հիմնականում ալֆա4 բետա2 ացետիլխոլինի նիկոտինային ընկալիչի): Առաջնային ուղեղում տեղակայված ստրիալ կոմպլեքսի բաղադրիչ սահմանակից կորիզների (nucleus accumbens) դոֆամինի ու դոֆամիներգիկ նյութերի արտադրության ակտիվացումը կարևոր դեր ունի բնական գոհացման զգացման և կախվածությունների ձևավորման հարցում: Նիկոտինը խթանում է նյարդահաղորդիչների

արտազատումը, ինչպիսիք են դոֆամինը և նորադրենալինը, ինչը ծխախոտ օգտագործողի կողմից ընկալվում է որպես հաճույք<sup>7,8</sup> (տե՛ս պատկեր 1.2): Ծխախոտային կախվածությամբ անհատի՝ ծխելուց ստացած հաճույքը, ըստ էության, «գրկանքի» փստանշանների թեթևացումն է, երբ նիկոտինի մակարդակը բարձրանում է, և տեղի է ունենում նիկոտինային ընկալիչների խթանում:

**1.2.3. Նիկոտինը ծխախոտային կախվածությունն առաջացնող միակ գործոնը չէ**

Նիկոտինային կախվածությունն ունի երկու բաղադրիչ՝ ֆիզիկական և հոգեբանական:<sup>10</sup> Ի հավելումս ֆիզիկական կախվածության՝ ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը կարող է դառնալ սովորություն: Սոցիալական շփումը, ամօրյայի հետ կապված որոշակի իրադրությունները կարող են խթանել ծխախոտի օգտագործումը, ինչը ժամանակի ընթացքում կարող է վերաճել սովորության և ամրապնդվել ամօրյա կյանքում: Հետևաբար, խորհուրդ է տրվում ծխախոտային կախվածության բուժման մեջ ներառել և՛ դեղորայքային բուժում՝ ֆիզիկական փստանշանները մեղմելու նպատակով, և՛ վարքաբանական խորհրդատվություն՝ ծխախոտի օգտագործման հետ կապված սովորությունները վերացնելու համար:

**1.2.4. Նիկոտինային կախվածությունն ըստ ԱՀԿ-ի**

Անձը համարվում է նիկոտինային կախվածություն ունեցող, եթե չարաշահում է նիկոտինը, շարունակում է ինքնուրույն օգտագործել այն՝ չնայած վնասակար ազդեցությանը, նիկոտինի նկատմամբ դրսևորում է բարձր հանդուրժողականություն, և ծխելը թողնելու փորձը բերում է գրկանքի փստանշանների:<sup>6</sup>

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ խմբագրության (ՀՄԴ-10)<sup>11</sup> ծխախոտային կախվածությունը դասվում է «ծխախոտի օգտագործումից առաջացած հոգեկան և վարքի խանգարումների» շարքին (F17) (աղյուսակ 1.1):<sup>11</sup>

Կախվածության համախտանիշը վերաբերում է ֆիզիկական, ֆիզիոլոգիական, վարքային և կոգնիտիվ երևույթների ամբողջությանը, որում նյութի օգտագործումը (այս

**Աղյուսակ 1.1. Ծխախոտային կախվածության դասակարգումը և դասիչ կոդերը ըստ ՀՄԴ-10 -ի, ԱՀԿ, 2015<sup>11</sup>**  
**Կայքը հղման համար <http://www.icd10data.com>**

| <b>Նիկոտինային կախվածություն F17</b>   |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ծխախոտային կախվածության պատմությունը (Z87.891)</li> <li>• Ծխախոտի օգտագործումը, որն այլ կերպ մասնավորեցված չէ (Z72.0)</li> <li>• Ծխախոտի օգտագործումը (ծխելը) հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանում (O99.33-)</li> <li>• Նիկոտինի թունավոր ազդեցությունը (T65.2-)</li> </ul> |  |
| <b>F17</b>   | <b>Նիկոտինային կախվածություն</b>                           |
| F17.2  | Նիկոտինային կախվածություն                                  |
| F17.20   | Նիկոտինային կախվածություն, չմասնավորեցված                  |
| F17.200  | ... չբարդացած  |
| F17.201  | ... ռեմիսիայի շրջանում                                     |
| F17.203  | ... նիկոտինային կախվածություն չմասնավորեցված, գրկանքով     |
| F17.208  | ... նիկոտինով պայմանավորված այլ խանգարումներով             |
| F17.209  | ... նիկոտինով պայմանավորված չմասնավորեցված խանգարումներով  |
| F17.21   | Նիկոտինային կախվածություն, սիգարետներ                      |
| F17.210  | ... չբարդացած  |
| F17.211  | ... ռեմիսիայի շրջանում                                     |
| F17.213  | ... գրկանքով   |
| F17.218  | ... նիկոտինով պայմանավորված այլ խանգարումներով             |
| F17.219  | ... նիկոտինով պայմանավորված, չմասնավորեցված խանգարումներով |
| F17.22   | Նիկոտինային կախվածություն, ծամելու ծխախոտ                  |
| F17.220  | ... չբարդացած  |
| F17.221  | ... ռեմիսիայի շրջանում                                     |
| F17.223  | ... գրկանքով   |
| F17.228  | ... նիկոտինով պայմանավորված այլ խանգարումներով             |
| F17.229  | ... նիկոտինով պայմանավորված չմասնավորեցված խանգարումներով  |
| F17.29   | Նիկոտինային կախվածություն, ծխախոտային այլ արտադրատեսակ     |
| F17.290  | ... չբարդացած  |

|         |   |
|---------|---|
| F17.291 | ... ռեմիսիայի շրջանում                                    |
| F17.293 | ... զրկանքով  |
| F17.298 | ... նիկոտինով պայմանավորված այլ խանգարումներով            |
| F17.299 | ... նիկոտինով պայմանավորված չմասնավորեցված խանգարումներով |

դեպքում ծխախոտի) առաջնահերթ է դառնում անհատի համար՝ անտեսելով մյուս վարքագծերը, որոնք նախկինում արժեքավոր են եղել նրա համար:

### **Նիկոտինային զրկանքի համախտանիշը**

Երբ նիկոտինն օրգանիզմ է թափանցում ներշնչելու միջոցով, առաջանում է նիկոտինային կախվածություն, իսկ երբ նիկոտինային կախվածություն ունեցող անհատն այլևս չի ստանում նիկոտին, ի հայտ է գալիս նիկոտինային զրկանքի համախտանիշը:

Նիկոտինային զրկանքի ախտանշաններն առաջանում են նիկոտինի մատակարարման հանկարծակի դադարեցման պատճառով և կարող են արտահայտվել ծխելը դադարեցնելուց հետո՝ առաջին 4-12 ժամվա ընթացքում: Ախտանշանները հետևյալն են<sup>12</sup>

- ծխելու ուժեղ/անվերահսկելի ցանկություն,
- դյուրագրգռություն/ագրեսիա/զայրույթ,
- նյարդայնություն,
- անհանգստություն,
- հոգևածություն,
- ախորժակի խթանում,
- կենտրոնանալու դժվարություն,
- դեպրեսիա,
- գլխացավ,
- գիշերային անքնություն,
- հավասարակշռության թեթևակի խանգարումներ/ գլխապտույտ:

Կախված անհատից՝ ախտանշանները կարող են տարբերվել. որոշ ծխողների մոտ զրկանքի ախտանշաններն ավելի ուժեղ

են արտահայտվում: Դրանք ժամանակավոր են. առավելագույն չափով ի հայտ են գալիս առաջին 24-72 ժամվա ընթացքում և նվազում են 3-4 շաբաթվա ընթացքում:<sup>12</sup> Հիվանդների գրեթե 40%-ի մոտ ախտանշանները կարող են 3-4 շաբաթից ավելի տևել:<sup>12</sup>

Նիկոտինային զրկանքի ախտանշանները ծխախոտի օգտագործման կտրուկ դադարեցմամբ պայմանավորված փոփոխությունների ամբողջություն են՝ դժվար տանելի առաջին 2-6 շաբաթների ընթացքում, ուստի այդ շրջանում որակյալ բժշկական օգնության և հոգեբանական աջակցության կարիք կա: Ծխելը դադարեցնելու համար նախատեսված բոլոր ուղեցույցներում նիկոտինային կախվածության բուժման լավագույն ռազմավարություն է համարվում դեղորայքային բուժման և հոգեբանական-վարքաբանական թերապիայի զուգակցումը:<sup>13</sup>

### **Ծխելու կարգավիճակը**

Բոլոր բժիշկներին խորհուրդ է տրվում պատշաճ կերպով գնահատել հիվանդների՝ ծխախոտ օգտագործելու կարգավիճակը տվյալ պահին և նախկինում: Ծխելու կարգավիճակի դասակարգման համար օգտագործվում են հետևյալ բնորոշումները.

- **Զծխող** է համարվում այն անձը, ով իր կյանքի ընթացքում չի ծխել 100 գլանակից ավելի (կամ 100գր ծխախոտ՝ ծխամորճերի, սիգարների կամ այլ ծխախոտային արտադրատեսակների տեսքով):
- **Կանոնավոր ծխողն** այն անձն է, ով ամենաքիչը երեք ամիս շարունակ ամեն օր ծխել է:
- **Անկանոն ծխողն** այն անձն է, ով ծխում է, բայց ոչ ամեն օր:
- **Նախկին ծխողն** այն անձն է, ով դադարեցրել է ծխելն առնվազն վեց ամիս առաջ:

Ստանդարտ հարցեր, որոնք օգնում են գնահատել ծխելու կարգավիճակը.

1. Դուք երբևէ ծխե՞լ եք սիգարետ կամ օգտագործե՞լ եք ծխախոտային այլ արտադրատեսակներ (օրինակ՝ ծխամորճ, սիգար և այլն):

### **Ծխողներին ուղղված հարցեր**

2. Օրական քանի՞ սիգարետ/գլանակ (կամ ծխախոտային

այլ արտադրատեսակներ, օրինակ՝ ծխամորճ, սիգար և այլն) եք սովորաբար ծխում:

3. Քանի՞ տարի է, ինչ ծխում եք: Քանի՞ տարեկան էիք, երբ սկսեցիք կանոնավոր (ամեն օր) ծխել:
4. Քանի՞ սիգարետ եք ծխել Ձեր կյանքի ընթացքում, 100-ից ավելի՞, թե՞ պակաս:
5. Դուք ծխում եք ամեն օր/որոշակի օրերի՞/հատուկ իրավիճակներում: Որո՞նք են այդ իրավիճակները: Ընդհանուր առմամբ քանի՞ տարի է, ինչ ծխում եք ամեն օր:

**Նախկին ծխողների ուղղված հարցեր**

6. Քանի՞ տարի/ամիս է, ինչ դադարեցրել եք ծխելը:

որին հաջորդում է ծխախոտից կրկին հրաժարվելու գործընթացը:

Նախկին ծխողների շրջանում ախտադարձը տարածված երևույթ է: Առավել հաճախ այն ի հայտ է գալիս ծխելը թողնելու փորձի առաջին օրերի ընթացքում, երբ զրկանքի ախտանշաններն ուժեղ են արտահայտված: Առանց կողմնակի օգնության ծխելը դադարեցնողների ավելի քան 75%-ի մոտ ախտադարձ է դիտվում առաջին շաբաթվա ընթացքում՝ դարձնելով այն կրիտիկական ժամանակաշրջան:<sup>12</sup> Պատկեր 1.2-ում ներկայացված է ախտադարձի հավանականությունը ծխելը դադարեցնելու առաջին տարվա ընթացքում:

**1.3 Ծխելը քրոնիկական ախտադարձային հիվանդություն է**

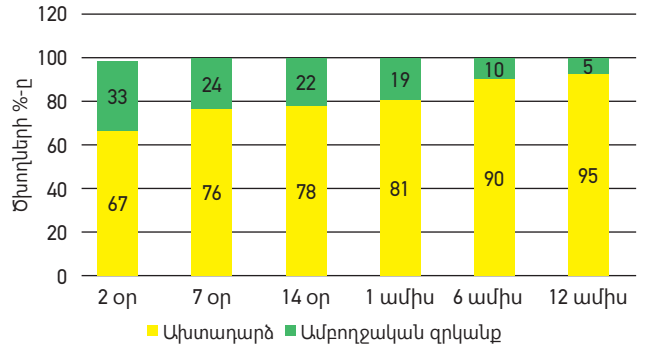
**1.3.1 Ախտադարձի օրինաչափությունները**

Նիկոտինային/ծխախոտային կախվածությունը քրոնիկական ախտադարձային վիճակ է, որը հիմնականում ձեռք է բերվում դեռահասության շրջանում,<sup>5</sup> և ունի քրոնիկական հիվանդություններին բնորոշ առանձնահատկություններ, քանի որ ծխողների մեծամասնությունը ծխախոտ օգտագործում է տարիների, նույնիսկ տասնամյակների ընթացքում:

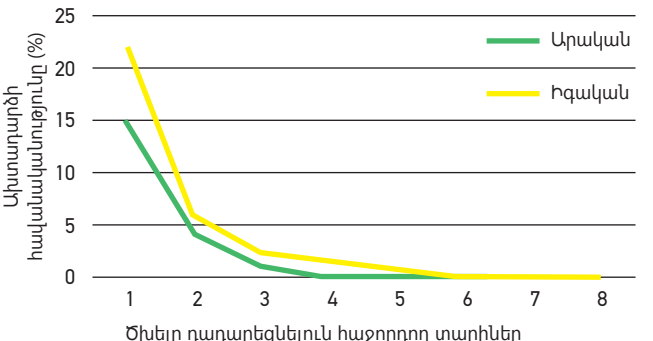
Ախտադարձը ծխելը դադարեցրած անհատի վերադարձն է կանոնավոր ծխելու վարքագծին: Հրկանքի փուլից հետո մի քանի օր շարունակ ծխելը սովորաբար բնորոշվում է որպես *ախտադարձ*: «Ձախողումը» (failure) կամ «ախտադարձը» ավելի քան 24 ժամ չծխելուց հետո առնվազն երեք օր կանոնավոր ծխելն է:

«Սայթաքումը» (lapse) կամ «վրիպումը» (slip) զրկանքի ժամանակահատվածից հետո ծխախոտի օգտագործումն է, ինչը չի նշանակում վերադարձ կանոնավոր ծխելու վարքագծին: Նման օրինակ է ծխելը դադարեցնողների և նախկին ծխողների կողմից մեկ շաբաթվա ընթացքում առավելագույնը երեք օր օրական մեկից պակաս գլանակ օգտագործելը կամ որևէ նախատեսված այցին նախորդող շաբաթվա ընթացքում մեկ օր ցանկացած քանակությամբ գլանակ ծխելը: Սայթաքումը կարող է դիտվել կամ որպես ախտադարձի նախապայման, կամ առանձին իրողություն,

**Պատկեր 1.2. Ախտադարձի օրինաչափությունները ծխողների մոտ, ովքեր դադարեցնում են ծխելը առանց կողմնակի միջամտության<sup>12</sup>**



**Պատկեր 1.3. Ախտադարձի հավանականությունն ըստ տարիների<sup>14</sup>**



Եթե հիվանդները չեն ծխում երկու կամ երեք ամիս, նրանց ախտադարձի ռիսկն ավելի ցածր է, բայց ոչ վերջնականապես զրոյական: Նույնիսկ երկարատև ժամանակով ծխախոտի օգտագործումից հրաժարվողների շրջանում առկա է ախտադարձի ռիսկը: Հետագա կյանքի ընթացքում ախտադարձի 35% հավանականություն կա նաև առնվազն 12 ամիս չծխողների շրջանում (տե՛ս պատկեր 1.3):<sup>14</sup>

### 1.3.2. Ծխախոտային կախվածության բուժումը ծխելը դադարեցնելուց հետո

Ծխախոտային կախվածության բուժումը երկարատև, կանոնավոր և հետևողական բուժական միջամտություններ է պահանջում: Ծխախոտային կախվածության քրոնիկական բնույթը կարևորում է երկարատև հսկողության սահմանումը և չի կարող սահմանափակվել սուր շրջանում իրականացվող պարզ միջամտություններով:

Ախտադարձի դեպքում հնարավոր է դեղորայքային բուժման մեթոդների փոփոխության անհրաժեշտություն լինի: Ախտադարձի կանխարգելման նպատակով կարևոր է նաև հիվանդներին կրթելը, ինչպես նաև՝ հոգեբանական-վարքային աջակցություն տրամադրելը: Ծխելուց հրաժարվողների շրջանում ծխախոտային կախվածության ախտադարձը կանխելու համար արդյունավետ բուժման որևէ ընդհանուր մեթոդ դեռևս չի մշակվել: Անհրաժեշտ է միշտ հիշել, որ նախկին ծխող լինելը չի երաշխավորում ծխախոտային կախվածությունից վերջնականապես ազատվելը:

Բազմաթիվ բժիշկներ հաջողությամբ բուժում են այնպիսի քրոնիկական հիվանդություններ, ինչպիսիք են շաքարային դիաբետը, զարկերակային բարձր ճնշումը, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունը և այլն, սակայն անվստահությամբ են գործում ծխախոտային կախվածությունը բուժելիս, քանի որ չեն դիտարկում այն որպես քրոնիկական հիվանդություն: Մինչդեռ ծխախոտի օգտագործումը քրոնիկական հիվանդություն համարելու դեպքում կարելի է արագացնել բուժման գործընթացը՝ մեծացնելով ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը, և, հետևաբար, նվազեցնելով ախտադարձի հավանականությունը:

Խորհուրդ ենք տալիս բոլոր բժիշկներին դիտարկել ծխախոտի օգտագործումը և ծխախոտային կախվածությունը որպես

քրոնիկական ախտադարձային հիվանդություն՝ բժշկական տերմինաբանությամբ այն սահմանելով որպես ծխախոտային կախվածություն:

### 1.4 Ժամանակակից բժշկության մեջ ծխողների ընթացիկ բացահայտումը պարտադիր է

Ծխելը դադարեցնելու լավագույն ցուցանիշներին հասնելու համար անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր բժշկական այցի ժամանակ համակարգված կերպով բացահայտել հիվանդի ծխելու կարգավիճակը՝ անկախ նրանից, թե որն է հիվանդի այցի նպատակը:

Անհրաժեշտ է օգտագործել կանոնավոր (տարեկան) կանխարգելիչ գնման կամ հիվանդության առիթով բժշկին (ընտանեկան բժշկին, թերապևտին, ատամնաբույժին կամ բժշկական ոլորտի այլ մասնագետին) պացիենտների այցելելու հնարավորությունները: Բոլոր բժիշկները, անկախ իրենց մասնագիտացումից, պետք է օգտագործեն այս այցերը ծխողներին բացահայտելու և ծխելը դադարեցնելու բուժում կազմակերպելու համար:

Ծխախոտի օգտագործման կլինիկական գնահատումը պարտադիր բժշկական գործառույթ է և պետք է օրինականացվի որպես համակարգված կերպով իրականացվող միջոցառում:

Հիվանդի ծխելու կարգավիճակը պետք է գրանցվի նրա բժշկական քարտում, ինչպես նաև՝ հիվանդանոց ընդունման և դուրսգրման փաստաթղթերում կամ հիվանդի՝ բժշկական կարգավիճակի վերաբերյալ ցանկացած այլ փաստաթղթում: Այս առաջարկությունը հիմնված է 9 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-վերլուծության արդյունքների վրա, որոնք փաստում են ծխախոտի օգտագործման սկրինինգի դրական ազդեցությունը ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշների նվազեցման վրա: Ըստ մեկ այլ հետազոտության տվյալների (2009)՝ ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն ստանալու նպատակով գրանցված հիվանդների թիվը ավելի մեծ է այն դեպքում, երբ բժիշկները հիվանդներին համակարգված կերպով հարցնում են ծխախոտի օգտագործման մասին:<sup>16</sup>

## 1.5 Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության գնահատում/ախտորոշում

Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության գնահատումը բաղկացած է ծխախոտի ծխի ազդեցության կլինիկական և կենսաբանական գնահատումից, ծխախոտային կախվածության գնահատումից, ինչպես նաև՝ հոգեբանական-վարքային բնութագրի և ծխախոտի օգտագործման հետևանքով առողջական խնդիրների գնահատումից:

### 1.5.1. Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության կլինիկական ախտորոշում

Կլինիկական ախտորոշման համար անհրաժեշտ են հետևյալ տեղեկությունները.

#### Ծխելու կարգավիճակ

Ծխելու կարգավիճակ (չծխող, անկանոն ծխող, կանոնավոր (ամեն օր) ծխող, նախկին ծխող):

#### Օգտագործվող ծխախոտային արտադրատեսակը

Օգտագործվող ծխախոտային արտադրատեսակի վերաբերյալ տեղեկությունն օգնում է պատկերացում կազմել ծխախոտային կախվածության աստիճանի մասին, քանի որ հայտնի է, որ Նիկոտինային կախվածությունն ավելի ուժեղ է սիգարետ օգտագործողների, քան սիգար, ծխամորճ, ջրային ծխամորճ, Էլեկտրոնային սիգարետ կամ ծամելու ծխախոտ օգտագործողների շրջանում:

#### Ծխախոտի սպառումը

Ծխախոտի սպառումը կարող է բնորոշվել որպես.

- օրական օգտագործվող սիգարետների քանակություն,
- սիգարետի քանակություն՝ տուփ/տարի (SS քանակություն) Sուփ/տարի քանակությունը հաշվվում է՝ բազմապատկելով օրական ծխած սիգարետների տուփերի քանակը ծխելու տարիների թվով (օրինակ՝ եթե ինչ-որ մեկը ծխում է օրական 15 սիգարետ 15 տարի շարունակ, ապա տուփ/տարի (SS քանակություն) ցուցանիշը կլինի  $15 \times 15 / 20 = 11,2$  SS):

#### Ծխախոտային կախվածության գնահատումը

Ծխախոտային կախվածությունը կարող է ախտորոշվել ԱՀԿ-ի սահմանման համաձայն. ծխախոտային կախվածությունը հաստատվում է վերջին 12 ամիսների ընթացքում հետևյալ 7 չափանիշներից առնվազն 3-ի առկայության դեպքում:<sup>17</sup>

- Ծխելու մեծ ցանկություն,
- Ծխելու չափը վերահսկելու դժվարություն,
- Ծխելը նվազեցնելու կամ դադարեցնելու դեպքում գրկանքի ախտանշաններ,
- շարունակական օգտագործում, չնայած վնասակար ազդեցության ակնհայտությանը,
- Ծխելու առաջնահերթություն այլ գործունեությունների նկատմամբ,
- Ծխախոտի հանդեպ բարձր հանդուրժողականություն,
- Ծխախոտի գրկանքի ֆիզիկական ախտանշաններ:

Առօրյայում Նիկոտինային/ծխախոտային կախվածությունը հիմնականում գնահատում են՝ օգտագործելով Ֆագերստրոմի (Fagerström) Նիկոտինային կախվածության թեստը՝ ՖՆԿԹ (FTND) (աղյուսակ 1.2), որը հնարավորություն է տալիս որոշելու նաև Նիկոտինային կախվածության աստիճանը (ցածր, միջին և բարձր):<sup>18</sup> Որքան բարձր են հաշվարկված միավորները, այնքան մեծ է Նիկոտինային կախվածությունը: Նիկոտինային կախվածության աստիճանի գնահատումը կարող է օգտագործվել հիվանդների համար բուժման ծրագիր կազմելու նպատակով:

Հիմնական հարցերն են առաջինն ու չորրորդը (օրական ծխած գլանակների քանակը և առավոտյան արթնանալուց հետո առաջին գլանակը ծխելու ժամանակը): Խորհրդատվության ժամանակ բժիշկը կարող է կիրառել թեստի կրճատ տարբերակը՝ ՖՆԿԹ-ի առաջին ու չորրորդը հարցերը՝ համապատասխանաբար 0-ից մինչև 6 միավորներով:<sup>18</sup>

Ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կլինիկաներում ծխախոտից կախվածության աստիճանի գնահատման նպատակով առավել հաճախ կիրառում են Նիկոտինային կախվածության սինդրոմի սանդղակը (The Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS))<sup>19</sup> և Ծխախոտային կախվածության դրդապատճառների Վիսկոնսինյան ցուցակը (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM))<sup>20</sup>:

**Աղյուսակ 1.2. Նիկոտինային կախվածության Ֆագերստրոմի թեստը**

|  |
|--|
| <b>Արթնանալուց հետո որքա՞ն ժամանակ է անցնում մինչև առաջին սիգարետը ծխելը:</b>  |
| Մինչև 5 րոպե (3)   |
| 6-30 րոպե (2)  |
| 31-60 րոպե (1)   |
| 60 րոպեից ավելի (0)  |
| <b>Դժվա՞ր է զերծ մնալ ծխելուց այն վայրերում, ուր ծխելն արգելված է (օրինակ՝ եկեղեցի, կինոթատրոն, գնացք, ռեստորան և այլն):</b> |
| Այո (1)  |
| Ոչ (0)   |
| <b>Ո՞ր սիգարետից հրաժարվել է ամենադժվարը:</b>  |
| Առավոտյան առաջին գլանակից (1)  |
| Ցանկացած հաջորդ գլանակներից (0)  |
| <b>Ջանի՞ օ սիգարետ եք օրական ծխում:</b>  |
| 10 կամ պակաս (0)   |
| 11-20 (1)  |
| 21-30 (2)  |
| 31 կամ ավելի (3)   |
| <b>Արթնանալուց հետո առաջին ժամերի ընթացքում ավելի հաճա՞խ եք ծխում, քան օրվա մյուս ժամերին:</b>                               |
| Այո (1)  |
| Ոչ (0)   |
| <b>Ծխո՞ւմ եք, երբ հիվանդ եք և ստիպված եք օրվա մեծ մասն անցկացնել անկողնում:</b>  |
| Այո (1)  |
| Ոչ (0)   |

Հիվանդը կարող է ուղղակիորեն լրացնել հարցաթերթիկը: Միավորների միջակայքը 0-10 է: Դա հնարավոր է դարձնում նիկոտինային կախվածության ճշգրիտ գնահատումը, որի հիման վրա որոշվում է բուժման ծրագիրը:

0-3 միավոր՝ կախվածության բացակայություն կամ ցածր աստիճանի ծխախոտային կախվածություն:  
 4-6 միավոր՝ միջին աստիճանի կախվածություն:  
 7-10 միավոր՝ բարձր ծխախոտային կախվածություն:

**1.5.2. Ծխելը դադարեցնելու նախորդ փորձերի վերլուծություն**

Անհատի՝ անցյալում ծխելը դադարեցնելու փորձի ուսումնասիրությունը կարևոր է հետագայում ծխելը դադարեցնելու փորձի արդյունավետության համար. դա թույլ է տալիս կանխատեսել և ուղղորդել բուժման գործընթացը:<sup>21</sup> Բժիշկներին խորհուրդ է տրվում գնահատել.

- անցյալում ծխելը դադարեցնելու փորձերի թիվը,
- ծ խ ե լ ու ց հ ր ա ժ ա ր վ ե լ ու ւ ամ են ան ատ ր կ ա ր ժամանակահատվածը,
- ծխելը դադարեցնելու նպատակով իրականացված որևէ նախկին բուժում և ինչ է ներառել բուժումը,
- նախկինում ունեցած զրկանքի ախտանշանները,
- ախտադարձի հանգամանքները որպես ռիսկային գործոններ,
- ծ խ ե լ ու ց հ ր ա ժ ա ր վ ե լ ու /զ ր կ ան ք ի ը ն թ ա ց ք ց ու մ նկարագրված դրական փոփոխությունները:

Այս հատկանիշները կարևոր են բուժման հաջողությունը և ձախողման ռիսկի գործոնները, ինչպես նաև բուժման համապատասխանությունը և հիվանդների՝ զրկանքը հաղթահարելու կարողությունը կանխատեսելու համար:

**1.5.3. Ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիա**

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է կարողանան գնահատել հիվանդների՝ ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան: Այդ նպատակով կիրառվում են տարբեր մեթոդներ, որոնք ներկայացվում են այս ձեռնարկում:

Մոտիվացիան կարող է գնահատվել հետևյալ ուղղակի հարցերի միջոցով.

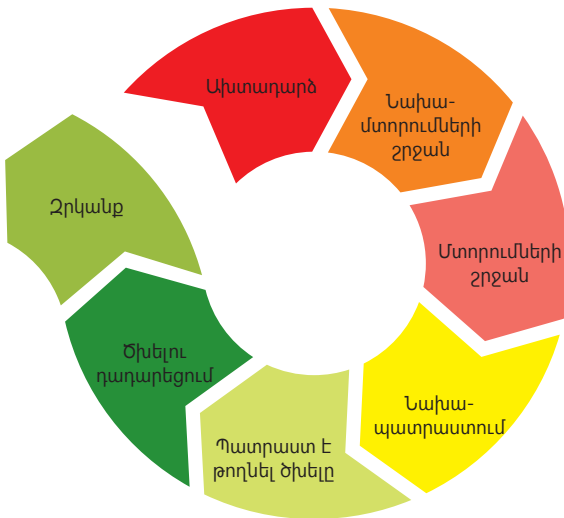
- Ուզո՞ւմ եք թողնել ծխելը (հիմա):
- Եթե որոշեք թողնել ծխելը, համոզվա՞ծ եք, որ կհասնեք հաջողության:
- Որո՞նք են ծխելը թողնելու Ձեր ցանկության պատճառները:
- Որքա՞ն է կարևոր Ձեզ համար ծխելը թողնելը:

Ջ. Օ. Պրոչասկայի և Կ. Կ. Դի Կլեմենտեի Վարքագծի փոփոխության տրանսթորեթիկ հայտնի մոդելի համաձայն (ՏԹՄ)՝ ծխելը դադարեցնելու հոգեբանական գործընթացն անցնում է 5 փուլով (պատկեր 1.4):<sup>23</sup>

- **Նախամտորումների շրջան:** Հիվանդը լիովին բավարարված է ծխելու իր վարքագծով և որևէ փոփոխության անհրաժեշտություն չի գգում:
- **Մտորումների շրջան:** Հիվանդը գգում է փոփոխության անհրաժեշտություն, բայց ոչ այն չափով, որը բավական կլինի նրան ուղղորդել գործողության կամ գործողության պլանավորման:
- **Նախապատրաստում:** Հիվանդը որոշել է փորձել փոխել իր ծխելու վարքագիծը և պատրաստ է այդ փոփոխությանը մոտ ապագայում:
- **Գործողություն:** Հիվանդը սկսում է ծխելը դադարեցնելու փորձը:
- **Պահպանում:** Ծխելու դադարեցում 6 ամսվա կամ ավելի երկար ժամանակահատվածի ընթացքում:

Որպես կանոն, փոփոխության փուլը գնահատվում է հետևյալ հարցի միջոցով. «Ի՞նչ եք գգում/մտածում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ այս պահին»: Պատասխանի

**Պատկեր 1.4. Ծխելը դադարեցնելու փուլերը՝ ըստ Պրոչասկայի մոդելի<sup>23</sup>**



տարբերակներն են՝ ա) Կցանկանայի թողնել ծխելը առաջիկա 30 օրվա ընթացքում, բ) Կցանկանայի թողնել ծխելը առաջիկա 6 ամսվա ընթացքում, գ) Չեմ պլանավորում թողնել ծխելը առաջիկա 6 ամսվա ընթացքում:

Կարևոր է նշել, որ փոփոխության փուլերը ոչ բոլորի մոտ են ընթանում հստակ հաջորդականությամբ: Հաճախ հիվանդները հետ ու առաջ են շարժվում անցնելով մի փուլից մյուսին՝ կախված մոտիվացիայից, պատրաստակամությունից և այլ գործոններից:

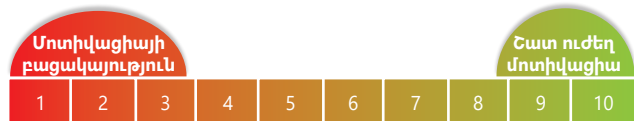
Կլինիկական պրակտիկայում բժիշկները կարող են առաջարկել հիվանդներին ծխելը թողնելու իրենց մոտիվացիան գնահատել 1-10 միավորները պարունակող պարզ սանդղակի օգնությամբ (պատկեր 1.5):

Գոյություն ունեն սաև մոտիվացիան գնահատելու այլ գործիքներ, այդ թվում՝ ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիայի սանդղակը (Motivation to Stop Smoking Scale):<sup>23</sup>

Անկախ հիվանդի՝ ծխելը թողնելու պատրաստակամության աստիճանից և մոտիվացիայից՝ բժիշկը պետք է բոլոր ծխող հիվանդների շրջանում նախաձեռնի ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն:

Ուղեկցող հիվանդություններով ծխողներին և ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին բժիշկը պետք է տեղեկացնի ծխախոտի շարունակական օգտագործման ռիսկերի և անմիջապես ծխելը դադարեցնելու անհրաժեշտության մասին: Ինչպես բոլոր բժշկական որոշումների դեպքում, այս դեպքում ևս հիվանդներն ազատ են հրաժարվել բուժումից, սակայն առողջապահության ոլորտի մասնագետը ծխելը դադարեցնելու բուժումը պետք է առաջարկի նույն համոզվածությամբ, ինչ համոզվածությամբ կառաջարկեր, օրինակ, շաքարային դիաբետի կամ զարկերակային բարձր ճնշման բուժումը:

**Պատկեր 1.5. Մոտիվացիայի գնահատման պարզ սանդղակ**



Աղբյուր՝ Di Clemente C.C., et al. J Consult Clin Psychol, 1991; 59: 295-304



#### 1.5.4. Հիվանդների բժշկական պատմությունը

Հիվանդի ամոռջական վիճակի պատմությունը կարևոր է բուժման տարբերակ ընտրելու համար: Սրտանոթային համակարգի խնդիրները, անամնեզում ցնցումային համախտանիշները, երիկամային հիվանդությունները, կախվածության ընթացքը կամ պատմությունը նույնպես կարող են հարկադրել զգուշավորություն որոշակի դեղորայքային բուժում նշանակելիս: Ուստի անհրաժեշտ է նշում կատարել ծխողների բժշկական քարտերում:

#### 1.5.5. Հղիություն/կրծքով կերակրում/ հակաբեղմնավորիչ մեթոդի կիրառություն

Ծխելը դադարեցնելն արդյունավետ կազմակերպելու համար շատ կարևոր է պարզել կանանց ֆիզիոլոգիական կարգավիճակը (հղիություն, կրծքով կերակրում, բեղմնականխման մեթոդներ և այլն): Հղիությունը կապված է նիկոտինի նյութափոխանակության ցուցանիշի զգալի բարձրացման հետ:<sup>24</sup>

#### 1.5.6. Հիվանդի տագնապի և դեպրեսիայի պատմությունը

##### 1.5.6.1. Նախնական ստուգում

Դեպրեսիան և տագնապը մոլի ծխողների մոտ ամենից հաճախ նկարագրվող հոգեվիճակներն են, որոնք պահանջում են զգուշավորություն և ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող դեղամիջոցների կողմնակի ազդեցությունների մասին իրազեկվածության բարձրացում: Առաջնային օղակի բուժաշխատողները դեպրեսիվ հոգեվիճակը բացահայտելու համար կարող են տալ հետևյալ հարցերը:<sup>25</sup>

- *Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում եղե՞լ եք տխուր, ընկճված, հուսալքված:*
- *Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում ունեցե՞լ եք այնպիսի զգացողություն, որ նախկինում Ձեզ համար հաճելի աշխատանքն այժմ անում եք առանց հաճույքի, առանց հետաքրքրության:*

Երկու հարցերին դրական պատասխան տալը կարող է մեկնաբանվել որպես դեպրեսիայի ուժեղ նշան:

Դեպրեսիայի բացահայտման մեկ այլ արագ տարբերակ կարող է լինել ընդամենը հետևյալ մեկ հարցը.

- *Վերջին երկու շաբաթում եղե՞լ եք տխուր օրվա մեծ մասի ընթացքում:*

Դրական պատասխանի դեպքում նորից կարող ենք համարել, որ հիվանդը, հնարավոր է, տառապում է դեպրեսիայից:

Ստուգման պարզ գործիք կամ վավերացված գնահատման գործիք օգտագործելով՝ պետք է ստուգել՝ արդյոք այս հարցին «այո» պատասխանած հիվանդներն ունեցել են ինքնասպանության մտքեր:

- *Ունեցե՞լ եք, արդյոք, մահվան մասին մտքեր:*

##### 1.5.6.2. Նյարդայնության և դեպրեսիայի կլինիկական գնահատում

Դեպրեսիայի և նյարդայնության ախտորոշման, ինչպես նաև ծանրության գնահատման նպատակով կլինիկական պրակտիկայում կիրառում են հետևյալ թեստերը.

- Տագնապայնության և դեպրեսիայի սանդղակ<sup>26</sup> (The Anxiety and Depression Scale),
- Համիլտոնի դեպրեսիայի սանդղակ<sup>27</sup> (Hamilton Depression Subscale),
- Հիվանդների ամոռջության հարցաթերթիկ (ՀԱՀ)<sup>28</sup> (Patient Health Questionnaire (PHQ)),
- Բեկի դեպրեսիայի սանդղակ - II<sup>29</sup> (Beck Depression Scale - II):

#### 1.5.7. Ծխախոտային կախվածության լաբորատոր ախտորոշումը

Ծխելու կարգավիճակը որոշվում է ըստ կլինիկական չափանիշների, սակայն հնարավոր է գնահատել նաև կենսաքիմիական լաբորատոր թեստերի միջոցով՝ ծխախոտի ծխի ազդեցության կենսամարկերների՝ ածխածնի մոնօքսիդի կոնցենտրացիայի և կոտինինի մակարդակի (նիկոտինի նյութափոխանակության արգասիք է) գնահատման միջոցով: Կենսաքիմիական վավերացումն օգտագործվում է հիմնականում գիտական հետազոտությունների ընթացքում կամ հիվանդների՝ չծխելու վերաբերյալ պնդումը հաստատելու նպատակով, մինչդեռ խորհուրդ չի տրվում կիրառել բուժման մեթոդների և դեղաչափերի ընտրության առօրյա կլինիկական պրակտիկայում:

#### Ածխածնի մոնօքսիդ (CO)

Արտաշնչած CO-ն ամենահեշտ վերահսկվող կենսամարկերն

Ե և շրջակա միջավայրում CO-ի բացակայության պայմաններում հաճախ է կիրառվում որպես ծխելու փաստը հաստատող չափորոշիչ: Արտաշնչած CO-ն չափելու համար ծխողին խնդրում են արտաշնչել ձեռքի CO անալիզատորի մեջ (պատկեր 1.6): CO-ն չափվում է մկգ-ներով (ppm (parts per million))՝ չափման միավոր, որը կարող է փոխարկվել որպես կարբոքսիեմոգլոբինի համարժեք:

CO-ի կիսատրոհման պարբերությունը մոտավորապես 2-6 ժամ է:<sup>30</sup> Ծխողի արտաշնչած օդում CO-ի մակարդակը կարող է հասնել 10-20 մկգ-ի (ppm) (այսինքն՝ 2-5% կարբոհեմոգլոբինի):<sup>30</sup> Օրական օգտագործված սիգարետների քանակի և CO-ի չափի միջև գոյություն ունի որոշակի կապ, սակայն այն խիստ անհատական է:<sup>30</sup> CO-ի մակարդակի վրա ազդում են նաև ֆիզիկական լարումները:<sup>30</sup> Վերջին ծխախոտն օգտագործելուց 24 ժամ հետո CO-ի քանակը վերադառնում է նորմային: Սովորաբար CO-ի կոնցենտրացիան չծխողի արտաշնչած օդում չի գերազանցում 4 մկգ-ը: CO-ի քանակը կարող է փոխվել նաև պասիվ ծխելու արդյունքում՝ որոշակի սահմաններում: Ծխողներին չծխողներից տարանջատելու առաջարկվող սահմանային միավորը 9 մկգ-ն է:<sup>31</sup> 10 մկգ և ավելի ցուցանիշը արձանագրում է ծխելու փաստը: Այնուամենայնիվ, հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ 2 կամ 5 մկգ

**Պատկեր 1.6. Արտաշնչած ածխածնի մոնոցսիդի (CO) մոնիթորինգի սարք**



սահմանային միավորները ապահովում են վերջին 24 ժամերի ընթացքում ծխելու փաստի ապացուցման բարձր աստիճանի հավաստիություն:<sup>32,33</sup>

CO-ի կոնցենտրացիան առավել տյան ժամերին (պայմանավորված քնի ընթացքում չծխելու հանգամանքով) սովորաբար ավելի քիչ է, քան կեսօրին: Այդ պատճառով խորհուրդ է տրվում CO-ի մակարդակը չափել կեսօրին՝ ծխախոտի ներգործության իրական ցուցանիշը ստանալու համար:<sup>30</sup>

Պարզվել է, որ թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ ծխողների մոտ CO-ի կոնցենտրացիան ավելի բարձր է:<sup>34</sup> Սա բացատրվում է կամ թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդության անկայության հետևանքով շնչառական ուղիների բորբոքային գործընթացների արդյունքում ածխածնի մոնոցսիդի արտադրությամբ, կամ պարզապես ինտենսիվ ծխելու արդյունք է, ինչը բնորոշ է հիվանդների այս կատեգորիային:

**CO-ի մոնիթորինգի կլինիկական օգտակարությունը**

CO-ի չափումներն օգտագործվել են որպես հիվանդների՝ ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան բարձրացնելու միջոց:<sup>35</sup> CO-ի արագ փոխակերպումը նորմալ արժեքների խրախուսում է գերծ մնալ ծխելուց և յուրաքանչյուր հերթական այցի ժամանակ ունենալ CO-ի էլ ավելի ցածր ցուցանիշներ: Այդ նպատակով խորհուրդ է տրվում ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կենտրոնները համալրել CO-ի անալիզատորներով: CO-ի անալիզատորների օգտագործումը տարբեր հաստատություններում, օրինակ՝ առաջնային բուժօղակում, նույնպես լավ գործելակերպ է:

**Կոտիևին**

Կոտիևինը նիկոտինի գլխավոր մետաբոլիտն է և ծխախոտի ծխի ազդեցության կենսամարկեր է: Օրգանիզմում կոտիևինի կոնցենտրացիան չափելով՝ կարելի է գնահատել անհատի՝ ծխախոտի ծխի ներգործությանը ենթարկվելու չափը: Կոտիևինը կարող է չափվել արյան, մազերի, թքի և մեզի մեջ: Նիկոտինի կիսատրոհման պարբերությունը մոտ 2 ժամ է, սակայն կոնցենտրացիան կախված է օրվա ժամանակահատվածից, երբ ծխվել է վերջին ծխախոտը:<sup>30</sup> Կոտիևինի կիսատրոհման պարբերությունը 15-20 ժամ է և,

որպես այդպիսին, կարող է օգտագործվել 24-48 ժամերի ընթացքում չծխելու փաստը հաստատելու նպատակով: Ծխողների արյան պլազմայում կոտինինը մոտավորապես 200 նգ/մլ է, բայց, կախված ծխելու ինտենսիվությունից, կարող է հասնել մինչև 1000 նգ/մլ-ի:<sup>31</sup> Ծխողների շրջանում կոտինինի ցուցանիշի արժեքը կախված է օգտագործված սիգարետների քանակից և խիստ անհատական է:<sup>30</sup> պայմանավորված նիկոտինի նյութափոխանակության ժառանգական և այլ գործոնների ամանձնահատկություններով:<sup>36</sup>

Որպես սահմանային արժեք առաջարկվում է <15 նգ/մլ-ը՝ թքի նմուշի և 50 նգ/մլ՝ մեզի նմուշի համար:<sup>30,31,37</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժում ստացող անհատների ծխելու փաստի հաստատման նպատակով կոտինինի քանակի որոշումը չի կարող կիրառվել, և նախընտրելի մեթոդ է CO-ի մոնիթորինգը:<sup>31</sup> Մինչև օրս արված գիտական հետազոտությունները չեն հաստատել նիկոտինային փոխարինող բուժման չափաբաժինների ընտրության համար կոտինինի ցուցանիշների որոշման առավելությունը կլինիկական ախտանշանների գնահատման մեթոդի նկատմամբ:<sup>38</sup> Ներկայումս կոտինինի գնահատումը չի կիրառվում որպես կլինիկական գործելակերպում առաջնորդվելու միջոց:

## Գրականություն

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3<sup>rd</sup> ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health Psychology, 1990, 9:701–716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
7. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
8. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
9. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19–28.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. British Medical Journal, 2004, 328:277–279.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol 1992;11:331-4.
13. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/ nicotine dependence according to ICD10, DSMIIIR, and DSMIV. Addictive Behaviors. 1999;24:155–166.
16. MCCulough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. J Am Board Fam Med 2009;22(6):625-632.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12:159–182.
19. Shiffman S.,Waters A., Hickcox A.,The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, Nicotine Tob.Res. 2004;6(2);327-48.
20. Piper M,E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004;72(2):139-154.
21. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 2006; 15:2370–2377.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. The American Psychologist, 1992;47:1102–1114.
23. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop

- scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;128(2):15-19.
24. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2002;301:594-598.
  25. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-1756.
  26. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gi-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
  27. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.* *Monaldi Arch Chest Dis* 2006;66:255-263.
  28. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>
  29. The Beck Depression Inventory – II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
  30. Benowitz NL. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res.* 2002;4:149-159.
  31. 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.
  32. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005;100:159-167.
  33. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction.* 2011;106(7):1325-34.
  34. Montuschi P1, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. *Chest.* 2001;120(2):496-501.
  35. Bize R1, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
  36. Ho M.K., Tyndale R.F. Overview of the pharmacogenomics of cigarette smoking *The Pharmacogenomics Journal* 2007;7:81-98.
  37. Jarvis, M. J., Primatesta, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. Measuring nicotine intake in population surveys: comparability of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research*, 2003;5:349-355.
  38. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS\* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction.* 2011;106(4):833-43.

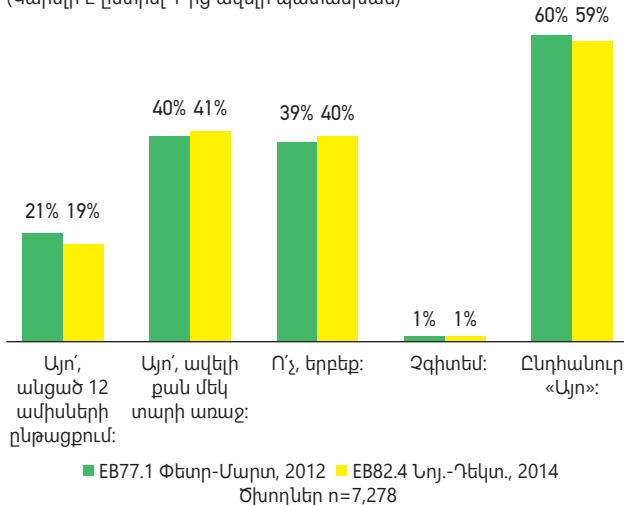
## ՄԱՍ I | ԳԼՈՒԽ 2

Ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի  
օգտագործումը դադարեցնելու և  
ծխախոտային կախվածությունը  
բուժելու համար



## 2.0 Ընդհանուր խորհուրդների ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու և ծխախոտային կախվածությունը բուժելու համար

QC17. Երբևէ փորձել եք դադարեցնել ծխելը:  
(Կարելի է ընտրել 1-ից ավելի պատասխան)



«ԵՄ-ում անցած 12 ամիսների ընթացքում յուրաքանչյուր 5 ծխողից գրեթե 1-ը փորձել է դադարեցնել ծխելը (19%), մինչդեռ 41%-ը փորձել է դադարեցնել ծխելն անցյալում: Ընդհանուր առմամբ, ԵՄ-ում ծխողների 59%-ը փորձել է դադարեցնել ծխելը»:  
Eurobarometer, 2015

Այս գլխում համառոտ ներկայացված են ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու և ծխախոտային կախվածությունը բուժելու համար:

### 2.1 Ծխախոտի օգտագործումը

Ծխախոտային կախվածությամբ պայմանավորված ծխախոտի օգտագործումը քրոնիկական հիվանդություն է, որն ավելի հաճախ ձեռք է բերվում դեռահասության ընթացքում:

Առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետները ծխախոտի օգտագործումը պետք է դիտարկեն որպես առողջությանը

սպառնացող վտանգ, եթե նույնիսկ բացակայում է ծխախոտային կախվածությունը: Սակավաթիվ չափահաս ծխողների մոտ է ծխելը դիտվում որպես որոշակի վարքի դրսևորում՝ առանց ծխախոտային կախվածության: 1,2 Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է տեղեկացնեն այս հիվանդներին առկա առողջական ռիսկերի մասին, խորհուրդ տան չօգտագործել ծխախոտ և աջակցեն ծխելը դադարեցնելուն՝ կատարելով ապացույցների վրա հիմնված հասանելի բուժում:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է լինեն նախաձեռնող դեռահասների շրջանում ծխելը կանխելու և ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու հարցում: Ծխող դեռահասները, որոնց մոտ դեռևս չի ձևավորվել ծխախոտային կախվածություն, պետք է լինեն միջամտության թիրախ՝ հաշվի առնելով, որ ծխախոտի օգտագործումը դեռահասության շրջանում վեր է ածվում ծխախոտային կախվածության մինչև դեռահասության ավարտը:

### 2.2 Ծխախոտային կախվածությունը որպես հիվանդություն

Գրեթե բոլոր չափահաս ծխողների մոտ ծխելը պայմանավորված է դեռահասության ընթացքում ձեռք բերված հիվանդությամբ՝ ծխախոտային կախվածությամբ, որը քրոնիկական հիվանդություն է և չունի լիարժեք բուժում: Այդուհանդերձ, ծխախոտի օգտագործումը կարող է դադարեցվել կարճ ժամանակով կամ ամբողջ կյանքի ընթացքում՝ նպաստելով առողջական վիճակի զգալի բարելավմանը:<sup>3</sup>

Ծխախոտային կախվածությամբ ծխողները հիմնականում ծխում են այն ժամանակ, երբ նիկոտինի մակարդակը գլխուղեղում նվազում է, սովորաբար՝ ծխախոտի վերջին օգտագործումից 20-60 րոպե հետո:<sup>4</sup> Ծխախոտի օգտագործումը պայմանավորված է ոչ թե գլխուղեղի կեղևի գործունեությամբ, այլ գլխուղեղի ենթագիտակցական



հատվածով (*accumbens nucleus*), որը կամային կառավարման չի ենթարկվում:

Ինչպես բոլոր քրոնիկական հիվանդությունների դեպքում, ախտորոշումից և գնահատումից հետո առողջապահության ոլորտի մասնագետները ծխելը դադարեցնելու բուժման աջակցող ծրագիր պետք է կազմեն: Հիվանդը կարող է հրաժարվել բուժումից, բայց բժիշկները պետք է գործեն, որպեսզի բուժեն այդ հիվանդությամբ տառապողների մոտ կեսին սպառնացող մահացու հիվանդություններից: 5 Բժիշկները պետք է ախտորոշումից անմիջապես հետո բուժեն ծխախոտային կախվածությունը ճիշտ այնպես, ինչպես բուժում են շաքարային դիաբետը, զարկերակային բարձր ճնշումը և քրոնիկական այլ հիվանդությունները:

Ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու խնդիրները խորությամբ հետազոտված են: Գոյություն ունեն ծխելը դադարեցնելու տարբեր միջոցներ ծխողների և այլ տեսակի ծխախոտ օգտագործողների համար:

## 2.3 Ծխելը դադարեցնելը

Ծխելը հաջողությամբ դադարեցնելու բուժման հիմնական բաղադրիչներն են պացիենտի կրթումը, վարքաբանական աջակցությունը և դեղաբուժությունը: 2,6

Ծխախոտ օգտագործողների նախատրամադրվածությունը, ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան, նիկոտինային կախվածությունը, տարիքը, ուղեկցող հիվանդությունները և անձնական մի շարք գործոններ ազդում են ծխելը դադարեցնելու հաջողության հնարավորությունների վրա: 2

### 2.3.1. Պացիենտի կրթում

- Ներկայացնել ծխախոտային կախվածություն և հիվանդությունը:
- Բացատրել ծխելու ցանկության պատճառները:
- Բացատրել ծխելու առողջական հետևանքները:
- Բացատրել ծխելը դադարեցնելու առավելությունները:
- Ներկայացնել ծխելը դադարեցնելու բուժումը:
- Ներկայացնել ծխախոտային քրոնիկական կախվածության վերահսկումը՝ ախտադարձը կանխելու համար:

### 2.3.2. Վարքաբանական աջակցություն

- Բացահայտել ծխելու վարքային պատճառները, ինչպես նաև՝ անմիջապես ծխելը խթանող գործոնները:
- Բարձրացնել ծխելը թողնելու մոտիվացիան և նվազեցնել ծխելը թողնելու ու չծխող դառնալու վախերը:
- Սովորել կառավարել հույզերը:

### 2.3.3. Դեղորայք

- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը հասանելի է տրանսդերմալ ձևով (սպեղանի), օրալ (մաստակ, բերանում լուծվող հաբեր, ենթալեզվային հաբեր, ներշնչակ) ձևով, որոշ երկրներում՝ ներքթային ցողացրի ձևով: Անցյալի համեմատ դեղաչափերն ավելի ճկուն են, հազվադեպ են օգտագործվում ֆիքսված դեղաչափեր, իսկ նիկոտինի չափաբաժինը սիգարետից ստացված նիկոտինի մակարդակին մոտեցնելու համար լայնորեն կիրառվում են սպեղանու և օրալ նիկոտինային փոխարինող բուժման ձևերի զուգակցումները:
- Վարենիկլինը ալֆա4 բետա2 նիկոտինային ընկալիչի մասնակի ագոնիստ է, որը օգտագործվում է որպես ծխելը դադարեցնելու մոնոթերապիա: Այն ավելի արդյունավետ է, քան առաջնային մոնոթերապիայի այլ միջոցները: Վարենիկլինը և բարձր չափաբաժնով զուգակցված նիկոտինային փոխարինող բուժումը հավասարապես արդյունավետ են: 6
- Բուպրոպիոնը ի սկզբանե օգտագործվել է դեպրեսիայի բուժման նպատակով, սակայն այն արդյունավետ է նաև ծխելը դադարեցնելու համար: 2,6 Այս դեղորայքը կարող է համատեղվել նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ:
- Նորթրիպտիլինը (եռացիկլ հակադեպրեսանտ) և ցիտիգինը (նիկոտինային ընկալիչի մասնակի ագոնիստ) արդյունավետ են ծխելը դադարեցնելու երկրորդային բուժման համար և հասանելի են որոշ երկրներում: 2,6 Այս դեղամիջոցները բավականին մատչելի են:

### 2.3.4. Ծխելը դադարեցնելը

Բուժման առաջնային նպատակը ծխելը դադարեցնելն է:

- Ծխելը դադարեցրածը այն ծխողն է, ով ինքնակամ չի ծխել և ոչ մի սիգարետ:
- Ծխախոտից հրաժարվելը/զրկանքը պետք է վերահսկվի

(երբ հնարավոր է) արտաշնչած ածխածնի մոնօքսիդի (CO) մոնիթորինգի միջոցով:

- Ծխախոտից հրաժարվելը/գրկանքը հաստատվում է այն դեպքերում, երբ արտաշնչած օդում CO-ի ցուցանիշը առավելագույնը 7 մկգ (ppm) է:

Կլինիկական պրակտիկայում խորհուրդ է տրվում ծխելուց հրաժարվելը/գրկանքը հաստատել ծխախոտից հրաժարվելու ամսաթվից 6 շաբաթ հետո՝ թույլատրելի երկշաբաթյա հավելյալ ժամկետով: Ծխախոտ չօգտագործելու հանգամանքը հաստատվում է CO-ի 7 մկգ-ից (ppm) պակաս ցուցանիշով:

«Հավելյալ ժամկետը» անմիջապես ծխելը թողնելու օրից կամ միջամտությունից հետո ընկած ժամանակահատվածն է, որի ընթացքում ծխելը չի համարվում ձխողում: Ծխելը դադարեցնելուց վեց ամիս հետո խորհուրդ է տրվում կրկին գնահատել գրկանքը և վաղաժամ ախտադարձը:

## 2.4 Ծխելը դադարեցնելուց հետո ծխախոտային կախվածության բուժումը

Ծխախոտային կախվածությունը ծխելը դադարեցնելուց հետո ախտադարձի բարձր ռիսկով քրոնիկական խանգարում է: Նախկին ծխողների կեսի մոտ ծխելը դադարեցնելու հաջորդ տարվա ընթացքում դիտվում է ախտադարձ:<sup>7</sup> Ախտադարձի ցուցանիշն ավելի բարձր է ծխելը դադարեցնելու առաջին շաբաթների ընթացքում: Այսպիսով, կլինիկական գործընթացում խորհուրդ է տրվում երկարատև վերահսկողություն (առնվազն 6 ամիս կամ, որ ավելի նախընտրելի է, 12 ամիս) գրկանքը հաստատելու և ախտադարձի բարձր հավանականության շրջանին հետևելու համար: Նույնիսկ գրկանքի մի քանի տարիներից հետո ախտադարձի ռիսկը շարունակում է մնալ բարձր:<sup>8</sup> Ախտադարձի բարձր հավանականություն ունեցողներին հայտնաբերելու համար անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ:

Ախտադարձին նպաստող հիմնական գործոնը ծխելու ցանկությունն է: Ծխելու անվերահսկելի ցանկությունը պետք է հաղթահարվի խորհրդատվությամբ (աջակցությամբ)

և/կամ դեղաբուժության օպտիմալացմամբ: Ծխելու անվերահսկելի ցանկությունը և գրկանքի ախտանշանները պետք է գնահատվեն պացիենտի հետ յուրաքանչյուր շփման ժամանակ: Ծխելու ուժեղ ցանկությունը հաղթահարելու համար արագ ազդեցության նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է զուգակցվել ստանդարտ բուժման հետ, սակայն դրա գնահատման և արդյունավետ բուժման մեթոդները դեռևս ուսումնասիրության կարիք ունեն:

Այնուամենայնիվ, փաստեր կան, որ ախտադարձի կանխարգելման միջամտությունները բնորոշվում են բարձր ծախսարդյունավետությամբ:<sup>9</sup>

## 2.5 Ախտադարձի կանխարգելումը

Ծխելը թողնելուց հետո ախտադարձը բնորոշվում է որպես  $\geq 7$  սիգարետի օգտագործում 7 հաջորդական օրերի կամ 2 հաջորդական շաբաթների ընթացքում: Ծխելը դադարեցնելու խախտումը պակաս թվով գլանակներ ծխելով բնորոշվում է որպես սայթաքում (lapse) (գիտական բնորոշման համար տե՛ս 1.3.1 ենթաբաժինը): Ծխելը թողնելու օրվանից հետո բուժումը պետք է հարմարեցվի ծխելու ցանկության արտահայտվածության աստիճանի և ախտադարձի ռիսկի հետ: Դեռևս անհրաժեշտություն կա այս նպատակով կիրառվող գործիքների և բուժման վավերացման հետագա հետազոտությունների: Ծխելու ցանկության ուժեղ արտահայտվածությունն ախտադարձի ռիսկը կանխատեսող կարևոր գործոն է: Ծխելը դադարեցնելուց հետո ախտադարձը կանխարգելել կամ բուժել կարելի է հետևյալ միջամտություններով.

- կոգնիտիվ վարքային թերապիայի (ԿՎԹ) սեանսի ժամանակի/քանակի ավելացում, ձևաչափի փոփոխություն՝ բուժման արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով,
- նիկոտինային սպեղանիների օգտագործում ավելի քան 14 շաբաթ, անհրաժեշտության դեպքում նաև նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճատև ազդեցությամբ ձևերի օգտագործում,
- վարենկիկլինի օգտագործման երկարաձգում 12-ից մինչև 24 շաբաթ,



- բուսարոպիոսի օգտագործման երկարածաում,
- դեղերի զուգակցում:

Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.

Նախկին ծխողների մոտ քրոնիկական ծխախոտային կախվածության բուժումը լայնորեն ուսումնասիրվել է, թեև դեռևս մնում է որպես մարտահրավեր:10 Չկան ախտադարձի բարձր ռիսկով նախկին ծխողներին բացահայտելու վավերացված հարցաշարեր և հաստատված արդյունավետությամբ բուժման մեթոդներ, բացառությամբ ախտադարձային բարձր ռիսկային իրավիճակներում ախտադարձը կանխարգելելու նպատակով կիրառվող ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման և կոգնիտիվ վարքային թերապիայի (ԿՎԹ):10 Անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ նախկին ծխողների ծխախոտային կախվածության բուժման և ախտադարձի կանխարգելման նոր ռազմավարությունների սահմանման համար:

#### Գրականություն

1. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Is Nicotine Addictive?. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2012.
2. 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.
3. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health Psychology, 1990;9:701–716.
4. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
5. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
6. 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.
7. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol. 1992;11:331-4.
8. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
9. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. Addiction 2011;106:1819-1826.
10. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T.



## ՄԱՍ I | ԳԼՈՒԽ 3

### Ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն

*«Ծխողների ներգրավումը սկսվում է պարզ հարցով՝  
ներկայումս օգտագործո՞ւմ եք ծխախոտ»:*

### 3.0

## Ճխախտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն

Առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետները պետք է բոլոր հիվանդներին ամսվազն համառոտ խորհրդատվություն տրամադրեն ծխելը թողնելու վերաբերյալ:

### 3.1 Ընդհանուր առաջարկություններ

Բուժաշխատողների կողմից ծխելը դադարեցնելուն ուղղված հստակ, բայց համառոտ խորհրդատվությունը զգալիորեն բարձրացնում է հիվանդների՝ ծխելը թողնելու մոտիվացիան և ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները:<sup>1,2</sup> Բժշկի և հիվանդի շփման տևողության վերլուծությունը փաստում է, որ բժիշկների կողմից տրամադրվող նվազագույն (3-5 րոպե) խորհրդատվությունը մեծացնում է ծխելուց երկարատև ժամանակով հրաժարվելու հավանականությունը:<sup>1,2</sup> Հաստատված է, որ, բոլոր ծխողներին ծխելը թողնելու հարցում աջակցություն առաջարկելը (անկախ ծխելը թողնելու պատրաստականությունից) ավելի արդյունավետ է, քան բժշկական ցուցումներով ծխելը թողնելու փորձերի կապակցությամբ հիվանդներին առաջարկվող խորհրդատվությունը:<sup>2</sup>

Հաշվի առնելով յուրաքանչյուր տարի տարբեր առիթներով բժիշկներին դիմող ծխողների մեծ թիվը՝ ակնհայտ է, որ նույնիսկ նվազագույն խորհրդատվությունը (համառոտ խորհրդատվություն) կարող է Եական ազդեցություն ունենալ հանրային առողջության վրա:

Առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետները՝ թերապևտները, ընտանեկան բժիշկները, տարբեր նեղ մասնագետները, վիրաբույժները, բուժքույրերը, մանկաբարձները, ատամնաբույժները, պետք է ծխողներին առաջարկեն նվազագույն խորհրդատվություն: Ատամնաբույժներն ու ատամնատեխնիկները կարող են առավել օգտակար լինել ծխելը թողնելուն ուղղված խորհրդատվության տրամադրման և գնահատման հարցում:<sup>3</sup>

#### Առաջարկություններ

- Բոլոր բժիշկները պետք է բոլոր ծխողներին խորհուրդ տան դադարեցնել ծխելը: Գիտական փաստերը վկայում են, որ բժշկի խորհուրդը զգալիորեն բարձրացնում է ծխելը թողնելու փորձերի արդյունավետությունը և ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները (A մակարդակի ապացույց):<sup>1,2</sup>
- Բժշկի կամ առողջապահական ոլորտի այլ մասնագետի կողմից ծխողին տրամադրված համառոտ խորհրդատվությունը (3-5 րոպե) զգալիորեն մեծացնում է ծխելուց հրաժարվելու /զրկանքի ցուցանիշները (A մակարդակի ապացույց):
- Ծխելը թողնելուն ուղղված աջակցության տրամադրումը բոլոր ծխողներին առաջարկվող գործելակերպ է (B մակարդակի ապացույց):<sup>2</sup>

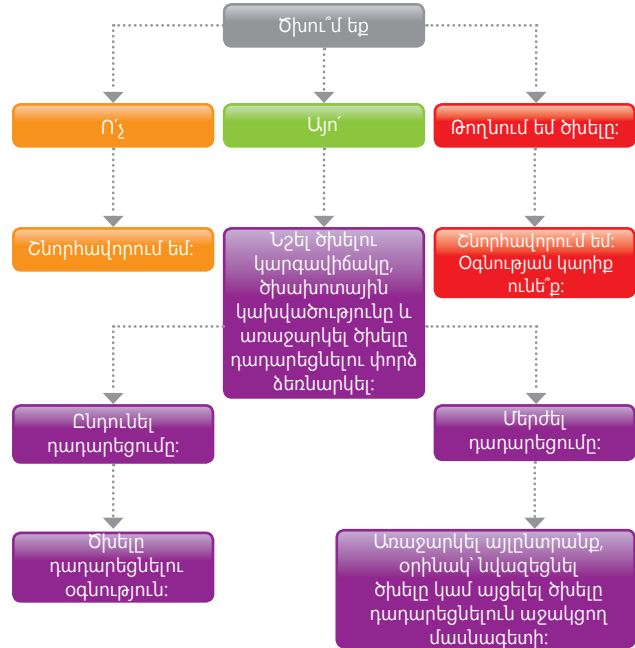
### 3.2 Ծխողներին աջակցող բժշկական անձնակազմի համար միջամտության ծրագիր

- Յուրաքանչյուր բժշկական այցի ժամանակ գնահատել բոլոր հիվանդների ծխելու կարգավիճակը:
- Աջակցել բոլոր այն ծխողներին, ովքեր ցանկանում են թողնել ծխելը:
- Մասնագիտական խորհրդատվություն տրամադրել ծխելը թողնել ցանկացողներին:
- Երբ և որտեղ հնարավոր է՝ ծխողներին ուղղորդել դեպի ծխելը դադարեցնելուն ուղղված մասնագիտացված ծառայությունները կամ ծխելը թողնելը:
- Ծխելը թողնել ցանկացող ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին խորհուրդ տալ օգտագործել նիկոտինի փոխարինող միջոցներ կամ նշանակել դեղորայք, բուժման վերաբերյալ հատուկ տեղեկություններ և խորհրդատվություն տրամադրել:

### 3.3 խորհուրդներ թերապևտներին

- Բոլոր թերապևտները կամ ընտանեկան բժիշկները պարբերաբար պետք է հորդորեն ծխող հիվանդներին թողնել ծխելը, առաջարկեն ծխելը թողնելու աջակցություն և խորհուրդ տան օգտագործել հասանելի դեղամիջոցներ ծխելը դադարեցնելու համար: Խորհուրդ է տրվում բժշկական քարտերում գրառումներ կատարել հիվանդների ծխելու վարքագծի վերաբերյալ և, եթե անհրաժեշտ է, ուղղորդել հիվանդին դեպի մասնագիտացված բուժման կամ խորհրդատվության ծառայություններ (A մակարդակի ապացույց):
- Բոլոր ընտանեկան բժիշկները և բուժքույրերը պետք է անցնեն վերապատրաստում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվություն տրամադրելու նպատակով, պատրաստ լինեն աջակցել ծխելը թողնել փորձող հիվանդներին, ինչպես նաև խորհուրդ տան համապատասխան բուժում (A մակարդակի ապացույց):
- Ծխողները, ովքեր չեն կարողանում թողնել ծխելը միայն առաջնային գործողությամբ (սեփական կամքի ուժ, համառոտ բժշկական խորհրդատվություն, դեղաբուժություն), որպես երկրորդ փուլ պետք է ստանան մասնագիտացված բուժում: Ժամանակակից գործելակերպում այս ռազմավարությունը դեռևս համընդհանուր կիրառություն չունի, սակայն ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվության ծրագիրը պետք է նախատեսվի որպես առողջության առաջնային պահպանման օղակի գործառնային բաղադրիչ և պետք է շարունակվի մասնագիտացված կենտրոններում երկրորդային մակարդակի միջամտություններով (C մակարդակի ապացույց):
- Համառոտ խորհրդատվությունը մոտիվացիայի բացակայության պարագայում ծխողներին տալիս է ծխելը թողնելու նախնական մոտիվացիա, միևնույն ժամանակ բարձրացնում է ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները: 1,2 Բազմաթիվ ծխողներ չեն կարողանում թողնել ծխելն առանց բժշկական օգնության: Ծխելու հետ կապված հիվանդությունների զարգացման բարձր ռիսկի ենթարկվող մոլի ծխողների մեծ մասը ամենից շատն ունի որակյալ բուժման կարիք:

Պատկեր 3.1. Նվազագույն խորհրդատվությունն առողջության առաջնային պահպանման օղակում



### 3.4 խորհուրդներ հիվանդանոցում բուժում ստացող հիվանդների վերաբերյալ

Հաստատվել է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտություններն արդյունավետ են հիվանդանոցում բուժում ստացող հիվանդների (ընդ որում ոչ միայն ծխելու հետևանքով առաջացած հիվանդություններից, այլ նաև այլ հիվանդություններից բուժվող հիվանդների) շրջանում:<sup>4</sup>

- Խորհուրդ է տրվում հիվանդանոցի բոլոր բուժաշխատողներին բացահայտել բոլոր ծխող հիվանդների ծխելու կարգավիճակը և ծխելը դադարեցնելու համառոտ խորհրդատվություն տրամադրել (A մակարդակի ապացույց):
- Հիվանդները պետք է տեղեկացված լինեն հիվանդանոցների՝ «ծխից ազատ» կարգավիճակի մասին (C մակարդակի ապացույց):

- Խորհուրդ է տրվում հիվանդանոցում բուժվող ծխող հիվանդներին տրամադրել որակավորված բժշկական անձնակազմի աջակցությունը՝ ծխելու ցանկությունը և զրկանքը կառավարելու, ինչպես նաև ծխելը դադարեցնելու նպատակով (A մակարդակի ապացույց):
- Բարձր ինտենսիվությամբ միջամտությունները, որոնք ենթադրում են դուրս գրվելուց հետո անվազն 1 ամսվա ընթացքում շարունակել շփումը աջակցելու նպատակով, ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման համար ամենաարդյունավետն են (A մակարդակի ապացույց):

### 3.5 > Խորհուրդներ հղի կանանց վերաբերյալ

- Խորհուրդ է տրվում հղի կանանց հետ անչվող բոլոր բուժաշխատողներին (գինեկոլոգներ, մանկաբարձներ, բուժքույրեր և թերապևտներ) գնահատել բոլոր հղիների ծխելու կարգավիճակը և տրամադրել ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն (A մակարդակի ապացույց):
- Հղիության ընթացքում կենսական նշանակություն ունի որքան հնարավոր է շուտ ծխելուց հրաժարվելը: Ծխելուց հրաժարվելը/զրկանքը պահպանելը հատկապես կարևոր է առաջին եռամսյակից հետո, քանի որ ծխելու վնասակար ազդեցությունն առավել շատ է հղիության երկրորդ և երրորդ եռամսյակներում (B մակարդակի ապացույց):5

### 3.6 > Խորհուրդներ պլանային վիրահատությամբ հիվանդների վերաբերյալ

Ծխախոտի օգտագործումը կրկնապատկում է բարդությունների ռիսկը վերքերի ապաքինման, ոսկրերի և սպիների ապաքինման, վարակների հաղթահարման ընթացքում:<sup>6,7</sup>

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ շտապ վիրահատությունից հետո ծխելը դադարեցնելը և չծխելու

կարգավիճակը պահպանելը 6 շաբաթվա ընթացքում կիսով չափ նվազեցնում է բարդությունների հավանականությունը:<sup>6,8</sup>

- Բոլոր հիվանդներին խորհուրդ է տրվում պլանային վիրահատություններից 6-8 շաբաթ առաջ թողնել ծխելը, որպեսզի նվազեցվի բարդությունների ռիսկը (A մակարդակի ապացույց):<sup>6</sup>
- Շատ կարևոր է տեղեկացնել հիվանդներին ծխելը թողնելու անհրաժեշտության մասին մինչև լրիվ ապաքինումը (3 շաբաթ փոքր և 3 ամիս օրթոպեդիկ վիրահատությունների դեպքում)՝ այլ ռիսկերից խուսափելու նպատակով (A մակարդակի ապացույց):<sup>6,8</sup>

### Գրականություն

1. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
2. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
3. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
5. Office on Smoking and Health. USDHHS. Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion. Atlanta. 2001.
6. Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
7. Silverstein P. Smoking and wound healing. *American Journal of Medicine* 1992;93(1A):22S-24S.
8. Nåsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2010;92(6):1335-42.

## ՄԱՍ II | ԳԼՈՒԽ 4

Ծխախոտային կախվածության  
բուժման ստանդարտ  
միջամտություններ

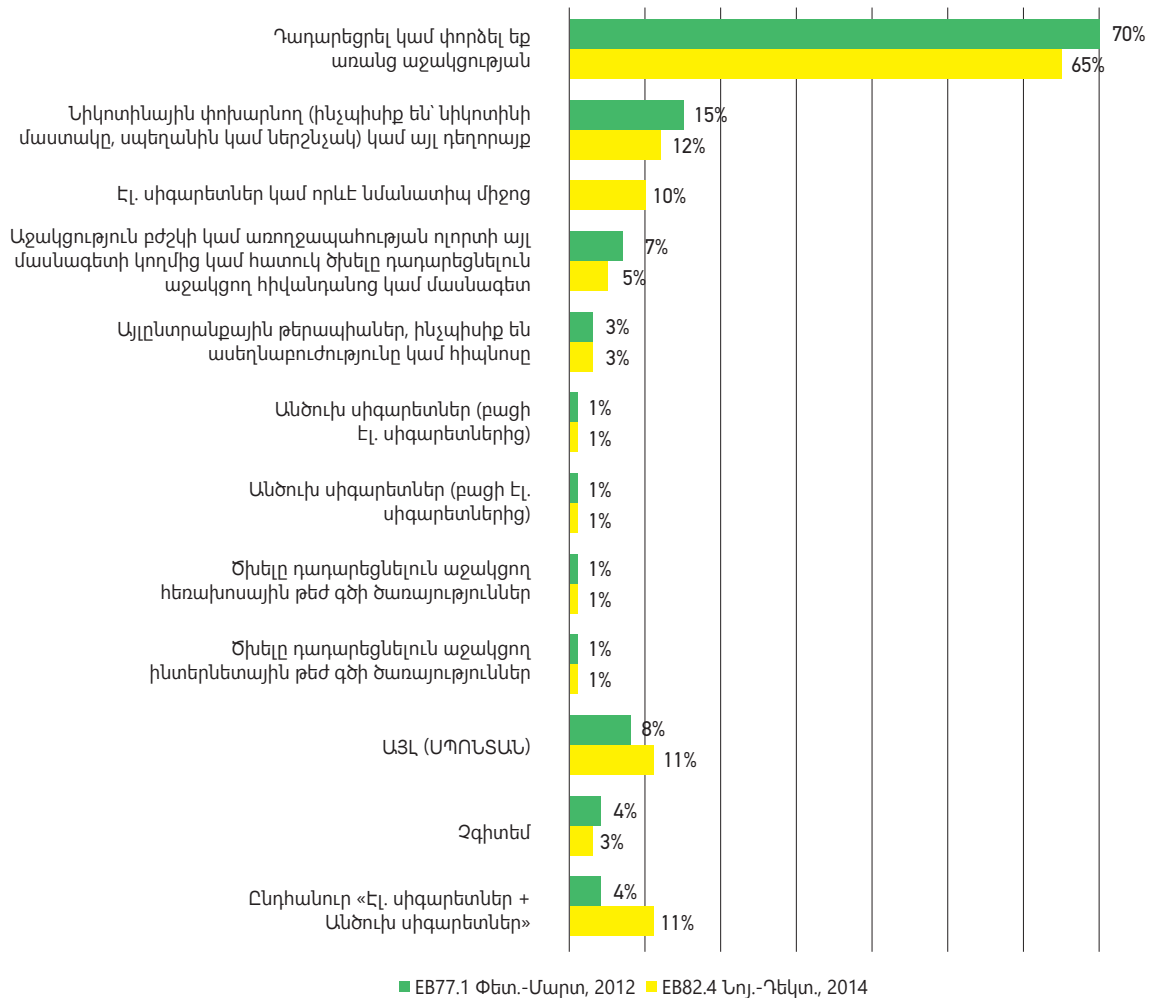




# 4.0

## Ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ միջամտություններ

QC18. Ծխելը դադարեցնելու կամ դադարեցնելու փորձի նպատակով նշվածներից որո՞նք եք օգտագործել:  
(Կարելի է ընտրել 1-ից ավելի պատասխան )



«Ըստ 2015 թ. Eurobarometer-ի՝ ծխողների և նախկին ծխողների 65%-ը նշել է, որ դադարեցրել կամ փորձել է դադարեցնել ծխելը առանց աջակցության, 12%-ը նշել է, որ օգտագործել է նիկոտինային փոխարինող դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են սպեղանիները, 10%-ն օգտագործել է Էլ. սիգարետներ և միայն 5% -ն է ստացել աջակցություն բժշկի կամ առողջապահության ոլորտի մասնագետի կողմից»:



## 4.1 Ծխախոտային կախվածության բուժման թերապևտիկ միջամտություններ

### 4.1.1 Ծխախոտային կախվածության բուժման թերապևտիկ միջամտությունը պարտադիր է

Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի 14-րդ հոդվածում<sup>1</sup> նշվում է, որ յուրաքանչյուր երկիր պետք է ստանձնի ծխելը դադարեցնելու աջակցություն տրամադրելու պարտավորություն: Ներկայումս այս դրույթի իրականացումը դիտարկվում է բազմաթիվ երկրների կողմից:<sup>2</sup> Ծխելը թողնելու աջակցությունը պետք է լինի յուրաքանչյուր եվրոպական երկրի ծխախոտի վերահսկման ռազմավարության հիմնական մասը:

Գիտական հոդվածներից մեկում հեղինակները հակադարձել են 4 սխալ կարծիքների, որոնք հնչում են ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բժշկական աջակցության դերի վերաբերյալ:

*«Ծխողների մեծ մասը թողնում է ծխելն առանց որևէ օգնության, ուստի աջակցության անհրաժեշտություն կարող է չլինել»:*

Սա ճիշտ չէ. այն փաստը, որ ծխողների մեծամասնությունը թողնում է ծխելն առանց աջակցության, չի նշանակում, որ դա ծխելը դադարեցնելու ամենարդյունավետ մեթոդն է: Հայտնի է, որ առանց աջակցության ծխելը դադարեցնելու փորձերի թիվը շատ ավելին է, բայց դրանք 4 անգամ պակաս արդյունավետ են, քան աջակցության ամպայության պարագայում:

*«Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված աջակցության խթանումը կարող է ստիպել ծխողներին մտածել, թե իրենք կախվածություն ունեն. այսպիսով՝ քչերը կփորձեն թողնել ծխելը»:*

Սա սխալ է. փաստերը վկայում են, որ ծխողները, ովքեր հավատում են, որ իրենք ունեն կախվածություն, ըստ էության, ավելի հակված են ծխելը դադարեցնելու փորձ անելուն, քան այլ ծխողները:<sup>2</sup>

*«Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված աջակցության հետազոտական արդյունքներն իրական աշխարհում կիրառելի չեն»:*

Այս պնդումը ևս սխալ է, քանի որ ծխելը դադարեցնելու անգլիական ծառայությունների գնահատումը ցույց է տվել, որ 7 ծխողից մոտ 1-ը (14,6%) բուժում ստանալուց 1 տարի անց եղել է ածխածնի մոնօքսիդի օգնությամբ վավերացված ծխելը դադարեցնող: Նմանատիպ արդյունքներ<sup>3</sup> գրանցվել են նաև կլինիկական այլ հետազոտություններում:

*«Ծխախոտի դեմ պայքարի այլ միջամտություններն ավելի ծախսարդյունավետ են, մասնավորապես՝ զանգվածային լրատվամիջոցների քարոզարշավները»:*

Սա ճիշտ չէ, քանի որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված աջակցության ծախսարդյունավետությունը հաստատվել է մի շարք կլինիկական հետազոտությունների արդյունքներով<sup>2</sup>՝ համալրվելով «իրական աշխարհից» ստացված տվյալներով, մինչդեռ աջակցության այլ մեթոդների ծախսարդյունավետության գնահատումը հիմնված է միայն իրավիճակային տվյալների և եզրահանգումների վրա: Ավելին, կլինիկական միջամտությունները և ծխախոտի դեմ պայքարի այլ միջամտություններն իրար հակադարձելու անհրաժեշտություն չկա, քանի որ տարբեր միջամտություններ ծառայում են տարբեր գործառնությունների և հաճախ փոխլրացնում են միմյանց:

Միջամտությունների համապատասխան գույքակցումն ամեն երկրում/շրջանում և տվյալ ժամանակահատվածում կախված է որոշակի հանգամանքներից:<sup>5</sup> Քանի որ ծխելը դադարեցնելու առողջական օգուտները հաստատված փաստ են, և անհատի ծխելը դադարեցնելուն ուղղված աջակցությունը ծախսարդյունավետ միջոցառում է՝ համեմատած առողջապահության ոլորտի այլ միջոցառումների հետ<sup>6</sup>, ուստի պարտադիր է բժշկական այցերի միջոցով յուրաքանչյուր ծխողին բացահայտելը, որպեսզի տրվի ծխելը դադարեցնելու համար բժշկական օգնություն ստանալու հնարավորություն:

Եվրոպայում ծխելը դադարեցնելու ծառայությունները բազմազան են: Ներկայումս շատ եվրոպական երկրներում ծխելը դադարեցնելու կենտրոններ դիմած ծխողների մեծ մասը մինչև այդ չի ստացել համապատասխան համառոտ խորհրդատվություն կամ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված որևէ այլ միջամտություն:

Ծխողների միայն փոքր մասն է տեղեկացված կանոնավոր

ծխելու ռիսկերի մասին, և քչերն են ստացել ծխելը դադարեցնելու նվազագույն բանավոր խորհուրդներ, ինչպես նաև՝ դեղաբուժություն կամ խորհրդատվություն:

Երկրները պետք է իրատեսական նպատակներ սահմանեն՝ թիրախավորելով ծխելը դադարեցնելու ծառայություններից օգտվող մարդկանց թիվը և ծխելը հաջողությամբ դադարեցնողների ցուցանիշները: Վերջինները պետք է արտացոլեն տեղային բնակչության ժողովրդագրական պատկերը: Ծառայությունների նպատակը պետք է լինի ծխող կամ որևէ այլ կերպ ծխախոտ օգտագործող տեղային բնակչության տարեկան անվազն 5%-ի բուժումը, որը սահմանվում է որպես ծխելը թողնելու օրից հետո 4 շաբաթ շարունակ ծխախոտի օգտագործման դադարեցում՝ այդ ժամանակահատվածում ապահովելով ածխածնի մոնօքսիդի մոնիթորինգով վավերացված անվազն 35% հաջողության ցուցանիշ:

Հաջողությունը վավերացվում է 4-րդ շաբաթում CO-ի մոնիթորինգի մեթոդով՝ 7 մկգ-ից ցածր ցուցանիշի արձանագրությամբ: Սա չի նշանակում, որ 4 շաբաթ անց բուժումն ավարտված է և պետք է դադարեցվի:<sup>7</sup>

### **Առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետները մտահոգված են**

Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված ներկայումս առկա ուղեցույցների ամփոփումը փաստում է, որ բոլոր բժիշկները և առողջապահական ոլորտի այլ մասնագետները որպես առօրյա ընթացակարգ՝ պետք է պարբերաբար բացահայտեն ծխողներին և յուրաքանչյուր այցի ժամանակ հիվանդների բժշկական քարտերում նշեն նրանց ծխելու կարգավիճակը: Գիտական գրականության ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ հիվանդների՝ միայն սեփական կամքի ուժի օգնությամբ ծխելը դադարեցնելու արդյունքները շատ համեստ են: Թեև ծխողների մեծամասնությունը (80-90%) ուզում է թողնել ծխելը,<sup>9,10</sup> նախորդ 12 ամիսների ընթացքում ծխախոտ օգտագործողների միայն 30%-ն է ծխելը թողնելու լուրջ փորձեր ձեռնարկում, և այս փորձերը հաջողվում են միայն 5% դեպքերում:<sup>11</sup>

Ավելին, ծխողները շատ հաճախ չեն ստանում ապացուցողական գիտության փաստերով հիմնավորված բուժում, և ծխելը թողնելու՝ չօժանդակվող փորձերի

մոտավորապես 90-95%-ն ավարտվում է անհաջողությամբ:<sup>12</sup> Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ շատ տարածված է պացիենտների կողմից դեղերը չընդունելու և խորհրդատվությանը չհետևելու երևույթը, ինչն իր հերթին նվազեցնում է ծխելը դադարեցնելու հարցում հաջողության հասնելու հնարավորությունները:<sup>5</sup> Հիվանդները հաճախ ընդունում են առաջարկվող դեղերի չափաբաժնի 50%-ը և մասնակցում են նախատեսված խորհրդատվական հանդիպումների կեսին:<sup>13</sup>

Առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետների համար առաջնահերթ պետք է համարվի հիվանդների կողմից ծխախոտի օգտագործման անդրադառնալը: Նրանք պետք է պատրաստ լինեն բուժել ծխախոտային կախվածությունը այնպես, ինչպես բուժում են քրոնիկական որևէ այլ հիվանդություն:

### **Առաջարկություններ**

- Բոլոր բժիշկներն ու առողջապահության ոլորտի այլ մասնագետները պետք է բոլոր ծխող հիվանդներին առաջարկեն դադարեցնել ծխելը: Ապացույցները փաստում են, որ բժշկական խորհրդատվությունը զգալիորեն բարձրացնում է ծխախոտից հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները (A մակարդակի ապացույց):
- Բժշկական այցերի ընթացքում թերապևտները ծխող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տան լիովին դադարեցնել ծխելը, նշանակեն նիկոտինային կախվածության բուժում և ուղղորդեն դեպի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կենտրոն անվազն տարին մեկ անգամ: Բժշկական այս քայլերը պետք է նշվեն հիվանդների բժշկական քարտերում (A մակարդակի ապացույց):
- Այն դեպքերում, երբ ծխող հիվանդը հայտնվում է հիվանդանոցում, նա պետք է նաև բուժող բժիշկներից ստանա նույն խորհրդատվությունը՝ ծխելը թողնելու համառոտ խորհուրդ/ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն, նիկոտինային կախվածության դեղորայքային բուժման նշանակում կամ ուղղորդում դեպի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված խորհրդատու/կենտրոն (A մակարդակի ապացույց):

**4.1.2. Ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ մոտեցում**  
**Հինգ A-երը (The 5As)**

Բուժհաստատություններում ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու նպատակով առաջարկվում է 5 A-երի ռազմավարությունը<sup>14</sup>:

1. **հարցնել** բոլոր հիվանդներին ծխելու կարգավիճակի մասին (Ask),
2. **խորհուրդ տալ** հիվանդներին դադարեցնել ծխելը (Advise),
3. **զննհատել** ծխելը դադարեցնելու պատրաստակամությունը (Assess),
4. **աջակցել** ծխելուց հրաժարվելու փորձին (այդ թվում՝ տրամադրել վարքային խորհրդատվություն և ծխելը դադարեցնելու առաջնային դեղորայք նշանակել) (Assist),
5. **կազմակերպել** շարունակական վերահսկողություն և (Arrange):

Այս մոդելը ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ մոտեցում է՝ հիմնված ապացուցողական տվյալների վրա: Այն կիրառվել է ծխելը դադարեցնելու բազմաթիվ ծրագրերում: Պատկեր 4.1-ը ներկայացնում է 5 A-երի ալգորիթմը:

Բժիշկները յուրաքանչյուր այցի ժամանակ հիվանդին պետք է հարցնեն ծխելու կարգավիճակի մասին և այն գրանցեն հիվանդի բժշկական քարտում:

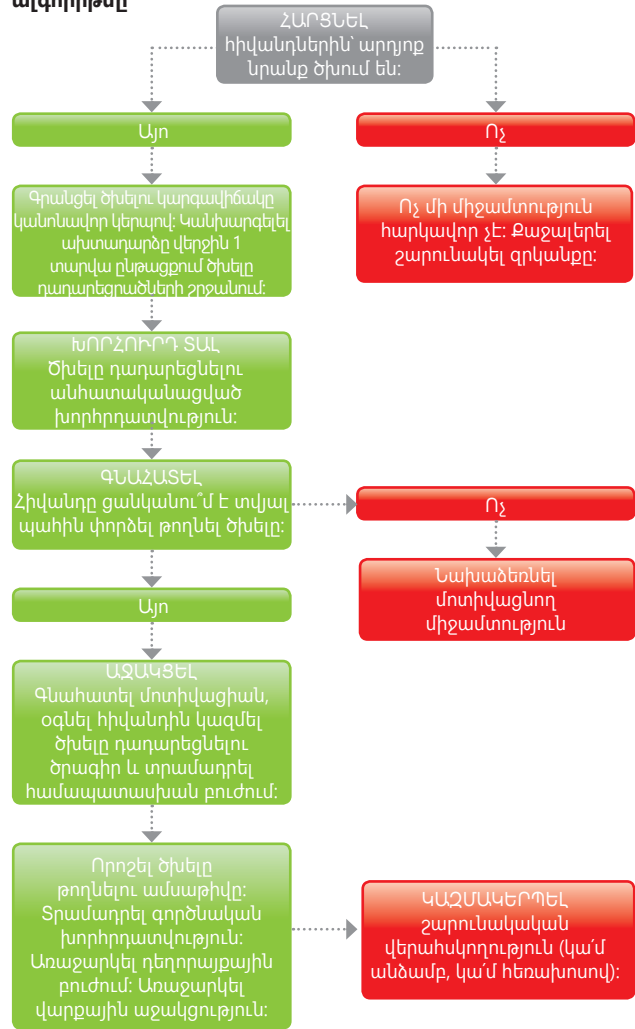
Բժիշկը բոլոր ծխող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տա թողնել ծխելը, գնահատի հիվանդի՝ ծխելը թողնելու պատրաստակամությունը և ծխելը թողնելու փորձի ընթացքում աջակցի նրան (եթե համապատասխան վերապատրաստման փորձ ունի) կամ ուղղորդի դեպի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կենտրոն:<sup>15</sup>

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է բժշկական աջակցություն տրամադրեն մոտիվացված և չմոտիվացված բոլոր ծխողներին: Կախված ծխելու կարգավիճակից և մոտիվացիայի փուլից՝ գործնականում առավել հաճախ հանդիպում են հետևյալ իրավիճակները (պատկեր 4.2):

Այս իրավիճակներից յուրաքանչյուրի համար խորհուրդ տրվող մոտեցումները նկարագրված են ստորև:

1. Գնահատման պահին դեղորայքային բուժման և կոգնիտիվ-վարքաբանական խորհրդատվություն

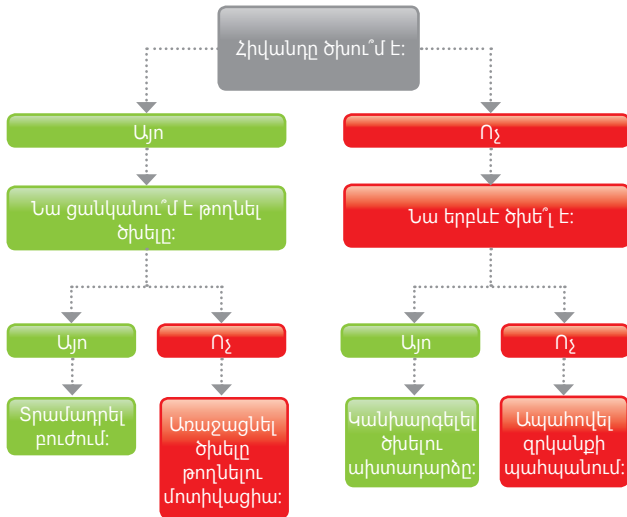
**Պատկեր 4.1. Բուժհաստատություններում ծխախոտային կախվածության բուժումը կազմակերպելու 5 A-երի ալգորիթմը**



տրամադրել ծխելը թողնել ցանկացող յուրաքանչյուր հիվանդի:

2. Գնահատման պահին ծխելը թողնել չցանկացող հիվանդների դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել

**Պատկեր 4.2. Ծխելը դադարեցնելու գործելակերպի առավել հաճախ հանդիպող իրավիճակներում**



մոտիվացնող հարցազրույցի ռազմավարություն, որի հիմնական նպատակն է խրախուսել ծխելը թողնելը, խթանել ծխելը դադարեցնելու նախնական մոտիվացիան, որքան հնարավոր է արագ խթանել մոտ ապագայում ծխելը դադարեցնելու որոշման կայացումը: 14 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ մոտիվացնող հարցազրույցը, ի տարբերություն հակիրճ խորհրդատվության կամ սովորական խնամքի, 30%-ով բարձրացնում է ծխելը դադարեցնելու 6-ամսյա ցուցանիշները: 32 հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ  $\geq 2$  ժամ վերապատրաստում անցած բժիշկ խորհրդատուների կողմից մոտիվացնող հարցազրույցի տրամադրման արդյունքում հիվանդների մոտ ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը եղել է 8%, մինչդեռ հակիրճ խորհրդատվության կամ սովորական գործելակերպի պարագայում նույն ցուցանիշը եղել է ընդամենը 2%:<sup>16</sup> Բացի այդ, ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշներն ավելի բարձր են եղել, երբ ծխողները 1-ի փոխարեն ունեցել են 2 կամ ավելի խորհրդատվական հանդիպում, և երբ հանդիպումները տևել են 20 րոպեից ավելի:

Միջամտությունները նախատեսված են հատկապես այս խմբի հիվանդների համար՝ վերջիններիս մոտ ծխելը թողնելու մոտիվացիան ուժեղացնելու նպատակով: Կարճատև միջամտություն մշակելու նպատակով ԱՄՆ-ի հանրային առողջապահության ծառայությունների 2008 թ. ուղեցույցն օգտագործել է մոտիվացնող հարցազրույցի բաղադրիչները:<sup>14</sup>

**Օգնել չմոտիվացված ծխողներին թողնել ծխելը**

Ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան շատ կարևոր է ծխախոտային կախվածության բուժման մեթոդի ընտրության համար: Որոշ մասնագետներ կարծում են, որ նախընտրելի է բուժում տրամադրել միայն մոտիվացված հիվանդներին: Ներկայումս շատ մասնագետներ աջակցում են հիվանդներին ծխելը թողնելու հարցում՝ առանց հաշվի առնելու ծխելը դադարեցնելու նախնական փորձերը կամ, այսպես կոչված, «աղետալի ուղին» (catastrophic pathway): Այս տեսության կողմնակիցները (Larabie, West & Sohal) փաստում են, որ ծխելը դադարեցնելու չծրագրած փորձերն ավելի հաջող են, քան նախօրոք ծրագրածները:<sup>17,18</sup> Նրանք նաև պնդում են, որ հատկապես շնչառական համակարգի հիվանդություններ ունեցողների մոտ այս ամենը նպաստում է լարվածության կուտակմանը, և արդյունքում նույնիսկ ոչ շատ բացասական իրադարձությունները կարող են նպաստել ծխելը դադարեցնելու որոշման կայացմանը:<sup>17,18</sup>

Հանրային առողջապահության տեսանկյունից ծխախոտային կախվածության բուժումը՝ առանց մոտիվացիան հաշվի առնելու, շատ ավելի արդյունավետ է, քան փոքր մաս կազմող մոտիվացված ծխողների բուժումը: Եթե բժշկի աջակցությամբ հիվանդը հաջողությամբ դադարեցնում է ծխելը, ապա հիվանդի կողմից ի սկզբանե մոտիվացված չլինելն արդեն իսկ դառնում է անկարևոր:

**Հինգ R-ի ռազմավարությունը**

Հինգ R-ի խորհրդատվությունն ուղղված է ծխելը թողնելուն անհատական պատճառներին, կանոնավոր ծխելու հետ կապված ռիսկերին, ծխելը թողնելու օգուտներին և ծխելը հաջողությամբ թողնելու խոչընդոտներին: Հինգ R-ի ռազմավարությունը, որը կիրառվում է այն դեպքում, երբ ծխողը չի ցանկանում անմիջապես թողնել ծխելը, ներառում է հետևյալը:<sup>14</sup>

- **Կարևորություն/ակտուալություն** (Relevance). հիվանդի հետ քննարկման ժամանակ բժիշկը պետք է փորձի պատասխանել հետևյալ հարցին. «Ինչո՞ւ է Ձեզ համար կարևոր անձնական ծրագրում ունենալ ծխելը դադարեցնելը»:
- **Ռիսկեր** (Risks). բժիշկը պետք է փորձի բացահայտել ծխողի մոտ առկա հնարավոր առողջական ռիսկերը և դասակարգի որպես սուր (թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդության սրացումներ) և երկարատև (անպտոդություն, քաղցկեղ) ռիսկեր:
- **Օգուտներ** (Rewards). բժիշկը հիվանդին պետք է ներկայացնի ծխելը դադարեցնելու առողջական օգուտները:
- **Խոչընդոտներ** (Roadblocks). բժիշկը պետք է խնդրի հիվանդին թվարկել այն խոչընդոտները և արգելքները, որոնք կարող են խանգարել ծխելը թողնելու փորձի հաջողությանը:
- **Կրկնություն** (Repetition). ծխելը դադարեցնելու միջամտությունները պետք է շարունակաբար կրկնվեն բոլոր այն դեպքերում, երբ բժիշկը զգում է, որ հիվանդը բավականաչափ չի ցանկանում/պատրաստ չէ թողնել ծխելը:

Մտոիվացնող հարցազրույցի մեթոդները հիմնված են ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիայի բարձրացման ուղղված միջամտությունների վրա, որոնք ներկայացնում ենք ստորև.<sup>19</sup>

- Բաց հարցերի միջոցով բացահայտել ծխելու նկատմամբ հիվանդի վերաբերմունքը («Որքա՞ն կարևոր է Ձեզ համար ծխելը թողնելը»):
- Կիրառել լսելու հայելային արտացոլման տեխնիկան («Ի՞նչ եք կարծում, ծխելն օգնո՞ւմ է Ձեզ պահպանել Ձեր ներկայիս քաշը»):
- Հարգել հիվանդների իրավունքը, երբ նրանք հրաժարվում են թողնել ծխելը («Ես հասկանում եմ, որ Դուք հիմա պատրաստ չեք թողնել ծխելը: Երբ ցանկանաք փորձել, պատրաստ եմ օգնել Ձեզ»):
- Հակասություններ առաջացնել հիվանդների ներկա վարքագծի և արժեքների միջև («Դուք ասում եք, որ Ձեր ընտանիքը շատ կարևոր է Ձեզ համար: Ի՞նչ եք կարծում, Ձեր ծխելն ազդո՞ւմ է Ձեր կնոջ և երեխաների վրա»):
- Հետևողականություն ձևավորել փոփոխության

նկատմամբ («Ես փորձում եմ օգնել Ձեզ խուսափել սրտի կաթվածից, ինչը պատահել է Ձեր հոր հետ»):

- Հոգատար/ապրումակցող վերաբերմունք ցույց տալ («Դուք անհանգստացա՞ծ եք հնարավոր աբստինենտային ախտանշաններից»):
- Տեղեկություններ տրամադրելու թույլտվություն հարցնել («Համաձա՞ն եք ինձ հետ սովորել վարքային որոշ տեխնիկաներ, որոնք կօգնեն դիմակայել այն իրավիճակներին, երբ ստիպված եք ծխել»):
- Պարզ լուծումներ առաջարկել, օրինակ՝ հեռախոսահամար (ծխելը դադարեցնելու աջակցող անվճար թեժ գիծ, վարքագծի փոփոխության վերաբերյալ խորհուրդներ պարունակող թռուցիկներ և այլն):

Մոտիվացնող հարցազրույցների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս 4.2.3 ենթաբաժինը:

### **Ծխելը նվազեցնելը**

Ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ մոտեցման ձախողման դեպքում խորհուրդ է տրվում քաջալերել ծխողներին ինքնուրույն կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման օգնությամբ «հնարավորինս» նվազեցնել ծխախտի օրական քանակը:<sup>20</sup>

Ծխելը դադարեցնելու նպատակով ծխելը նվազեցնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս 4.7 ենթաբաժինը:

### **Վերջերս ծխելը դադարեցրած ծխախտո օգտագործողները**

Ծխելը թողնելուց հետո նախկին ծխողներից շատերը խոցելի են ախտադարձի բարձր ռիսկի իմաստով, հատկապես՝ բուժման ավարտին հաջորդած 3-6 ամիսների ընթացքում: Ուստի բժիշկներին խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պարբերաբար հարցնել՝ արդյոք նրանք երբեմն ծխում են կամ ունենում են ծխելու ցանկություն: Ախտադարձի հավանականությունն առավել մեծ է ծխելը դադարեցնելուց հետո առաջին 2 շաբաթվա ընթացքում և աստիճանաբար նվազում է հաջորդ շաբաթներին: Այս ռիսկի հնարավորինս վաղ գնահատմանն օգնում են հետևյալ հարցերը՝

- «Դեռևս ունե՞ք ծխելու կարիք/ցանկություն»:
- «Որքա՞ն բարդ է Ձեզ համար գերծ մնալ ծխելուց»:

Ախտադարձի ռիսկով հիվանդներին պետք է առավել ինտենսիվ աջակցություն տրամադրել՝ անհրաժեշտության դեպքում կրկնելով սկզբնական բուժման կուրսը:

Խորհուրդ է տրվում քաջալերել վերջերս ծխելը հաջողությամբ դադարեցրած անձանց պահպանել զրկանքը, շնորհավորել նրանց յուրաքանչյուր փոքր հաղթանակի համար և զգուշորեն վերահսկել ախտադարձի ռիսկերը: Չծխելու կարգավիճակը պահպանելու և ախտադարձը կանխարգելելու նպատակով նրանք պետք է շարունակեն ստանալ համապատասխան աջակցություն, մասնավորապես՝ կոգնիտիվ-վարքաբանական խորհրդատվություն:<sup>9</sup>

Եթե հիվանդների մոտ նկատվում են զրկանքի ախտանշաններ կամ ծխելու բարձր ցանկություն, խորհուրդ է տրվում ուղղորդել դեպի մասնագիտացված կենտրոն՝ ավելի ինտենսիվ խորհրդատվության նպատակով: Առողջության առաջնային պահպանման հաստատություններում առանց հատուկ մասնագիտական օգնության հնարավոր է իրականացնել պատշաճ շարունակական հսկողություն միայն այն հիվանդների նկատմամբ, ովքեր դադարեցրել են ծխելն ու չունեն ծխելու ցանկություն կամ զրկանքի ախտանշաններ:

### **Երբևէ ծխախոտ չօգտագործողների համար**

Բժիշկը յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պետք է վերահաստատի հիվանդի չծխելու կարգավիճակը և այն պահպանելու նպատակով հակիրճ խորհրդատվություն տրամադրի: Այս պարզ միջամտությունները կարող են իրականացվել յուրաքանչյուր բժշկի կողմից՝ անկախ ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ վերապատրաստում անցնած լինելու հանգամանքից:

### **Առաջարկություններ**

- Խորհուրդ է տրվում պարզել հիվանդների ծխելու կարգավիճակը, ծխելը թողնելու խորհուրդ տալ, այնուհետև գնահատել հիվանդների՝ ծխելը թողնելու մոտիվացիան (C մակարդակի ապացույց):
- Ծխելը թողնել չցանկացող հիվանդներին խրախուսելու նպատակով բժիշկները պետք է օգտագործեն մոտիվացնող տեխնիկաներ (B մակարդակի ապացույց):
- Մոտիվացնող տեխնիկաներ կիրառող միջամտություններն

արդյունավետ են հետագայում ծխելը դադարեցնելու փորձերի հնարավորությունները բացահայտելու համար, սակայն ծխախոտային կախվածությունն ունեցող բոլոր հիվանդները պետք է ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժում ստանան՝ անկախ իրենց մոտիվացիայի մակարդակից (C մակարդակի ապացույց):

### **4.1.3. Ծխելուց և ծխախոտային կախվածությունից բուժման արդյունավետությունը (Աջակցել)**

#### **Խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցում**

Հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցումն արդյունավետ է ու նպաստում է ծխելը թողնել ցանկացող հիվանդների մոտ ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշների բարձրացմանը:<sup>14,23</sup> Խորհրդատվությունը և դեղորայքային բուժումն ինքնին արդյունավետ են, սակայն խորհրդատվության և դեղաբուժության զուգակցումն ավելի արդյունավետ է ու բարձրացնում է ծխախոտից հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները:<sup>14,21,22</sup> Պարտադիր չէ, որ դեղորայքային բուժում նշանակող բժիշկը լինի նաև խորհրդատվություն տրամադրող բժիշկ: Գործնականում հնարավոր է, որ թերապևտները, ատամնաբույժները, թերապևտների օգնականները կամ բուժքույրերը նշանակեն դեղորայք, իսկ խորհրդատվությունը տրամադրվի այլ մասնագետների կողմից (բժիշկ, բուժքույր, հոգեբան, ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծի աշխատակից և այլն):<sup>22</sup>

Քոքրեյնի համագործակցության կողմից 2016 թ. իրականացված 53 հետազոտությունների (25,000 մասնակից) վերլուծությունը գնահատել է ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցված կիրառման արդյունավետությունը: Հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ վարքային խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցված օգտագործումն ավելի արդյունավետ է, քան համառոտ խորհրդատվությունը կամ սովորական գործելակերպը (ՀՌ՝ 1.83, 95% ՀՄ՝ 1.68-1.98):<sup>22</sup> Հաստատվել է, որ առավել ինտենսիվ խորհրդատվության (հաշվի առնելով խորհրդատվությունների քանակը և տևողությունը) և ծխելու զրկանքի միջև գոյություն ունի հաստատուն կապ, սակայն խորհրդատվական

հանդիպումների օպտիմալ քանակը դեռևս որոշված չէ:<sup>22</sup>

### **Առաջարկություններ**

- Ծխելը դադարեցնելու համար խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցումն ավելի արդյունավետ է, քան դրանցից յուրաքանչյուրի առանձին կիրառումը: Հետևաբար հնարավորության դեպքում ծխելը թողնել փորձող հիվանդներին պետք է և՛ դեղորայքային բուժում նշանակել, և՛ խորհրդատվություն տրամադրել (A մակարդակի ապացույց):
- Հստակ կապ գոյություն ունի խորհրդատվական հանդիպումների քանակի (երբ դա զուգակցված է դեղորայքային բուժման հետ) և ծխելու զրկանքի հաջողության հավանականության միջև: Հետևաբար, ի լրումն դեղորայքային բուժման, բժիշկները պետք է խորհրդատվական բազմաթիվ հանդիպումներ ունենան ծխելը թողնել փորձող հիվանդներին հետ (A մակարդակի ապացույց):

#### **4.1.4. Հետևողական աշակցություն (Կազմակերպել)**

Ծխելը դադարեցրած հիվանդների երկարատև և հետևողական վերահսկումը չափազանց կարևոր է: Հիվանդի ծխելու կարգավիճակը պետք է ստուգվի յուրաքանչյուր հերթական այցի ժամանակ: Մեզի, արյան, թքի կամ մազերի մեջ կոտինինի քանակի չափումը նույնպես օգտակար տեղեկություններ է տալիս օրգանիզմում ծխախոտի ազդեցության վերաբերյալ, սակայն կոտինինի ցուցանիշների նշանակությունը քննարկելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել նիկոտինային փոխարինող բուժումը, քանի որ դեղորայքային նիկոտինը գումարվում է ծխախոտից ստացված նիկոտինին, եթե հիվանդը դեռ շարունակում է ծխել:<sup>19,23</sup>

#### **Բուժման հետևողականություն**

Ծխելը դադարեցնելու հաջողության կարևոր գործոն է նաև զուգակցված բուժման (դեղորայքային բուժում և խորհրդատվություն) վերահսկումը: Մետա-վերլուծության արդյունքները փաստում են, որ դեղորայքային և ոչ դեղորայքային մոտեցումները լրացնում են միմյանց, այսպես օրինակ՝ վարքային թերապիան օգնում է մարդկանց հաղթահարել այնպիսի իրավիճակներ, որոնց դեպքում

իրենք կծխեն, մինչդեռ դեղորայքային բուժումն օգնում է թեթևացնել զրկանքի հոգեբանական ախտանշանները:<sup>14</sup> Ավելին, դեղորայքային բուժումը հիվանդներին օգնում է հաղթահարել ծխելը թողնելու սուր փուլը, երբ զրկանքի ախտանշանները վառ են արտահայտված, մինչդեռ վարքային թերապիան օգնում է հաղթահարել երկարատև զրկանքի պահպանումը: Հետևաբար, երկու բուժումների զուգակցումը կարող է բարելավել յուրաքանչյուր մեթոդի արդյունավետությունը:<sup>14</sup>

Հնարավոր է՝ ծխողներից շատերը չներգրավվեն խորհրդատվության մեջ, հատկապես եթե այն ներառի երկարատև հանդիպումներ կամ բազմաթիվ այցեր: Հետևաբար, հիվանդներին պետք է առաջարկել ծխելը թողնելու այլ տարբերակներ, ներառյալ՝ համառոտ և հասանելի խորհրդատվությունը: Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դեղորայքի բուժմանը չհետևելը տարածված մոտեցում է և կապված է այն համոզմունքի հետ, թե դեղորայքը վտանգավոր է, ոչ արդյունավետ և չպետք է օգտագործվի, եթե անհատն ունի ախտադարձ:

Ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժմանը չհետևելը հանգեցնում է ծխելը թողնելու ծախսողման, ուստի բժիշկը պետք է հիվանդի հետ քննարկի այդ դեղերի հետ կապված անհանգստության պատճառները և խրախուսի նրան հետևել նշանակումներին:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժումը հասանելի դարձնելը և բուժման խոչընդոտները նվազեցնելը նշանակալիորեն բարձրացնում է բուժման ընդունումը: Օրինակ, երբ բուժումը հետաձգվում է և իրականացվում է այլ վայրում, ծխողների միայն 10%-ը կամ ավելի պակաս է նախաձեռնում այն, մինչդեռ հիվանդների ավելի քան մեկ երրորդը դիմում է, եթե առաջարկվող բուժումը հասանելի է:<sup>24</sup> Բուժման դիմողների քանակը կարող է մեծանալ նաև օգնության առաջարկի պարբերաբար կրկնության դեպքում, քանի որ ծխողների հետաքրքրվածությունը ծխելը թողնելու հարցում կարող է փոփոխվել ժամանակի ընթացքում:<sup>25</sup>

Այլ կերպ ասած, չկա ծխելը դադարեցնելու հրաշագործ բաղադրատոմս: Յուրաքանչյուր մեթոդ ընդունելի է, եթե դրա արդյունքում դիտվում է ծխախոտային զրկանք և առողջական ակնհայտ օգուտ: Այս առումով չափազանց կարևոր է, թե

ինչ կերպ է բժիշկը հաղորդակցվում ծխելը դադարեցնելու նպատակով օգնության դիմած հիվանդի հետ: Բժիշկը պետք է հաշվի առնի, որ շատ հաճախ ծխելը դադարեցնելու աջակցության կենտրոն եկած ծխողները, հատկապես՝ ամբուլատոր հիվանդները, իրենց հիվանդ չեն համարում և նույնիսկ չեն գիտակցում, որ տառապում են կախվածությունից ու դեղորայքային բուժման կարիք ունեն: Շատերի կարծիքով՝ իրենց խնդիրը պարզապես «թուլությունն» է, «կամքի ուժի պակասը», «վատ սովորությունը» և այլն:

Խորհուրդ է տրվում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ խորհրդատվության համար առանձին տարածք հատկացնել, որտեղ հնարավոր կլինի խրախուսել ծխողի ազատ խոսքը՝ առանց նրան մեղադրելու, ստեղծել փոխադարձ վստահության և համագործակցային փոխհարաբերություններ, արդյունքում ծխելը թողնելու մեթոդների ընտրությունը թողնել հիվանդի հայեցողությանը:<sup>27</sup>

#### **Առաջարկություններ**

- Գոյություն ունի հստակ կապ խորհրդատվական հանդիպումների տևողության և ծխելը դադարեցնելու բուժման հաջողության միջև, ուստի ինտենսիվ միջամտություններն առավել արդյունավետ են և պետք է կիրառվեն բոլոր հնարավոր դեպքերում (A մակարդակի ապացույց):
- Բժիշկները պետք է խրախուսեն բոլոր հիվանդներին ծխախոտային կախվածության բուժման համար օգտագործել արդյունավետ դեղորայք (A մակարդակի ապացույց):
- Բժիշկը պետք է առնվազն չորս խորհրդատվական հանդիպում ունենա ծխելը թողնել ցանկացող բոլոր ծխողների հետ: Ապացուցվել է, որ դա մեծացնում է երկարատև զրկանքի պահպանման հնարավորությունը (A մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային կախվածությունից ազատվելու վերաբերյալ խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցումն ավելի արդյունավետ է, քան երկու մեթոդներից յուրաքանչյուրի առանձին կիրառումը: Այդ պատճառով խորհուրդ է տրվում հնարավորության դեպքում զուգակցել այդ երկու մեթոդները (A մակարդակի ապացույց):

- Երբ հնարավոր չէ կիրառել դեղորայքային բուժում, խորհուրդ է տրվում կիրառել ոչ դեղորայքային բուժում, որպեսզի բոլոր ծխողները բուժական աջակցություն ստանան: Հարկ է նշել, որ ծխախոտային կախվածության ցանկացած բուժում արդյունավետ է (A մակարդակի ապացույց):

#### **4.1.5. Առողջապահական համակարգերի մոտեցումը ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության բուժման հարցին**

Ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու նպատակով հետևողական և արդյունավետ միջամտությունը պահանջում է առողջապահական համակարգերի աջակցություն: Ծխողներն ավելի հակված են ծխելը թողնելու փորձ ձեռնարկել, երբ բժշկական ապահովագրությունը հատուցում է ծխախոտային բուժումը:<sup>26</sup> Ծխելը դադարեցնելու առողջական օգուտի և ծախսարդյունավետության շնորհիվ ներկայումս ավելի շատ ապահովագրական կազմակերպություններ են նախատեսում հատուցել ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված՝ ծխելը դադարեցնելու բուժումը. օրինակ՝ 2010 թ. Medicare ամերիկյան կազմակերպությունը ընդլայնել է ոչ միայն ծխելու հետ կապված հիվանդություններն ունեցողներին, այլև բոլոր ծխողներին (4 միլիոն մարդ) տրամադրվող խորհրդատվության ծածկույթը:

Էլեկտրոնային բժշկական քարտերի օգտագործումը նպաստում է բժիշկների և բուժանձնակազմի կողմից ծխողներին համակարգված կերպով բացահայտելուն և բուժման կազմակերպմանը՝ մինևույն ժամանակ անմիջական կապ ունենալով ծխելու կարգավիճակի գրանցման բարձր ցուցանիշների հետ: Բացի այդ, այն նաև կարող է ավելացնել ծխելը դադարեցնելու բուժման կիրառությունը:<sup>27</sup> Բժիշկների վերապատրաստումը, նրանց աշխատանքի հետադարձ արձագանքը, բուժում իրականացնող անձնակազմի նվիրվածությունը, ծխելը դադարեցնելու աջակցություն տրամադրող թե՛ գծերի մասին տեղեկացնող ծրագրերը ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները բարձրացնող լրացուցիչ գործոններ են:

Ամբողջ աշխարհում առողջապահական համակարգերը, ելնելով առկա տեղային հնարավորություններից և միջոցներից, փորձում են ծխելը դադարեցնելու համար



մինիմալ պայմաններ ապահովել (ծխողների բացահայտում, ծխելը թողնելուն ուղղված խորհրդատվություն, բուժման հասանելիության ապահովում): Գոյություն ունեն գիտական ապացույցներ առայն, որ ծխելը հաջողությամբ դադարեցնելու ցուցանիշներն ավելի բարձր են, երբ առողջապահական համակարգը տրամադրում է անվճար բուժում:<sup>28</sup>

#### **4.1.6. Ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների տեսակները**

Ներկայումս գործնականում ծխելը դադարեցնելու 2 հիմնական միջամտություն են առանձնացնում՝ նվազագույն միջամտություն (համառոտ խորհրդատվություն) և ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված բուժում:

##### **4.1.6.1. Նվազագույն միջամտություն (համառոտ խորհրդատվություն)**

Այս տեսակի միջամտությունը տևում է առավելագույնը 3-5 րոպե (որպես 1-ին մակարդակի միջամտություն): Խորհուրդ է տրվում իրականացնել առողջության առաջնային պահպանման օղակում բոլոր մասնագետների կողմից:

Համառոտ խորհրդատվությունը «ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բանավոր ցուցումների ամբողջությունն է, որը տրվում է բժշկական տեսանկյունից ծխելու վնասակար ազդեցության մասին տեղեկության հետ միասին»: Այլ մեթոդներից առանձին կիրառվելու դեպքում այն շատ փոքր ազդեցություն ունի: Ըստ ցուցանիշների՝ 40 ծխողից միայն 1-ն է հաջողությամբ թողնում ծխելը զուտ խորհրդատվության միջոցով:<sup>29</sup> Խորհրդատվությունն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես հիմնական, համակարգված միջամտության տրամադրում բոլոր հիվանդներին, որին հաջորդում է ուղղորդումը դեպի մասնագիտացված կենտրոն: Այս դեպքում այն դառնում է բավականին ազդեցիկ միջամտություն:

Նվազագույն խորհրդատվությունը ցուցված է բոլոր հիվանդներին՝ ներկա ծխողներին, անկանոն ծխողներին, նախկին ծխողներին, ինչպես նաև նրանց, ովքեր երբեք չեն ծխել: Համառոտ խորհրդատվությունը (3 րոպե) ավելի արդյունավետ է, քան հիվանդին պարզապես ծխելը թողնելու խորհուրդ տալը: Այն կրկնապատկում է ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները՝ համեմատած միջամտության բացակայության հետ:<sup>7</sup>

Առողջապահական համակարգը, ի հավելումն համառոտ իրավիճակային միջամտությունների, պետք է առաջարկի բուժում ավելի ինտենսիվ աջակցության կարիք ունեցող ծխողներին: Այս օժանդակությունը կարող է իրականացվել անհատապես կամ խմբերով և պետք է ներառի ծխելը թողնելու հաղթահարման հմտություններ, ուսուցում և սոցիալական աջակցություն:

##### **4.1.6.2. Ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված անհատական միջամտություններ**

Որպես 2-րդ մակարդակի միջամտություն հնարավորության դեպքում ծխողները պետք է ծխախոտային կախվածության մասնագիտացված անհատական բուժում ստանան իրենց վերապատրաստված բժշկից, բուժքրոջից կամ հոգեբանից: Որպես այլընտրանք հիվանդները կարող են ուղղորդվել դեպի ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կենտրոն, եթե այն հասանելի է համայնքում:

Բուժումը ներառում է նիկոտինամուլության բուժման համար ապացուցված արդյունավետությամբ դեղորայքի ընդունում և կոգնիտիվ-վարքաբանական անհատական խորհրդատվություններ: Մասնագետները «խորհրդատվություն» եզրույթով բնորոշում են հատուկ կոգնիտիվ-վարքաբանական աջակցությունը ծխելը թողնելու նպատակով բուժվող հիվանդին: Խորհրդատվական հանդիպումների դերը ծխելը թողնելու փորձի ընթացքում ծխելը դադարեցնելու գործընթացի և խոչընդոտների հաղթահարման մեթոդների մասին տեղեկության տրամադրումն է:

Սովորաբար ծխելը դադարեցնելու բնագավառում վերապատրաստված թիմի (բժիշկ, բուժքույր և հոգեբան (ընտրովի)) մասնագիտացված միջամտությունը ենթադրում է արդեն իսկ համառոտ խորհրդատվություն ստացած հիվանդին որակյալ օգնության տրամադրում: Այս գործընթացում գլխավոր դերը պատկանում է բժշկին, քանի որ նա է պատասխանատու դեղորայքային բուժման և խորհրդատվության համար: Բուժքույրն օգնում է լրացնել փաստաթղթերը և տվյալների բազան, լաբորատոր թեստերը, նույնիսկ կարող է նվազագույն խորհրդատվություն տրամադրել: Հոգեբանն օժանդակում է միջամտությանը՝ ավելացնելով հոգեբանական աջակցության բաղադրիչներ և

կոզնիտիվ-վարքաբանական տեխնիկաներ:

Լավագույն տարբերակում ծխելը դադարեցնելու անհատական ռազմավարությունները միավորում են խորհրդատվությունը (այսինքն՝ ծխելը թողնելու առաջարկությունները), դեղորայքային բուժումը (վարենիկլին, բուպրոպիոն, նիկոտինային փոխարինող բուժում և այլն) և կոզնիտիվ-վարքաբանական թերապիան: Բուժումը սովորաբար բաղկացած է 9-12 շաբաթվա ընթացքում անցկացվող 20-45 րոպե տևողությամբ մի քանի (սվազագույնը՝ 4) հանդիպումից: Առաջին խորհրդատվական հանդիպման ժամանակ հիվանդին համառոտ ներկայացնում են բուժման հասանելի մեթոդները, զգուշացնում են զրկանքի ախտանշանների մասին և քննարկում բուժման կազմակերպման ամենահարմար տարբերակները: Առաջին շփումը պետք է օգտագործել նաև ծխելը թողնելու հաջողության հնարավորությունները և ախտադարձի ռիսկերը գնահատելու համար:

Ստանդարտ բուժման 9-12 շաբաթների ընթացքում, անկախ նշանակած բուժումից, խորհուրդ է տրվում բոլոր հիվանդների նկատմամբ հետևողական լինել (նշանակելով ամսվա զ 2 այց): Այցերի ընթացքում անհրաժեշտ է համոզվել, որ հիվանդը հետևում է ճիշտ բուժմանը, դեղորայքային բուժման դեպքում՝ ստանդարտ չափաբաժիններին, ստուգել՝ արդյոք կան դեղորայքի կողմնակի ազդեցություններ, ինչպես նաև՝ անդրադառնալ հոգեբանական-վարքային բարդություններին կամ զրկանքի ախտանշաններին: Վերահսկող այցերը բժշկին թույլ են տալիս վերագնահատել ծխողների ծխելու կարգավիճակը, վերահսկել ծխախոտի օգտագործման կենսամարկերները և կանխել ճախողումներն ու ախտադարձերը: Այս այցելությունները հնարավորություն են տալիս շտապ աջակցություն տրամադրել. բժիշկը կարող է միջամտել ճիշտ ժամանակին այն դեպքում, երբ ծխողը հուսալքված է կամ սայթաքել է կարճատև ժամանակավոր զրկանքից հետո: Ամենակարևոր այցելությունն առաջինն է, ուստի խորհուրդ է տրվում այն կազմակերպել ծխելը թողնելու թիրախ հանդիսացող օրվանից անմիջապես հետո: Մասնագետների մեծամասնությունը խորհուրդ է տալիս ծխելը թողնելու օրը նշանակել բուժման երկրորդ շաբաթվա ընթացքում: Սակայն, կախված բժշկի փորձառությունից և ծխողի անհատական առանձնահատկություններից, մասնագետը կարող է առաջարկել ծխելը թողնելու մեկ այլ

ամսաթիվ, օրինակ՝ 3-6-րդ շաբաթների ընթացքում:

Բուժման վերջնական խորհրդատվությունն իրականացվում է բուժման ավարտից հետո, սովորաբար՝ նախնական խորհրդատվությունից երկու կամ երեք ամիս անց, և նպատակ ունի գնահատել ծխախոտային զրկանքը՝ որպես բուժման արդյունք: Այս նպատակով ծխելու կարգավիճակը կրկին պետք է կլինիկորեն և կենսաբանորեն գնահատվի: Ծխելու ցանկությունը, ինչպես նաև ծխելը թողնելու ընթացքում առաջացած բոլոր բարդ իրավիճակները պետք է գնահատվեն: Անհրաժեշտ է կրկին ստուգել զրկանքի ախտանշանները և դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունները: Միևնույն ժամանակ ծխելը դադարեցրած հիվանդը զրկանքի պահպանման և ծխելը վերսկսելու կանխարգելման նպատակով պետք է խորհրդատվություն ստանա: Այն հիվանդները, ովքեր չեն կարողացել դադարեցնել ծխելը, պետք է վերագնահատվեն՝ ծխելը թողնելու մեկ այլ փորձ սկսելու նպատակով:

Ծխելը դադարեցնելու անհատական ձևաչափով մասնագիտացված միջամտությունը ծխախոտային կախվածության բուժման ամենից շատ առաջարկվող մոտեցումն է: Շաբաթական այցելություններով ինտենսիվ ծրագրերը, բժշկի անհատական խորհրդատվությունները և դեղորայքային բուժումը կարող են բարձրացնել մոտիվացված ծխողների ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը: Այս աջակցությունը կարող է հեշտությամբ տրամադրվել ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կենտրոնների կողմից: Այնուամենայնիվ, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ծխելը ներառում է նիկոտինային կախվածության գործոնը, ծխելը թողնելու ակնկալվող ցուցանիշը կարող է լինել 25-40%:<sup>7</sup>

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված՝ ծխելը դադարեցնելու ծառայությունները ծախսարդյունավետ են: Բրիտանիայի Առողջապահության ազգային ծառայության՝ ծխելը դադարեցնելու կլինիկական հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ հաջողության հասնելու ավելի մեծ հնարավորություններ ունեն այն ծխողները, ովքեր աջակցություն են ստանում մասնագիտացված կլինիկաներում, ուր իրականացվում է նիկոտինային փոխարինող բուժում կամ վարենիկլինի հետ զուգակցված

բուժում, քան առողջության առաջնային պահպանման օղակում աջակցություն ստացող կամ միայն նիկոտինային փոխարինող բուժում ստացող ծխողները:<sup>30</sup>

## Գրականություն

1. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
2. West R., McNeill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2011;105:1867-1869.
3. Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, *Addiction* 2005;100:59-69.
4. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults, *Cochrane Database Systematic Review* 2013; Issue 6. Art. No. CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3.
5. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services.
6. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, www.nice.org.uk.
7. Gratzou C., Tønnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
8. Gratzou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur. Respir. Mon.*, 2008; 42: 35-43.
9. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
10. CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:1217-20.
11. Andreas S., Hering T., Mühlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(16):276-82.
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol*. 1992; 11:331-34.
13. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther*. 2008;30:1852-8.
14. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
15. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No. CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
17. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005;14: 425-428.
18. West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006;332:458-460.
19. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008;42:44-50. ISSN 1025448x.
20. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003;98:1395-402.
21. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin*. 2009;59:314-326.
22. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
23. Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, *Am J Epidemiology* 2000; 151: 251-258.
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, *Prev. Med*. 2004;38:412-20.
25. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob. Res*. 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]
26. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur. Respir. Mon* 2008, 42, 57-60.
27. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, *WMJ* 010;109:335-40.
28. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, *Addiction* 2005;100:1012-20.
29. 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 Iași, 2010, www.srp.ro.
30. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, www.stop.smoking@wales.nhs.uk

## 4.2 Վարքաբանական խորհրդատվություն

Այս բաժնում ներկայացված է ծխելը դադարեցնելու գործընթացում կիրառվող 2 արդյունավետ տեխնիկա՝ կոգնիտիվ-վարքաբանական խորհրդատվությունը և մոտիվացնող հարցազրույցը:

### 4.2.1. Հոգեբանական աջակցություն ծխելը դադարեցնելու համար

Ծխելը դադարեցնել ցանկացող հիվանդին, բացի դեղորայքային բուժումից և խորհրդատվությունից, անհրաժեշտության դեպքում կարող է տրամադրվել նաև հոգեբանական աջակցություն: Հայտնի է, որ ծխելը թողնելու համար յուրաքանչյուր ծխող ջանքեր է գործադրում: Երբ այս ջանքերը արդյունք չեն տալիս, կամ երբ ծխողն իրեն անկարող է համարում թողնել ծխելը առանց մասնագիտական աջակցության, հոգեթերապևտիկ միջամտություն է ցուցվում: Բուժման առաջարկված բաղադրիչները բխում են վարքային թերապիայի մեթոդներից: Հոգեդինամիկ տեխնիկաների կիրառմամբ ծխախոտային կախվածության բուժման արդյունավետությունը դեռևս ամբողջապես ապացուցված չէ ուլորտում համապատասխան հետազոտությունների պակասի պատճառով: Ծխելը դադարեցնելու ծրագրերը հիմնված են այն ենթադրության վրա, որ հոգեբանական կախվածության առաջացումը պայմանավորված է օպերանտ և կլասիկ հանգամանքներով, իսկ կոգնիտիվ գործընթացները՝ անձնական արժեքները, ծխախոտ օգտագործելու իմաստը, քիչ դեր ունեն ծխելու վարքագծի պահպանման գործում: Նմանատիպ ծրագրերը գուճակցում են հոգեբանական ուսուցումն ու մոտիվացնող տեխնիկաները վարքային-թերապևտիկ բաղադրիչների հետ: Այս միջամտությունները կարող են իրականացվել ինչպես խմբային, այնպես էլ անհատական բուժման միջոցով: Մեծ կիրառություն է գտել մի մոդել, ըստ որի ծխելը դադարեցնելու նպատակով 6-12 հիվանդից բաղկացած խմբի բուժումը կազմակերպվում է միասնական ծրագրով, որով նախատեսվում է անցկացնել 90-120 րոպե տևողությամբ 6-10 հանդիպում:<sup>1</sup>

Հոգեբանական աջակցությունն իրականացվում է համակարգված և ստանդարտացված մոտեցմամբ:

Այն սկսվում է հիվանդի հոգեբանական բնութագրի գնահատման գործընթացով, ապա հիվանդին աջակցություն է տրամադրվում՝ համեմատելու ծխելու «օգուտները» «վնասների» հետ, գնահատելու սեփական ծխախոտային կախվածությունը և դրա ազդեցությունը հետագա կյանքի վրա (աղյուսակներ 4.1, 4.2):

Այնուհետև հիվանդը մասնագետի հետ քննարկում է իր գրառումները: Քննարկման ժամանակ մասնագետը պետք է ձգտի շեշտադրել դրական ձեռքբերումները և նպաստել հիվանդների ինքնավստահության բարձրացմանը:

Բժիշկ-հիվանդ համագործակցության միջոցով կազմվում է ծխելը դադարեցնելու անհատական ծրագիր: Առաջին քայլը ծխելը դադարեցնելու օրվա համաձայնեցումն է: Այդ օրվաից սկսած հիվանդը չպետք է պահի ծխախոտ իր գրպանում, պայուսակում, ճամպուրկում, տանը և այլուր: Սա անհրաժեշտ է, քանի որ գիտական ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ ծխելու անհագ ցանկությունը տևում է ընդամենը 7 րոպե: Եթե նույնիսկ 7 րոպե հետո ծխելու անհագ ցանկությունը չի անցնում, այն ավելի տանելի է դառնում:<sup>1</sup>

Եթե հիվանդը դեռ ծխում է, սակայն սկսել է դեղորայքային բուժում, առաջարկվում են հետևյալ գործողությունները.

- բոլոր ընկերներին, ընտանիքի անդամներին և այլոց տեղեկացնել ծխելը թողնելու նախաձեռնության մասին,
- թղթի վրա գրել ծխելը թողնելու պատճառները և այդ թուղթը փակցնել տեսանելի վայրում՝ սառնարանի դռան

### Աղյուսակ 4.1. Հիվանդի՝ ծխելու սեփական փորձի վերլուծությունը

#### Ծխախոտային կախվածությունը, որից ես տառապում եմ, ինձ համար ստեղծում է.

|   |  |
|---|--|
| Կարճաժամկետ և երկարաժամկետ առավելություններ | Կարճաժամկետ և երկարաժամկետ թերություններ |
|---|--|

### Աղյուսակ 4.2. Հիվանդը կանխատեսում է ծխախոտային կախվածության կարգավիճակի ազդեցությունը սեփական նպատակների իրականացման հեռանկարների վրա

#### Հինգ տարի անց ես կլինեմ..... տարեկան

|  |   |
|--|---|
| Ո՞վ եմ ցանկանում լինել և ի՞նչ եմ ցանկանում անել: | Ի՞նչ կպատահի, եթե ես չդադարեցնեմ ծխելը: |
|--|---|

- վրա, լուգարանում, համակարգչի մոնիտորի վրա և այլուր,
- որոշել, թե ինչով պիտի հիվանդը փոխարինի ծխելու գործողության շարժումը, օրինակ՝ մի բաժակ ջուր, թեյ կամ սուրճ դանդաղորեն խմելով: Ծխելու ցանկությունը հետաձգելու նպատակով կարելի է կիրառել նաև այլ հնարքներ, ինչպիսիք են հակասթրեսային գնդակները, մաստակ ծամելը կամ թխվածքաբլիթներ/գազար ուտելը և այլն,
  - որոշել աջակցող այն անձին, որի հետ նա պետք է հեռախոսով կապ հաստատի նախքան հնարավոր ծխելը վերսկսելը,
  - ծխախոտի օգտագործման ուժեղ ցանկության իրավիճակների համար որոշել փոխարինող պատասխան գործողությունների տեսակը, օրինակ՝ ջուր խմել, գնալ զբոսանքի և այլն,
  - փոխել առօրյան՝ սովորությունները կամ միջավայրը, որտեղ նա սովորաբար ծխել է<sup>1,2,3</sup> (տես աղյուսակ 4.3):

**Առաջարկություններ**

- Ծխելը դադարեցնելու հոգեբանական աջակցությունը պետք է ներառվի նիկոտինային կախվածությամբ հիվանդների բուժման մեջ (A մակարդակի ապացույց):

**Գրականություն**

1. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555–64.
2. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007;1:201-213.
3. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking- recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.

**4.2.2 Կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա (ԿՎԹ) ԿՎԹ-ի սկզբունքները**

ԿՎԹ-ի սկզբունքները հետևյալն են՝ բժշկի և հիվանդի միջև համագործակցային փոխհարաբերությունների ստեղծում, կոնֆլիկտներից խուսափում, ակտիվ լսելու մեթոդի կիրառում (հիվանդի ասածների վերարտադրում), հաջողության գնահատում, ծխելը թողնելու օգուտները գնահատելու

**Աղյուսակ 4.3. Բուժման ընթացքում աջակցող միջամտությունների ընդհանուր բաղադրիչները**

| Բուժման բաղադրիչներ   | Օրինակներ  |
|---|--|
| <b>Ջաջալերել հիվանդին թողնել ծխելը:</b>                       | Տեղեկացրեք, որ այժմ առկա են ծխախոտային կախվածության բուժման արդյունավետ եղանակներ, որոնց օգնությամբ երբևէ ծխախոտ օգտագործողների գրեթե կեսը թողել է ծխելը: Համոզվածություն հայտնեք, որ հիվանդը ունակ է թողնել ծխելը:    |
| <b>Արտահայտել մտահոգություն և հոգատարություն:</b>             | Հարցրեք, թե հիվանդն ինչ է մտածում ծխելը թողնելու մասին: Բացահայտ կերպով արտահայտեք մտահոգություն և օժանդակելու պատրաստակամություն: Հարցրեք հիվանդին ծխելը թողնելու վերաբերյալ իր վախերի և հակասական զգացումների մասին: |
| <b>Ջաջալերել հիվանդին խոսել ծխելը թողնելու ընթացքի մասին:</b> | Հարցրեք ծխելը դադարեցնել ցանկացող մարդուն իր՝ ծխելը թողնելու պատճառների, ծխելը թողնելու հետ կապված մտահոգության կամ անհանգստության, ունեցած հաջողության կամ թողնելու փորձի ընթացքում հանդիպած դժվարությունների մասին:  |

հմտությունների ստեղծում: Բուժման այս մեթոդի նպատակն է փոխել անհատի դժվար հարմարվող վարքը և այն դարձնել ավելի ճկուն: Ծխելը ձեռքբերովի վարքագիծ է: Այն ժամանակի ընթացքում վերածվում է կախվածության միջոցով պահպանվող սովորության, որի վրա ներգործում են միջավայրի ազդակները:<sup>1</sup> Ծխելը դադարեցնելու կենտրոններում ԿՎԹ-ի օգտագործումն օգնում է ծխողներին սովորել հետևել ծխելու սեփական վարքագծին և ինքնազնադատում իրականացնել: Այս տեխնիկան, որը մշակելիս հիմք են ընդունվել տազնապայտության և դեպրեսիայի բուժման մեխանիզմները

(այսպես կոչված՝ կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան), փորձում է փոխել ծխելու և սեփական անձի վերաբերյալ մտածողության սովորական ձևն ու զգացողությունները, ինչպես նաև խրախուսում է և խորհուրդներ է տրամադրում ծխելու ցանկությունը նվազեցնելու և կառավարելու եղանակների վերաբերյալ:<sup>2</sup>

Խորհրդատվությունը նաև հնարավորություն է տալիս հիվանդներին զգուշացնել ծխելը թողնելու խոչընդոտների և դժվարությունների մասին և քաջալերել նրանց պլանավորելու ծխելու պահանջից խուսափելու ու դրան դիմակայելու ռազմավարություններ:

Բժիշկը պետք է գնահատի և խորհուրդ տա հիվանդին այն գործոնների վերաբերյալ, որոնք հատկապես մեծ խոչընդոտ են ծխելը թողնելու համար: Այդպիսի գործոններից են ծխողի հետ ապրելը, ալկոհոլի չարաշահումը և քաջ ավելացնելու վախը:

Խորհրդատվությունը պետք է լինի ոչ թե վիճահարույց, այլ ըմբռնող և աջակցող:<sup>1</sup> Գործնականում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվությունը շարունակում է մնալ սովորում, մինչդեռ չափազանց կարևոր է բարձրացնել անհատական խորհրդատվության կամ ծխելու դադարեցման աջակցող թեժ գծի միջոցով խորհրդատվության կիրառությունը բժշկական գործընթացում:<sup>3</sup>

ԿԿԹ-ի միջոցով ծխողը ձեռք է բերում ծխելու դրող իրավիճակները հաղթահարելու գործնական հմտություններ և օգտվում է հոգեբանական ու վարքային աջակցությունից, որը քաջալերում է վերջնականապես դադարեցնել ծխելը:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ խորհրդատվության միևնույն ձևը միշտ չէ, որ կիրառելի է բոլոր հիվանդների համար, քանի որ կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիայի առանձին մոդելներ կապված են բուժման որոշակի ռազմավարության հետ: Կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան նպաստում է զրկանքի բարձր ցուցանիշին՝ ծխելը թողնելու մոտիվացիան գնահատելու, հաղորդակցության հմտությունների ձևավորման, հարգանքի և ըմբռնման վրա հիմնված բժիշկ-հիվանդ երկխոսության կառուցման, նիկոտինային կախվածության գնահատման միջոցով (վերլուծել ծխելու ցանկությունը, բացատրել «ծխախոտային կախվածություն» հասկացությունը):

Ծխողների մեծամասնությունը (նույնիսկ շատ մոտիվացված լինելու պարագայում) հավաստի գիտելիքներ չունի այն

մասին, թե ինչ է տեղի ունենում գլխուղեղում ծխելիս, և թե որոնք են ծխելը թողնելու դժվարության պատճառները: Գլխուղեղի վրա նիկոտինի ազդեցության և նիկոտինային կախվածության դրսևորման մասին քննարկումը մասնագետի հետ կարող է զգալիորեն բարձրացնել հիվանդների՝ ծխելը դադարեցնելու նախաձեռնությունը:<sup>4,5,6</sup> Միջամտությունը նաև թույլ է տալիս ծխելը դադարեցնելու գործընթացի հետ կապված մտահոգությունների և վախերի խոր վերլուծություն կատարել՝ հնարավորություն ստեղծելով հիվանդի հետ համաձայնեցնել բուժման համապատասխան ռազմավարությունը:

#### **ԿԿԹ-ի արդյունավետությունը**

Խորհրդատվության տարբեր տեսակների և վարքաբանական թերապիայի արդյունավետության ու զրկանքի գնահատված ցուցանիշների վերաբերյալ 64 հետազոտությունների մետա-վերլուծությունը ցույց է տվել, որ զրկանքի ցուցանիշների վիճակագրորեն նշանակալի աճ է գրանցվել խորհրդատվության հետևյալ կատեգորիաներում՝ (1) գործնական խորհրդատվության տրամադրում (խնդիրների լուծում/հմտությունների ուսուցանում/սթրեսի կառավարում), (2) բժշկի հետ ծխողի անմիջական շփման ժամանակ աջակցության տրամադրում (ներբուժական սոցիալական աջակցություն), (3) միջամտություն ծխողներին տրամադրվող սոցիալական աջակցությունը բարձրացնելու նպատակով (արտաբուժական սոցիալական աջակցություն), (4) ծխելու նկատմամբ տհաճություն առաջացնող ընթացակարգեր (արագ ծխել, արագ փչել (puffing))<sup>7</sup> (տե՛ս աղյուսակ 4.4):

#### **Ինչպես կառավարել վարքային ծխախոտամոլությունը**

Ծխելը թողնելու արդյունավետ միջամտությունները պետք է ներգործեն միմյանց հետ փոխկապակցված մի շարք գործոնների վրա (անձնական, ընտանեկան, սոցիալ-տնտեսական, դեղորայքային և վարքաբանական), որոնք կա՛մ նպաստում են ծխախոտ օգտագործելուն, կա՛մ կարող են հանդես գալ որպես ծխելը դադարեցնելու արգելք: Երբեմն, երբ վերոնշյալ գործոնների կարևորությունը հաշվի առնված չէ, հիվանդը կարող է դժվարությամբ հասնել երկարատև զրկանքի, և այս գործընթացը կարող է երկարաձգվել տարիներ ու նույնիսկ տասնամյակներ: Այսպիսով, ֆիզիկական և

**Աղյուսակ 4.4. Գործնական խորհրդատվության ընդհանուր բաղադրիչները (խնդիրների լուծում/հմտությունների ուսուցանում)**

| Բուժման բաղադրիչ   | Օրինակներ  |
|--|--|
| <p><b>Ճանաչել վտանգավոր իրավիճակները, բացահայտել այն դեպքերը, ներքին վիճակները կամ գործողությունները, որոնք մեծացնում են ծխելը վերսկսելու վտանգը:</b></p>  | <p>Բացասական հույզեր և սթրես:<br/>Այլ ծխողների ամկայություն շրջապատում:<br/>Ակոհողի օգտագործում:<br/>Ծխելու անվերահսկելի ցանկություն:<br/>Ծխելու ակնարկ կամ սիգարետների</p>  |
| <p><b>Չարգացնել դժվարությունները հաղթահարելու հմտություններ, բացահայտել և զարգացնել դժվարությունը հաղթահարելու կամ հիմնախնդիրը լուծելու հմտություն: Սովորաբար, այս հմտությունները նախատեսված են վտանգավոր իրավիճակները հաղթահարելու համար:</b></p> | <p>Սովորել կանխատեսել գայթակղությունը և խուսափել դրանից:<br/>Սովորել կոգնիտիվ ռազմավարություններ, որոնք բարձրացնում են տրամադրությունը:<br/>Կատարել ապրելակերպի այնպիսի փոփոխություն, որը կնվազեցնի լարվածությունը, կբարելավի կյանքի որակը և կնվազեցնի ծխելու ակնարկի ազդեցությունը:<br/>Սովորել կոգնիտիվ և վարքային գործողություններ, որոնք կօգնեն հաղթահարել ծխելու ցանկությունը (օրինակ՝ ուշադրության շեղում, առօրյայի փոփոխություն):</p> |
| <p><b>Հիմնական տեղեկություններ տրամադրել, հիմնական տեղեկություններ տրամադրել ծխելու և ծխելը հաջողությամբ թողնելու մասին:</b></p>   | <p>Ծխելու ամենաչնչին փորձը (սույնիսկ ծխի մեկ ներքաշումը) ավելացնում է ախտադարձի հավանականությունը:<br/>Չրկանքի ախտանշանները սովորաբար գազաթնակետին են հասնում ծխելը թողնելուց հետո 1-2 շաբաթվա ընթացքում, սակայն կարող են պահպանվել ամիսներ:<br/>Չրկանքի ախտանշաններն են վատ տրամադրությունը, ծխելու ուժեղ ցանկությունը, կենտրոնանալու դժվարությունը:<br/>Ծխելն առաջացնում է կախվածություն:</p>  |

հոգեբանական կախվածություններից գատ, հարկավոր է անդրադառնալ նաև վարքային կախվածությանը, քանի որ այս ասպեկտը կարող է լրջորեն խանգարել որոշ ծխողների: Ներկայումս հաստատված է, որ ծխելը նիկոտինամուլության առաջնային դրսևորումն է: Ծխողների կողմից նիկոտինի ընդունման պահանջը կախված է վերջիններիս անհատական առանձնահատկություններից, և հենց ծխողներն են ներշնչման ու արտաշնչման միջոցով կարգավորում իրենց կողմից ընդունվող նիկոտինի ցանկալի չափաբաժինը:

**Առաջարկություններ**

- ԿԿԹ-ն, որպես արդյունավետ մեթոդ, պետք է ներառվի ծխելը դադարեցնելու բոլոր տեսակի բժշկական միջամտություններում (B մակարդակի ապացույց):
- Ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի առավել բարձր

ցուցանիշներ գրանցելուն նպաստում են երկու տեսակի խորհրդատվությունները և վարքային թերապիան՝ (1) ծխողներին գործնական խորհրդատվության տրամադրում (խնդիրների լուծման հմտություններ/ հմտությունների ուսուցանում), (2) որպես բուժման բաղադրիչ՝ աջակցության և խրախուսանքի տրամադրում (B մակարդակի ապացույց):

- Խորհրդատվության այս բաղադրիչները պետք է ներառվեն ծխելը դադարեցնելու միջամտություններում (B մակարդակի ապացույց):

**Գրականություն**

1. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population- based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-311.



- West R., New Approaches to Smoking Cessation, [http://www.tmed.com/respiratory/print.cfm? ID\\_Dis=8&ID\\_Cou=23&ID\\_Art=1598 16/09/2006](http://www.tmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598 16/09/2006)
- Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med.* 2011;365:1222-31.
- Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependence au tabac, Guide Pratique* 2009.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system, *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1-S19.
- NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

#### 4.2.3 Մոտիվացնող հարցազրույց (ՄՀ)

Մոտիվացիան շատ կարևոր է ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնել ցանկացող յուրաքանչյուր ծխողի համար: Հետևաբար, հիվանդների՝ ծխելը թողնելու մոտիվացիան ուժեղացնող մեթոդների արդյունավետության վերաբերյալ հետազոտությունների իրականացումը չափազանց կարևոր է:

#### Ինչ է մոտիվացնող հարցազրույցը

Մոտիվացնող հարցազրույց (ՄՀ) մեթոդը մշակվել է ամերիկացի հոգեբան Վիլյամ Ռ. Միլլերի կողմից 1980-ականներին՝ չարաշահման խնդիրներով հիվանդների հետ աշխատանքի արդյունքում: Միլլերը ցույց է տվել, որ ըմբռնումով լսելը կարող է նվազեցնել ալկոհոլային կախվածությամբ հիվանդների կողմից ալկոհոլի ընդունումը: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ դիմադրությունն ու ժխտումը հոգեբանական երևույթներ են, որոնք առաջանում են այցելուի և խորհրդատուի միջև: ՄՀ վերաբերող առաջին գիրքը հրատարակել են Միլլերը և նրա համահեղինակ բրիտանացի հոգեբան Ստեֆեն Ռոլսիքը 1991 թ.:<sup>1</sup> Ռոլսիքը հետագայում առողջապահական ոլորտում կիրառելու նպատակով մշակել և ներկայացրել է ՄՀ-ի հակիրճ տարբերակներ: Ըստ էության, մեթոդի նպատակն է հետաքրքրված/մոտիվացված հիվանդներին իրենց մոտ առկա կախվածության հետ զուգորդված առողջական ռիսկերի մասին տեղեկություն տրամադրելը և այսպիսով նրանց մոտ հետաքրքրության

փոփոխություն առաջացնելը: ՄՀ-ն այժմ կիրառվում է տարբեր երկրներում ալկոհոլի, ծխախոտի չարաշահումների բուժման համար: Այն կիրառելի է նաև այն մարդկանց համար, ովքեր սննդակարգի ու ֆիզիկական ակտիվության վարքագծային փոփոխությունների կարիք ունեն: Մեթոդը լայնորեն օգտագործվում է նաև խաղամուլության հետ կապված խնդիրների դեպքում, քրեական համակարգում և այլն:

ՄՀ-ն խորհրդատուի և հնարքներ է տրամադրում այցելուի/հիվանդի կողմից սեփական վարքը փոփոխելու հավանականությունը մեծացնելու համար: ՄՀ մեթոդը փորձում է ուղղորդել անհատի վարքագծի փոփոխությունը, խթանել նրա հավատը սեփական անձի նկատմամբ՝ խուսափելով ագրեսիվ կամ վիճահարույց մոտեցումներից:<sup>1</sup>

- Խորհրդատուն գործում է որպես համագործակցող կողմ և «հավասարը հավասարին» մոտեցում է դրսևորում:
- Խորհրդատուն հիվանդի/այցելուի տրամադրած տեղեկությունների մեջ փնտրում և մատնանշում է ծխախոտ օգտագործելու վարքը փոխելու վերաբերյալ նրա սեփական մտքերն ու գաղափարները:
- Խորհրդատուն հարգանք է ցուցաբերում հաճախորդի ինքնուրույնության, ինչպես նաև վերջինիս կողմից որոշումներ կայացնելու կարողության նկատմամբ:

#### ՄՀ-ի հիմքում ընկած սկզբունքները՝

- *Ապրումակցում դրսևորել:* Խորհրդատուն հիվանդին հասկանալու ակնհայտ հետաքրքրություն է դրսևորում դատողությունների և ամփոփումների միջոցով:
- *Ընդգծել հակասությունները:* Խորհրդատուն օգնում է հիվանդի ուշադրությունը բևեռել ներկա վիճակի վրա, ինչպես նաև հասկանալ, թե իրականում ինչպիսին կարող էր լինել այն՝ հաշվի առնելով հիվանդի նպատակներն ու արժեքները: Ակնհայտ հակասությունների առկայությունը վարքային փոփոխությանը նպաստող ուժեղ խթան է, հատկապես այն դեպքում, երբ հիվանդը հակված է փոփոխությունների:
- *Խուսափել վիճելուց:* Այսպես կոչված «դիմադրությունը» փոփոխության նկատմամբ տագնապի և անհանգստության նշան է: Եթե խորհրդատուն պնդի կամ սկսի վիճել, ապա հիվանդի դիմադրությունը կավելանա: Խորհրդատուն անդրադառնում է դիմադրությանը, երբ



այն դրսևորվում է, սակայն ավելի կարևոր է խուսափել նմանատիպ իրավիճակների առաջացումից:

- **Խթանել ինքնավստահությունը:** Խորհրդատունը նպաստում է հիվանդների ինքնավստահության ավելացմանը՝ մատնանշելով հաճախորդի/հիվանդի կողմից սեփական վարքագծի փոփոխության ունակությունը, ինչպես նաև ցույց է տալիս, որ գնահատում է հիվանդի ջանքերը:

### **ՄՇ-ի որոշ կարևոր առանձնահատկություններ**

- **Թույլտվություն խնդրել:** Ծխախոտի մասին երկխոսությունը հիվանդների կողմից հազվադեպ է վիրավորական թվում, սակայն խելամիտ մոտեցում է այն սկսելուց առաջ միշտ թույլտվություն խնդրել:
- **Երկմտություն:** *Երկմտությունը* փոփոխության բնականոն փուլերից է: Փոփոխություն իրականացնելու համար մշտապես առկա են դեմ և կողմ մոտեցումները, որոնց արդյունքները կարող են երևալ հեռավոր ապագայում: Խորհրդատունը պետք է նպատակ ունենա օգնել հիվանդին՝ արտահայտելու իր վարքագծի փոփոխության պատճառները:
- **Բաց հարցեր/Արդյունավետ հարցադրում:** Փակ հարցերին տրվում են «այո» կամ «ոչ» հակիրճ պատասխաններ, մինչդեռ բաց հարցերին տրվում են երկար պատասխաններ կամ բացատրություններ:
- **Որոշիչ խոսակցություն:** Խորհրդատուի համար շատ կարևոր է ճանաչել հիվանդի արտահայտած «որոշիչ խոսքերը», բառերը և մտքերը, որոնք կարող են նպաստել փոփոխությանը:
- **Հաստատել դրական խոսքն ու վարքը:** Հիվանդն ավելի հակված կլինի փոփոխության, եթե առանձնացվեն և հաստատվեն նրա վարքի դրական կողմերը կամ մտքերը:
- **Նկատի առնել լսածը և տեսածը:** Ըստ Էոլթյան, խորհրդատունը նկատի է առնում այն, ինչ հիվանդն է ասում կամ մտածում: Սա չի նշանակում հիվանդի հետ համակարծիք լինել, այլ հուշում է հիվանդին, որ խորհրդատունը լսել է իրեն: Այս հմտությունը օգնում է հիվանդին լսել ինքն իրեն:
- **Ամփոփել ասվածը:** Ամփոփումը քննարկման հատուկ ձև է: Ամփոփումները հիվանդին հիշեցնում են քննարկման հիմնական կետերը, գործողությունների ծրագիրը և

գործողություն կատարելու սեփական պատճառները: Երբ հիվանդը դժվարանում կամ դադարում է խոսել, ամփոփումը, կամուրջի դեր կատարելով, կարող է օգնել նրան շարունակել զրույցը: Այն կարող է նաև հիշեցնել հիվանդին իր ասածները կամ մատնանշել իր ասածների միջև կապը:

### **Մոտիվացնող հարցազրույցը կլինիկական պրակտիկայում**

ՄՇ-ն շատ առումներով չի համապատասխանում ավանդական բժշկության մեջ կիրառվող խորհրդատվությանը, քանի որ նվազեցնում է «սպիտակ խալաթով փորձագետի» հեղինակությունը, ով խոսում է հիվանդի հետ և ասում նրան՝ ինչ անել: Այն նման է «պարահրապարակում» հիվանդի և խորհրդատուի պարի, որի ընթացքում նրանք պահում են միմյանց և քայլ առ քայլ հետևում մեկը մյուսին: Դերերը փոխվել են: Առողջապահության ոլորտի որոշ մասնագետներ հիվանդների հետ առանց քննադատելու և ըմբռնումով զրուցելու բնատուր հմտություն ունեն, ինչն օգնում է հեշտությամբ կիրառել ՄՇ-ն:

Սակայն ավելի հաճախ առողջապահության ոլորտի մասնագետները վերադառնում են հին սովորություններին և սկսում են հրամայել հիվանդներին: Հետևաբար, ՄՇ-ն հաջողությամբ անցկացնելու համար բազմաթիվ վերապատրաստումներ են անհրաժեշտ, և կարևոր է խորհրդատվության գործընթացի փորձագիտական վերահսկողությունը:

ՄՇ-ն ավելի մատչելի և կիրառելի դարձնելու նպատակով մշակվել է ավելի պարզ տարբերակ, որը կոչվում է արագ ներգրավում:

**Արագ ներգրավում (ԱՆ):** Արագ ներգրավումը ՄՇ-ի հակիրճ և պարզեցված տարբերակն է, որը նախատեսված է զբաղված բժշկի կողմից կիրառվելու համար: ԱՆ-ն ընդգրկում է պարզ հարցերի շարք: Հիվանդի մոտիվացիայի աստիճանը որոշելու համար կարող է օգտագործվել վիզուալ-անալոգային սանդղակը, սակայն դրա կիրառումը պարտադիր չէ, և մոտիվացիայի գնահատումը կարելի է բանավոր իրականացնել:

**Փոփոխության կարևորություն:** Շարք 1. Որքա՞ն կարևոր է Ձեզ համար ծխելը թողնելը 0-10 միավորների սանդղակով (0՝ բոլորովին կարևոր չէ, 10՝ շատ կարևոր է): Պատասխանը

ուղղորդում է դեպի հաջորդ քննարկում: Խորհրդատուն կարող է «սաղրել» հիվանդին՝ ասելով «ես ավելի փոքր թիվ էի կարծում»: Սա հաճախ հանգեցնում է քննարկման, որտեղ հիվանդը առաջնորդող դերում է և ցանկանում է համոզել խորհրդատուին, որ վերջինիս ենթադրությունը սխալ էր:

**Ինքնավստահություն:** Ինքնավստահությունը կարող է կախված լինել նախկին փորձերի հաջողություններից և ծախսողումներից, մյուսների ձեռքբերումներից, գիտելիքներից և աջակցությունից: Ինչպես և նախորդ դեպքում, հիվանդը 0-10 միավորների սանդղակով գնահատում է ծխելը հաջողությամբ թողնելու իր հնարավորությունները (կամ մինևույն սանդղակը՝ բառերով արտահայտած): Եթե հիվանդն իր հնարավորությունները գնահատում է 0-ից բարձր, խորհրդատուն պետք է հարցնի, թե ինչու նա չի ընտրել ավելի ցածր միավոր: Այս հարցադրումների նպատակը հիվանդին սեփական ներուժը մոբիլիզացնելուն ուղղորդելն է: Որքան հաջող է մոբիլիզացումը, այնքան բարձր է ինքնավստահությունը: Ավելին, «որոշիչ խոսակցությունը» կարող է սկսվել հետևյալ հարցադրումով. «Ի՞նչ է հարկավոր Ձեր հնարավորություններն ավելի մեծացնելու համար»: Կամքն ու վարքը փոխելու ունակությունը երկու տարբեր, բայց մոտիվացիային կապակցված ասպեկտներ են, որոնք հաճախ դժվար է տարբերել իրարից: Որոշ հիվանդներ կարող են ավելի հեշտորեն բացատրել ցանկության բացակայությունը, քան ընդունել, որ ունեն ինքնավստահության ցածր մակարդակ: Մյուսների դեպքում կարող է լինել հակառակը («ես ցանկանում եմ, բայց չի հաջողվի»): Կարևոր է, որ խորհրդատուն կարողանա հասկանալ հիվանդի ասածի իրական նշանակությունը:

### **Արդյունավետության ապացույցներ**

Քոքրեյնի համագործակցության 2015 թ. ամփոփիչ հոդվածում ներկայացվում է 1997-2014 թթ. հրապարակված 16,000 ծխողների ծխելը դադարեցնելու բուժման փորձն ուսումնասիրող 28 հետազոտությունների նույնականացման արդյունքը՝ մատնանշելով ՄՀ-ի և համառոտ խորհրդատվության կամ սովորական խնամքի համեմատության արդյունավետությունը: 3 Հետազոտությունները ներառել են ՄՀ կազմակերպման տարբերակներ՝ 10-60 րոպե տևողությամբ 1-6 հանդիպումների ընթացքում: Մետա-վերլուծությունը ցույց է տվել, որ ՄՀ-ն, համառոտ խորհրդատվության կամ սովորական խնամքի համեմատությամբ, ապահովել է ծխելը

թողնելու արդյունքների համեատ, բայց կարևոր բարելավում (ՀՌ՝ 1.26, 95% ՀՄ՝ 1.16-1.36): Ենթախմբերի վերլուծությունները ցույց են տվել, որ ՄՀ-ն արդյունավետ է եղել, երբ անցկացվել է առողջության առաջնային պահպանման բժիշկների (ՀՌ՝ 3.49, 95% ՀՄ՝ 1.53-7.94) և խորհրդատուների (ՀՌ՝ 1.25, 95% ՀՄ՝ 1.15-1.63) կողմից, և երբ հանդիպումների տևողությունն ավելի երկար է եղել (յուրաքանչյուր հանդիպումը՝ 20 րոպեից ավելի) (ՀՌ՝ 1.69, 95% ՀՄ՝ 1.34-2.12): Մի քանի հանդիպումը կարող է շատ ավելի արդյունավետ լինել, քան մեկ խորհրդատվությունը, սակայն երկու դեպքում էլ դիտվում են դրական արդյունքներ: Վերահսկողական հեռախոսագրանցների օպտիմալ քանակի վերաբերյալ ներկայումս չկան հստակ ապացույցներ: ՄՀ-ն ուսումնասիրող ապացույցները միջին որակի են, և որոշակի զգուշությունն արդարացված է հետազոտության հատկանիշների հետերոգենության պատճառով:

«Արագ ներգրավման» խորհրդատվության մեթոդի արդյունավետության բավարար գիտական ապացույցներ չկան, սակայն բժիշկները պնդում են, որ այն օգտակար է անգամ զբաղված կլինիկական պրակտիկայում, և այդ մեթոդի կիրառումն էլ ավելի ընդունելի է դարձնում վարքագծի փոփոխության մասին քննարկումները:

### **Առաջարկություններ**

- Մոտիվացնող հարցազրույցը կամ դրա տարատեսակները, որպես խորհրդատվական հնարքներ, կարող են արդյունավետ լինել ծխողների՝ ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու գործընթացում (B մակարդակի ապացույց):

### **Գրականություն**

1. Miller, W.R., and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.
2. Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. BMC Fam Pract. 2010;11:69.
3. Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson, Rachna Begh. Motivational interviewing for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936 DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

#### **4.2.4 Վարքաբանական խորհրդատվության ձևաչափը**

Վարքաբանական խորհրդատվության տրամադրման բազմաթիվ ձևաչափեր են փորձարկվել, այդ թվում՝ անհատական խորհրդատվությունը, հեռախոսային պրոակտիվ խորհրդատվությունը, խմբային խորհրդատվությունը, համացանցի միջոցով իրականացվող խորհրդատվությունը և ինքնօգնությունը:

##### **4.2.4.1. Ծխելը դադարեցնելու անհատական խորհրդատվություն**

30 հետազոտություններում մետա-վերլուծությունը բացահայտել է, որ հակածխախոտային անհատական խորհրդատվությունն ավելի արդյունավետ է, քան պարզ խորհրդատվությունը (13.9% ընդդեմ 10.8%, չՌ՝ 1.39, չՄ՝ 1.24–1.57):<sup>1</sup> 35 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-վերլուծության համաձայն՝ ծխախոտից հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները զգալիորեն բարձրացել են, երբ ավելացել է խորհրդատվության տևողությունը, մասնավորապես՝ 14%-ով՝ 1-3 րոպե, 19%-ով՝ 4-30 րոպե, 27%-ով՝ 31-90 րոպե տևողությամբ խորհրդատվության դեպքում և ընդամենը 11%-ով՝ առանց որևէ խորհրդատվության (որոշ հետազոտություններում խորհրդատվության հետ ներառվել է նաև դեղորայքային բուժումը, ինչով զգալիորեն պայմանավորված են հաջողության այս ցուցանիշները): Հաջողված խորհրդատվությունն ավելացնում է ծխելը թողնելու մոտիվացիան՝ հիվանդի՝ ծխախոտի օգտագործման գինն ու ռիսկերն անհատականացնելու միջոցով (այն կապելով հիվանդի առողջության, տնտեսական կարգավիճակի և ընտանեկան դրության հետ): Ավելի ինտենսիվ խորհրդատվության (հաշվի առնելով խորհրդատվական հանդիպումների տևողությունն ու քանակը) և ծխախոտային զրկանքի միջև գոյություն ունի հաստատուն կապ:

##### **4.2.4.2. Ծխելը դադարեցնելու խմբային խորհրդատվություն**

Խմբային վարքային թերապիան ենթադրում է կանոնավոր հանդիպումներ, որոնց ընթացքում ծխողների խումբը ստանում է տեղեկություններ, խորհրդատվություն, խրախուսում և վարքային միջամտություն (օրինակ՝ կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա):<sup>2</sup> Խմբային

թերապիայի կազմակերպման առաջարկվող տարբերակը ծխելը թողնելու փորձի առնվազն առաջին 4 շաբաթների ընթացքում շաբաթական 1 հանդիպում կազմակերպելն է (այսինքն՝ ծխելը թողնելու օրվան հաջորդող 4 շաբաթների համար): Սովորաբար խմբային խորհրդատվությունը զուգակցվում է դեղորայքային բուժման հետ:

Գոյություն ունի խմբային խորհրդատվություն իրականացնելու 2 մոտեցում: Առաջինը ուսուցողական (scholastic) մոտեցումն է, երբ առողջապահության ոլորտի մասնագետները հանդես են գալիս որպես ուսուցիչներ և տեղեկություններ են հաղորդում ծխախոտային զրկանքին հասնելու և պահպանելու մասին: Մյուս մոտեցման շնորհիվ խմբի անդամներն աջակցում են միմյանց՝ զրկանքին հասնելու համար:

Քոքրեյնի համագործակցության ամփոփիչ հոդվածում ներկայացվում է խմբային թերապիայի և ինքնօգնության ծրագրերի արդյունավետությունը համեմատող 16 հետազոտությունների տվյալների վերլուծությունը:<sup>3</sup> Խմբային ծրագրի կիրառման դեպքում գրանցվել է ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշի բարձրացում (ՉԳ (OR)՝ 1.98, 95% ՉՄ՝ 1.60-2.46): Այնուամենայնիվ, խմբային թերապիայի՝ միևնույն ինտենսիվությամբ իրականացված անհատական խորհրդատվության համեմատ արդյունավետության առավելությունը բավարար ապացուցողական հիմնավորում չունի: Առկա են սահմանափակ քանակությամբ ապացույցներ, որ խմբային թերապիայի զուգակցումը բուժման այլ ձևերի հետ, ինչպիսիք են առողջապահության ոլորտի մասնագետի խորհրդատվությունը կամ նիկոտինային փոխարինող բուժումը, նպաստում է արդյունավետության ավելացմանը:

Հիմնական անձնակազմի և ծխելը դադարեցնելու 3 տեսակի ծառայությունների (մասնագիտացած թիմ, համայնքային բուժաշխատողներ և երկուսի զուգակցումը) տրամադրած խորհրդատվության արդյունավետությունն ուսումնասիրող հետազոտական աշխատանքները ցույց են տվել, որ ծառայության կառուցվածքը, աջակցության մեթոդը, ներգրավված մասնագետները և դեղորայքային բուժումը կարևոր դեր են խաղում ծխելը հաջողությամբ թողնելու գործընթացում:<sup>4</sup> Խմբային աջակցությունն ապահովել է ծխելը թողնելու ավելի բարձր ցուցանիշներ, քան անհատական խորհրդատվությունը (փակ խմբեր՝ 64.3%, մասնագետների տրամադրած անհատական աջակցություն՝ 42.6%):

Ծառայությունները պետք է հարմարեցված լինեն հիվանդների անհատական կարիքներին, իրականացվեն հիվանդի ցանկությամբ, անհրաժեշտ է ապահովել տարբեր ծառայությունների հասանելիություն, ներառյալ՝ խմբային խորհրդատվությունը:<sup>4</sup>

Ծխելը դադարեցնելու բազմաթիվ ծրագրեր ներառում են խմբային ռազմավարություններ, որոնք հիմնված են ուսուցողական ինտերակտիվ մեթոդների և բուժման ու հոգեբանական աջակցության ավելի լայն հասանելիության վրա: Լավ փորձարկված խմբային ձևաչափը ներառում է 1 ժամ տևողությամբ 5 վերահսկող այցերով հանդիպումներ 1 ամսվա ընթացքում: Ինտենսիվ աջակցությունը պետք է ներառի դեղորայքային բուժման առաջարկ կամ խրախուսանք և դեղերի ընդունման վերաբերյալ պարզ խորհրդատվություն ու ցուցումներ:<sup>5</sup> Խմբային խորհրդատվությունը պետք է իրականացվի հատուկ վերապատրաստված խորհրդատուների կողմից, ովքեր կարող են օգնել ծխողներին համագործակցել՝ կիսելով գրկանքի ու խոչընդոտների նկատմամբ ունեցած իրենց վախերը, միևնույն ժամանակ սովորելով մեկը մյուսի փորձից: Կարելի է նաև խմբային խորհրդատվությունը կազմակերպել շաբաթական հանդիպումների տարբերակով՝ օժանդակ անձնակազմի աջակցությամբ (բուժքույրեր, վերապատրաստված բուժողներ, հոգեբաններ և այլն): Բոլոր դեպքերում խմբային մոտեցումը կարելի է դիտարկել որպես այլընտրանք այն հիվանդների համար, ովքեր խմբում ավելի լավ են հաղորդակցվում: Հնարավորության դեպքում խմբային թերապիայի մեթոդը կարող է կիրառվել նաև անհատական բուժմանը զուգահեռ՝ թերապևտիկ միջամտությունն ամրապնդելու նպատակով:

Այսպիսով, հիվանդների կարիքներին առավել համապատասխան տարբերակ գտնելու նպատակով անհրաժեշտ է նրանց առաջարկել խմբային կամ անհատական խորհրդատվություն: Խմբային թերապիայից առաջ հարկավոր է հիվանդների մոտ ստուգել հիմնական հոգեկան խանգարումների առկայությունը: Խմբային բուժման բացառման չափանիշ կարող են լինել անձի հոգեկան խանգարումները կամ ընդգծված հոգեպաթոլոգիկ առանձնահատկությունները (օրինակ՝ նարցիսական կամ հիստերիկ խանգարումները, տագնապ,

սոցիալական ֆոբիաները, խիստ մանիպուլյատիվ վերաբերմունքը, շիզոֆրենիկ վարքագիծը կամ այնպիսի խնդրահարույց վիճակները, որոնք հանդիպում են մի շարք կախվածությունների դեպքում): Խմբային թերապիայի ամենից տարածված մոդելները սովորաբար ենթադրում են 5-10 հանդիպում բուժման 2-3 ամիս ժամանակահատվածում:

### Առաջարկություններ

- Խմբային խորհրդատվությունն արդյունավետ է ծխելը դադարեցնելու համար: Սոցիալական աջակցության և կոգնիտիվ-վարքաբանական բաղադրիչների տեսակների ներառումը խմբային միջամտության մեջ չի ազդում դրա արդյունավետության վրա (A մակարդակի ապացույց):
- Խմբային խորհրդատվությունն արդյունավետության տեսանկյունից նման է անհատական խորհրդատվությանը: Խմբային կամ անհատական բուժման ընտրության հարցում կարևոր է հիվանդների նախասիրությունը (B մակարդակի ապացույց):

### Գրականություն

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. [www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427)
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England BMC Research Notes 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. [www.stop.smoking@wales.nhs.uk](http://www.stop.smoking@wales.nhs.uk)

#### 4.2.4.3 Հեռախոսային աջակցություն, ծխելը դադարեցնելու աջակցող թեժ գիծ

Շատ երկրներում գոյություն ունի անվճար հեռախոսային ծառայություն, որը հայտնի է որպես «Ծխելը դադարեցնելու աջակցող թեժ գիծ» կամ «Ծխելը դադարեցնելու օգնության թեժ գիծ»: Այս հեռախոսահամարով զանգահարած հիվանդները կարող են ստանալ տեղեկություններ ծխելը դադարեցնելու տեղական կենտրոնների հասանելիության

մասին, ինչպես նաև՝ ծխելը թողնելու վերաբերյալ նվազագույն կամ ամբողջական խորհրդատվություն:<sup>1</sup> Կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա տրամադրելու համար հեռախոսի օգտագործումը նման է ավանդական դեմ ամ դեմ շփման կառուցվածքին, սակայն ավելի ճկուն է:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծի կարևոր առավելությունը վերջինիս հասանելիությունն է: Հեռախոսային խորհրդատվության դեպքում հնարավոր է փոխել խորհրդատվության ժամը՝ հաշվի առնելով մասնակիցների զբաղվածությունը: Չանգերը կարող են կատարվել հարմար ժամերի, այդ թվում՝ ընդմիջումների ընթացքում, երեկոյան կամ շաբաթ օրը: Մասնակիցները կարող են զանգահարել տևից կամ իրենց բջջային հեռախոսից՝ աջակցություն ստանալով ձեռք բերած գիտելիքներն ու հմտությունները առօրյա կյանքում կիրառելու հարցում: Հեռախոսազանգերի տևողությունը հիմնականում 20-25 րոպե է, սակայն սա հարաբերական է և կարող է հարմարեցվել մասնակիցների պահանջներին:<sup>2</sup>

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծերը հատկապես կիրառելի են սահմանափակ շարժունակությամբ և գյուղերում կամ հեռավոր վայրերում ապրող մարդկանց համար: Հարաբերականորեն անանուն բնույթի շնորհիվ հեռախոսային ծառայությունները կարող են գրավել նրանց, ովքեր չեն ցանկանում օգնություն ստանալ խմբային պայմաններում:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծերն առաջարկում են նաև նախաձեռնող զանգեր: Նման հեռախոսային խորհրդատվության դեպքում աջակցող թեժ գծի խորհրդատուն է նախաձեռնում զանգեր անվազն մի քանի կոնտակտի՝ ծխելը դադարեցնելու միջամտության նպատակով:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծերի ծառայությունների արդյունավետությունն ուսումնասիրվել է մեծ թվով ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություններով:<sup>3,4</sup> 70 հետազոտությունների արդյունքներն ամփոփող Քոքրեյնի համագործակցության կողմից հրատարակված մետավերլուծությունը ցույց է տվել, որ ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծերի նախաձեռնությամբ բազմաթիվ զանգերի շնորհիվ ծխելը դադարեցնելու գործընթացում անել են ծխելու զրկանքի ցուցանիշները (ՀՌ՝ 1.37, 95% ՀՄ 1.26-1.50):<sup>4</sup>

Առնվազն 2 զանգը բարձրացնում է ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը: Այնուամենայնիվ, դեռ հաստատված չէ՝ արդյոք զանգերի քանակի ավելացումը (2-ից ավելի) շարունակում է բարձրացնել ծխելը թողնելու ցուցանիշները: Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող արագ արձագանքման թեժ գծերը, որոնք պատասխանում են միայն զանգահարողների հրատապ դիմումներին, նույնպես արդյունավետ են ծխելը թողնելու ցուցանիշների աճի համար՝ համեմատած ինքնօգնության հետ (ՀՌ՝ 1.27, 95% ՀՄ՝ 1.20-1.36):

Այսպիսով, փաստերը վկայում են, որ ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծերը ոչ միայն օգնություն են տրամադրում նրանց, ովքեր դիմում են դրա համար, այլև ընդհանուր առմամբ բարձրացնում են ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը ծխախոտ օգտագործողների շրջանում: Սա լավագույն միջոցներից է՝ հավաստիացնելու ծխախոտ օգտագործողներին, որ օգնությունը հասանելի է, անկախ իրենց գտնվելու վայրից:<sup>4</sup>

### **Առաջարկություններ**

- Ապացույցները փաստում են, որ հեռախոսային խորհրդատվությունը ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ միջամտություն է (A մակարդակի ապացույց):
- Առնվազն 2 հեռախոսազանգը կարևոր է ծխելը թողնելու ցուցանիշների բարձրացման համար: 2-ից ավելի զանգերի արդյունավետությունը դեռ պարզված չէ (B մակարդակի ապացույց):

### **Գրականություն**

1. NHS guided self help talking therapies, [www.nice.org.uk/PH010](http://www.nice.org.uk/PH010)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.
3. Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(12):922-41.
4. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

#### 4.2.4.4 Ինքնօգնության կյուբեր

Ինքնօգնության միջամտությունները սահմանվում են որպես «ծխելը դադարեցնելու փորձին աջակցող որևէ ուսումնական ձեռնարկ կամ ծրագիր, որը նախատեսված է անհատական օգտագործման համար և չի տրամադրվում առողջապահության ոլորտի մասնագետների, խորհրդատուների կողմից կամ խմբային աջակցության միջոցով»:<sup>2</sup>

Այս կատեգորիան ներառում է բուկլետներ, թռուցիկներ, ուսումնական ձեռնարկներ, գովազդային նյութեր, հեռախոսային օգնության արագ արձագանքման թեժ գծեր, համակարգչի/համացանցի վրա հիմնված ծրագրեր և բազմաթիվ համայնքային ծրագրեր: Ստորև ներկայացված է ծխող հիվանդների համար նախատեսված հակիրճ բացատրական թռուցիկ օրինակ, որն օգնում է ծխողներին ծանոթանալ ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության բուժման հիմնական հասկացություններին:

#### **Ստուգացանկի և հարցերի օրինակներ ինքնօգնության կյուբերի համար**

##### **Ինչու օգտագործել ծխախոտ**

- Այնուամենայնիվ, ո՞րն է ծխելը շարունակելու հիմնավորումը, չնայած՝ ծխախոտ օգտագործելու հետևանքով առաջացած հիվանդացության և մահացության դեմ մղվող հսկայական պայքարին:
- Կարո՞ղ ենք ելթադրել, որ ծխողները չեն անհանգստանում իրենց առողջության մասին կամ մտածում են, որ «այդ վնասակար ազդեցություններից իրենք զերծ կմնան»:
- Նրանք չե՞ն կարողանում ամբողջապես ընկալել ուսումնական նյութերում ներկայացված վնասակար ազդեցությունները: Գուցե կա մեկ ա՞յլ պատճառ, որը, չնայած վտանգների մասին տեղեկացվածությանը, նրանց թույլ չի տալիս թողնել ծխելը:
- Սա կարո՞ղ է լինել հոգեբանական-վարքային և ֆիզիկական փոփոխությունների ամբողջություն, որը պայմանավորված է ծխախոտում պարունակվող քիմիական նյութերով: Ակնհայտ է, որ սա այդ դեպքն է:

##### **Ծխախոտային կախվածություն**

- Նիկոտինային կախվածության ուժգնությունը շատ մեծ է: Այն ավելի ուժեղ է կամ նման է հերոինից և կոկաինից

առաջացած կախվածությանը, շատ ավելի ուժեղ է, քան ալկոհոլից, կանեփից կամ լիգերգինային դասի կիսասինթետիկ հոգեմետ նյութերից (LSD) առաջացած կախվածությունը:

- Ծխախոտի կանոնավոր օգտագործումը կամ ավելի պարզ կերպ ասած՝ «ծխելը» բոլոր հոգեբուժական բժշկական կազմակերպությունների կողմից ճանաչվել է որպես առանձին հիվանդություն, որն առաջացնում է ֆիզիկական և հոգեբանական քրոնիկական հիվանդություն, այսինքն՝ ծխախոտային կամ նիկոտինային կախվածություն:
- Ծխախոտի օգտագործումը հիմնականում ազատ կամքի դրսևորում չէ, այլ նիկոտինային կախվածության հետևանք: Ծխախոտային բոլոր արտադրատեսակներում առկա է ուժեղ կախվածություն առաջացնող թմրանյութ:<sup>5</sup>
- Ապացուցված է, որ ծխախոտի մշտական ազդեցությունն առաջացնում է մի շարք հիվանդություններ և մահ՝ ծխախոտում առկա բազմաթիվ տոքսինների և քաղցկեղածին միացությունների պատճառով:
- Նիկոտինային կախվածությունը մեծացնելու նպատակով ծխախոտ արտադրողներն օգտագործում են բազմաթիվ հնարքներ՝ հավելումներ, անուշաբույր նյութեր, ֆիլտրող հատկություններ և այլն:
- Ծխախոտ արտադրողները մշտապես ներդրումներ են կատարում շուկայում նոր հանախորդներ գրավելու համար՝ թիրախավորելով խոցելի խմբերին (երեխաներ, երիտասարդներ):
- Ծխախոտային արդյունաբերությանը հակադարձելու ամենաարդյունավետ միջոցներից է գիտական ապացույցների վրա հիմնված գիտելիքների և հմտությունների տարածումը:

##### **Ծխախոտ օգտագործելու անհատական հետևանքները<sup>5</sup>**

- Ծխախոտ օգտագործող յուրաքանչյուր 2 մարդուց 1-ը վաղաժամ կմահանա ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված հիվանդությունից:
- Ծխախոտի օգտագործումը կանխարգելելի մահվան հիմնական պատճառն է:
- Ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված մահերի ավելի քան կեսը գրանցվում է 35-65 տարեկան մարդկանց շրջանում:

- Ամբողջ աշխարհում ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված մահերի թիվը 1 օրվա կտրվածքով համարժեք է 50 խոշոր ավիավթարի:
- Ծխախոտի օգտագործմանը բաժին է ընկնում թոքի քաղցկեղի մահացության 87%-ը, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդության 82%-ը, ՍԱՀ-ի (սրտանոթային հիվանդություններ) դեպքերի 21%-ը և գլխուղեղի կաթվածի դեպքերի 18%-ը:
- Ապացուցված է, որ ծխախոտի օգտագործումը հղիության ընթացքում բարդություններ է առաջացնում:
- Ծխախոտի օգտագործումը հանգեցնում է բերանից, մազերից և հագուստից վատ հոտի, առաջացնում է ատամների, եղունգների և մաշկի պիգմենտավորում, փչացնում և այրում է հագուստը:
- Ծխախոտի օգտագործումը նվազեցնում է մարմնի ֆիզիկական հնարավորությունները:
- Ծխախոտը հրդեհների և պատահական մահերի հիմնական պատճառն է:
- Ծխախոտի օգտագործումը կարող է այլ թմրանյութերի օգտագործման պատճառառանալ, քանի որ ծխախոտային կախվածությունը մարդուն դարձնում է ավելի հակված այլ վտանգավոր թմրանյութեր փորձելուն:

**Ծխախոտ օգտագործելու հետևանքները ծխողի ընտանիքի, ընկերների և գործընկերների համար<sup>6</sup>**

- Դուք Ձեր ընտանիքին, ընկերներին և գործընկերներին ենթարկում եք երկրորդային ծխի ազդեցությանը:
- Երկրորդային ծուխը 30%-ով բարձրացնում է թոքի քաղցկեղի ռիսկը՝ բերելով թոքի քաղցկեղի տարեկան լրացուցիչ 3000 դեպքի:
- Երկրորդային ծխի մշտական ազդեցության ենթարկված նորածինները և երեխաները ունեն աթմայի, շնչառական այլ հիվանդությունների, նորագոյացությունների և այլ առողջական խնդիրների ռիսկի մեծացման հավանականություն: Այս հիվանդությունների հետևանք է հոսպիտալացումների և դպրոցից բացակայությունների ավելացումը:
- Ծխախոտի ծխի ազդեցությունը հղիության ընթացքում և հետծննդյան շրջանում բերում է ցածր քաշով նորածինների ծնվելուն, բարձրացնում է նորածնային

հանկարծամահության ռիսկը:

- Երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվող չծխող մեծահասակները նույնպես շնչառական հիվանդություններ ձեռք բերելու վտանգի տակ են: Ծխողների զուգընկերների շրջանում ավելի բարձր է սրտային հիվանդությունների և թոքի քաղցկեղի ռիսկը:

**Ծխելը դադարեցնելու օգուտները**

*1. Կարճաժամկետ օգուտներ*

- 20 րոպե հետո կարգավորվում են զարկերակային ճնշումն ու սրտի զարկերի հաճախությունը:
- 8 ժամ հետո կարգավորվում են արյան մեջ ածխածնի մոնօքսիդի և թթվածնի մակարդակները:
- 24 ժամ հետո ածխածնի մոնօքսիդը դուրս է գալիս օրգանիզմից, թոքերը սկսում են մաքրվել լորձից և ծխախոտի մնացորդներից, սրտի կաթվածի հավանականությունը նվազում է:
- 48 ժամ հետո նիկոտինը մաքրվում է օրգանիզմից, նյարդային վերջույթները սկսում են վերածել, բարելավվում է հոտի ու համի զգացումը:

*2. Երկարաժամկետ օգուտներ*

- բարելավված շնչառություն,
- ավելի շատ ֆիզիկական Էներգիա,
- մաշկի ավելի լավ գույն,
- ծխախոտ օգտագործելու հետ կապված հիվանդությունների հաճախականության նվազում. դրանք են՝
  - թոքի քաղցկեղ,
  - Էմֆիզեմա,
  - թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություններ,
  - հանկարծամահություն սրտի կաթվածից,
  - սրտանոթային հիվանդություններ (ՍԱՀ),
  - աթերոսկլերոզ (անոթների նեղացում),
  - գլխուղեղի կաթված,
  - քրոնիկական բրոնխիտ:

**Ծխելը թողնելու նախապատրաստում**

Որքան լավ եք նախապատրաստվում ծխելը թողնելուն, այնքան մեծ է հաջողության հավանականությունը:6 Որոշ առաջարկություններ.

Ծխելը թողնելու դրական որոշում կայացրեք:

- Պատրաստեք պատճառների ցանկ, այդ թվում՝ անձնական պատճառներ, բժշկական ազդեցություններ, առողջական օգուտներ, ֆինանսական առավելություններ և ուրիշների հանդեպ պարտավորություններ:
- Ամեն առավոտ մի քանի անգամ կրկնեք այս պատճառներից որևէ մեկը:
- Սկսեք ֆիզիկապես կոփել Ձեզ թեթև վարժությունների միջոցով: Շատ հանգստացեք և ավելի շատ հեղուկ խմեք:
- Սահմանեք ծխելը թողնելու թիրախային ամսաթիվ առաջիկա 2 շաբաթների ընթացքում:
- Բացահայտեք ծխելը թողնելու խոչընդոտները: Ի՞նչը այն դժվար կդարձնի: Ի՞նչ իրավիճակներ են ստիպում Ձեզ ծխել: Ի՞նչ կարող եք անել դա փոխելու համար:
- Կազմեք այն անձանց ցուցակը, ովքեր կարող են աջակցել ծխելը թողնելու Ձեր նպատակին, օրինակ՝ ընտանիք, ընկերներ և գործընկերներ: Քննարկեք Ձեր ծրագրերը նրանց հետ:
- Եթե այս մարդկանց մեջ կան ծխողներ, խնդրեք նրանց Ձեր ներկայությամբ գերծ մալ ծխախոտ օգտագործելուց, կամ, ավելի լավ է, խնդրեք նրանց Ձեզ հետ միասին թողնել ծխելը:
- Խուսափեք այն վայրերից, որտեղ սովորաբար ծխել եք, հեռացրեք այն ամենը, ինչը հիշեցնում է սիգարետի մասին՝ կրակայրիչները, մոխրամանները կամ լուցկիները:
- Մաքրեք Ձեր տունն ու ավտոմեքենան, փորձեք որքան հնարավոր է վերացնել ծխախոտի հոտը:
- Կազմեք անելիքների, նախասիրությունների և հետաքրքրությունների ցանկ, որոնք Ձեր միտքը կշեղեն ծխելուց:
- Տեղեկացեք զրկանքի ախտանշանների և դրանք հաղթահարելու եղանակների մասին:
- Պատրաստ եղեք ծխելը թողնելու դժվարություններին: Իմացե՛ք՝ ինչ է զրկանքի համախտանիշը:
- Նիկոտինային զրկանքը նիկոտինի մատակարարման հանկարծակի դադարեցմամբ պայմանավորված ախտանշանների ամբողջությունն է, որը կարող է դրսևորվել ծխելը դադարեցնելուց հետո առաջին 4-12 ժամերի ընթացքում: Ախտանշաններից են՝
  - ծխելու սուր/անվերահսկելի ցանկությունը,

- դյուրագրգռությունը,
- անհանգստությունը, բարկությունը, տագնապի զգացումը,
- հոգևածությունը,
- ախորժակի ավելացումը (հատկապես՝ քաղցրի նկատմամբ), քաշի ավելացումը,
- կենտրոնանալու դժվարությունը/վատ հիշողությունը,
- դեպրեսիան,
- գլխացավը,
- անքնությունը,
- գլխապտույտը:

### ***Թերապիաներ, որոնք օգնում են թողնել ծխելը***

- Խորհրդատվությունը և դեղորայքային բուժումն արդյունավետ են ծխախոտային կախվածության բուժման համար:
- Դեղորայքային բուժումը կարևոր է և ընդգրկում է դեղերի լայն առաջարկներ՝ տարբեր կերպ օգտագործվող՝ նիկոտինին փոխարինող միջոցներից (մասսաժ, սպեղանի, ներքթային ցողացիր, ներշնչակ, ենթալեզվային հաբեր) մինչև հակադեպրեսանտներ, նիկոտինի ընկալիչի անտագոնիստներ և այլն:
- Ձեր բժշկին կամ դեղագետին խնդրեք ծխելը թողնելու համար օգտագործվող դեղորայք նշանակել:
- Առողջապահության ոլորտի մասնագետի կողմից կարող է կիրառվել դեղորայքային տարբեր թերապիաների զուգակցումը: Բուժման տևողությունը կարող է երկարացվել, իսկ դեղաչափերը կարող են փոփոխվել՝ կողմնակի ազդեցություններից խուսափելու համար:
- Թռուցիկները, պաստառները, բրոշյուրները, տարբեր ուսումնական և ինքնօգնության գրավոր կամ գովազդային նյութերը համացանցային գործիքների կամ հեռախոսային թեժ գծերի հետ միասին կարող են օգտակար լինել:
- Կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան մեթոդ է, որի նպատակն է փոխել ծխողի մտածելակերպն ու վերաբերմունքը ծխելու և սեփական անձի նկատմամբ, ինչպես նաև խրախուսել և խորհուրդներ տալ ծխելու ցանկությունը նվազեցնելու և այն վերահսկելու եղանակների մասին:



- Լավագույն տարբերակում ծխելը դադարեցնելու անհատական ռազմավարությունները ներառում են ծխելը թողնելու խորհուրդ (ծխելը դադարեցնելու առաջարկություն), դեղորայքային բուժում (վարենիկլին, բուպրոպիոն, նիկոտինային փոխարինող բուժում և այլն) և կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա:

**Աղյուսակ 4.5. Որոշ գործնական խորհուրդներ ծխելուց խուսափելու համար<sup>7</sup>**

| <b>Ծխելուց խուսափելու վարքային ռազմավարությունների/խորհուրդների օրինակներ</b>   |
|---|
| Սովորեք հրաժարվել առաջին ծխախոտից:  |
| Դեն նետեք «ծխելու պարագաները»՝ կրակայրիչը, լուցկին, ծխախոտի տուփը:  |
| Փոխեք Ձեր առօրյան:  |
| Խուսափեք սուրճ, կոլա կամ թեյ օգտագործելուց:   |
| Երբ ծխելու ցանկություն եք զգում, խմեք մեկ բաժակ ջուր կամ մրգային բնական հյութ:  |
| Օրվա ընթացքում սևվեք 3-5 անգամ:   |
| Նախաճաշին օգտագործեք բնական հյութ, կաթնամթերք, միս, ձու: Հզուշացեք առավոտյան սուրճին հաջորդող «անփոխարինելի» ծխախոտից:            |
| Ճաշին և ընթրիքին օգտագործեք միրգ և բանջարեղեն:  |
| Քնելուց առաջ մեկ բաժակ ջուր կամ թեյ խմեք:   |
| Խուսափեք ուտել ճաշերի միջև ընկած ժամանակահատվածում, ինչպես նաև սահմանափակեք քաղցրի (խմորեղեն, քաղցրավենիք, շոկոլատ) օգտագործումը: |
| Օրական 2 լիտրից ավելի ջուր խմեք:  |
| Ֆիզիկական վարժություններ կատարեք, զբոսնեք դրսում, լիցքաթափվելու մեթոդներ սովորեք:   |
| Սկսեք զբաղվել նոր սպորտաձևով:   |
| Խուսափեք ծխողների հետ շփումից և ծխելու ցանկություն առաջացնող իրավիճակներից:   |
| Խնայեք այն գումարը, որը սովորաբար ծախսում էիք ծխախոտ գնելու համար և փոխարենը Ձեզ համար նվեր գնեք:                                 |

**Ինքնօգնության նյութերի արդյունավետությունը**

Մի շարք հետազոտություններ հաստատել են ծխելը դադարեցնելու ծրագրերում ներառված ուսումնական նյութերի արդյունավետությունը:

Հետազոտություն է իրականացվել 2000 մեծահասակների շրջանում՝ համեմատելու համար ծխելն ինքնուրույն թողնելու 13-Էջանց ուղեցույցը (ստուգիչ խումբ) հետևյալ ուղեցույցների հետ՝ 1) «Ազատ և մաքուր» ծխելը ինքնուրույն թողնելու 28-Էջանց ուղեցույց, 2) «Ազատ և մաքուր» ուղեցույց և սոցիալական աջակցության ցուցումներ ծխողի ընտանիքի ու ընկերների համար 3) «Ազատ և մաքուր» ուղեցույց և սոցիալական աջակցության ցուցումներ, 4 հեռախոսազանգ մասնագետներին:<sup>7</sup>

Ապացուցվել է, որ «Ազատ և մաքուր» հեռախոսային խորհրդատվություն տրամադրող ծրագիրը ինքնօգնության նյութերի հետ միասին արդյունավետ է ծխելը թողնելու ինքնուրույն փորձեր անողներին աջակցելու համար: Ինքնօգնության ուղեցույցների և ծխողի ընտանիքին ու ընկերներին սոցիալական աջակցություն տրամադրելու ռազմավարությունը հավաստիորեն չի բարձրացրել ծխելը թողնելու հավանականությունը:<sup>7</sup> Ծխելը դադարեցնելու գործընթացում ինքնօգնության բրոշյուրների արդյունավետությունն ուսումնասիրող մետա-վերլուծությունը ցույց է տվել, որ ինքնօգնությունը՝ թե՛ որպես առանձին միջամտություն և թե՛ որպես խորհրդատվության լրացուցիչ մաս, հավաստիորեն չի բարձրացրել զրկանքի ցուցանիշները՝ առողջապահության ոլորտի մասնագետի խորհրդի կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ համեմատած:<sup>2</sup> Ուսումնական նյութերը, որոնք հարմարեցված են ծխելը դադարեցնելու ցանկացող անհատների կարիքներին, ավելի արդյունավետ են, քան ընդհանուր բնույթի նյութերը:<sup>2</sup>

**Առաջարկություններ**

- Անհրաժեշտ է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված նյութերը/տեղեկությունները հասանելի լինեն ծխելը դադարեցնել փորձող անհատների համար:
- Ապացուցված չէ, որ ինքնօգնության նյութերը մյուս նվազագույն միջամտությունների հետ համեմատած տալիս են լրացուցիչ օգուտներ (B մակարդակի ապացույց):
- Ուսումնական նյութերը, որոնք հարմարեցվել են ծխող

անհատների կարիքներին, ավելի արդյունավետ են, քան ընդհանուր նյութերը, սակայն դրանց ազդեցությունը ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշների վրա փոքր է (B մակարդակի ապացույց):

### Գրականություն

1. NHS guided self help talking therapies, [www.nice.org.uk/PH010](http://www.nice.org.uk/PH010)
2. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med.* 2008;121:S3-S10.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics, *Ann. Rev Pharmacol Toxicol.* 2009;49:57-71.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
6. ACCP kit (5=1 from M1 chapt BD)
7. Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling, *J. Consult Clin Psychol.* 1991;59(3):439-

#### 4.2.4.5 Համակարգչի/համացանցի օգնությամբ իրականացվող միջամտություններ

Համակարգչի կամ համացանցի միջոցով իրականացվող միջամտությունները հասանելի են ծխող բնակչության մեծ մասին, հատկապես՝ երիտասարդներին: Նման միջամտությունները կարող են օգտագործվել որպես առանձին կամ լրացուցիչ բուժում՝ հիվանդից տեղեկություններ հավաքելու, ինչպես նաև հետադարձ կապ տրամադրելու կամ առաջարկություններ անելու համար: Ներկայիս համակարգչային ծրագրերի օգնությամբ կարելի է ծխելը թողնելու ծրագիր մշակել ու այն վերահսկել, կրկնել հետադարձ գնահատումը, ինչպես նաև՝ Էլեկտրոնային հիշեցում-նամակներ ուղարկել:

Հետազոտությունները պարզել են վարքագծի փոփոխության փուլերի վրա հիմնված՝ համակարգչով գեներացված ծրագիրը բնակչության շրջանում և աշխատավայրում կիրառելու արդյունքների դրական լինելը: Դեռահասներին

շրջանում իրականացված ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ համակարգչային ինտերակտիվ միջամտություն, բժշկի կողմից տրամադրվող խորհուրդ, համառոտ մոտիվացնող հարցազրույց և հեռախոսային խորհրդատվություն (ստուգող հանգամանքը ավելի շատ միրգ և բանջարեղեն ուտելու մասին տեղեկություններ էր) ներառող ծրագիրը դրական արդյունքներ է տվել շտրիիվ զուգակցված միջամտության հասանելիության:<sup>1</sup>

Վերջին հետազոտությունները պարզել են, որ համացանցի միջոցով տրամադրվող՝ ծխելը դադարեցնելու ծրագրերը կարող են օժանդակել ծխելը դադարեցնելուն, սակայն հաստատուն արդյունքներ չեն գրանցվել, և ապացույցներն ունեն սխալի հավանականություն:<sup>2</sup> Համացանցի միջոցով իրականացվող միջամտության ծրագրերը, որոնք տրամադրում են անհատական աջակցություն և ինտերակտիվ են, կարող են ավելի արդյունավետ լինել, քան ստատիկ կայքերը: Համացանցը կարող է նաև լրացուցիչ օգուտ բերել այլ միջամտությունների (օրինակ՝ նիկոտինային փոխարինող բուժում կամ այլ դեղորայքով բուժում) հետ զուգակցված կիրառման դեպքում: Համացանցի միջոցով իրականացվող՝ ծխելը դադարեցնելու նորարարական միջամտությունները կարող են ավելի գրավիչ լինել երիտասարդների ու ծխող կանանց համար, թեև հնարավոր է՝ պակաս գրավիչ լինեն դեպքերի անհետադարձության համար:<sup>3</sup> Համացանցի վրա հիմնված միջամտությունների ծրագրերի արժեքն ավելի լավ հասկանալու համար անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ:

### Առաջարկություններ

- Նախքան համացանցի օգնությամբ ծխելը դադարեցնելու միջամտություններ առաջարկելը անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ:

### Գրականություն

1. NHS guided self help talking therapies, [www.nice.org.uk/PH010](http://www.nice.org.uk/PH010)
2. Cijljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4
3. Gainsbury S.M., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, *Clinical Psychology Review*, 2011;31(3):490-498.

### 4.3 Ծխախոտային կախվածության դեղորայքային բուժումը

Քանի որ ծխելը քրոնիկական հիվանդություն է, այն ենթադրում է բազմաբաղադրիչ բուժական միջամտություն, ներառյալ՝ դեղորայքային բուժումը: Տարբեր եվրոպական երկրներում դեղորայքի հաստատման գործընթացն իրականացվում է համաեվրոպական և ազգային կառավարման մարմինների կողմից: Ծխելը դադարեցնելու համար ցուցված դեղամիջոցները բաժանվում են 2 կատեգորիայի՝ առաջին և երկրորդ շարքի դեղամիջոցներ:

Առաջին շարքի դեղամիջոցներն արդյունավետ են ծխախոտային կախվածության բուժման համար, ունեն անվտանգության բարձր մակարդակ և հաստատված են Դեղորայքի եվրոպական գործակալության (ԴԵԳ) կողմից (European Medicines Agency): Ծխախոտային կախվածություն բուժող յուրաքանչյուր բժշկի համար առաջին շարքի դեղամիջոցները պետք է լինեն առաջնային ընտրություն: Ծխելը դադարեցնելու համար հաստատված առաջին շարքի թերապիա են համարվում նիկոտինային փոխարինող բուժումը, վարենիկլինը և բուպրոպիոնը (տե՛ս աղյուսակ 4.6): Ծխելը դադարեցնելու երկրորդ շարքի դեղամիջոցներից է նիկոտինի ընկալիչի մասնակի անտագոնիստ ցիտիգինը (հաստատվել է արևմտաեվրոպական երկրներում): Եռացիկլիկ հակադեպրեսանտ նորտրիպտիլինը և հակահիպերթենզիվ ազդեցության կլոնիդինը գրանցված են շատ երկրներում, սակայն՝ ոչ որպես ծխելը դադարեցնելու միջոցներ:

Նորտրիպտիլինը հաստատված է որպես հակադեպրեսանտ, սակայն՝ ոչ որպես ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոց:

Ծխելը դադարեցնելու համար առաջարկվող երկրորդ շարքի դեղամիջոցները ներկայացված են որպես ապացուցված արդյունավետությամբ դեղեր, սակայն պակաս արդյունավետ են, քան առաջին շարքի դեղամիջոցները. դրանք ԴԵԳ-ի կողմից չեն հաստատվել ծխախոտային կախվածության բուժման համար, և ենթադրվում է, որ ունեն ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ, քան առաջին շարքի դեղամիջոցները: Ընդհանուր առմամբ, դրանք առաջարկվում են այն դեպքում, երբ առաջին շարքի դեղամիջոցները տարբեր պատճառներով (անբավարար արդյունավետություն, հակացուցումներ և այլն) չեն կարող օգտագործվել:

Վերջին մի քանի տարվա ընթացքում ծխելը թողնելու համար օգտագործվող դեղամիջոցների արդյունավետության վերաբերյալ գրանցվել է զգալի առաջընթաց: Ծխելը թողնելու հաջողության բարձրացման համար մոնոթերապիային կարող են զուգակցվել դեղորայքային բազմազան թերապիաներ: Ապացուցված է, որ լրացուցիչ միջոցառումները, ինչպիսիք են բուժման երկարացումը, կողմնակի ազդեցություններից խուսափելու նպատակով դեղաչափերի հարմարեցումը և դեղերի զուգակցումը, բարձրացնում են բուժման արդյունավետությունը:

#### **Առաջին շարքի դեղերի արդյունավետությունը**

2008 թ. տարբեր դեղերի արդյունավետությունն ուսումնասիրող 83 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-վերլուծությունը (հաշվի առնելով բուժումից հետո 6 ամիս զրկանքի ցուցանիշը) ցույց է տվել, որ ծխելը

**Աղյուսակ 4.6. Ծխելը դադարեցնելու առաջին շարքի դեղամիջոցներ (ըստ Մ. Ս. Ֆիրրի)<sup>1</sup>**

| ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂՈՐԱՅԵԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ |  |   |
|--|--|---|
| ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ                                    | ԴԵՂԱՉԱՓ  | ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ  |
| <b>ԲՈՒՊՐՈՊԻՈՆ</b>                            | Առաջին 3 օր՝ 150 մգ ամեն ամալիս, չորրորդ օրվանից մինչև բուժման ավարտը՝ 150 մգ x 2/օրական   | Սկսել ծխելը թողնելուց 1-2 շաբաթ առաջ:<br>Օգտագործել 2-6 ամիս: |
| <b>ՆԿՎՈՏԻՆԱՅԻՆ ՄԱՍՏԱԿ</b>                    | 2 մգ՝ եթե հիվանդը ծխում է ≤24 սիգարետ/օրական, 4 մգ՝ եթե հիվանդը ծխում է ≥24 սիգարետ/օրական, Առաջարկվող դեղաչափը՝ 8-12 մաստակ/օրական: | Օգտագործել 3-6 ամիս:  |

Շարունակելի

**Աղյուսակ 4.6.** Շարունակություն

| <b>ՃԻՆԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂՈՐԱՅՁԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ</b>  |  |   |
|---|--|---|
| <b>ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ</b>  | <b>ԴԵՂԱՉԱՓ</b>   | <b>ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ</b>   |
| <b>ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՆԵՐՇԵԼՉԱԿ</b>  | 6-16 քարթրիջ/օրական<br>Մեկ քարթրիջը 80 ներշնչման միջոցով կարող է մատակարարել 4 մգ նիկոտին:   | Օգտագործել մինչև 6 ամիս, վերջում նվազեցնել:   |
| <b>ԲԵՐԱՆՈՒՄ ԼՈՒԾԿՈՂ ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՀԱԲԵՐ</b>   | Առկա է 1, 2 և 4 մգ դեղաչափերով: Սկզբում օգտագործել 1 հատ յուրաքանչյուր 1-2 ժամը մեկ, ապա նվազեցնել: Դեղաչափը՝ 2 մգ՝ արթնանալուց 30 րոպե հետո կամ ավելի ուշ ծխելու դեպքում, և 4 մգ՝ առավոտյան արթնանալուց հետո առաջին 30 րոպեի ընթացքում ծխելու դեպքում:  | Օգտագործել 3-6 ամիս:  |
| <b>ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՆԵՐՁՔԱՅԻՆ ՑՈՐԱՅԻՐ</b>  | 0.5 մգ/քթանցք<br>Սկզբում՝ 1-2 դեղաչափ/ժամում:<br>Առավելագույնը՝ 8-40 դեղաչափ/օրական:   | Օգտագործել 3-6 ամիս:  |
| <b>ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ</b>  | Առկա են 7, 14, 21 մգ/24 ժամ (կամ 10/15/25 մգ /16 ժամ) դեղաչափերով:<br>Եթե հիվանդը ծխում է օրական 10 և ավելի սիգարետ, ընտրել 21 մգ/օրական դեղաչափը առաջին 4 շաբաթվա համար, հաջորդ 2 շաբաթների համար՝ 14 մգ/օրական, շարունակել հաջորդ 2 շաբաթների համար՝ 7 մգ/օրական:<br>Եթե հիվանդը ծխում է 10-ից պակաս սիգարետ, սկսել 14 մգ/օրական դեղաչափից առաջին 6 շաբաթվա համար, հաջորդ 2 շաբաթներին շարունակել 7 մգ/օրական դեղաչափով: | Ամեն առավոտ օգտագործել նոր սպեղանի 8-12 շաբաթ:<br>Ապացույցներ կան, որ 3-6 ամիս օգտագործելու դեպքում առավել արդյունավետ է: |
| <b>ՎԱՐԵՆԻԿԻԼԻՆ</b>  | Առաջին 3 օրը՝ 0.5 մգ ամեն առավոտ, 4-7-րդ օրը՝ 0.5 մգ օրական 2 անգամ, 8-րդ օրվանից մինչև բուժման ավարտը՝ 1 մգ օրական 2 անգամ:   | Սկսել ծխելը թողնելուց 1 շաբաթ առաջ և օգտագործել 3-6 ամիս:   |
| <b>ՉՈՒԳԱԿՑՎԱԾ ԲՈՒԺՈՒՄՆԵՐ</b>  |  |   |
| <b>Ծխելը դադարեցնելու համար ՍՆՆդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կողմից հաստատվել է միայն բուսորոպինի և նիկոտինաչիտի սպեղանու զուգակցումը</b> |  |   |
| <b>ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ + ԲՈՒՊՐՈՊԻՆՈՆ</b>  | Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին:  | Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին:   |
| <b>ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ + ՆԵՐՇԵԼՉԱԿ ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ + ԲԵՐԱՆՈՒՄ ԼՈՒԾԿՈՂ ՀԱԲԵՐ ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ + ՄԱՍՏԱԿ</b>                            | Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին:  | Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին:   |

դադարեցնելու համար կիրառվող դեղամիջոցների մեծամասնությունը (նիկոտինային սպեղանի, մաստակ, բերանում լուծվող հաբ, ներքթային ցողացիր, ներշնչակ և բուպրոպիոն՝ երկարատև օգտագործման դեպքում) գրեթե կրկնապատկել են զրկանքին հասնելու հավանականությունը (տե՛ս աղյուսակ 4.7):<sup>1</sup> Պատահականության սկզբունքով ընտրված պացիենտ խմբի հիվանդների՝ 6 ամսվա ընթացքում ծխախոտից հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշը եղել է 14%, ինչն ավելի ցածր է, քան դեղորայքային բուժում ստացած հիվանդներինը (19% կամ 26%): Նշված հետազոտությունների մի մասը ներառում է նաև խորհրդատվություն, ուստի արդյունավետության այս ցուցանիշներն արտացոլում են նաև խորհրդատվության որոշակի ազդեցությունը:

Վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող զուգակցված բուժման (նիկոտինային սպեղանիին զուգակցած նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճաժամկետ ծները, ինչպեսիք են նիկոտինային մաստակը կամ բերանում լուծվող հաբերը՝ օգտագործված 14 շաբաթ և ավելի) դեպքում զրկանքի ցուցանիշներն ամենաբարձրն են եղել, համապատասխանաբար՝ 33% և 37%:<sup>1</sup> Այս ցուցանիշները հավաստիորեն ավելի բարձր են, քան տիպիկ մոնոթերապիայի (նիկոտինի սպեղանի) հետ կապված ցուցանիշը: Այս երկու բուժումների առավելությունը ցույց է տրվել նաև այլ հետազոտություններում, որտեղ դրանք համեմատվել են առանձին դեղամիջոցի (օրինակ՝ նիկոտինային սպեղանու կամ բուպրոպիոնի) կիրառության արդյունքների հետ:<sup>2,3</sup>

Համանման եզրակացությունների է հանգել Քոքրեյնի համագործակցության կողմից ներկայացված մետա-վերլուծությունը, որն ուսումնասիրել է ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման արդյունավետության ապացույցները:<sup>4</sup> Չուգակցված նիկոտինային փոխարինող բուժմամբ (օրալ+սպեղանի) և վարենիկլինոլ թերապիաները ունենում են միանման արդյունավետություն և գերազանցում են նիկոտինային փոխարինող բուժման առանձին որևէ միջոցով կամ բուպրոպիոնով բուժման արդյունավետությանը:

Ապացուցված է, որ ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժումն իսկապես արդյունավետ է ամբողջ աշխարհում, այդ թվում նաև՝ տարբեր ուղեկցող հիվանդությունների (թմրամոլություն կամ դեպրեսիա) առկայության դեպքում:<sup>1,5</sup>

**Աղյուսակ 4.7. Ծխելը թողնելու առաջին շաբթի դեղորայքով մոնոթերապիայի և զուգակցված բուժման արդյունավետությունը**

| <b>ԴՆՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ</b>   | <b>ԶՐԿԱՆՔԻ ՀԳ (95% ՀՄ)</b> | <b>ԶՐԿԱՆՔԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇ (95% ՀՄ)</b> |
|---|----------------------------|----------------------------------|
| <b>Պացիենտ</b>  | 1.0                        | 13.8                             |
| <b>Մոնոթերապիա</b>  |                            |                                  |
| <b>Նիկոտինային սպեղանի</b>  | 1.9 (1.7 - 2.2)            | 23.4 (21.3 - 25.8)               |
| <b>Բարձր չափաբաժնով սպեղանի</b>   | 2.3 (1.7 - 3.0)            | 26.5 (21.3 - 32.5)               |
| <b>Նիկոտինային ներշնչակ</b>   | 2.1 (1.5 - 2.9)            | 24.8 (19.1 - 31.6)               |
| <b>Նիկոտինային մաստակ</b>   | 1.5 (1.2 - 1.7)            | 19.0 (16.5 - 21.9)               |
| <b>Բուպրոպիոն</b>   | 2.0 (1.8 - 2.2)            | 24.2 (22.2 - 26.4)               |
| <b>Վարենիկլին</b>   | <b>3.1 (2.5 - 3.8)</b>     | <b>33.2 (28.9 - 37.8)</b>        |
| <b>Զուգակցված թերապիա</b>   |                            |                                  |
| <b>Սպեղանի+ներշնչակ</b>   | 2.2 (1.3 - 2.6)            | 25.8 (17.3 - 36.5)               |
| <b>Սպեղանի+մաստակ</b>   | 2.6 (2.5 - 5.2)            | 26.5 (28.6 - 45.3)               |
| <b>Սպեղանի+բուպրոպիոն</b>   | 2.5 (1.9 - 3.4)            | 28.9 (23.5 - 25.1)               |
| <b>Սպեղանի (երկարաժամկետ՝ &gt; 14 շաբաթ) + նիկոտինային փոխարինող բուժում (մաստակ կամ ներքթային ցողացիր)</b> | 3.6 (2.5 - 5.2)            | 36.5 (28.6 - 45.3)               |

Աղբյուրը՝ Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Clinical Practice Guideline, 2008 Update.

### 4.3.1. Նիկոտինային փոխարինող բուժում

#### 4.3.1.1. Ցուցումներ

- Նիկոտինային փոխարինող բուժումն առաջարկվում է որպես ծխելը դադարեցնելու առաջին շաբթի բուժում մոտիվացված և չմոտիվացված ծխողների համար:
- Այն կարող է կիրառվել նաև ծխելու հաճախականությունը նվազեցնելու նպատակով, երբ ծխելը թողնելը հնարավոր չէ կամ ընդունելի չէ ծխախոտ օգտագործողի համար:

### 4.3.1.2. Ազդման մեխանիզմը

Ծխախոտ ծխելով կամ ծամելով և նիկոտինային փոխարինող բուժմամբ մատակարարվում է մինևույն նիկոտինը, սակայն գլխուղեղին հասնելու կինետիկան արմատապես տարբեր է և զգալիորեն փոխում է ազդեցությունները:

Նիկոտինային փոխարինող բուժումն ունի երկու նպատակ՝

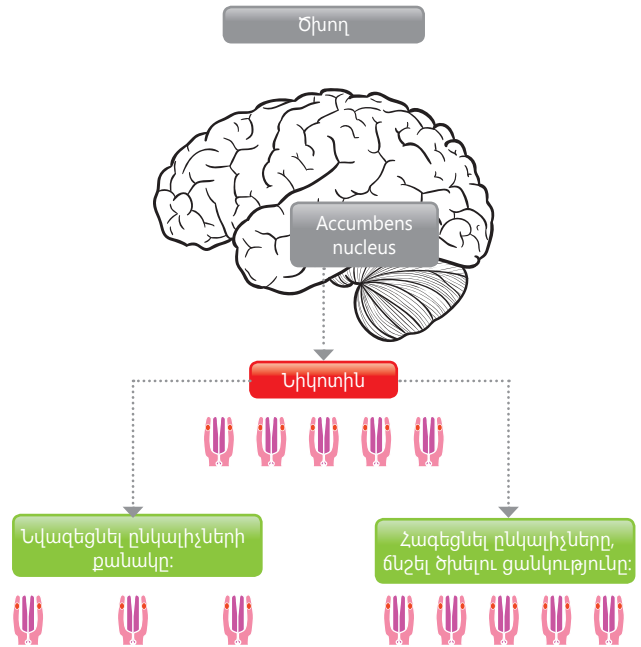
- խթանել նիկոտինի ընկալիչները՝ ծխելու անվերահսկելի ցանկությունը և զրկանքի ախտանշանները վերացնելու համար (արդյունքը նկատվում է անմիջապես),
- նվազեցնել նիկոտինի ընկալիչների քանակը. սա տևում է շաբաթներ և կրճատում է ծխախոտային կախվածությունը:

Տե՛ս պատկեր 4.3:

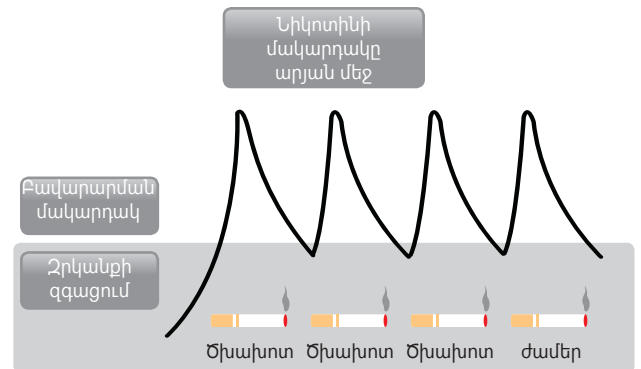
Ծխախոտ ծխելիս նիկոտինը ծխողի գլխուղեղին է հասնում 7 վայրկյանում և հագեցնում է նիկոտինի ընկալիչները («կրակող ազդեցություն») (պատկեր 4.4):

Նիկոտինի ազդեցության հետևանքով տեղի է ունենում գլխուղեղի ներգրավված տեղամասի ընկալիչների զգայունության նվազում և դրանք քանակի ավելացում. այսպիսով՝ առաջանում է ևս մեկ ծխախոտ ծխելու կարիք: Ծխողներն ավելի շատ նիկոտինի ընկալիչներ ունեն, քան չծխողները, ինչը բացատրում է ծխողների բարձր հանդուրժողականությունը նիկոտինի նկատմամբ, ինչպես նաև՝ նրանք նիկոտինային ուժեղ կախվածությունը: Ծխողների մոտ այս ընկալիչներն այնքան շատ են, որ կարող են հայտնաբերվել պոզիտրոնային էմիսիոն տոմոգրաֆիայի միջոցով, որով պատկերվում է գլխուղեղի նիկոտինի ընկալիչներով հարուստ կենտրոնների՝ նիկոտինային կախվածության կենտրոն համարվող գլխուղեղի սահմանակից կորիզի (nucleus accumbens-ի) մակերեսի և առաջնային ծածկի հատվածի անհամեմատ վառ «լուսավորվածությունը»: Նիկոտինային փոխարինող բուժման ընթացքում նիկոտինի մատակարարումը գլխուղեղին շատ ավելի դանդաղ է ընթանում, քան սիգարետ ծխելիս, ինչի հետևանքով չեն առաջանում կոնցենտրացիայի պիկեր: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը խթանում է նիկոտինի ընկալիչները՝ նվազեցնելով կամ չեզոքացնելով նիկոտինի կարիքը, ինչպես նաև աստիճանաբար նվազեցնում է ընկալիչների քանակը: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը

**Պատկեր 4.3. Նիկոտինային փոխարինող բուժման երկու նպատակները՝ նվազեցնել զրկանքի ախտանշանները (տուր) և նվազեցնել կախվածությունը նիկոտինի ընկալիչների քանակի կրճատման միջոցով (քրոնիկական):**



**Պատկեր 4.4. Նիկոտինի մակարդակն արյան մեջ պարբերաբար նիկոտին օգտագործելու դեպքում**



3 ամիս կիրառելու դեպքում վերականգնվում է ընկալիչների նորմալ քանակը:

Սակայն այս համակարգը պահպանում է ծխելու հիշողությունը, և բջջաթաղանթում ընկալիչները կարող են շատ արագ բազմապատկվել, եթե ծխելը վերսկսվի: Հետևաբար՝ ծխախոտային կախվածությունը քրոնիկական ախտադարձային հիվանդություն է:

#### **4.3.1.3. Նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետության կլինիկական ապացույցները**

Ինչպես բոլոր քրոնիկական հիվանդությունների բուժումը, այնպես էլ ծխախոտային կախվածության բուժումը եղել է վերջին 40 տարում իրականացված բազմաթիվ ռանդոմիզացված հետազոտությունների ուսումնասիրության առարկան:

Երկու կարևոր մետա-վերլուծություններ ամփոփել են նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետությունը ծխելու դադարեցմանն աջակցելու գործընթացում: Առաջին մետա-վերլուծությունն իրականացվել է U.S. Surgeon General-ի կողմից, որը համակարգել է Մայքլ Ս. Ֆիորը:<sup>1</sup> Երկրորդ մետա-վերլուծությունն իրականացվել է Քոքրեյնի համագործակցության կողմից և թարմացվել է վերջերս:

Քոքրեյնի համագործակցությունն առանձնացրել է նիկոտինային փոխարինող արտադրատեսակների վերաբերյալ 150 հետազոտություն: Իրականացված 117 հետազոտությունները, որոնցում ընդգրկվել է ավելի քան 50,000 մասնակից, համեմատել են ծխելը դադարեցնելու նպատակով նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր տեսակների կիրառման արդյունավետությունը պլացեբո կամ ստուգիչ խմբի հետ՝ առանց նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցների կիրառության:<sup>6</sup> Նիկոտինային փոխարինող բուժման բոլոր տեսակների համար ընդհանուր զրկանքի հարաբերական ռիսկը (ՀՌ) եղել է 1.60 (95% ՀՄ՝ 1.53-1.68)<sup>6</sup> վերահսկվող խմբի համեմատ:<sup>6</sup> Նիկոտինային փոխարինող բուժման առանձին տեսակների ՀՌ-ն եղել է՝

- 1.49 (95% ՀՄ 1.40-1.60, 55 հետազոտություն)՝ նիկոտինային մաստակի համար,
- 1.64 (95% ՀՄ 1.52-1.78, 43 հետազոտություն)՝ նիկոտինային սպեղանու համար,
- 1.95 (95% ՀՄ 1.61-2.36, 6 հետազոտություն)՝ բերանում

- լուծվող հաբերի համար,
- 1.90 (95% ՀՄ 1.36-2.67, 4 հետազոտություն)՝ նիկոտինային ներշնչակի համար,
- 2.02 (95% ՀՄ 1.49-2.73, 4 հետազոտություն)՝ նիկոտինային ներքթային ցողացրի համար,
- 2.48 (95% ՀՄ 1.24-4.94, 1 հետազոտություն)՝ նիկոտինային բերանային ցողացրի համար:

Սպեղանու և օրալ միջոցների միջև դիտարկված արդյունավետության տարբերությունը կարող է կապված լինել դեղաչափի հետ, քանի որ կլինիկական հետազոտություններում հաստատուն չափաբաժիններով օրալ միջոցների դեղաչափերի ուսումնասիրություններն ավելի տարածված են:

Ապացուցվել է, որ նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային փոխարինող բուժման արագ մատակարարվող տեսակների զուգակցումն ավելի արդյունավետ է, քան միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման առանձին տեսակի կիրառությունը (ՀՌ՝ 1.34, 95% ՀՄ՝ 1.18-1.51, 9 հետազոտություն):<sup>6</sup>

Կախվածության բարձր աստիճան ունեցող ծխողների դեպքում 4 մգ մաստակի կիրառությունն ավելի արդյունավետ է, քան 2 մգ մաստակի կիրառությունը, սակայն ներկայիս հետազոտություններում սպեղանու բարձր դեղաչափերի օգտակարության վերաբերյալ ապացույցները քիչ են:

Քոքրեյնի համագործակցության հեղինակները եզրակացրել են, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման շուկայում ամկա բոլոր տեսակները (մաստակ, տրանսդերմալ սպեղանի, ներքթային ցողացրի, ներշնչակ և ենթալեզվային հաբեր) կարող են աջակցել ծխողների՝ ծխելը թողնելու փորձերին և մեծացնել հաջողության հնարավորությունները: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը բարձրացնում է ծխելու զրկանքի ցուցանիշները 50-70%-ով՝ անկախ տեսակից և դեղաչափից:<sup>6</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետությունը կախված է ծխողին տրամադրվող աջակցության ինտենսիվությունից: Որքան շատ է աջակցությունը, այնքան մեծ է օգուտը: Սակայն նիկոտինին փոխարինող միջոցներն արդյունավետ են նույնիսկ օգնության բացակայության դեպքում:

**Նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումը դեղորայքային այլ բուժման հետ**

Քոքրեյնի համագործակցությունը ցույց է տվել, որ նիկոտինային սպեղանու զուգակցումը օրալ միջոցների հետ ավելի արդյունավետ է, քան նիկոտինային փոխարինող բուժման առանձին տեսակների կիրառումը:

- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է զուգակցվել օրալ և տրանսդերմալ միջոցների հետ:
- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է զուգակցվել բուպրոպիոնի կամ նորտրիպտիլինի հետ:
- Ժամանակակից կլինիկական արակտիկայում ծխելը դադարեցնելու համար կիրառվող ուղեցույցները խորհուրդ չեն տալիս զուգակցել նիկոտինային փոխարինող բուժումը վարենիկլինի հետ: Սրա հիմնական պատճառն այն կարծիքն է, որ նիկոտինային փոխարինող միջոցները, ծխախոտի նիկոտինին շատ նման լինելով, արգելափակվում են վարենիկլինի կողմից:
- Ծխախոտը նիկոտինային փոխարինող բուժումով փոխարինելու հակացուցումներ չկան այն հիվանդների համար, ովքեր վարենիկլինի մոնոթերապիայից 2-6 շաբաթ հետո շարունակում են ծխել: Վերջին կլինիկական հետազոտության տվյալները վկայում են, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենիկլինի զուգակցումը կարող է օգտակար լինել, սակայն արդյունքները տարաբնույթ են:<sup>4</sup> Այս մոտեցման կիրառության արդյունավետությունը հաստատող լրացուցիչ հետազոտություններ են անհրաժեշտ՝ այն որպես ստանդարտ գործելակերպ առաջարկելու համար: Այնուամենայնիվ, ինչպես վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման, այնպես էլ մոնոթերապիայի դեպքում հարկավոր է հետևել առկա ցուցումներին:

**4.3.1.4. Նիկոտինային սպեղանի**

Սպեղանին ստեղծվել է մաստակի օգտագործման դժվարություններից խուսափելու համար: Այն նիկոտինի ավելի կայուն կոնցենտրացիաներ մատակարարելու առավելությունն ունի, ավելի նպատակահարմար է ծխելը դադարեցնելու համար, սակայն նիկոտինի կարիքը անհապաղ բավարարելու տեսանկյունից այնքան նպատակահարմար չէ, որքան նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ

տարբերակները:

Սպեղանու մեջ պարունակվող նիկոտինն աստիճանաբար ներծծվում է մաշկի և ենթամաշկային հյուսվածքի միջոցով, անցնում արյան մեջ՝ հասնելով գլխուղեղին: Նույնիսկ երբ նիկոտինային սպեղանին հեռացվում է, նիկոտինը շարունակում է տարածվել մաշկից դեպի գլխուղեղ:

Մաշկի տեղային ռեակցիայից խուսափելու նպատակով անհրաժեշտ է ամեն օր փոխել սպեղանին կպցնելու տեղը (թևերի, ուսերի և կրծքավանդակի հատվածում):

Գոյություն ունեն 24 ժամ կրելու համար նախատեսված սպեղանիներ, որոնք օրական մատակարարում են առավելագույնը 21 մգ նիկոտին: Կան նաև 16 ժամ կրելու համար նախատեսված սպեղանիներ, որոնք մատակարարում են առավելագույնը 25 մգ նիկոտին: Այսպիսով, 21 մգ/24 ժամ սպեղանիները 1 ժամում մատակարարում են մոտավորապես 0.9 մգ նիկոտին, մինչդեռ 25 մգ/16 ժամ սպեղանիները՝ 1,6 մգ (աղյուսակ 4.8):

Բոլոր սպեղանիները պատրաստված են միևնույն սկզբունքով, սակայն ունեն կինետիկ փոքր տարբերություններ (պատկեր 4.5):<sup>7</sup> Հետևաբար՝ սպեղանու յուրաքանչյուր տեսակ ունի իր առավելություններն ու թերությունները: Բուժումը հնարավոր է հարմարեցնել յուրաքանչյուր հիվանդի կարիքներին:

**Ինչպես օգտագործել սպեղանիները**

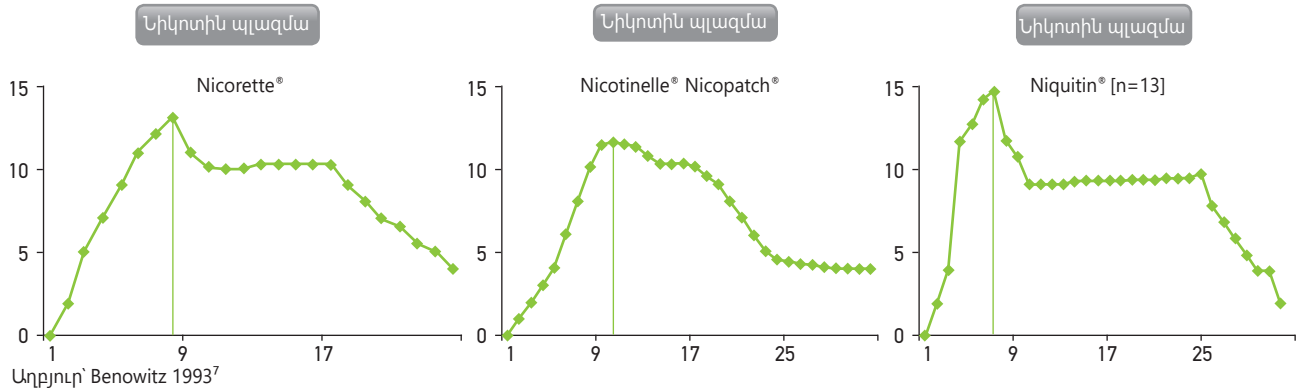
Ամեն առավոտ լոգանքից առաջ կամ հետո սպեղանին կպցվում է մարմնին (չի կարելի օգտագործել մակերեսային ակտիվ նյութեր, որոնք նվազեցնում են նիկոտինի կլանումը): Օգտագործողը պետք է խուսափի սպեղանին բարձր ճնշման ենթարկվող հատվածներում կպցնելուց: Եթե օրվա ընթացքում սպեղանին պոկվում է, կարելի է շարունակել կիրառել այն՝ ամրացնելով կաչուն ժապավենով:

**Աղյուսակ 4.8. Նիկոտին մատակարարող 16 և 24-ժամանոց սպեղանիների՝ նիկոտինի մատակարարման կոնցենտրացիաների համեմատական աղյուսակ**

|               | 0,3 մգ/ժ | 0,6 մգ/ժ | 0,9 մգ/ժ | 1,6 մգ/ժ |
|---------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>16 ժամ</b> | 5 մգ     | 10 մգ    | 15 մգ    | 25 մգ    |
| <b>24 ժամ</b> | 7 մգ     | 14 մգ    | 21 մգ    |          |



**Պատկեր 4.5. Նիկոտինի կինետիկան 24 ժամվա ընթացքում՝ ըստ սպեղանու տեսակի**



**Սպեղանիների ընդհանուր տանելիությունը**

Ինչպես նիկոտինային փոխարինող բուժման բոլոր միջոցներին, այնպես էլ սպեղանիներին բնորոշ է հեշտ տանելիություն բարձր աստիճանի նիկոտինային կախվածությամբ ծխողների կողմից, որոնց մոտ սովորաբար չեն առաջանում կողմնակի ազդեցություններ նույնիսկ բազմաթիվ սպեղանիներ օգտագործելու դեպքում, մինչդեռ չծխողների մոտ նույնիսկ մեկ սպեղանին կարող է լուրջ կողմնակի ազդեցություններ առաջացնել: Կողմնակի ազդեցությունները կախված են նիկոտինի չափաբաժնից և ուղղակիորեն առնչվում են զրկանքի ախտանշաններին:

Սպեղանիների կողմնակի ազդեցություններից է մաշկի ալերգիան: Տարածված կողմնակի ազդեցություն է սպեղանին կապակցված տեղում մաշկի կարմրությունը, որը հաճախ ուղեկցվում է գրգռվածությամբ: Կպչուն սպեղանիներից ալերգիա ունեցող հիվանդների մոտ հնարավոր է լինեն ավելի լուրջ ալերգիկ ռեակցիաներ: Բժիշկները պետք է հարցնեն կպչուն սպեղանիների նկատմամբ ալերգիայի հնարավորության մասին: Եթե ախտանշանները մեղմ են, կարելի է փոխել սպեղանու տեսակը, քանի որ տարբեր սպեղանիներ պարունակում են տարբեր կպչուն նյութեր:

Եթե սպեղանին կապակցված հետո դիտվում է մաշկային ռեակցիա, ապա պետք է այն հեռացնել և չօգտագործել, բացառությամբ շատ առանձնահատուկ իրավիճակների:

**4.3.1.5. Նիկոտինին փոխարինող օրալ միջոցներ**

Շուկայում կան նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ օգտագործման շատ տարբերակներ:

Գոյություն ունի նիկոտինային փոխարինող բուժման 4 օրալ միջոց՝

- մաստակ,
- ենթալեզվային հաբեր,
- բերանում լուծվող հաբեր,
- ներշնչակ, որը նման է ծխափողի:

Սրանք բոլորը ներծծվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի միջոցով: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթով նիկոտինի ներծծումը տեղի է ունենում միայն չեզոք pH-ի դեպքում, հետևաբար՝ նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ տարբերակի կիրառումից 30 րոպե առաջ պետք է խուսափել ուտելուց կամ խմելուց, հատկապես՝ գազավորված ըմպելիքներ (որոնք թթվային են):

Պետք է հնարավորինս նվազեցնել կուլ տրվող՝ ստամոքս գնացող թքի քանակը, քանի որ այն կարող է առաջացնել գրգռում կամ գկռոց: Մաստակ ծամելիս թքարտադրության ավելացումը թքի կուլ տալը հատկապես բնորոշ են նախկինում մաստակ չօգտագործած կամ արագ ծամող անձանց:

**Օրալ նիկոտինի կենսահասանելիությունը**

Նիկոտինը բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի միջոցով

սկսում է ներծծվել ծամելու ընթացքում և նաև ծամելը դադարեցնելուց մի քանի րոպե հետո (ընդհանուր առմամբ՝ 15-30 րոպե):

Այսպիսով, օրալ տարբերակով ընդունելու դեպքում զարկերակային արյան մեջ նիկոտինի կոնցենտրացիայի աճն ավելի դանդաղ է, քան ծխախոտ կամ ներքթային ցողացիր օգտագործելու դեպքում: Նախընտրելի է արյան մեջ նիկոտինի կայուն կոնցենտրացիայի պահպանումը, իսկ նիկոտինի մատակարարման հանկարծակի կրճատման դեպքում՝ նիկոտինի քանակի լրացումը նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ միջոցներով: Մաստակ օգտագործելիս հնարավոր է, որ արյան մեջ նիկոտինի կոնցենտրացիան մի քանի րոպեով գերազանցի ընկալիչները բավարարելու համար նիկոտինի անհրաժեշտ մակարդակը, ինչը կարող է առաջացնել այդ ընկալիչների զգայունության նվազում և նոր ընկալիչների առաջացում: Վերջինները կարող են որոշակի ժամանակ պահպանվել: Դրանով է բացատրվում այն փաստը, որ որոշ հիվանդներ ծխելը թողնելուց հետո 6 ամիս կամ 1 տարի, և նույնիսկ ավելի երկար ժամանակ դժվարանում են դադարեցնել մաստակի օգտագործումը: Միանգամայն սխալ է պնդել, թե մաստակը նրանց մոտ առաջացնում է նիկոտինային կախվածություն. նրանք կախվածություն էին ձեռք բերել ծխախոտից: Սակայն ճիշտ է ասել, որ նիկոտինի օրալ ընդունումն այս պարագայում նպաստում է նիկոտինային կախվածության պահպանմանը: Այս երևույթը չի դիտվում, օրինակ, սպեղանիների կիրառման դեպքում. դրանք ապահովում են նիկոտինի դեղակինետիկայի աստիճանական կորագիծ և նպաստում են կախվածության ռեգրեսիային, թերևս՝ օրվա որոշակի ժամանակահատվածներում ծխելու անհագ ցանկության առաջացման գնով:

Մաստակում պարունակվող ամբողջ նիկոտինը չի անցնում բերանի խոռոչ. 2 մգ չափաբաժինը մաստակի դեպքում 1,5 մգ-ից պակաս է անցնում բերան և արյուն: Օրգանիզմ ներմուծվող նիկոտինի քանակը կախված է մաստակի տեսակից (բոլորը 1,5 մգ-2 մգ մաստակներ են՝ գրեթե կենսահամարժեք 2 մգ-ին): Անհատական տարբերությունները մեծապես կախված են ծամելու ձևից: Տարբեր արտադրողների սպեղանիների՝ նիկոտինի ներծծման կինետիկ տարբերություններն ավելի շատ

են, քան օրալ միջոցներինը, թեև վերջիններն ավելի հաստատուն կոնցենտրացիաներ են ապահովում, քան սիգարետները: Նույնիսկ միևնույն տեսակի սիգարետի օգտագործումը օրվա տարբեր ժամերի կարող է հանգեցնել նիկոտինի չափաբաժինների տատանման 1-5-ի:

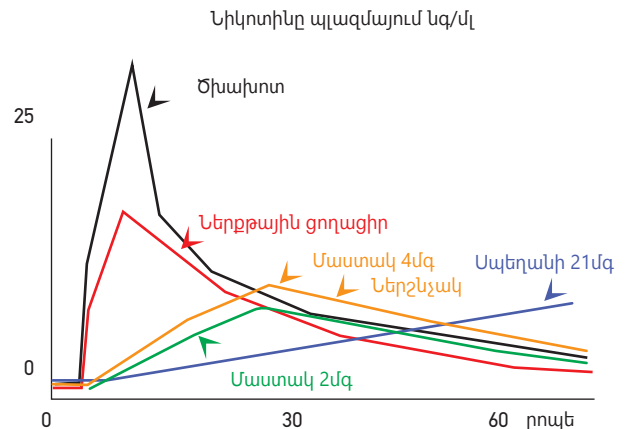
Գործնականում այս կինետիկ փոփոխություններն այնքան էլ կարևոր չեն, քանի որ օրալ միջոցների չափաբաժինը որոշում է հիվանդը՝ ընդունելով ծխելու անհագ ցանկությունը չեզոքացնելու համար անհրաժեշտ քանակ:

Ամեն դեպքում հիվանդին պետք է զգուշացնել, որ նիկոտինային մաստակը չպետք է օգտագործել սովորական մաստակի նման. անհրաժեշտ է ծամել դանդաղ և առանց թուրք կուլ տալու (տե՛ս պատկեր 4.6):

### Մաստակ

Գոյություն ունեն 2 մգ և 4 մգ չափաբաժնով մաստակներ: 2 մգ-անոց մաստակը ցուցված է ցածր և միջին կախվածությամբ ծխողներին, 4 մգ-անոցը՝ 7 և ավելի միավորով բարձր կախվածությամբ ծխողներին: Մաստակն ունենում է կամ չեզոք համ, կամ անանուխի, դարչինի, նարնջի և այլ մրգերի համ:

**Պատկեր 4.6** Նիկոտինի կինետիկան զարկերակային արյան մեջ ծխախոտի կամ նիկոտինի տարբեր փոխարինողների օգտագործումից հետո



Մաստակ ծամելը որոշակի հմտություն է պահանջում՝ արդյունավետ լինելու և խուսափելու համար այնպիսի կողմնակի ազդեցություններից, ինչպիսիք են բերանի, ծնոտի, ստամոքսի ցավերը կամ զկռտոցը: Հարկավոր է ծամել 1 կամ 2 անգամ, ապա 3 րոպե պահել բերանում, իսկ հետո ծամել րոպեում 1 անգամ 20 րոպե շարունակ: Դրանից հետո մաստակը պետք է դնել նետել: Չի կարելի թողնել երեխաների համար հասանելի տեղում, քանի որ այն նիկոտին պարունակող միջոց է:

### **Ենթալեզվային հաբեր**

Ենթալեզվային հաբերը 2 մգ-անոց չպատիճավորված փոքր հաբեր են, որոնք հարկավոր է դնել լեզվի տակ: Դրանք կարող են առաջացնել այրման զգացողություն, սակայն անհամ են: Ծամելու կամ հաբերը ծծելու կարիք չկա: Այդ պատճառով առատ թքարտադրություն (որը կարող է առաջացնել զկռտոց) չի դիտվում: Հաբերը բերանում հալչում են 15-30 րոպեի ընթացքում:

### **Բերանում լուծվող հաբեր**

Բերանում լուծվող հաբերն առկա են 1-4 մգ չափաբաժնով: Այս հաբերում պարունակվող նիկոտինը բերանի խոռոչում ավելի արագ է ներծծվում, քան մաստակում պարունակվողը: Բերանում լուծվող հաբերի օգտագործումը շատ պարզ է, քանի որ դրանք թաղանթապատ են: Հարկավոր է ծծել դանդաղ, առանց ծամելու:

### **Ներշնչակներ**

Ներշնչակը բաղկացած է ծխափող հիշեցնող սպիտակ պլաստիկ խողովակից, որի մեջ տեղադրվում է նիկոտինի քարթիջը: Ներշնչելիս, ինչպես դա անում են ծխողները ծխախոտի պարագայում, նիկոտինի փոքր քանակությունն անցնում է բերանի խոռոչ, որտեղ այն ներծծվում է լորձաթաղանթի միջոցով: Քարթիջը պարունակում է 10 մգ նիկոտին: Որոշ մոլի ծխողներ այն օգտագործում են 1 ժամվա ընթացքում, մյուսները միևնույն ներշնչակը կարող են օգտագործել ամբողջ օրվա ընթացքում, և հնարավոր է՝ քարթիջի պարունակությունը չվերջանա նույնիսկ մինչև երեկո: Փոխարինող այս միջոցի շնորհիվ պահպանվում է ծխախոտ ծխելու ժեստը և նիկոտինի ընդունումը:

### **Ներքթային ցողացիր**

Դեղատոմսով վաճառվող ներքթային ցողացիրները հասանելի են որոշ երկրներում: Ներքթային ցողացիրները բավականին արդյունավետ են զրկանքի ախտանշանների ճնշման գործում: Այնուամենայնիվ, դրանք ունեն երկու հիմնական թերություն՝ առաջացնում են ներքթային գրգռում (երբեմն ուժեղ), բացի այդ, նիկոտինը հասնում է գլխուղեղին գրեթե նույնքան արագ, որքան սիգարետի դեպքում: Այս հանգամանքով է բացատրվում այդ միջոցների նկատմամբ կայուն կախվածությունը:

### **4.3.1.6. Նշանակման ցուցումներ**

#### **Ընտրել նիկոտինային փոխարինող բուժման սկզբնական չափաբաժինները**

Ծխելը դադարեցնելու բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է ապահովել նիկոտինի կոնցենտրացիայի մոտավորապես նույն մակարդակը, որը ստացվում է ծխելիս (80-90%): Քանակը սկզբում դժվար է որոշել, քանի որ ծխելու դեպքում որոշ ծխողների նիկոտինային կախվածությունը 10 անգամ ավելին է, քան մյուսներինը:

Նիկոտինային փոխարինող միջոցների սկզբնական չափաբաժինը կարելի է հեշտությամբ որոշել ծխախոտի օրական քանակի և առավոտյան արթնանալուց հետո առաջին սիգարետը ծխելու ժամանակի միջոցով (արդյուսակ 4.9):<sup>9</sup> Կախվածության ցածր աստիճան ունեցողների համար դեղորայքային բուժման անհրաժեշտություն կարող է չլինել, սակայն ուժեղ կախվածություն ունեցողների համար կարող է պահանջվել երկու սպեղանի՝ զուգակցված օրալ միջոցների հետ:

Ամենաուժեղ սպեղանու միջոցով մատակարարվող նիկոտինի քանակը մոտ է սիգարետի մի տուփով մատակարարվող նիկոտինի քանակին, սակայն ծխողների որոշ՝ շատ փոքր խմբի համար նիկոտինը կարող է չափից շատ լինել, մինչդեռ մյուսների համար՝ բավական չլինել:

Նիկոտինի բարձր չափաբաժնի անհրաժեշտության դեպքում ամենահաճախ առաջարկվող մեթոդը սպեղանիների և օրալ միջոցների կամ մեկից ավելի սպեղանիների զուգակցումն է: Պահպանվող ծխելու անհագ ցանկությունը մեղմացնելու համար հնարավոր է սպեղանու և օրալ միջոցների զուգակցում. նման ձևով քաղցկեղով հիվանդների ցավը

Աղյուսակ 4.9. Նիկոտինային փոխարինող բուժման սկզբնական չափաբաժինների որոշումը (աղբյուրը՝ INPES, Ֆրանսիա)<sup>8</sup>

| Առավոտյան արթնանալուց հետո առաջին ծխախոտը ծխելու ժամանակը | Մեկ օրում ծխած սիգարետների քանակը |  |  |  |
|---|-----------------------------------|--|--|--|
|   | <10 սիգարետ/<br>օրական            | 10-19 սիգարետ/<br>օրական                         | 20-30 սիգարետ/<br>օրական                         | >30 սիգարետ/<br>օրական                             |
| <5 րոպե   |                                   | Բարձր չափաբաժնով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ | Բարձր չափաբաժնով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ | Բարձր չափաբաժնով 2 սպեղանի (1.8 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ |
| <30 րոպե  |                                   | Բարձր չափաբաժնով սպեղանի (0.9 մգ/ժ)              | Բարձր չափաբաժնով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ | Բարձր չափաբաժնով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ   |
| <60 րոպե արթնանալուց հետո                                 | Ոչ մի դեղորայք կամ ՆՓԲ            | Օրալ ՆՓԲ   | Բարձր չափաբաժնով սպեղանի (0.9 մգ/ժ)              | Բարձր չափաբաժնով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ   |
| >60 րոպե արթնանալուց հետո                                 | Ոչ մի դեղորայք կամ ՆՓԲ            | Ոչ մի դեղորայք կամ ՆՓԲ                           | Օրալ ՆՓԲ   |  |
| Ոչ ամեն օր  | Ոչ մի դեղորայք կամ ՆՓԲ            | Ոչ մի դեղորայք կամ ՆՓԲ                           |  |  |

թերթևացնելու համար նրանց երկարատև ազդեցությամբ մորֆին ներարկելու և զուգահեռ տալիս են լրացուցիչ դեղաբաժիններ: Քանի դեռ հիվանդն ունի ծխելու անհագ ցանկություն, սպեղանիների և օրալ միջոցների զուգակցումը վտանգավոր չէ: Չուզակցված նիկոտինային փոխարինումը պակաս վտանգավոր է, քան սիգարետների և սիգարետների զուգակցումը: Իհարկե նիկոտինի կոնցենտրացիան, մեզի կոտինինի և արտաշնչված CO-ի մակարդակները երբեմն կարող են օգնել ավելի ստույգ չափաբաժին ընտրելու հարցում, սակայն այս աղյուսակն առաջարկում է չափաբաժիններ, որոնք մեծ մասամբ ընդունելի են որպես վերջնական:

**Չափաբաժնի հարմարեցումը 24-72 ժամ հետո**

Նիկոտինային փոխարինող օրալ միջոցների տարբեր չափաբաժինների առկայությունը հնարավորություն է տալիս անմիջապես համապատասխանեցնել նիկոտինի չափաբաժինը, սակայն ծխողները հաճախ հապաղում կամ վախենում են ընդունել նիկոտինային փոխարինող դեղամիջոցներ, չնայած նրան, որ տարիներ շարունակ ծխախոտի միջոցով ստացել են նիկոտինի բարձր

չափաբաժիններ: Ծխողները հաճախ տասնամյակներ շարունակ նիկոտինային ընկալիչների բավարարման համար նիկոտինի կոնցենտրացիայի հարմարեցման նպատակով կատարում են նիկոտինի կոնցենտրացիաների տիտրում ծխած սիգարետների քանակի և օգտագործման ինտենսիվության փոփոխման միջոցով:

Բժիշկները պետք է պատրաստ լինեն ծխելը թողնելուն հաջորդող առաջին 24-72 ժամերի ընթացքում բացահայտել գերդոզավորման (հազվադեպ) և թերդոզավորման (հաճախ) նշանները:

**Գերդոզավորման նշանները**

Ծխելու անհագ ցանկության առկայության պարագայում բացառվում է նիկոտինի գերդոզավորումը: Ծխելու ցանկություն չունեցող հիվանդների մոտ գերդոզավորումը դրսևորվում է չափից շատ ծխած լինելու զգացողությամբ, որն ուղեկցվում է սրտխառնոցով և սրտխփոցով: Այս նշանները ժամանակավոր են և բուժումը դադարեցնելուց հետո՝ մի քանի ժամվա ընթացքում արագորեն անցնում են: Բուժումը վերսկսվում է նվազեցված չափաբաժնով:

## **Թերդոգավորման նշանները**

Թերդոգավորման դեպքում ծխողները.

- ունենում են ծխելու անհագ ցանկություն,
- ծայրահեղ նյարդայնություն են դրսևորում շրջապատի նկատմամբ,
- ունենում են ուսելու անհագ ցանկություն, ինչը նրանց ստիպում է հաճախակի ուսել,
- դժվարանում են քնել,
- հաճախ շարունակում են ծխել մի քանի սիգարետ:

Հաճախ օգտակար է ծխողներին օգնել հարմարեցնել չափաբաժինները՝

- տեղեկություններ տրամադրելով (որպեսզի նրանք շատ դեպքերում կարողանան ինքնուրույն հարմարեցնել չափաբաժինները),
- խնդրելով նրանց գանգահարել բժշկին ծխելը թողնելուն հաջորդող 24-72 ժամերի ընթացքում,
- խորհուրդ տալով գանգահարել ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն տրամադրող թեժ գծերին կամ դիմել աջակցության կենտրոններ, որոնք կարող են օգնել հարմարեցնել չափաբաժինը և ավելի շատ խորհուրդներ տալ:

Եթե հիվանդն օրվա ընթացքում օգտագործում է 8-10 կամ ավելի օրալ ընդունման նիկոտինային միջոցներ, նպատակահարմար է կիրառել երկրորդ սպեղանին՝ նիկոտինի կայուն մատակարարում ապահովելու համար:

### **4.3.1.7. Հակացուցումներ**

Նիկոտինի փոխարինման հակացուցումներ չկան, բացառությամբ ալերգիայի դեպքերի (սպեղանի օգտագործողների մոտ՝ հազվադեպ, բացառիկ՝ օրալ ձևերն օգտագործողների համար):

Որոշ երկրներում հղիությունը համարվում է հակացուցում: Իհարկե, նիկոտինային փոխարինող բուժումը նախատեսված չէ չծխողների համար:

Զգուշություն պետք է ցուցաբերել 18 կամ 15 տարեկանից ցածր տարիքի հիվանդներին, վերջին շրջանում սրտանոթային խնդիրներ ունեցող հիվանդներին և հղիներին բուժում նշանակելիս: Այս պարագայում զգուշավորությունը

պետք է հավասարակշռվի ծխելու հետ կապված ռիսկի հետ (ծխախոտ օգտագործողների 50%-ը մահանում է ծխախոտի հետ կապված հիվանդություններից):

### **4.3.1.8. Կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ, զգուշացումներ, դեղերի փոխազդեցություններ**

Նիկոտինային դեղամիջոցների ռիսկը նման է ծխախոտում պարունակվող նիկոտինի առաջացրած ռիսկին: Հայտնի է, որ նիկոտինի մասնակի կամ ամբողջական փոխարինման պատճառով հավելյալ ռիսկեր չկան: Նիկոտինային դեղորայքի ընդունումը նպաստում է ծխելու դադարեցմանը և առողջության բարելավմանը՝ հեռացնելով ծխախոտի ծխում պարունակվող հարյուրավոր տոքսինները:

#### **Նիկոտինային փոխարինող միջոցներից կախվածության ռիսկը**

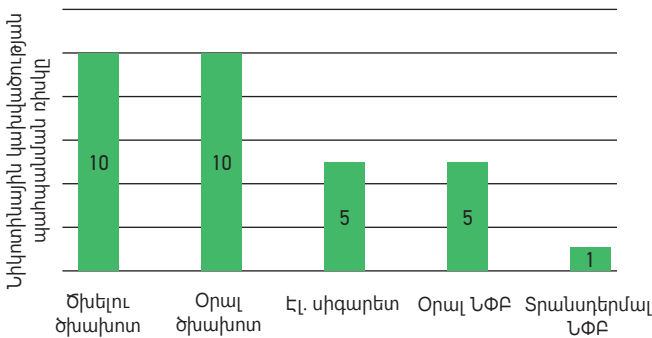
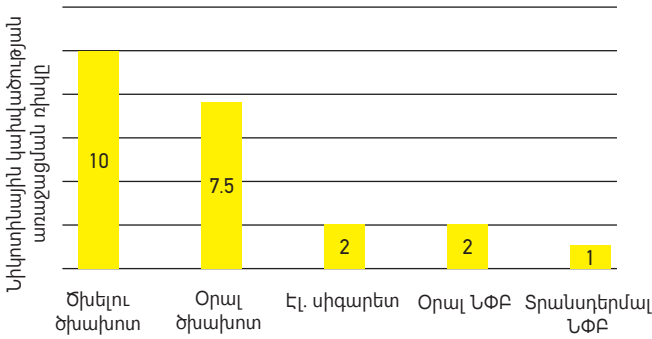
Նիկոտինային փոխարինող բուժումից կախվածություն ձեռք բերելու ռիսկը շատ փոքր է: Նիկոտինային փոխարինող օրալ միջոցների օգտագործումից որոշ ժամանակ հետո նիկոտինի կոնցենտրացիայի կորագիծն արյան մեջ շատ կարճ ժամանակով գերազանցում է ծխելու դեպքում կոնցենտրացիային: Սա կարող է պատճառ լինել ծխելը դադարեցնելուց հետո որոշ ծխողների մոտ կախվածության պահպանման: Կախվածության ռիսկը ամենաբարձրն է ծխախոտ օգտագործելու դեպքում, համեմատաբար ցածր՝ էլեկտրոնային ծխախոտ և էլ ավելի ցածր նիկոտինային փոխարինող օրալ միջոցներ օգտագործելու դեպքում, իսկ նիկոտինային սպեղանիներ օգտագործելիս գրեթե բացակայում է (պատկեր 4.7):

Տևական ժամանակ (ամիսներով կամ տարիներով) նիկոտինային մաստակ օգտագործողներն առողջական լուրջ խնդիրներ չեն ունենում: Սովորաբար մաստակ օգտագործողները որոշ ժամանակ հետո ինքնուրույն հրաժարվում են դրանից:

#### **Նիկոտինային փոխարինող բուժման ռիսկերը**

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է ունենալ կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են ալերգիկ կամ

**Պատկեր 4.7. Կախվածության առաջացման ռիսկը և կախվածության պահպանումը՝ ըստ Նիկոտինային միջոցների**



ոչ ալերգիկ ռեակցիաները: Երբեմն դժվար է որոշել՝ արդյոք դիտված կողմնակի ազդեցությունները կապված են ծխելու կարգավիճակի (այսինքն՝ զրկանքի ախտանշաններ են) և ապրելակերպի փոփոխության հետ, թե դեղերն ընդունելու հետևանք են:

Նիկոտինային փոխարինող միջոցների նկատմամբ ալերգիկ ռեակցիաները հիմնականում բացառություններ են և ավելի շատ տեսական, քան գործնական բնույթ են կրում: Այնուամենայնիվ, սպեղանու օգտագործման դեպքում կարող

են առաջանալ որոշ ալերգիկ ռեակցիաներ, հատկապես եթե հավելյալ կաշուն կտրվեն են օգտագործվում: Նմանատիպ գանգատների դեպքում բժշկի գործելակերպը կախված է ալերգիկ ռեակցիայի տեսակից և արտահայտվածության աստիճանից:

Այլ կողմնակի ազդեցությունները (տե՛ս աղյուսակ 4.10) հիմնականում միջին բարդության են և համեմատելի չեն ծխելու հետևանքների հետ: Ահա թե ինչու այսպիսի դեղամիջոցները հասանելի են առանց դեղատոմսի:

Նիկոտինային փոխարինող բուժման կիրառումը միշտ ավելի անվտանգ է, քան ծխելը:

**Բուժման կողմնակի ազդեցությունների և ծխելը դադարեցնելու ախտանշանների համեմատություն**

Հիվանդները հաճախ որպես կողմնակի ազդեցություն են ներկայացնում բուժման ազդեցությունները, որոնք, ըստ էության, կապված են ծխելը դադարեցնելու հետ: Բուժման հետ կապված հիմնական խնդիրներից են դեպրեսիվ համախտանիշը և քնի խանգարումը:

**Աղյուսակ 4.10. Նիկոտինի կողմնակի ազդեցությունները**

| Տարածված կողմնակի ազդեցություններ (1-ից ավելի անձանց մոտ՝ յուրաքանչյուր 100 օգտագործողից).            |
|---|
| Գլխացավ   |
| Գլխապտույտ  |
| Չկռտոց  |
| Կոկորդի ցավ   |
| Բերանի խոռոչի գրգռում կամ չորություն  |
| Սրտխառնոց, փսխում, մարսողական խանգարումներ  |
| Ոչ տարածված կողմնակի ազդեցություններ (1-ից ավելի անձանց մոտ՝ յուրաքանչյուր 1000 օգտագործողից)         |
| Սրտխփոց   |
| Հազվադեպ հանդիպող կողմնակի ազդեցություններ (1-ից ավելի անձանց մոտ՝ յուրաքանչյուր 10.000 օգտագործողից) |
| Սրտի ռիթմի խանգարումներ   |

- Ծխելը դադարեցնելու ընթացքում շատերի մոտ դիտվում են տարբեր աստիճանների արտահայտվածության դեպրեսիայի նշաններ: Դեպրեսիայի առկայությունը կապված չէ ծխելը դադարեցնելու նպատակով դեղամիջոցների օգտագործման հետ, այլ պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ծխելը թողնելը կարող է խթանել (ապաքողարկել) թաքնված դեպրեսիան: Եթե հիվանդն անցյալում տառապել է դեպրեսիայից, ապա անհրաժեշտ է կանխարգելել դեպրեսիայի ախտադարձը, ինչպես նաև վերահսկել տրամադրության փոփոխությունները: Եթե հիվանդը նշում է դեպրեսիայի առկայության մասին, ապա բժիշկները ծխելը դադարեցնելու բուժումը պետք է զուգակցեն դեպրեսիայի բուժման հետ՝ առաջնորդվելով համապատասխան ուղեցույցներով:
- Քնի խանգարումը և քնի որակի փոփոխությունները հանդիպում են ծխելը թողած մարդկանց մեծամասնության մոտ, անկախ նրանից՝ օգտագործել են ծխելը թողնելու դեղամիջոցներ, թե ոչ: Այս փոփոխություններն ունեն ծանրության տարբեր աստիճաններ: Դրանք պահանջում են ամրագրված քնի խանգարման ծանրության գնահատում: Մղձավանջների առկայությունը հնարավոր դեպրեսիայի ահագանգ կարող է լինել: Եթե մղձավանջներ դիտվում են սպեղանի օգտագործողների մոտ, ապա խորհուրդ է տրվում գիշերային քնի ընթացքում հեռացնել սպեղանիները:

### **Առաջարկություններ**

- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը դիտվում է որպես ծխելը դադարեցնելու համար արդյունավետ դեղորայքային բուժում (A մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ միջոցների և նիկոտինային սպեղանիների զուգակցումը մեծացնում է ծխելը թողնելու հաջողության հնարավորությունը (A մակարդակի ապացույց):
- Ապացուցված է, որ 14 շաբաթից ավելի տևողությամբ նիկոտինային փոխարինող երկարացված բուժումը մեծացնում է ծխելը թողնելու հաջողության հնարավորությունը (A մակարդակի ապացույց):

### **4.3.2. Բուժումը բուլարոպիոնով**

Բուլարոպիոնը նիկոտինային կախվածության բուժման նպատակով կիրառվող առաջին ոչ նիկոտինային դեղամիջոցն է, որի արդյունավետությունն ապացուցված է: Բուլարոպիոնն ամբողջ աշխարհում հայտնի է 1997 թ., իսկ Եվրոպայում 2000 թ.: Այն հասանելի է միայն դեղատոմսով: Այս դեղամիջոցը երկար ժամանակ ԱՄՆ-ում օգտագործվել է շիզոֆրենիայի և այլ հիվանդությունների բուժման համար: Այն օգտագործող շատ հիվանդներ ակամայից թողնում էին ծխելը: Այդ հիվանդներին բուժող բժիշկ Լինդա Ֆերրին սկսեց ուսումնասիրել դեղամիջոցի արդյունավետությունը ծխելը դադարեցնելու համար: Հետագայում ստեղծվեց և վաճառքի հանվեց դանդաղ արտադատվող և երկարատև ազդեցությամբ դեղահաբի տեսակը: Քանի որ բուլարոպիոնը ԱՄՆ-ում 1989 թ.<sup>9</sup> օգտագործվում է որպես հակադեպրեսանտ, դրա բացասական ազդեցությունները լավ ուսումնասիրված և փաստագրված են:<sup>10</sup> Ինչպես և այլ հակադեպրեսանտների կիրառության դեպքում, բուլարոպիոնով բուժման դեպքում առավել տարածված կողմնակի ազդեցություններից են բերանի չորությունը, անքնությունը և գլխացավը: Այս դեղամիջոցն օգտագործողները պետք է տեղեկացված լինեն կողմնակի ազդեցությունների մասին:

### **Ազդեցության մեխանիզմը**

Լաբորատոր փորձակումները (in-vitro) ցույց են տվել, որ բուլարոպիոնը կրկնում է սիգարետից ստացվող նիկոտինի ազդեցությունը՝ արգելափակելով հակախոլիներգիկ նիկոտինային ընկալիչները և խոչընդոտելով նորադրենալինի ու դոֆամինի վերակախումը նյարդային վերջույթներում:<sup>11</sup> Ենթադրվում է, որ այս մեխանիզմով է պայմանավորված նիկոտինային զրկանքի ախտանշանների նվազեցումը: Նիկոտինային կախվածության բուժման համար բուլարոպիոնի արդյունավետությունը դրա հակադեպրեսիվ ազդեցությունից անկախ հատկություն է, քանի որ այդ դեղամիջոցը ծխելը թողնելու հարցում դրական ազդեցություն է թողնում նաև դեպրեսիա չունեցող հիվանդների վրա:<sup>12</sup> Բուլարոպիոնը նպաստում է նիկոտինային զրկանքի որոշ ախտանշանների, մասնավորապես՝ դեպրեսիայի վերացմանը, ինչի շնորհիվ այն խորհուրդ է տրվում որպես ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ միջոց: Բուլարոպիոնն օգնում

Ե նվազեցնել ծխելու ցանկությունը: Ծանր նիկոտինային կախվածությամբ ծխողների կողմից բուսարոպիոնի օգտագործումը համեմատաբար նվազեցնում է զրկանքի հետ կապված դեպրեսիայի ախտանշանները: Բուսարոպիոնը, պլացեբոյի հետ համեմատած, կրկնապատկում է ծխելը դադարեցնելու հաջողությունը և երկու սեռերի համար ունի նմանատիպ ազդեցություն:<sup>12</sup>

Վերջերս հրապարակված՝ բուսարոպիոնի գենետիկական առանձնահատկությունների վերլուծությունը ենթադրում է, որ այս դեղամիջոցի օգտագործման շնորհիվ ծխելը դադարեցնելու հաջողությունը մասնակիորեն որոշվում է CYP2B6-ի վարիացիայով, և պայմանավորված է այս գենով կոդավորված բուսարոպիոնի նյութափոխանակության համար պատասխանատու գլխավոր ֆերմենտի, այլ ոչ թե նիկոտինի խոլիներգիկ ընկալիչի գենետիկական վարիացիայով:<sup>13</sup>

### **Բուսարոպիոնի արդյունավետության կլինիկական ապացույցները**

Ռանդոմիզացված 44 հետազոտությունների մետա-վերլուծությունը փաստում է բուսարոպիոնի արդյունավետությունը նիկոտինային կախվածության բուժման գործընթացում և եզրակացնում, որ պլացեբոյի համեմատությամբ բուսարոպիոնը զգալիորեն բարձրացնում է ծխախոտից երկար ժամանակով հրաժարվելու հաջողության հնարավորությունը (ՀԳ՝ 1.62, 95% ՀՄ 1.49-1.76):<sup>12</sup>

Ռանդոմիզացված, կրկնակի կույր, պլացեբո-վերահսկվող հետազոտությունը ցույց է տվել, որ բուսարոպիոնով բուժված հիվանդների 27%-ը 6 ամիս հետո զերծ է մնացել ծխախոտ օգտագործելուց, համեմատած պլացեբո խմբի 16%-ի հետ:<sup>14</sup> Պլացեբոյի համեմատ, բուսարոպիոնի և վարքային թերապիայի զուգակցումը կրկնապատկել է բուժման հաջողությունը:<sup>15</sup> Դոֆամինի ընկալիչի D2 գենի DRD2 Taq1 A2/A2 գենոտիպ ունեցող ծխողների ենթախմբում բուսարոպիոնով բուժման հաջողությունը 3 անգամ ավելի է եղել պլացեբոյի համեմատ:<sup>16</sup> Բուսարոպիոնը նաև նվազեցրել է ծխելու անհագ ցանկությունը և ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը:<sup>17</sup>

### **Ցուցումներ**

Բուսարոպիոնը ծխախոտային կախվածության բուժման

առաջին շարքի դեղամիջոց է, որի արդյունավետությունը ծխախոտային կախվածության բուժման գործընթացում ապացուցված է: Բուսարոպիոնը վաճառվում է միայն բժշկի կողմից տրված դեղատոմսով ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիա ունեցող բոլոր հիվանդներին, ովքեր չունեն հակացուցումներ: Միևնույն ժամանակ այն արդյունավետ այլընտրանք է այն հիվանդների համար, ովքեր չեն կարողանում ընդունել նիկոտինային փոխարինող միջոցներ, անհաջողություն են կրել նիկոտինային փոխարինող բուժման ժամանակ կամ նախընտրում են ոչ նիկոտինային թերապիաներ:

Որպես ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ դեղամիջոց՝ բուսարոպիոնը ցուցված է հետևյալ դեպքերում.

- Ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումից խուսափելու համար: Բուսարոպիոն կարող են օգտագործել ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումով մտահոգված ծխողները: Հեյսը և համահեղինակները իրենց հետազոտությունում ցույց են տվել բուսարոպիոնով բուժման կուրսի ավարտից մեկ տարի հետո պլացեբոյի համեմատ քաշի ավելի լավ վերահսկողություն՝ զուգակցված ծխելուց հրաժարվելու բարձր ցուցանիշների հետ:<sup>18</sup>
- Ծխելու ախտադարձը կանխարգելելու համար (այն հիվանդների մոտ, ովքեր անցել են բուսարոպիոնի 7-շաբաթյա կուրս և դադարեցրել են ծխելը, շարունակում են բուսարոպիոնով բուժումը մինչև 52 շաբաթ՝ ծխելու ախտադարձի կանխարգելման համար):
- Վերականգնման փուլում գտնվող ավկոհուլային կախվածություն ունեցող հիվանդների ծխելու ախտադարձը կանխարգելելու նպատակով:
- Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ տառապողների համար: Չնայած Գարսիա Ռիոյի և համահեղինակների կարծիքով՝ բուսարոպիոնը կարող է վնասել թոքերի վնասիլացիոն արձագանքը հիպօքսիայի և հիպերկապնիայի նկատմամբ, ինչը կարող է վատթարացնել թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդության ընթացքը, այնուամենայնիվ այս հիվանդությամբ տառապողների շրջանում իրականացված ոչ մի հետազոտություն չի փաստում այդ վնասակար ազդեցությունը:<sup>19</sup>



### **Կլինիկական օգտագործումը**

Բուլարոպիոնը հասանելի է 150 մգ-անոց 28 հաբից բաղկացած տուփերով: Առաջին երեք օրը հիվանդներն ամեն առավոտ խմում են բուլարոպիոնի 150 մգ դեղահաբը, այնուհետև բուժման կուրսի մնացած 7-9 կամ 12 շաբաթների ընթացքում՝ 150 մգ՝ օրական 2 անգամ (սվազագույնը 8 ժամ ինտերվալով): Նախնական բուժման տևողության երկարացումը կարող է նպաստել ավելի տևական ծխախոտային զրկանքի: Երկարատև թերապիայի համար 150 մգ բուլարոպիոնի օգտագործումը պետք է դիտարկել ծխելը թողնելուց հետո մինչև վեց ամիս:<sup>20</sup>

Բուլարոպիոնով բուժումը պետք է սկսել ծխելը թողնելուց 1-2 շաբաթ առաջ: Բուժման երկրորդ շաբաթվա ընթացքում հարկավոր է սահմանել ծխելը թողնելու ամսաթիվը և սկսել բուլարոպիոնի օգտագործումը՝ չնայած դեռ ծխելու հանգամանքին: Համարվում է, որ բուժումը սկսելուց 1 կամ 2 շաբաթ հետո բուլարոպիոնի քանակը պլազմայում հասնում է հաստատուն մակարդակի, և հիվանդը կարող է ծխելը դադարեցնելու փորձ անել: Ապացուցվել է, որ բուժմանը զուգահեռ ծխելը նշանակալիորեն չի ազդում բուլարոպիոնով դեղաբուժության վրա: Ըստ որոշ հեղինակների՝ եթե հիվանդին չի հաջողվում դադարեցնել ծխելը մինչև սահմանված օրը, ապա պետք է խորհուրդ տալ հետաձգել դադարեցումը մինչև բուժման երրորդ կամ չորրորդ շաբաթը՝ մինչև զրկանքին հասնելը:<sup>20</sup>

### **Նշանակման վերաբերյալ ցուցումներ**

Ծխելը դադարեցնելու նշանակված օրվան նախորդող օրերի ընթացքում ծխելը դադարեցնելը: Ապացուցված է, որ որոշ հիվանդներ կորցնում են ծխելու ցանկությունը կամ ինքնաբերաբար նվազեցնում են օգտագործվող ծխախոտի քանակը մինչև ծխելը թողնելու սահմանված օրը:

Դեղաչափի մասին տեղեկություն: Անքնության ամկայության դեպքում խորհուրդ է տրվում երեկոյան դեղաչափն ընդունել ցերեկը:

Ալկոհոլի օգտագործում: Խորհուրդ է տրվում դեղորայքն ալկոհոլի հետ չօգտագործել կամ ծայրահեղ դեպքում օգտագործել միայն նվազագույն քանակությամբ ալկոհոլ: Եթե տրամադրության փոփոխություններ են դիտվում, անհրաժեշտ է խորհրդակցել բժշկի հետ:

### **Հակացուցումներ**

Բուլարոպիոնով բուժման հակացուցումները հետևյալն են.

- 18-ից ցածր տարիք,
- հղիություն, կրծքով կերակրում (հղի ծխողների ծխախոտային կախվածության բուժման համար բուլարոպիոնի օգտագործման արդյունավետությունն ապացուցված չէ),
- բուլարոպիոնի կողմնակի ազդեցությունները չեն ուսումնասիրվել կրծքով կերակրող հիվանդների մոտ,
- բուլարոպիոնի կամ նրա ոչ ակտիվ բաղադրիչների նկատմամբ գերզգայնություն,
- նախկին կամ ներկա ցնցումային (կոնվուլսիվ) խանգարումներ, գլխի և գլխուղեղի ուռուցքներ, ցնցման բժշկական պատմություն կամ ցնցման բարենպաստ պայմաններ,
- սննդային վարքագծի խանգարումներ,
- երկբևեռ (բիպոլար) խանգարումներ,
- ալկոհոլի քրոնիկական օգտագործման զրկանք, լյարդի ծանր անբավարարություն, լյարդի ցիրոզ,
- վերջին երկու շաբաթվա ընթացքում ՄԱՕ-ի (մոնոամինօքսիդազ) ինհիբիտորների օգտագործում, բենզոդիազեպինի օգտագործման պատմություն:

### **Կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ, զգուշացումներ, դեղերի փոխազդեցություններ Հիմնական կողմնակի ազդեցությունները**

Կլինիկական հետազոտությունների վերլուծությունը բուլարոպիոն ընդունող հիվանդների մոտ բացահայտել է կողմնակի ազդեցություններ (համեմատած պլացեբոյի հետ):<sup>1</sup> Բուլարոպիոն ստացող հիվանդների մոտ ամենից հաճախ դիտվող կողմնակի ազդեցություններն են՝

- անքնություն,
- գլխացավ,
- բերանի չորություն:

Բերանի չորությունը և գլխացավը մեղմացնելու համար խորհուրդ է տրվում օրական խմել 2-3 լիտր հեղուկ: Անքնությունից խուսափելու համար խորհուրդ է տրվում բուլարոպիոնի առաջին հաբն ընդունել առավոտյան որքան հնարավոր է շուտ, որպեսզի երեկոյան երկրորդ հաբը

հնարավոր լինի ընդունել քնելուց առնվազն 4 ժամ առաջ: Անքնությունը կանխելու համար կարելի է նաև փոփոխել բուսականության դեղաչափը՝ ընտրելով մինչև 150 մգ/օրական չափաբաժին:

Ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուսականության կիրառմամբ բուժման վերաբերյալ 2001-2004 թթ. իրականացված ֆրանսիական հետազոտության հեղինակները բուսականության ընդունող 698,000 հիվանդների շրջանում նկատել են 1682 կողմնակի ազդեցություն Ֆրանսիայում դեղամիջոցի վաճառքի առաջին 3 տարիների ընթացքում:<sup>21</sup> Այս 1682 կողմնակի ազդեցությունների 28%-ը գրանցվել է որպես սուր կողմնակի ազդեցություն, որից.

- 31.2% մաշկային ռեակցիաներ (ալերգիա, անոթային այտուց (angiooedema) «շիճուկային հիվանդության» տեսակ),
- 22.5% նյարդային ռեակցիաներ (հատկապես՝ կենտրոնական-անոթային),
- 17.2% նյարդահոգեբանական ռեակցիաներ (հատկապես՝ սուիցիդալ մտքեր, դեպրեսիա):

Դեպքերի մանրակրկիտ վերլուծությունից հետո ապացուցվել է, որ նյարդային/հոգեբանական ռեակցիաների 66%-ի և նյարդային ռեակցիաների գրեթե 50%-ի դեպքում ամպա Էին նախատրամադրող դիսկի գործոններ:<sup>21</sup>

### **Այլ կողմնակի ազդեցություններ**

Գլխապտույտը, զարկերակային բարձր ճնշումը, կրծքավանդակի ցավը, տագնապի/դեպրեսիայի համախտանիշը, մտավոր ունակությունների/կարողությունների նվազումը, տեսողական խանգարումը և հազվադեպ՝ ցնցումը, նույնիսկ մաշկի ալերգիկ ռեակցիաները նկարագրվում են որպես բուսականության օգտագործմամբ պայմանավորված կողմնակի ազդեցություններ: Ամենամտահոգիչ կողմնակի ազդեցությունը ցնցումն է: Այն դիտվում է շատ հազվադեպ (1:1000), և, որպես կանոն, դրան նպաստում են նախապայման հանդիսացող դիսկի գործոնները, ինչպիսիք են գլխուղեղի արյան շրջանառության խանգարումները, գանգուղեղային վնասվածքները, Էպիլեպսիան, սննդային վարքագծի խանգարումները, ցնցման շեմը (threshold)

և վազեցնող այլ դեղամիջոցների միաժամանակյա օգտագործումը և այլն:

Բուժման ընթացքում հազվադեպ կարող է զարգանալ անոթային այտուց<sup>22</sup> (angioedema), հիպերնատրեմիա, ներառյալ անտիդիուրետիկ հորմոնի ոչ համապատասխան սեկրեցիայի համախտանիշը (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH)), որոնք հոգեմենտ դեղորայքի ազդեցությանը բնորոշ բարդություններ են:<sup>23</sup>

### **Օգտագործման զգուշավորություն**

Տարեցներին, ինչպես նաև երիկամային և լյարդային անբավարարությամբ հիվանդներին խորհուրդ է տրվում կիսովչափ նվազեցնել բուսականության դեղաչափը, այսինքն՝ 150 մգ բուսականության/օրական: Վարորդներին և այն հիվանդներին, ովքեր գործ ունեն զգոնություն պահանջող սարքավորումների հետ, նախքան այդ գործողությունները կատարելը խորհուրդ է տրվում ստուգել բուսականության հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները, քանի որ դեղամիջոցի ընդունումը կարող է գլխապտույտի, ուշադրության կենտրոնացման խանգարումների պատճառ դառնալ:

Քանի որ բուսականության բուժվող հիվանդների մոտ դիտվել է զարկերակային ճնշման (ԶՃ) բարձրացում, հարկավոր է ԶՃ ուշադիր մոնիթորինգ, հատկապես՝ այն դեպքում, երբ օգտագործվում են թերապևտիկ զուգակցումներ, ինչպես օրինակ՝ բուսականության և նիկոտինային սպեղանիների:

Բուսականության, ինչպես նաև ծխելը դադարեցնելու այլ դեղամիջոցներ օգտագործող բոլոր հիվանդները պետք է վերահսկվեն հետևյալ կատեգորիաների ախտանշանների համար՝ վարքային խանգարումներ, բարկություն, հուզմունք, վատտրամադրություն, սուիցիդալ մտքեր/փորձեր վարքային անոմալ մտքեր: Նման ախտանշանների ի հայտ գալու դեպքում հիվանդները պետք է անմիջապես դադարեցնեն բուսականության օգտագործումը և կապ հաստատեն իրենց բժշկի հետ:<sup>24</sup> Դեղորայքի եվրոպական գործակալությունը (EMA) ու ՄԱՆԴԻ և դեղորայքի վարչությունը (FDA) խորհուրդ են տալիս հիվանդներին իրենց բժիշկներին պատմել նախկինում ունեցած կամ ներկայում ամպա հոգեկան որևէ հիվանդության մասին նախքան դեղամիջոցի ընդունումը, իսկ բժիշկներին ցուցվում է այս դեղամիջոցը նշանակելիս վերահսկել տրամադրության և վարքի փոփոխությունները,

ինչպես նաև՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելել Սևնդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կայքը՝ «սև-տուփ» նախագուշացումների համար:<sup>25,26</sup>

Բուսական նշանակելուց առաջ բժիշկը պետք է ստուգի բուսական կիրառության դեպքում զգուշավորություն պահանջող հետևյալ ասպեկտները.

- Դեղամիջոցների ընդունում, որոնք կարող են բարձրացնել ջրածրությունների ռիսկը (հոգեմետ դեղամիջոցներ, հակադեպրեսանտներ, տրամադոլ, մեթիլքսանտիններ, համակարգային ազդեցությամբ ստերոիդներ, հակահիստամինային միջոցներ, քինոլոնների խմբի հակաբիոտիկներ, հոգեխթանիչ կամ անորքսիկ նյութեր):
- ակոհոլի չարաշահման նախապատմություն,
- շաքարային դիաբետի կամ գանգի և գլխուղեղի վնասվածքների անամնեզ:

Բուսական կիրառության հետ փոխազդող դեղամիջոցների միաժամանակյա օգտագործման դեպքում նույնպես խորհուրդ է տրվում լինել ավելի ուշադիր: Զգուշություն է պահանջվում այն դեղամիջոցների օգտագործման դեպքում, որոնք խթանում կամ արգելակում են 2D6 կամ P450 ֆերմենտը: Մինևնույն ժամանակ խորհուրդ է տրվում չափել ԶԾ-ը, ինչպես նաև թեոֆիլինի (theophylline), տակրինի (tacrine), քլոզապինի (clozapine), իմիպրամինի (imipramine), ֆլուվոքսամինի (flvoxamine) և պենտազոցինի (pentazocine) կոնցենտրացիաները, քանի որ դրանք կարող են բարձրանալ բուսական կիրառության հետ միաժամանակյա օգտագործման դեպքում: Բուսական կիրառության հետ ընդունումը բարձրացնում է որոշ դեղամիջոցների արյան տիտրը, օրինակ՝ որոշ հակադեպրեսանտների (իմիպրամին (imipramine), պարոքսետին (paroxetine) և դեզիպրամին (desipramine)), որոշ հոգեմետ դեղամիջոցների (ռիսպերիդոն (risperidone), թիորիդազին (thioridazine)), մետրոպրոլոլի, ինչպես նաև պրոպաֆենոն (propafenone) հակառիթմիկ դեղամիջոցի: Խորհուրդ է տրվում նաև զգուշանալ բուսական կիրառության հետ հետևյալ դեղամիջոցների օգտագործման դեպքում՝ ցիկլոֆոսֆամիդ (cyclophosphamide), կարբամազեպին (carbamazepine), վալպրոատ (valproate), լևոդոպա (levodopa) և ամանտադին (amantadine):<sup>1</sup>

### **Ցուցումներ բուսական ընդունման ընդհատման համար**

- ջրածրություն,
- շիճուկային հիվանդության ախտանշաններ (հոդացավեր, մկանային ցավեր, ջերմության բարձրացում),
- անաֆիլատիկ ռեակցիաներ կամ գերզգայնություն (մաշկի կարմրություն, ցան, ցավեր/կոկորդի սպազմ, հևոց, այտուցներ):

### **Բուսական կիրառում բուժման ծախսարդյունավետությունը**

Ծխելը դադարեցնելու առաջին շաբաթի ոչ նիկոտինային դեղամիջոցներով բուժման մոդելների (վարենիկլին և բուսական կիրառում) ծախսարդյունավետությունն ուսումնասիրող համակարգված վերլուծությունը ցույց է տվել վարենիկլինի առավելությունը բուսական կիրառման նկատմամբ ծախսարդյունավետության տեսանկյունից:<sup>27</sup> Սակայն արդյունքների մեկնաբանության ժամանակ պետք է հաշվի առնել այդ մոդելների կիրառելիությունը կլինիկական պրակտիկայում և ծախսարդյունավետության եզրակացության վրա փոփոխականների ազդեցությունը:<sup>27</sup>

### **Առաջարկություններ**

- Բուսական կիրառումն առաջարկվում է որպես ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ դեղամիջոց (A մակարդակի ապացույց):

### **4.3.3. Բուժումը վարենիկլինով**

Վարենիկլինը ծխելը դադարեցնելու նորագույն դեղորայքային միջոց է, որը Եվրոպայում և աշխարհում օգտագործման համար հաստատվել է 2006 թ.: Վարենիկլինը վաճառվում է դեղատոմսով:

#### **4.3.3.1. Ազդեցության մեխանիզմը**

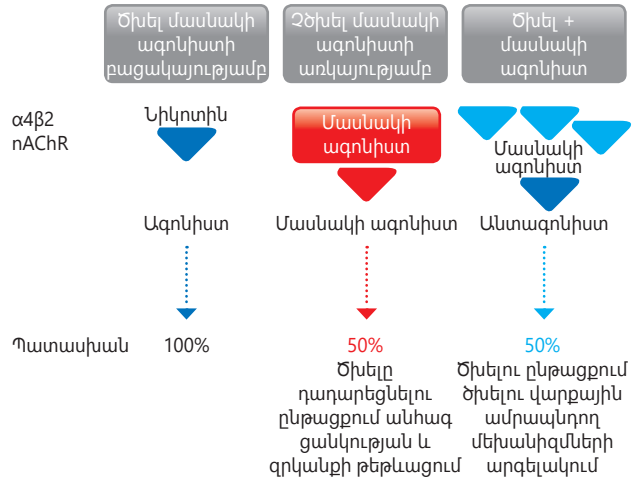
Ծխախոտային կախվածության բուժման ընթացքում վարենիկլինի ազդեցության մեխանիզմը հասկանալու համար նախ անհրաժեշտ է քննարկել ծխախոտային կախվածության խթանման մեջ նիկոտինի ունեցած դերը: Նիկոտինն ազդում է գլխուղեղի վենտրալ տեղամասային հատվածի սահմանում նիկոտինի նեյրոնային ացետիլխոլինային ընկալիչների վրա (nAChR)՝ առաջացնելով դոֆամինի արտազատում

դեպի սահմանակից կորիզը (nucleus accumbens), ինչն էլ ամրապնդում է նիկոտինի կարիք ունենալու վարքագիծը: Վենտրալ տեգմենտային հատվածում այս ընկալիչների ակտիվացումը տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ արյան մեջ նիկոտինի մակարդակը բավարար է:<sup>28</sup>

Կենտրոնական նյարդային համակարգում ացետիլխոլինային ռեցեպտորների (AChR) նիկոտինային ենթատեսակները հիմնականում ալֆա4 բետա2 ( $\alpha 4\beta 2$ ) և ալֆա7 տարբերակներն են: Սրանցից առաջինը կենտրոնական նյարդային համակարգում ամենատարածվածն է և կազմում է կենտրոնական նյարդային համակարգի նեյրոնային AChR ռեցեպտորների մոտ 90%-ը: Նիկոտինի նկատմամբ ամենաբարձր զգայունություն ունեցող նեյրոնային ացետիլխոլինային  $\alpha 4\beta 2$  ընկալիչների բարձր տարածվածությունը և նիկոտինի հետ մեծ նմանությունը ենթադրում է, որ նիկոտինի նեյրոնային ացետիլխոլինային  $\alpha 4\beta 2$  ընկալիչը նիկոտինային կախվածության առաջացման և բուժման գլխավոր կենսամոլեկուլային թիրախն է:<sup>29</sup> Ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոցների պոտենցիալ թիրախ է ճանաչվել  $\alpha 4\beta 2$  ընկալիչը, հատկապես այն դեպքում, երբ այս ընկալիչի հանդեպ առկա է մասնակի ազոնիստական ազդեցություն:<sup>30</sup>

Վարենիկլինը մշակվել է այնպես, որ մեզոլիմբային դոֆամինային համակարգում մեծ խնամակցություն ունենա  $\alpha 4\beta 2$  nAChR-ի հետ<sup>31</sup> և գործի որպես  $\alpha 4\beta 2$  nAChR-ի ընտրովի մասնակի ազոնիստ:<sup>28</sup> Բացի այդ, այն ունի ընկալիչ-կախյալ գործելակերպ՝ հանդես գալով որպես նիկոտինի նեյրոնային ացետիլխոլինային  $\alpha 4\beta 2$ ,  $\alpha 3\beta 2$ ,  $\alpha 3\beta 4$  և  $\alpha 6 / \alpha 3\beta 2\beta 3$  ընկալիչների պակաս արդյունավետությամբ մասնակի ազոնիստ և ալֆա7 nAChR-ի բարձր արդյունավետությամբ ամբողջական ազոնիստ: Ենթադրվում է, որ  $\alpha 4\beta 2$ -ի նկատմամբ մասնակի ազոնիստության շնորհիվ վարենիկլինը խթանում է դոֆամինային նեյրոնները և արդյունքում նվազեցնում է ծխելու ցանկությունը՝ նպաստելով գրկանքին: Նիկոտինի  $\alpha 4\beta 2$  նեյրոնային ացետիլխոլինային ընկալիչների նկատմամբ մասնակի անտագոնիզմի շնորհիվ արգելակվում է նիկոտինի կապումը այս ռեցեպտորների հետ՝ հանգեցնելով ծխելուց ստացվող հաճույքի նվազեցման (տե՛ս պատկեր 4.8): Ապացուցվել է, որ վարենիկլինը նվազեցնում է ծխելու ցանկությունը: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ,

**Պատկեր 4.8 Վարենիկլինի ազդեցության մեխանիզմը՝ որպես նիկոտինի ալֆա4 բետա2 ացետիլխոլինային ընկալիչի մասնակի ազոնիստ**



պլացեբո խմբի համեմատ, ծխելու անհագ ցանկությունը հավաստիորեն ցածր է այն մասնակիցների մոտ, ովքեր ընդունել են վարենիկլին (համեմատած պլացեբոյի հետ՝  $P=0.001$ ):<sup>24</sup> Վարենիկլինի՝  $\alpha 4\beta 2$  nAChR-ի նկատմամբ ունեցած մասնակի անտագոնիստական հատկության շնորհիվ այս դեղամիջոցն ընդունող ծխողների՝ ծխելուց բավարարվածության զգացումը հավաստիորեն ավելի ցածր է, քան պլացեբո խմբի ծխողներինը:<sup>24</sup>

#### 4.3.3.2 Վարենիկլինի արդյունավետության կլինիկական ապացույցները

##### Արդյունավետությունը առողջ չափահասների մոտ

Մետա-վերլուծությունն ամփոփել է կլինիկական 15 հետազոտությունների տվյալները: Հետազոտություններում ընդգրկված է եղել վարենիկլին կամ պլացեբո ընդունող 12.233 մասնակից: 9-24-րդ շաբաթների ընացքում շարունակվող գրկանքի վերաբերյալ վերլուծությունները ցույց են տվել 2.27 (95% ՀՄ՝ 2.02-2.55) ռիսկի հարաբերակցություն (ՀՌ)՝ հոգուտ օրական երկու անգամ 1.0 մգ վարենիկլինի:<sup>32</sup>

Քոքրեյնի համագործակցության կողմից հրապարակված

մետա-վերլուծությունը ցույց է տվել վարենիկլինի առավելությունը նիկոտինային փոխարինող բուժման մոնոթերապիայի՝ միայն մեկ տեսակի նշանակման (ՀԳ՝ 1.57, 95% ՀՄ՝ 1.29-1.92), ինչպես նաև բուլպրոպիոնի (ՀԳ՝ 1.59, 95% ՀՄ՝ 1.29-1.96) նկատմամբ, սակայն վարենիկլինոլ բուժումը հավաստիորեն ավելի արդյունավետ չի եղել, քան զուգակցված նիկոտինային փոխարինող բուժումը (ՀԳ՝ 1.06, 95% ՀՄ՝ 0.75-1.48):<sup>4</sup>

Մետա-վերլուծությունում ընդգրկված են նաև 3 հետազոտություններ, որոնք համեմատում են վարենիկլինի արդյունավետությունը հաստատուն արտազատմամբ բուլպրոպիոնի հետ: Այս հետազոտություններն ապացուցել են վարենիկլինի առավելությունը բուլպրոպիոնի նկատմամբ 52-րդ շաբաթում շարունակական զրկանքի առումով (ՀՌ՝ 1.59, 95% ՀՄ՝ 1.29-1.96):<sup>4</sup>

Գոնսալեսի, Ժորենբեի և համահեղինակների կողմից իրականացված՝ ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող վարենիկլինի, բուլպրոպիոնի և պլացեբոյի հարաբերական արդյունավետությունն ուսումնասիրող III փուլի հետազոտությունների ընդհանուր վերլուծության արդյունքում պարզվել է, որ 9-12-րդ շաբաթների ընթացքում շարունակական զրկանքի ընդհանուր ցուցանիշները վարենիկլին ընդունելու դեպքում եղել են հավաստիորեն ավելի բարձր, քան բուլպրոպիոն և պլացեբո ընդունելու դեպքում (համապատասխանաբար՝ 44.0%, 29.7% և 17.7%, երկու համեմատությունների դեպքում էլ՝  $P=0.001$ ):<sup>31</sup>

Նմանատիպ մեկ այլ վերլուծության մեջ, որը գնահատել է ծխողների մոտ վարենիկլինի, բուլպրոպիոնի և պլացեբոյի ազդեցություններն անհագ ցանկության և զրկանքի ախտանշանների վրա, Վեսթը եզրակացրել է, որ բոլոր մասնակիցների մոտ անհագ ցանկությունը վարենիկլին կամ բուլպրոպիոն ընդունելու դեպքում (երկու դեպքում էլ՝  $P=0.001$ ) հավաստիորեն ավելի է նվազել, քան պլացեբոյի դեպքում, և ավելի շատ նվազել է վարենիկլին ընդունելու դեպքում, քան՝ բուլպրոպիոն ( $P=0.008$ ): Վարենիկլինը կամ բուլպրոպիոնը հավաստիորեն արգելակում են բացասական զրկանքի համախտանիշը՝ պլացեբոյի համեմատությամբ: Ավելին, վարենիկլինոլ բուժված հիվանդների՝ ծխելուց ստացած զոհունակությունը հավաստիորեն ավելի ցածր է, քան բուլպրոպիոնոլ բուժված հիվանդներին:<sup>33</sup>

Ընդհանուր առմամբ, այս բոլոր կլինիկական տվյալներն ապացուցում են վարենիկլինի առավելությունը պլացեբոյի, նիկոտինային մոնոթերապիայի և բուլպրոպիոնի նկատմամբ: Վարենիկլինը ոչ միայն հավաստիորեն նվազեցնում է ծխելու անհագ ցանկությունը և զրկանքի ախտանշանները, այլև պակասեցնում է նիկոտինից հոգեկան գոհացման զգացողությունը և հետաձգում է ծխելու ախտադարձը:<sup>34</sup>

### **Տևական բուժման արդյունավետությունը**

Հաստատված է, որ վարենիկլինոլ երկարատև բուժումը 6-12 ամիսների զրկանքի ցուցանիշի առումով ավելի արդյունավետ է, քան կարճատև բուժումը: Երկարատև բուժումը գնահատող հետազոտության ընթացքում 12 շաբաթ բաց պիտակներով վարենիկլինոլ բուժում ստացող և ծխելու զրկանքին հասած մասնակիցները ռանդոմիզացվել են 2 խմբի, և հետազոտությունը շարունակվել է ևս 12 շաբաթ: Առաջին խումբը շարունակել է ստանալ օրական 1 մգ վարենիկլին, իսկ երկրորդ խումբը՝ պլացեբո դեղամիջոցներ: Բուժման ավարտական փուլում (հետազոտության 24-րդ շաբաթ) ակտիվ բուժում ստացող մասնակիցների 71%-ը զերծ է մնացել ծխելուց, ի տարբերություն պլացեբո ստացող մասնակիցների 50% արդյունքի (ՀԳ՝ 2.48, 95% ՀՄ՝ 1.95-3.16): Հետագա 52 շաբաթում վարենիկլին ընդունած մասնակիցներն ունեցել են ծխելու զրկանքի հավաստիորեն ավելի բարձր ցուցանիշներ, քան պլացեբո ստացած մասնակիցները (13-52 շաբաթ շարունակական զրկանքի 44%-ն ընդդեմ 37%-ի, ՀԳ՝ 1.34, 95% ՀՄ՝ 1.06-1.69):<sup>35</sup> Այս հետազոտության երկրորդային վերլուծությունը ցույց է տվել, որ ախտադարձը կանխարգելելու նպատակով վարենիկլինի հավելյալ 12-շաբաթյա կուրսն ավելի արդյունավետ է այն ծխողների համար, ովքեր բուժման սկզբում ունեցել են ծխելու զրկանքին հասնելու ռիսկները:<sup>36</sup> Գոյություն ունեն նաև գիտական ապացույցներ այն մասին, որ վարենիկլինը լավ տանելի է երկար ժամանակահատվածում (3-6 ամսից ավելի, մինչև 1 տարի), և բուժման երկարաձգումը կանխարգելում է ախտադարձը:

Վարենիկլինոլ երկարատև բուժման անվտանգությունը և արդյունավետությունը (6 ամիս) նույնպես ապացուցվել է մեկ այլ հետազոտությամբ, որում ընդգրկված 377 չափահաս ծխող մասնակիցները ռանդոմիզացվել են վարենիկլինի (1 մգ՝

օրական 2 անգամ) կամ պլացեբոյի խմբերում՝ 52 շաբաթվա համար: Դեղամիջոցը լավ տանելի է եղել: Վարենիկլինոլ բուժված մասնակիցների համար 52-րդ շաբաթում 7 օր սկզբունքով զրկանքի ցուցանիշը 37% է եղել՝ համեմատած պլացեբո խմբի 8%-ի հետ:<sup>37</sup>

Մեկ այլ հետազոտություն գնահատել է, թե շարունակական բուժման արդյունքում ի վերջո ինչ հաջողության են հասել այն ծխողները, ում չի հաջողվել թողել ծխելը նշանակված օրը կամ ովքեր ձախողել են նշանակված օրից հետո: Գնահատումն իրականացվել է 2 նմանատիպ հետազոտությունների (վարենիկլինոլ ընդդեմ բուպրոպիոնի և պլացեբոյի) ընդհանուր տվյալների երկրորդային վերլուծությամբ: Բուժման վերջին 4 շաբաթում (9-12-րդ շաբաթներ) շարունակական զրկանքի հասած ծխողների մոտ բացահայտվել է ծխելը թողելու երկու հաջող օրինաչափություն: Առաջին դեպքում ծխելը թողել են անմիջապես, ճիշտ նշանակված օրը (8-րդ օր) և շարունակաբար գերծ են մնացել ծխելուց 2-12-րդ շաբաթների ընթացքում: Մյուս դեպքում ծխելը թողել են աստիճանաբար, ծխախոտից հրաժարվել են զրկանքի նախնական նշանակված օրից ավելի ուշ կամ 2-րդ շաբաթում ունեցել են ձախողումներ և վերականգնել են զրկանքը հետազոտության 9-րդ շաբաթում: Ի տարբերություն ծխելն անմիջապես թողնողների, ծխելն աստիճանաբար թողնողները «հետաձգել» են շարունակական զրկանքին հասնելը մինչև բուժման ավարտը: Այս տվյալները խոսում են հօգուտ այն առաջարկության, ըստ որի պետք է առանց ընդհատման շարունակել այն ծխողների բուժումը, ովքեր, չնայած բուժման վաղ շրջանում ունեցած անհաջողությանը, մոտիվացված են շարունակելու ծխելը թողնելու գործընթացը:<sup>38</sup>

### **Արդյունավետությունը թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ (ԹԲՕՆ) ծխողների մոտ**

Տաշկինը և համահեղինակները ապացուցել են, որ վարենիկլինոլ արդյունավետ դեղորայքային միջոց է, որը լավ տանելի է թոքերի թեթև և միջին ծանրության քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների կողմից: Շարունակական զրկանքի ցուցանիշը 9-12-րդ շաբաթներում կազմել է 42.3% ընդդեմ պլացեբոյի 8.8%-ի, իսկ 9-52-րդ շաբաթների ընթացքում այս ցուցանիշը եղել է 18.6% ընդդեմ պլացեբո խմբի 5.6%-ի: Ի լրումն վարենիկլինոլ

վերաբերյալ նախկինում հայտնի հետազոտությունների, նոր ապացույցներ են ի հայտ եկել նաև վերջինիս համեմատաբար անվտանգ լինելու վերաբերյալ (2.8% ծանր կողմնակի ազդեցություններ վարենիկլինոլ խմբում, ի տարբերություն պլացեբո խմբի 4.4%-ի):<sup>39</sup>

### **Արդյունավետությունը սրտային հիվանդություններով ծխողների մոտ**

Ռիգոտին, Փայփը և համահեղինակները 2010 թ. հրապարակել են իրենց հետազոտության արդյունքները, որն ուսումնասիրում էր վարենիկլինոլ արդյունավետությունը պլացեբոյի համեմատությամբ սրտանոթային հիվանդություններով 714 ծխողների մոտ:<sup>40</sup> Հեղինակները պարզել են, որ վարենիկլինոլ բուժման դեպքում շարունակական զրկանքի ցուցանիշներն ավելի բարձր են ինչպես 9-12-րդ (47.0% ընդդեմ 13.9%), այնպես էլ 9-52-րդ շաբաթներում (19.2% ընդդեմ 7.2%):

### **Արդյունավետությունը ՄԻԱՎ հիվանդների մոտ**

Բազմակետորոն փորձնական բաց հետազոտությունում ՄԻԱՎ-ով վարակված ծխողները 12 շաբաթ օրը 2 անգամ օգտագործել են 1.0 մգ վարենիկլինոլ: Առաջին շաբաթում դեղաչափը նվազեցվել է (տիտրվել): Կողմնակի ազդեցությունները և զրկանքի ցուցանիշները համեմատելի են եղել ՄԻԱՎ-բացասական ծխողների շրջանում իրականացված ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունների տվյալների հետ: Այս հետազոտության ընթացքում ՄԻԱՎ-ով վարակված ծխողների համար վարենիկլինոլ եղել է անվտանգ և, ըստ երևույթին, արդյունավետ, չնայած հաճախ դիտվել են կողմնակի ազդեցություններ (հատկապես՝ սրտխառնոց): Վարենիկլինոլ ընդունող ՄԻԱՎ-դրական ծխողների համար խորհուրդ է տրվում լարդի ֆերմենտների և արյան ճնշման մանրակրկիտ մոնիթորինգ:<sup>41</sup>

### **Արդյունավետությունը հոգեկան խանգարումներով հիվանդների մոտ**

COMPASS հետազոտությունը համեմատել է ծխելը դադարեցնելու միջոցառումների արդյունավետությունը հոգեկան հիվանդություններ ունեցող ծխողների և ստուգիչ խմբերում:<sup>42</sup> Բոլոր հիվանդները ստացել են վարքային խորհրդատվություն և վարենիկլինոլ, սահմանվել է

հսկողություն ծխելը թողնելուց հետո 6 ամսվա ընթացքում: Հոգեկան հիվանդությունները ներառել են հիվանդների բժշկական քարտերում առկա տազնապի, դեպրեսիայի, պսիխոտիկ կամ երկբևեռ խանգարումների գրառումները: Երկու խմբում էլ գրանցվել են զրկանքի նմանատիպ ցուցանիշներ: Հոգեկան հիվանդություն ունեցողներն ավելի հակված են եղել տազնապի և դեպրեսիայի: Կողմակի ազդեցությունները գնահատվել են որպես միջին կամ պակաս ինտենսիվությամբ: Ընդհանուր առմամբ, այս հետազոտության մեջ հոգեկան խանգարման ախտորոշում ունենալը չի կանխորոշել բուժման ավելի վատ արդյունք կամ ավելի ծանր կողմակի ազդեցություններ:<sup>42</sup>

Անթենեյի և այլոց իրականացրած մեծ բազմակենտրոն ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը համեմատել է 12 շաբաթ վարենիկլինոլ բուժումը պլացեբոյի հետ՝ ներկա պահին կամ անցյալում ծանր դեպրեսիայի բուժում ստացած ծխողների շրջանում (n=525):<sup>43</sup> Հետազոտությունը գնահատել է զրկանքը, ինչպես նաև տրամադրության և տազնապի մակարդակի փոփոխությունները: Պարզվել է, որ ներկայում կամ անցյալում ծանր դեպրեսիայի կայուն բուժում ստացած ծխողների շրջանում վարենիկլինոլ բուժման 9-րդ և 52-րդ շաբաթների միջև ընկած ժամանակահատվածում բարձրացել է ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը՝ առանց դեպրեսիայի կամ տազնապի ավելացման (20.3% ընդդեմ 10.4%,  $Z' 2.36$ , [ZՄ 1.40-3.98],  $P < 0.001$ ): Այս հետազոտությունը որոշ սահմանափակումներ ունի, քանի որ հիվանդների զգալի մասը դուրս է մնացել շարունակական վերահսկողությունից, ինչը կրճատել է եզրակացություններ անելու հնարավորությունը: Հետազոտության մեջ չեն ներգրավվել չբուժված դեպրեսիայով, զուգակցված հոգեկան հիվանդություններով հիվանդները, ինչպես նաև՝ տրամադրությունը կարգավորող և հոգեմետ դեղամիջոցներ ընդունող հիվանդները:

Վարենիկլինի առավելությունը պլացեբոյի նկատմամբ չի հաստատվել մետա-վերլուծությամբ, որը ամփոփել է շիզոֆրենիայով հիվանդների շրջանում վարենիկլինի և պլացեբոյի արդյունավետությունը համեմատող 7 հետազոտություններ (n=352):<sup>44</sup> Վարենիկլինը եղել է լավ տանելի շիզոֆրենիայով հիվանդների կողմից, խմբերում չի դիտվել նյարդահոգեկան խնդիրների աճ: Ընտրանքի

փոքր չափի պատճառով անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ շիզոֆրենիայով հիվանդների համար վարենիկլինի օգտագործման հետագա ուսումնասիրման նպատակով:

EAGLES հետազոտությունը ներառել է տրամադրության, տազնապային խանգարումներով, փսիխոզով և սահմանային անձնային խանգարումներով հիվանդների: Հետազոտության արդյունքները չեն արձանագրել նյարդահոգեկան խնդիրների աճ:<sup>45</sup> Սակայն հեղինակներն ընդգծել են, որ այս արդյունքները կարող են չվերաբերել չբուժված կամ անկայուն հոգեկան խանգարումներով ծխողներին:

Քոքրեյի համագործակցության 14 հետազոտություններ ներառող 2016 թ. մետա-վերլուծությունը առողջ անձանց մոտ վարենիկլինի և պլացեբոյի խմբերում նյարդահոգեկան պատահարների տարբերություն չի արձանագրել, սակայն ապացույցները համոզիչ չեն նախկինում կամ ներկայում նյարդահոգեկան խանգարումներ ունեցողների համար:<sup>32</sup>

### **Արդյունավետությունը անծուխ ծխախոտ օգտագործողների մոտ**

Վարենիկլինի արդյունավետությունը և անվտանգությունը գնահատվել է անծուխ ծխախոտ օգտագործողների հետազոտության 431 մասնակիցների շրջանում (213 վարենիկլին, 218 պլացեբո):<sup>46</sup> Շարունակական զրկանքի ցուցանիշը 9-12-րդ շաբաթներում ավելի բարձր է եղել վարենիկլին օգտագործողների խմբում, քան պլացեբո խմբում (59% ընդդեմ 39%-ի): Պլացեբոյի նկատմամբ վարենիկլինի առավելությունը պահպանվել է մինչև վերահսկողության 14-րդ շաբաթը (շարունակական զրկանքի ցուցանիշը 9-26-րդ շաբաթներում եղել է 45% ընդդեմ 34%-ի): Հեղինակները եզրակացրել են, որ վարենիկլինը կարող է օգնել անծուխ ծխախոտից հրաժարվելու հարցում և համեմատաբար անվտանգ է: Մեկ այլ հետազոտության ընթացքում էբերտը և գործընկերները պարզել են, որ վարենիկլինը կարող է արդյունավետ լինել անծուխ ծխախոտի օգտագործումը կրճատելու և անծուխ ծխախոտի զրկանքին հասնելու հարցում այն անծուխ ծխախոտ օգտագործողների շրջանում, ովքեր չունեն ծխելը թողնելու պլաններ, սակայն հետաքրքրված են անծուխ ծխախոտի օգտագործման կրճատմամբ:<sup>47</sup>

### 4.3.3.3. Վարենիկլինի և դեղորայքային այլ թերապիաների զուգակցումը

Վարենիկլինի և Նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումը կարող է օգտակար լինել մոլի ծխողների համար, քանի որ վարենիկլինի դեղաչափի հետագա ավելացումը չի կարող ամբողջությամբ հագեցնել Նիկոտինի ընկալիչները:<sup>24</sup> Ընկալիչների մասամբ հագեցած լինելը կարող է առաջացնել Նիկոտին ստանալու անհագ ցանկության: Հավելյալ Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է նպաստել ընկալիչների ավելի ամբողջական հագեցմանը, ինչը կօգնի թուլացնել ծխելու ցանկությունը:

Այս հնարավոր ազդեցությունը գնահատվել է Մայո կլինիկայում (Ռոչեսթեր, ԱՄՆ) բուժման 8-օրյա ծրագրի ընթացքում: Հետազոտության առաջին խումբը (n=135) ավարտել է բուժման ծրագիրը վարենիկլինի արտադրությունից առաջ և ստացել է «սովորական խնամք», որը բաղկացած էր Նիկոտինային սպեղանու թերապիայից և/կամ հաստատուն արտազատմամբ բուպրոպիոնի ընդունումից: Նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճատև ազդեցությամբ ձևերն օգտագործվել են ըստ պահանջի՝ Նիկոտինի զրկանքի սուր ախտանշանները բուժելու նպատակով:<sup>47</sup> Երկրորդ խումբը (n=104) ավարտել է բուժման ծրագիրը Սննդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կողմից վարենիկլինի հաստատումից հետո, և Նիկոտինային փոխարինող բուժումը զուգակցվել է վարենիկլինի ընդունման հետ: Նիկոտինային սպեղանի ՆՓՔ հիմնական տեսակն էր և հաճախ լրացվել է Նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճատև ազդեցությամբ տեսակներով: Հիվանդների մոտ երեք քառորդն օգտագործել է ՆՓՔ մեկից ավելի տեսակ: Վեց ամսվա ընթացքում երկու խմբերի միջև ծխելու 30 օր զրկանքի ցուցանիշների հավաստի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել: Կարևոր է նշել, որ զուգակցված բուժում ստացող հիվանդների մոտ կողմնակի ազդեցությունների աճ չի դիտվել: Այս հետազոտության գլխավոր սահմանափակումները եղել են ընտրանքի փոքր չափը և համեմատական խմբի բացակայությունը:<sup>48</sup>

Երեք նոր ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություններ ուսումնասիրել են զուգակցված բուժման արդյունավետությունը:<sup>49,50,51</sup> Հայելի և գործընկերների հետազոտությունը չի հայտնաբերել ծխելու զրկանքի աճ վարենիկլինի և Նիկոտինային փոխարինող բուժման

զուգակցման խումբ ռանդոմիզացված հիվանդների շրջանում, միայն վարենիկլին ընդունած հիվանդների հետ համեմատած: Այնուամենայնիվ, այս հետազոտությունն ունի սահմանափակում իր ընտրանքի չափի պատճառով (n=117):<sup>49</sup> Ռամոնի և գործընկերների իրականացրած ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունում ընդգրկվել են օրական առավազն 20 սիգարետ օգտագործող 341 ծխողներ, որոնք ռանդոմիզացվել են 2 խմբեր: Առաջին խումբը 12 շաբաթ շարունակ բուժվել է վարենիկլինով և Նիկոտինային սպեղանիով, իսկ երկրորդ խումբը՝ վարենիկլինով և պլացեբո սպեղանիով: Երկու խմբերն էլ ստացել են վարքային աջակցություն:<sup>50</sup> Ընդհանուր առմամբ, վարենիկլին + Նիկոտինային փոխարինող բուժում խմբում եղել է զրկանքի փոքր, բայց վիճակագրորեն ոչ հավաստի աճ: Ենթավերլուծությունը զուգակցված թերապիա ստացողների խմբում ցույց է տվել 24 շաբաթվա ընթացքում զրկանքի հավաստիորեն ավելի բարձր ցուցանիշ այն անհատների մոտ, ովքեր ծխել են 29 կամ ավելի սիգարետ (ՀԳ՝ 1.46, 95% ՀՄ՝ 1.2-2.8): Երկրորդ ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը (n=435), որը նույնպես համեմատել է վարենիկլինի մոնոթերապիայի արդյունավետությունը Նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենիկլինի զուգակցված թերապիայի արդյունավետության հետ, պարզել է զուգակցված թերապիայի կապը ծխելու զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշների հետ (1.85, 95% ՀՄ՝ 1.25-3.14, P=0.004):<sup>51</sup> Չուգակցված թերապիա ստացողների խմբում գրանցվել է նաև սրտխառնոցի, քնի խանգարման, դեպրեսիայի, մաշկային ռեակցիաների և փորկապության ավելի բարձր հաճախություն, սակայն միայն մաշկային ռեակցիաների հաճախականության տարբերությունն է եղել վիճակագրորեն հավաստի:

Անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ վարենիկլինի և Նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցված թերապիայի արդյունավետության, ինչպես նաև հատուկ ենթախմբերի հիվանդներին այս բուժումն առաջարկելու հնարավորության գնահատման համար: Հաշվի առնելով ներկայումս հասանելի ապացույցների սահմանափակ լինելը՝ զուգակցված բուժումը կարող է ընդունելի տարբերակ լինել այն հիվանդների համար, ովքեր մոնոթերապիայի միջոցով դժվարանում են հասնել ծխելուց լիովին հրաժարվելուն:



### **Առաջարկություններ**

- Վարենիկլինի և Նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման հակացուցումներ չկան (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենիկլինի զուգակցումը կարող է օգտակար լինել հատկապես ծխախոտի մոլի օգտագործողների համար, սակայն արդյունքները հակասական են: Այս մոտեցման արդյունավետությունն ապացուցող լրացուցիչ հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա (C մակարդակի ապացույց):

#### **4.3.3.4. Վարենիկլինը և խորհրդատվությունը**

Ապացուցված է վարենիկլինի արդյունավետությունը, երբ այն զուգակցվում է վարքային թերապիայի հետ: Սվենը և գործընկերները ուսումնասիրել են, թե որքանով է արդյունավետ հեռախոսային պրոակտիվ խորհրդատվության, համացանցի միջոցով առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների տրամադրման և վարքային խորհրդատվության կամ երկուսի զուգակցման հետ միաժամանակ վարենիկլին Նշանակելը: Հետազոտողները եզրակացրել են, որ հեռախոսային խորհրդատվությունը ծխելը դադարեցնելու վաղ փուլում ունի բուժման ավելի մեծ առավելություն և նպաստում է դեղամիջոցների կիրառման հարցում հետևողական լինելուն, սակայն 6 ամսվա կտրվածքով հետազոտությունները այս մեթոդների արդյունավետության տարբերություն չեն ցույց տալիս: Ենթադրվում է, որ յուրաքանչյուր միջամտություն խոստումնալից է, երբ զուգակցվում է վարենիկլինի ընդունման հետ:<sup>52</sup>

#### **4.3.3.5. Ցուցումներ**

Վարենիկլինն առաջին դեղամիջոցն է, որը մշակվել է բացառապես ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու համար:<sup>24</sup> Այն հասանելի է միայն դեղատոմսով և Նիկոտինային կախվածության բուժման առաջին շարքի դեղամիջոց է:

#### **4.3.3.6. Կլինիկական կիրառությունը**

Վարենիկլինը կիրառվում է օրալ դեղահաբերի ձևով 2 փուլով՝ անկախ սննդի ընդունումից (կարող է օգտագործվել ուտելուց առաջ և հետո):<sup>1</sup>

Նախնական փուլ: Գոյություն ունեն առաջին 2 շաբաթվա համար նախատեսված չափաբաժնով հաբերի տուփեր: Նշանակվում են հետևյալ չափաբաժինները՝ բուժման 1-3-րդ օրերի համար՝ 1 հաբ 0.5 մգ/օրական, 4-7-րդ օրերի համար՝ 1 հաբ 0.5 մգ x 2/օրական, 8-14-րդ օրերի համար՝ 1 հաբ 1 մգ x 2/օրական:

Շարունակական փուլ: 1 մգ-անոց 28 հաբ պարունակող տուփեր: Խորհուրդ է տրվում խմել 1 հաբ 1 մգ x 2/օրական, ամեն օր՝ 3-12-րդ շաբաթների ընթացքում:

Հիվանդը սկսում է ընդունել վարենիկլին, ապա առաջին շաբաթների ընթացքում (նախընտրելի է 8-14-րդ օրերի միջև ընկած ժամանակահատվածում) սահմանվում է ծխելը թողնելու օր: Եթե ծխելը դադարեցնելու փորձը ձախողվում է, բուժումը շարունակվում է, և հիվանդը փորձում է դադարեցնել ծխելը մեկ ուրիշ օր՝ մինչև հաջողության հասնելը:

#### **4.3.3.7. Հակացուցումներ**

Վարենիկլինի Նշանակման հակացուցումները քիչ են, մասնավորապես՝ գերզգայնությունն ակտիվ նյութերի կամ իր ոչ ակտիվ բաղադրիչի նկատմամբ, 18-ից ցածր տարիքը, հղիությունը և կրծքով կերակրումը:

#### **4.3.3.8. Վարենիկլինով բուժման վերաբերյալ նախազգուշացումներ**

##### **Երիկամային անբավարարությամբ հիվանդներ**

Երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների համար դեղաչափերը հարմարեցվում են: Թեթև (կրեատինինի հեռացումը >50 և <80 մլ/րոպե) կամ միջին ծանրության (կրեատինինի հեռացումը  $\geq 30$ - $\leq 50$  մլ/րոպե) երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների համար դեղաչափի նվազեցման անհրաժեշտություն չկա: Ծանր երիկամային անբավարարությամբ (կրեատինինի հեռացումը <30 մլ/րոպե) հիվանդների համար առաջարկվող դեղաչափը 0.5 մգ-ն է՝ օրական 2 անգամ:<sup>11</sup> Դեղամիջոցն առաջին 3 օրվա ընթացքում պետք է ընդունել 0.5 մգ՝ օրական 1 անգամ, ապա՝ 0.5 մգ՝ օրական 2 անգամ: Քանի որ չկան բավարար ապացույցներ, խորհուրդ չի տրվում վարենիկլին Նշանակել երիկամային հիվանդության վերջին փուլերում գտնվող հիվանդներին:

**Փոխադրամիջոցների վարորդներ և ծանր տեխնիկայի օպերատորներ**

ԱՄՆ Սևնդի և դեղորայքի վարչության (FDA) 2007 թ. զեկույցները որոշ մտահոգություններ առաջացրին վարորդների և ծանր տեխնիկայի օպերատորների, ինչպես նաև զգոնություն և ուշադրություն պահանջող աշխատանք կատարողների կողմից վարենիկլինի օգտագործման անվտանգ լինելու վերաբերյալ: 2008 թ. մայիսին ԱՄՆ Ծանր տեղնիկայի անվտանգության դաշնային վարչությունը և Քաղաքացիական ավիացիայի դաշնային վարչությունը հայտարարել են, որ օդաչուների, օդային երթևեկության կառավարման կարգավարների, բեռնատարների և ավտոբուսների վարորդներին արգելվում է այս դեղամիջոցի ընդունումը:<sup>34</sup> Ուստի վարորդներին հարցնելը՝ արդյոք վարենիկլինի օգտագործումն ազդում է իրենց ներկայիս գործունեության վրա, նախազգուշական միջոց է: Վարենիկլինը տրանսպորտային միջոցներ վարելու կարողության կամ սարքավորումների օգտագործման վրա կարող է ունենալ փոքր, միջին և զգալի ազդեցություն (զխապատույտ և քնկոտություն): Հիվանդներին պետք է խորհուրդ տալ չվարել, գործ չունենալ սարքավորումների հետ, չներգրավվել ռիսկային գործողությունների մեջ մինչև չհամոզվեն, որ այս դեղամիջոցը չի ազդում նրանց՝ նմանատիպ գործողություններն անվտանգ իրականացնելու կարողության վրա:

**4.3.3.9. Տանելիությունը և անվտանգությունը**

Վարենիկլինը սովորաբար հեշտ տանելի է: Առավել հաճախ գրանցվող կողմնակի ազդեցությունները, բուկարոպիոնի կամ պլացեբոյի հետ համեմատած, ներկայացված են աղյուսակ 4.11-ում:<sup>53</sup>

**Սրտխառնոց**

Սրտխառնոցը եղել է առավել հաճախ հանդիպող

ախտանշանը՝ որպես թեթևից մինչև միջին աստիճանի կողմնակի ազդեցություն (ընդհանուր հաճախությունը՝ 24.4%-52.0%): Ավելի բարձր ցուցանիշ է գրանցվել վարենիկլինի խմբում, պլացեբոյի խմբի համեմատությամբ: Սրտխառնոցներ առաջացել են բուժման առաջին շաբաթում և միջինում տևել են 12 օր: Դեղաչափի տիտրումը նվազեցրել է սրտխառնոցի առաջացման հաճախությունը: Վարենիկլինով բուժվող հիվանդների մոտ ինքնակարգավորվող ճկուն դեղաչափեր ընդունելու փուլում սրտխառնոցի առաջացման հաճախությունը եղել է ցածր (13.4%): Կլինիկական փորձարկումների ընթացքում սրտխառնոցի պատճառով վարենիկլինով բուժվող հիվանդների բուժման ընդհատման ցուցանիշը եղել է 5%: Այս կողմնակի ազդեցության ամկայության դեպքում հիվանդները պետք է տեղեկացվեն, որ սրտխառնոցը ինքնաբերաբար նվազում է բուժումը սկսելուց մեկ շաբաթ անց, ընդ որում՝ սրտխառնոցից կարելի է խուսափել՝ դեղամիջոցն ընդունելով ուսելու ընթացքում կամ այն ընդունելուց հետո որոշ ժամանակ հանգստանալով: Վեց շաբաթից ավելի օրական 2 անգամ 1 մգ վարենիկլինի օգտագործումը կարող է ունենալ կողմնակի այլ ազդեցություններ՝ առաջացնելով աղեստամոքսային համակարգի խանգարումներ: Վարենիկլինով բուժվող յուրաքանչյուր 5-րդ հիվանդի մոտ դիտվում է սրտխառնոցի մեկ դեպք, յուրաքանչյուր 24-րդի մոտ՝ փորկապության և յուրաքանչյուր 35-րդի մոտ՝ դրոլայնի փքվածության մեկ դեպք:<sup>54</sup>

**Անքնություն**

Կլինիկական հետազոտություններում վարենիկլինի օգտագործմամբ պայմանավորված հաճախ գրանցվող մեկ այլ կողմնակի ազդեցություն է անքնությունը (14.0%-37.2%): Ընդհանուր առմամբ, անքնություն առաջանում է վարենիկլինով բուժման առաջին չորս շաբաթների ընթացքում և աստիճանաբար նվազում է շարունակական

**Աղյուսակ 4.11. Վարենիկլինի, բուկարոպիոնի և պլացեբոյի կողմնակի ազդեցությունների համեմատություն**

|             | Վարենիկլին | Բուկարոպիոն | Պլացեբո |
|-------------|------------|-------------|---------|
| Սրտխառնոց   | 28%        | 9%          | 9%      |
| Անքնություն | 14%        | 21%         | 13%     |
| Գլխացավ     | 14%        | 11%         | 12%     |

բուժմանը զուգընթաց: Լայնածավալ մի հետազոտության արդյունքների համաձայն՝ վարենիկլինի օգտագործմամբ պայմանավորված անքնության դեպքերը կազմել են 19.1%, իսկ պլացեբոյի կիրառմամբ պայմանավորված դեպքերը՝ 9.5%: Այսպիսով՝ եզրակացվել է, որ ծխելը դադարեցնելու փորձի ընթացքում անքնությունը կարող է լինել նիկոտինի գրկանքի տարածված ախտանշան:<sup>34</sup>

### **Սրտանոթային հիվանդություններ**

2008-2010 թթ. ընթացքում հրապարակված ռանդոմիզացված հետազոտությունների վերլուծությունը վեր է հանում վարենիկլինի օգտագործման անվտանգության նոր խնդիրներ՝ կապված շնչառական և սրտանոթային հիվանդություններով և հոգեկան խանգարումների բարձր ռիսկ ունեցող հիվանդների շրջանում հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների հետ:

Սայնը և համահեղինակները 2011 թ. հրապարակել են համակարգված ուսումնասիրություն և մետա-վերլուծություն, որտեղ հայտնել են վարենիկլինի օգտագործման անվտանգությանը վերաբերող որոշակի մտահոգություններ (համեմատած պլացեբոյի հետ):<sup>55</sup> Սայնի այս մետա-վերլուծությունը և արված եզրակացությունները գրականության մեջ լայնորեն քննադատվել են՝ տվյալների վերլուծության ոչ համապատասխան տեխնիկայի կիրառման պատճառով:

Այս վերլուծությանը հաջորդել են երկու այլ մետա-վերլուծություններ: Միլսի և համահեղինակների մետա-վերլուծությունը, օգտագործելով վիճակագրական համապատասխան մեթոդ, վկայում է, որ վարենիկլինը և ծխելը դադարեցնելու այլ թերապիաները չեն բարձրացնում սրտանոթային վտանգավոր պատահարների առաջացման ռիսկը:<sup>56</sup> Դեղորայքի եվրոպական գործակալության (EMA) գրեթե նույնանման տվյալների երկրորդ մետա-վերլուծությունը ցույց չի տվել ռիսկի հավաստի ավելացում և նաև փաստել է, որ ծխելը դադարեցնելու համար վարենիկլինի օգտագործման արդյունավետությունը մնում է բարձր, և դեղամիջոցի օգտագործումը չի սահմանափակվում:<sup>57</sup>

Վարենիկլին օգտագործող հիվանդների մոտ սրտանոթային պատահարների առաջացման ռիսկի բարձրացման մասին վկայող տվյալներ չկան, սակայն այս պահին չի

կարելի բացառել դրանց առաջացման հնարավորությունը: Բժիշկներին խորհուրդ է տրվում տեղեկացնել հիվանդներին վարենիկլինի օգտագործման հետ կապված սրտանոթային հիվանդությունների ռիսկի որոշ բարձրացման մասին: Այնուամենայնիվ, այս ռիսկերը պետք է գնահատվեն՝ դեղամիջոցի՝ ծխելը դադարեցնելու հայտնի օգուտները հաշվի առնելով:

### **Նյարդահոգեկան ազդեցություններ**

Վարենիկլինի և բուկարոպիոնի նյարդահոգեկան անվտանգության վերաբերյալ մտահոգությունները բժիշկների շրջանում շփոթություն էին առաջացրել ծխելը դադարեցնել ցանկացող հիվանդների համար այս դեղամիջոցների կիրառման հետ կապված: Վերջերս իրականացված մի շարք հետազոտություններ չեն ապացուցել, որ նյարդահոգեկան պատահարների աճը կապված է այս դեղամիջոցների օգտագործման հետ: Արդյունքում, ԱՄՆ Սննդի և դեղորայքի վարչությունը (FDA) թարմացրել է վարենիկլինի պիտակը՝ նշելով, որ նյարդահոգեկան պատահարների ռիսկն ավելի ցածր է, քան նախկինում ենթադրվում էր, և այս դեղամիջոցի օգտագործման առավելությունները գերազանցում են ռիսկին:

Ստորև ներկայացնում ենք այս խնդրին առնչվող իրադարձությունների զարգացումն ու ապացույցները:

2006 թ. համաշխարհային շուկայում վարենիկլինի հասանելի դառնալուց հետո վարենիկլինի և բուկարոպիոնի օգտագործման կողմնակի ազդեցությունների մասին մի քանի զեկույց ներկայացվեց: Դրանք ներառում էին Մեծ Բրիտանիայում 2006 թ. դեկտեմբերից իրականացված 2682 հիվանդի կոհորտային հետազոտության վերաբերյալ կլինիկական զեկույցներ, որոնցում խոսվում էր վարենիկլինով բուժման ընթացքում նյարդահոգեկան մի շարք կողմնակի ազդեցությունների մասին, այդ թվում՝ քնի խանգարումների (1.6%), տագնապի (1.2%), դեպրեսիայի (1.0%), տարօրինակ երազների (1.0%), տրամադրության փոփոխությունների (0.6%) և ինքնասպանության դեպքերի (n=5):<sup>34,58</sup>

Վերոնշյալ զեկույցների վրա հիմնվելով՝ 2007 թ. Սննդի և դեղորայքի վարչությունը (FDA) կրկին մտահոգություն հայտնեց վարենիկլինի անվտանգության վերաբերյալ՝ ընդգծելով վարենիկլին նշանակելուց առաջ գոյություն ունեցող հոգեկան

հիվանդության հայտնաբերման անհրաժեշտությունը և տրամադրության կամ վարքի փոփոխության մոնիթորինգի կարևորությունը: 2008 թ. մայիսին Սննդի և դեղորայքի վարչությունը (FDA) թարմացրեց զուգաժամանակ՝ պահանջելով, որ բոլոր հիվանդները մանրակրկիտ կերպով հետազոտվեն, և բժիշկներին անմիջապես հայտնեն վարենիկլինոլ բուժման ընթացքում կամ դրանից հետո տրամադրության կամ վարքի որևէ փոփոխության, ինչպես նաև՝ նախկինում ունեցած հոգեկան հիվանդության սրացման մասին: Սննդի և դեղորայքի վարչությունը (FDA) 2015 թ. մարտին կրկին թարմացրեց վարենիկլինի պիտակները, որպեսզի նաև ներառի տրամադրության վրա հնարավոր կողմնակի ազդեցությունների մասին նշումը:<sup>59</sup> Նախնական զեկույցից հետո մի շարք հետազոտություններ ուսումնասիրեցին վարենիկլինի օգտագործման և նյարդահոգեկան դեպքերի պոտենցիալ կապը: 2010 թ. հրապարակված հետազոտությունը վերանայեց ծխելը դադարեցնելու համար վարենիկլինի օգտագործման մասին 10 ռանդոմիզացված, պլացեբո-վերահսկվող հետազոտություններում գրանցված հոգեկան խանգարումների դեպքերի հաճախությունը և հարաբերական ռիսկը:<sup>58,60</sup> Քնի խանգարումներից բացի, հոգեկան խանգարումներ դիտվել են վարենիկլինոլ բուժվող հիվանդների 10.7%-ի մոտ, ի տարբերություն պլացեբո ստացածների 9.7%-ի, հարաբերական ռիսկը՝ 1.02: Վարենիկլինի խմբում  $\geq 1$  դեպքերի հաճախականությունն ունեցող հոգեկան խանգարումների հարաբերական ռիսկը, պլացեբոյի համեմատ, հետևյալն է. 0.86՝ տագնապի ախտանշանների, 0.76՝ ֆիզիկական ակտիվության փոփոխության, 1.42՝ տրամադրության փոփոխության, 1.21՝ տրամադրության չդասակարգված փոփոխության և 1.70՝ քնի խանգարումների համար: Այս 10 ռանդոմիզացված հետազոտություններում վարենիկլինոլ բուժվող հիվանդների մոտ սուլիցիդալ վարքի կամ ինքնասպանության մտքերի դեպքեր չեն գրանցվել, սակայն մեթոդաբանության տարբերության պատճառով այս վերլուծության մեջ չընդգրկված 3 այլ հետազոտություններ գրանցել են սուլիցիդալ մտքերի 2 դեպք և սուլիցիդի 1 դեպք: Մեյերի 2013 թ. մեծ հետազոտությունը համեմատել է վարենիկլինի սկսնակ օգտագործողների ( $n=19,933$ ) և նիկոտինային սպեղանու սկսնակ օգտագործողների ( $n=15,867$ ) շրջանում նյարդահոգեկան խնդիրների պատճառով

հոսպիտալացումների թվերը: Հետազոտության ընտրանքում ներառված մասնակիցների մի մասն անամնեզում ունեցել է նյարդահոգեկան հիվանդություններ, իսկ մյուսը մասը՝ ոչ: 30-60 օրվա ընթացքում նիկոտինային սպեղանի օգտագործողների հետ համեմատած վարենիկլինոլ բուժվող հիվանդների շրջանում հետազոտությունը չի գտել նյարդահոգեկան պատճառներով հոսպիտալացումների ցուցանիշի բարձրացում:<sup>59,61</sup>

Թոմասը և այլք Անգլիայում հետազոտել են դեպրեսիայի, ինքնավնասման և ինքնասպանության ռիսկերը 119.546 հիվանդի շրջանում:<sup>62</sup> Եզրակացվել է, որ վարենիկլին օգտագործողների շրջանում դեպրեսիայի, ինքնասպանության կամ ինքնավնասման ավելի մեծ ռիսկի ապացույցներ չկան՝ համեմատած նիկոտինային փոխարինող բուժում ստացողների հետ:

EAGLES ռանդոմիզացված, կրկնակի կույր, բազմակենտրոն մեծ հետազոտությունը, որը ներառել է 140 կենտրոն 16 երկրում, ուսումնասիրել է համեմատել է վարենիկլինի, բուպրոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող բուժման անվտանգությունը նյարդահոգեկան հիվանդության պատմություն ունեցող և չունեցող մարդկանց մոտ:<sup>45</sup> Այս հետազոտությունն իրականացվել է ԱՄՆ Սննդի և դեղորայքի վարչության (FDA)՝ պահանջի հիման վրա՝ ուղղված վարենիկլին արտադրող Pfizer և բուպրոպիոն արտադրող GlaxoSmithKline ընկերություններին: Հետազոտությունում ընդգրկվել է 8144 հիվանդ, որոնցից 4166-ը ներառված է եղել նյարդահոգեկան խանգարումներով մարդկանց խմբում: Այս խմբում ընդգրկված մարդիկ ունեցել են 4 հիմնական հիվանդություններից որևէ մեկը (տրամադրության խանգարումներ, տագնապային խանգարումներ, փսիխոզ և սահմանային անձնային խանգարում): Մասնակիցները 12 շաբաթով ռանդոմիզացվել են վարենիկլին, բուպրոպիոն, նիկոտինային փոխարինող բուժում կամ պլացեբո ստացող խմբերում և ընդհանուր առմամբ հսկողության տակ են եղել 24 շաբաթ: Հետազոտությունը վարենիկլինի կամ բուպրոպիոնի հետ կապված նյարդահոգեկան որևէ պատահարների հավաստի ան չի արձանագրել: Նաև եզրակացվել է, որ վարենիկլինոլ բուժվող հիվանդների շրջանում գրկանքի ցուցանիշներն ավելի բարձր են, քան պլացեբո, նիկոտինային փոխարինող բուժում և բուպրոպիոն ստացող հիվանդների

շրջանում: Հեղինակները նշել են, որ արդյունքները կարող են չվերաբերել չբուժված կամ անկայուն նյարդահոգեկան խանգարումներ ունեցող ծխողներին: Հետազոտությունում չեն ներառվել թմրամոլ կամ ինքնասպանության հակված ծխողները:

Քոբրեյնի համագործակցության 2016 թ. մետա-վերլուծությունը, որը ներառում է 14 հետազոտություն, նյարդահոգեկան պատահարների հավաստի տարբերություն չի գտել վարենիկլին և պլացեբո խմբերի միջև:<sup>32</sup> Դեպրեսիայի հարաբերական ռիսկը 0.94 է (95%, ՀՄ՝ 0.77-1.14, 36 հետազոտություն, 16.189 մասնակից, I<sup>2</sup>=0%), ինչը վկայում է վարենիկլին ընդունողների խմբում դեպրեսիայի ոչ հավաստի ավելի ցածր ցուցանիշի մասին: Ինքնասպանության մտադրության հարաբերական ռիսկը 0.68 է (95%, ՀՄ՝ 0.43-1.07, 24 հետազոտություն, 11.193 մասնակից, I<sup>2</sup>=0%)՝ վարենիկլին ընդունողների խմբում սահմանային ոչ հավաստի ավելի ցածր ցուցանիշներով: Հետազոտողներն ընդգծում են, որ վարենիկլին ընդունողների խմբում ինքնասպանության մտադրության բոլոր 5 դեպքերը գրանցվել են նյարդահոգեկան խանգարումներով մարդկանց մոտ և չեն դիտվել նյարդահոգեկան խանգարումներ չունեցող մարդկանց խմբում:<sup>32,46</sup> Եզրակացվել է, որ մետա-վերլուծության արդյունքները «չեն հաստատում վարենիկլինի և նյարդահոգեկան խանգարումների, ինչպես նաև ինքնասպանության մտադրության կամ ինքնասպանության վարքի պատճառահետևանքային կապը, սակայն ապացույցները վերջնական չեն նյարդահոգեկան խանգարմամբ կամ նյարդահոգեկան խանգարման պատմություն ունեցող մարդկանց համար»:<sup>32</sup>

Նոր հետազոտությունների արդյունքների հրապարակումից հետո 2016 թ. դեկտեմբերին ՍՆՆդի և դեղորայքի վարչությունը (FDA) և Դեղորայքի եվրոպական գործակալությունը (European Medicines Agency) հայտարարեցին, որ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի պիտակներից հեռացնում են զգուշացումներն այն մասին, որ դրանք ունեն լուրջ կողմնակի ազդեցություններ մարդկանց հոգեկան առողջության վրա:<sup>46,63</sup> Մասնավորապես, ՍՆՆդի և դեղորայքի վարչությունը (FDA) հայտարարեց. «Հիմնվելով ՍՆՆդի և դեղորայքի վարչության (FDA) պահանջով դեղագործական ընկերությունների կողմից իրականացված լայնածավալ կլինիկական

հետազոտության արդյունքների վրա՝ մենք հաստատում ենք, որ ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոցների՝ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի լուրջ կողմնակի ազդեցությունների ռիսկը տրամադրության, վարքի կամ մտածելու վրա ավելի ցածր է, քան նախկինում ենթադրվում էր: Հոգեկան առողջության վրա այս կողմնակի ազդեցությունների ռիսկը դեռևս ամկա է, հատկապես՝ այն մարդկանց մոտ, ովքեր ներկայումս բուժվում են հոգեկան հիվանդություններից, ինչպիսիք են դեպրեսիան, տագնապային խանգարումները և շիզոֆրենիան, կամ նրանց մոտ, ովքեր անցյալում բուժվել են հոգեկան հիվանդություններից: Սակայն, այսպիսի կողմնակի ազդեցություններ ունեցող մարդկանց մեծամասնությունը չի ունեցել լուրջ խնդիրներ, օրինակ՝ հոսպիտալացում: Հետազոտության արդյունքները հաստատում են, որ ծխելը դադարեցնելու առավելությունները գերազանցում են այդ դեղամիջոցների կողմնակի ազդեցությունների ռիսկին»:<sup>46</sup> Այսպիսով, չկան համոզիչ ապացույցներ, որ վարենիկլինը կապ ունի նյարդահոգեկան խանգարումների առաջացման բարձր ռիսկի հետ: Բուժաշխատողներին խորհուրդ է տրվում հիվանդների հետ քննարկել ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող դեղամիջոցների օգտագործման առավելություններն ու ռիսկերը: Հիվանդներին խորհուրդ է տրվում անմիջապես զանգահարել իրենց բժիշկներին, եթե նկատում են տրամադրության, վարքի կամ մտածելու ունակության վրա որևէ կողմնակի ազդեցություն:<sup>46</sup>

### **Այլ կողմնակի ազդեցություններ**

Վարենիկլինով բուժման ընթացքում գրանցվել են նաև այլ կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են որովայնային ցավը, փորկապությունը, տարօրինակ երազները, քնի խանգարումները, գլխապտույտը, բերանի չորությունը, բարձր ախորժակը, քաշի ավելացումը և գլխացավը, որոնք սովորաբար կրկնակի հաճախ են դիտվում, քան պլացեբոյի դեպքում:<sup>64</sup> Այս կողմնակի ազդեցությունները եղել են մեղմից մինչև միջին արտահայտվածության և կարճատև՝ հիմնականում դրսևորվելով թերապիայի առաջին շաբաթվա ընթացքում: Կողմնակի ազդեցությունների պատճառով մասնակիցների 2%-ը դադարեցրել է վարենիկլինի ընդունումը:<sup>34</sup>

Վարենիկլինի և այլ դեղամիջոցների փոխազդեցությունները

հայտնի չեն: Սակայն փոխազդեցության որոշ արդյունքներ ակնհայտ են դառնում վարենիկինի թերապևտիկ ազդեցության հետևանքով ծխելը դադարեցնելու շնորհիվ: Նույն պատճառով CYP1A2 տեսակի կառուցվածքի ֆերմենտային ինդուկցիայի անկայությունը պահանջում է վերահայել թեոֆիլինի, վարֆարինի, ինսուլինի և այլ դեղամիջոցների չափաբաժինները:<sup>11</sup>

Բուժման վերջում վարենիկինի ընդունման ընդհատումը հիվանդների փոքր խմբում (բուժում ստացողների մոտ 3%) կարող է առաջացնել դյուրագրգռության աճ, ծխելու ցանկություն, անքնություն կամ դեպրեսիվ տրամադրություն:

### **Առաջարկություն**

- Ապացուցված է, որ վարենիկինը ծխելը դադարեցնելու առաջին շաբթի արդյունավետ դեղամիջոց է (A մակարդակի ապացույց):

### **4.3.4. Բուժումը կլոնիդինով**

Կլոնիդինը հիմնականում օգտագործվում է որպես հակահիպերթենզիվ դեղամիջոց, սակայն այն նվազեցնում է կենտրոնական սիմպաթիկ ակտիվությունը՝ խթանելով ալֆա2-ադրեներգիկ ընկալիչները: Կլոնիդինն արդյունավետորեն ճնշում է նիկոտինի գրկանքի սուբախտանշանները, ինչպիսիք են լարվածությունը, դյուրագրգռությունը, տագնապը, ծխելու անհագ ցանկությունը և հոգևածությունը:<sup>65</sup>

Կլոնիդինը չի հաստատվել որպես ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոց և երկրորդ շաբթի դեղամիջոց է համարվում: Բժիշկները պետք է տեղեկացված լինեն այս դեղամիջոցի և դրա կողմնակի ազդեցությունների հետ կապված հատուկ զգուշացումների մասին: ԱՄՆ Guideline Panel ուղեցույցների հարցերով զբաղվող կազմակերպությունը խորհուրդ է տալիս կլոնիդինը դիտարկել որպես երկրորդ շաբթի դեղամիջոց՝ կլոնիդինով բուժման դադարեցման հետ կապված զգուշացումների, այս դեղամիջոցի ազդեցության ստուգման հետազոտություններում օգտագործված դեղաչափերի տարբերությունների, ինչպես նաև Սննդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կողմից հաստատված չլինելու պատճառով: Այսպիսով, ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու նպատակով կլոնիդինը բժշկի վերահսկողությամբ պետք է կիրառվի այն հիվանդների կողմից, ովքեր հակացուցումների

պատճառով չեն կարող օգտագործել առաջին շաբթի դեղամիջոցներ կամ չեն կարողացել դադարեցնել ծխելը՝ առաջին շաբթի դեղամիջոցներ օգտագործելով:<sup>1</sup>

### **Արդյունավետությունը**

Կլինիկական 6 հետազոտությունների արդյունքներն ամփոփող Քոքրեյնի համագործակցության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ կլոնիդինի օրալ կամ տրանսդերմալ օգտագործումն ավելի արդյունավետ է, քան պլացեբոյի կիրառումը: Այնուամենայնիվ, այս եզրակացությունը հիմնված է սակավաթիվ հետազոտությունների վրա, որոնցում կան սխալի հնարավորություններ:<sup>66</sup> Կլոնիդինն ավելի արդյունավետ ազդեցություն է ունենում կին ծխողների վրա, թեև ընդհանուր ամամար կանանց շրջանում ծխելը դադարեցնելու բուժման արդյունավետությունն ավելի ցածր է:<sup>65</sup>

### **Կողմնակի ազդեցությունները**

Կլոնիդինի կողմնակի ազդեցությունները, հատկապես՝ շքմածությունը (սեղացիան), հոգևածությունը, օրթոստատիկ հիպոտոնիան, գլխապտույտը և բերանի չորությունը, սահմանափակում են դրա կիրառությունը: Անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել, որ կլոնիդինի ընդունման կտրուկ դադարեցումը կարող է հանգեցնել այնպիսի ախտանշանների, ինչպիսիք են նյարդայնությունը, հուզմունքը, գլխացավը և դողը, որոնց ուղեկցում կամ հաջորդում է ՁՃ և կատեխոլամինների մակարդակի բարձրացումը:<sup>1</sup>

### **Նախազգուշական միջոցներ, զգուշացումներ, հակացուցումներ, կողմնակի ազդեցություններ**

Հղի ծխողների շրջանում ծխելը դադարեցնելու համար կլոնիդինի արդյունավետությունը հաստատված չէ: Կրծքով կերակրող հիվանդների ծխելը դադարեցնելու համար կլոնիդինի կիրառությունը չի ուսումնասիրվել: Այն հիվանդները, ովքեր ներգրավված են պոստենցիալ վտանգ ներկայացնող գործունեության մեջ, ինչպիսիք են մեքենաների գործարկումը կամ վարումը, պետք է զգուշացվեն կլոնիդինի հնարավոր սեդատիվ/հանգստացնող ազդեցության մասին: Ամենից հաճախ դիտվող կողմնակի ազդեցություններն են բերանի չորությունը (40%), քնկոտությունը (33%), գլխապտույտը (16%), շքմածությունը (սեղացիան) (10%) և

փորկապությունը (10%):

Կարելի է ենթադրել, որ կլոնիդինը, որպես հակահիպերթենզիվ դեղամիջոց, կարող է իջեցնել զարկերակային ճնշումը հիվանդների մեծամասնության մոտ: Հետևաբար, այս դեղամիջոցի օգտագործման ժամանակ բժիշկները պետք է հետևեն Ձճ ցուցանիշներին:

Կլոնիդինի թերապիայի կտրուկ ընդհատման ժամանակ, երբ դեղաչափը չի նվազեցվում աստիճանաբար՝ 2-4 օրվա ընթացքում, կարող է դիտվել զարկերակային ճնշման կտրուկ բարձրացում, հուզմունք, շփոթություն և դող:

### **Առաջարկություններ կլինիկական օգտագործման համար**

Կլոնիդինը վաճառվում է միայն դեղատոմսով՝ խմելու 1 մգ-անոց հաբերի կամ տրանսդերմալ սպեղանու ձևով: Կիրառությունն սկսում են ծխելը թողնելու նշանակված օրը կամ դրանից մի քանի օր առաջ (օրինակ՝ մինչև 3 օր առաջ): Դեղաչափ: Եթե հիվանդն օգտագործում է տրանսդերմալ կլոնիդին, ամեն շաբաթվա սկզբում նա պետք է պարանոցից գոտկատեղ ընկած համեմատաբար սակավամազ հատվածում տեղադրի նոր սպեղանի: Օգտագործողները չպետք է կտրուկ կերպով ընդհատեն կլոնիդինի թերապիան: Նախնական դեղաչափը որպես կանոն կազմում է 0.10 մգ օրալ կամ 0.10 մգ/օրական տրանսդերմալ, անհրաժեշտության դեպքում ամեն շաբաթ ավելացվում է 0.10 մգ/օրական: Բուժման տևողությունը տատանվում է 3-10 շաբաթ:<sup>1</sup>

### **Առաջարկություն**

- Կլոնիդինը ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ միջոց է, սակայն ունի արտահայտված կողմնակի ազդեցություններ: Ծխախոտային կախվածության բուժման համար այն կարող է օգտագործվել բժշկի վերահսկողությամբ որպես երկրորդ շարքի դեղամիջոց (B մակարդակի ապացույց):

### **4.3.5. Բուժումը նորտրիպտիլինով**

Դեպրեսիվ տրամադրության և ծխելու վարքի միջև եղած կապը ենթադրում է, որ հակադեպրեսանտները կարող են կարևոր դեր խաղալ ծխելը դադարեցնելու մեջ: Մի քանի հակադեպրեսանտ, այդ թվում դոքսեպինը, նորտրիպտիլինը

և մոկլոբեմիդը, արդյունավետ են եղել ծխելը դադարեցնելու համար: Նորտրիպտիլինը եռացիկլիկ հակադեպրեսանտ է, որը ծխելը դադարեցնելու համար նույնքան արդյունավետ է եղել, որքան բուպրոպիոնը և նիկոտինային փոխարինող բուժումը: Ծխելը դադարեցնելու համար նորտրիպտիլինի ազդեցությունը հակադեպրեսանտ ազդեցությունից անկախ է, հետևաբար՝ ծխելը դադարեցնելու նպատակով դրա կիրառումը չպետք է դիտարկել միայն դեպրեսիայի ախտանշանների պատմությամբ հիվանդների համար:<sup>68</sup>

### **Արդյունավետությունը**

Նորտրիպտիլինի առանձին կիրառումն ուսումնասիրող 6 հետազոտությունների մետա-վերլուծությունը փաստել է դրա զգալի երկարատև օգուտը:<sup>12</sup> Պլացեբոյի հետ համեմատած, նորտրիպտիլինը մոտավորապես կրկնապատկում է ծխելու զրկանքի ցուցանիշները: Այս դեղամիջոցը հաստատված չէ ծխելը դադարեցնելու համար և միայն խորհուրդ է տրվում որպես երկրորդ շարքի բուժում:<sup>12</sup>

Դեռևս չի պարզվել՝ արդյոք նորտրիպտիլինն ավելի արդյունավետ է, քան բուպրոպիոնը, ինչպես նաև՝ որքանով է արդյունավետ նորտրիպտիլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումը: Նորտրիպտիլինով ծխախոտային կախվածության բուժումը շատ երկրներում արտոնագրված չէ:

### **Կողմնակի ազդեցություններ**

Նորտրիպտիլինի հետկապված կողմնակի ազդեցությունները, ինչպիսիք են հակախոլիներգիկ ազդեցությունները (բերանի չորություն, մշուշված տեսողություն, փորկապություն և միզակապություն), H1-հիստամինային ընկալիչների խթանումը (շքամություն (սեղացիան), քնկոտություն, քաշի ավելացում) և ալֆա1-անդրեներգիկ ընկալիչների վրա ունեցած ազդեցությունները (օրթոստատիկ հիպոտոնիա) որոշ հիվանդների կողմից կարող են դժվար տանելի լինել:<sup>67</sup> 17 հետազոտությունից ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ նորտրիպտիլինը 75 մգ-ից մինչև 100 մգ չափաբաժինների դեպքում չի առաջացնում լուրջ կողմնակի ազդեցություններ, երբ օգտագործվում է սրտանոթային հիվանդություններ չունեցող հիվանդների կողմից:<sup>70</sup>

Հիվանդների նկատմամբ խիստ վերահսկողություն պետք

Ե սահմանվի հայտնի կողմնակի ազդեցությունների՝ փորկապության, շքմածության (սեդացիայի), միզակապության և սրտային խնդիրների վաղ հայտնաբերման նպատակով: Նորտրիպտիլինի գերդոզավորումը կարող է մահացու լինել: Նորտրիպտիլինի օգնությամբ ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ հետազոտությունները լուրջ կողմնակի ազդեցությունների մտահոգության առիթ չեն տվել, սակայն այդպիսի հետազոտություններում ներգրավված անձանց թիվը համեմատաբար փոքր է եղել: Սա հանգեցնում է Նորտրիպտիլինի՝ որպես առաջին շարքի թերապիա օգտագործելու վերաբերյալ անհամաձայնության:<sup>71</sup>

### **Դեղաչափը**

Նորտրիպտիլինի օգտագործումը պետք է սկսել այն ժամանակ, երբ հիվանդը դեռ ծխում է, իսկ ծխելը դադարեցնելու թիրախային օրը նախատեսված է բուժման սկզբից 10-28 օր հետո: Նախնական դեղաչափը օրական 25 մգ է: Այնուհետև այն աստիճանաբար ավելացվում է՝ հասցվելով օրական 75-100 մգ՝ 10 օրից մինչև 5 շաբաթ տևողությամբ: Առավելագույն դեղաչափի ընդունումը կարելի է շարունակել 8-12 շաբաթ: Կտրուկ ընդհատման պատճառով գրկանքի ախտանշաններից խուսափելու համար անհրաժեշտ է բուժման վերջում դեղաչափը աստիճանաբար նվազեցնել: Բուժումը 3 ամսից ավելի երկարաձգելու դեպքում որևէ օգուտի վերաբերյալ ապացույցները սահմանափակ են:

### **Նորտրիպտիլինի կիրառության գործնական հարցեր**

Նորտրիպտիլինի և ծխելը դադարեցնելու այլ դեղամիջոցների զուգակցումը խորհուրդ տալու համար ապացույցները բավարար չեն:

Սրտանոթային հիվանդություններով մարդիկ պետք է զգուշորեն օգտագործեն Նորտրիպտիլինը, քանի որ այն կարող է ազդել սրտի հաղորդչականության վրա: Եռացիկլիկ հակադեպրեսանտները հակացուցված են սրտամկանի ինֆարկտից անմիջապես հետո՝ վերականգնողական փուլում, և առիթմիայի դեպքում:

Բավարար ապացույցներ չկան հղի կանանց կամ 18 տարեկանից ցածր երիտասարդ ծխողներին Նորտրիպտիլին առաջարկելու համար: Ապացույցները սակավաթիվ են նաև ծխելու ախտադարձը կանխարգելելու նպատակով

Նորտրիպտիլին առաջարկելու համար: Նորտրիպտիլինի երկարատև օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում:

Նիկոտինային փոխարինող բուժման, բուլարոպիոնի, Նորտրիպտիլինի և զուգակցված թերապիաների արդյունավետությունը համեմատող և բուժման հաջողության գործոնները բնութագրող՝ Պրադոյի և այլոց կողմից իրականացված հետազոտության արդյունքները համընկնում են Վագենայի և համահեղինակների մետա-վերլուծության արդյունքներին,<sup>72</sup> և վկայում են, որ Նորտրիպտիլինը բուժման կարևոր տարբերակ է՝ հաշվի առնելով դրա արդյունավետությունը (համեմատած առաջին շարքի տարբերակների հետ), անվտանգությունը և հատկապես՝ մատչելիությունն ու մեծ հասանելիությունը: Նրանց կարծիքով, հաշվի առնելով ծխախոտային կախվածության համաճարակի գլոբալ սպառնալիքը, հատկապես՝ տևտեսապես ոչ հարուստ երկրներում, Նորտրիպտիլինի ներառումը ծխելը դադարեցնելու դեղաբանական ցանկում կարող է խոստումնալից քայլ լինել դեպի բուժման ավելի լայն հասանելիությունը, հատկապես՝ զարգացող երկրներում: Հիմնվելով այս արդյունքների վրա՝ հեղինակները առաջարկում են Նորտրիպտիլինը ներառել ծխելը դադարեցնելու առաջին շարքի դեղամիջոցների ցանկում: Այնուամենայնիվ, այս գեկույցի հիմնական սահմանափակումն այն է, որ այն ռետրոսպեկտիվ հետազոտության տեսակ է՝ չվերահսկվող և ոչ ռանդոմիզացված, իսկ բուժման ռեժիմների հասանելի տարբերակներն ընտրվել են ինքնուրույն՝ հիվանդների կողմից, կամ առողջապահության համակարգում դեղամիջոցների առկայությունը հաշվի առնելով:<sup>72</sup>

Բժիշկները պետք է տեղեկացված լինեն կողմնակի ազդեցությունների մասին և այն մասին, որ Նորտրիպտիլինը, որպես ծխախոտային կախվածության բուժման դեղամիջոց, չի հաստատվել Դեղորայքի եվրոպական գործակալության ու Սևնդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կողմից: Այս դեղամիջոցը ծխախոտի օգտագործման բուժման համար պետք է կիրառվի միայն բժշկի նշանակմամբ և վերջինիս վերահսկողությամբ այն հիվանդների կողմից, ովքեր հակացուցումների պատճառով չեն կարող օգտագործել առաջին շարքի դեղամիջոցներ կամ պարզապես չեն կարողացել թողնել ծխելը՝ օգտագործելով առաջին շարքի դեղամիջոցներ:



## Առաջարկություն

- Նորտրիպտիլինը ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ բուժում է և կարող է օգտագործվել բժշկի վերահսկողությամբ որպես ծխախոտային կախվածության բուժման երկրորդ շարքի դեղամիջոց (A մակարդակի ապացույց):

### 4.3.6. Ցիտիզին

Ցիտիզինը բնական ալկալոիդ է, որը ստացվում է ցիտիզուս լաբուռնում և սոֆորա տետրապտերա բույսերի սերմերից: Ցիտիզինի ազդեցության մեխանիզմը նման է վարենիկլինի ազդեցության մեխանիզմին: Որպես նիկոտինի ազդեցությունների ամրապնդման պատասխանատու ալֆա4 բետա2 նիկոտինային ացետիլխոլինային ընկալիչների մասնակի ազոնիստ՝ այն կանխում է նիկոտինի կապումն այդ ընկալիչներին: Արդյունքում ծխախոտի օգտագործման հետ կապված բավարարվածությունը նվազում է, և մեղմանում են գրկանքի ախտանշաններն ու ծխելու անհագ ցանկությունը:<sup>32,73,74</sup>

Տաբեքսը հասանելի է 1.5 մգ ցիտիզին պարունակող օրալ հաբերի տեսքով: Այն 1964 թվականից արտադրվել ու վաճառվել է բուլղարական Sopharma Pharmaceuticals ընկերության կողմից:<sup>75</sup> Երկար տասնամյակներ տաբեքսը ծխելը դադարեցնելու նպատակով լայնորեն կիրառվել է նախկին սոցիալիստական երկրներում՝ Բուլղարիայում, Հունգարիայում, Լեհաստանում, Գերմանիայի Դեմոկրատական Հանրապետությունում, Սովետական Միությունում լինելով մարդկության պատմության մեջ այս նպատակի համար հաստատված առաջին դեղամիջոցը: Սակայն ցիտիզինը չի արտոնագրվել և չի կիրառվել աշխարհի մյուս մասերում տասնամյակներ շարունակ, մասամբ՝ ապացույցների պակասի, իսկ համեմատաբար վերջերս՝ կլինիկական գործելակերպի (GCP) համար անհրաժեշտ հետազոտություններ չլինելու պատճառով:<sup>73,76,77</sup>

Ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժման համար հասանելի, ընդունելի, արդյունավետ, անվտանգ և մատչելի դեղամիջոցի որոնումը վերջին շրջանում կրկին մեծացրեց ցիտիզինի նկատմամբ հետաքրքրությունը:

Հետազոտություններում ցիտիզինը համարվում է նիկոտինի հիմքով արտադրատեսակների և հակադեպրեսանտների

այլընտրանք, հատկապես՝ ցածր և միջին եկամտով խմբերի և այն մշակույթների համար, որտեղ բնական ծագմամբ դեղամիջոցները լայն կիրառություն ունեն:<sup>77</sup> Ցիտիզինի 25-օրյա կուրսը 5-15 անգամ ավելի էժան է, քան 25 օր տևողությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժումը:<sup>76</sup>

Դրզգստանում 2008 թ. հրապարակվել է կրկնակի կուր, ռանդոմիզացված, պլացեբո վերահսկվող հետազոտություն, որը գնահատել է ծխելը դադարեցնելու նպատակով ցիտիզինի կիրառության արդյունավետությունը ծխախոտային միջին կախվածություն ունեցող աշխատողների շրջանում (n=171): Ցիտիզին ընդունող հիվանդների 10.6%-ը 26-րդ շաբաթում լիովին գերծ է մնացել ծխախոտ օգտագործելուց. պլացեբո խմբում այդ ցուցանիշը ընդամենը 1.2% է:<sup>73</sup>

Ռուսաստանի Դաշնությունում տաբեքսը, որպես ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոց, պաշտոնապես գրանցվել է 1999 թ. և վաճառվում է առանց դեղատոմսի: Թերապևտիկ արդյունավետության և անվտանգության մասին առաջին ռանդոմիզացված վերահսկվող կրկնակի կուր հետազոտությունը հրապարակվել է 2009 թ. (n=196): Տաբեքս կիրառող և պլացեբո խմբերում ծխելը դադարեցնելու առումով որևէ ազդեցություն չի եղել մասնակցների համապատասխանաբար 13%-ի և 26%-ի մոտ: Մեկ կամ ավելի անգամ ծխելը թողած ծխողների թիվը տաբեքսի խմբում կազմել է 50% և պլացեբո խմբում՝ 30.8%, իսկ 12 շաբաթ կամ ավելի երկար ծխախոտից հրաժարված մասնակիցների թիվը՝ 50% և 37.5%, համապատասխանաբար: Կողմնակի ազդեցություններ չեն գրանցվել մասնակիցների համապատասխանաբար 70%-ի և 84%-ի մոտ:<sup>78</sup>

Քոբրեյի համագործակցության մետա-վերլուծությունը առանձնացրել է ցիտիզինի՝ որպես ծխելը դադարեցնելու թերապիայի արդյունավետությունը ստուգող միայն 2 հետազոտություն:<sup>32</sup> Ծխելը դադարեցնելու ընդհանուր հարաբերական ռիսկը, համեմատած ստուգիչ խմբի, եղել է 3.98 (95% ՀՄ՝ 2.01-7.87):

Ուլթերի և գործընկերների ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը համեմատել է ցիտիզինը նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ: Հետազոտությունը գտել է 1 ամիս շարունակական գրկանքի հավաստիորեն բարձր ցուցանիշ ցիտիզինի խմբում (ՀԳ՝ 1.5, 95% ՀՄ՝ 1.2-1.9,

$P=0.003$ ):<sup>79</sup> Այս տարբերությունները եղել են վիճակագրորեն հավաստի նաև 6-րդ ամսում: 6-ամսյա հսկողության ընթացքում խմբերի միջև որևէ տարբերություն չի գրանցվել ծխախոտից հրաժարվելու/զրկանքի 7-օրյա գնահատման արդյունքներով: Ենթախմբերի վերլուծությունն արձանագրել է 1-ամսյա զրկանքի հավաստիորեն բարձր ցուցանիշ իգական սեռի մասնակիցների շրջանում, և զրկանքի ոչ հավաստի տարբերություն հետազոտության արական սեռի մասնակիցների շրջանում: Նիկոտինային փոխարինող բուժման համեմատ ցիտիզինի խմբում ավելի հաճախ են դիտվել կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են սրտխառնոցը, փսխումը և քնի խանգարումները:

Արտադրողի կողմից առաջարկվող տաբեթսով բուժման սխեման հետևյալն է. 1-3-րդ օրերի ընթացքում դեղաչափն է 1 հաբ (1.5 մգ)՝ 2 ժամը մեկ (օրական մինչև 6 հաբ): Ծխելը պետք է նվազեցվի, հակառակ դեպքում կգարգանան նիկոտինի գերդոզավորման ախտանշաններ: Անցանկալի ազդեցությունների դեպքում բուժումն ընդհատվում է, և հաջորդ փորձը կարելի է կատարել 2-3 ամիս հետո: Դրական արդյունքի դեպքում հիվանդը 4-12-րդ օրերից սկսած շարունակում է օրական 5 հաբ չափաբաժնով (1 հաբ՝ ամեն 2.5 ժամը մեկ):

Ծխելը պետք է դադարեցվի 5-րդ օրը: Դրանից հետո՝ 13-16-րդ օրերից սկսած, օրական դեղաչափն իջեցվում է մինչև 4 հաբ (1 հաբ՝ ամեն 3 ժամը մեկ), 17-20-րդ օրերից սկսած՝ օրական մինչև 3 հաբ (1 հաբ՝ ամեն 5 ժամը մեկ), իսկ 21-25-րդ օրերից սկսած՝ օրական 1-2 հաբ (1 հաբ՝ ամեն 6-8 ժամը մեկ): Միայն դրանից հետո է բուժումն ընդհատվում:

Ցիտիզինի առաջարկվող դեղաչափերի ուսումնասիրությանն ուղղված հետազոտությունները հազվադեպ են գրանցել կողմնակի ազդեցություններ, ինչպես և նիկոտինային փոխարինող բուժման դեպքում:<sup>76,78,80</sup> Ըստ Եվրոպայի «Անվտանգության հարցերի պարբերական թարմացման» մասնագետների (Periodic Safety Update authorities in Europe)՝ ցիտիզինի միլիոնավոր սպառողների մոտ լուրջ կողմնակի ռեակցիաների վերաբերյալ անվտանգության նշաններ չեն եղել:<sup>80</sup>

Ցիտիզինի գերդոզավորումը նման է նիկոտինային թունավորման. առաջացնում է սրտխառնոց, փսխում, կլոնիկ ցնցումներ, տախիկարդիա, բերրի լայնացում, գլխացավ,

ընդհանուր հոգևածություն, շնչառական կաթված:<sup>81</sup>

### Առաջարկություն

- Ցիտիզինը բարձրացնում է ծխելը թողնելու ցուցանիշները, սակայն ապացույցները սահմանափակվում են 3 հետազոտությունով (B մակարդակի ապացույց):
- Ծխելը դադարեցնելու այս խոստումնալից միջամտության արդյունավետությունն ուսումնասիրող հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա:

### Գրականություն

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 Iași, 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.
16. David SP, Strong DR, Munafo` 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.
17. Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, *CNS Drugs.* 2012;26(1):1-10.
18. 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.
19. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, *Lancet* 2001;358:1009–1010.
20. Fiore M. C.,Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
21. Beyens M.N.,Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of Bupropion for smokingcessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, *Drug Saf.*, 2008;31(11):1017-26.
22. Tackett A.E.,Smith K.M., Bupropion induced angioedema, *Am.J.Health Syst. Pharm.*, 2008;65(17):1627-30.
23. 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.
24. 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.
25. <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
26. [www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm](http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm)
27. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., *Int J Clin Pract.* 2012;66(2):171-82.
28. Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(2):353–363.
29. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 1989;79:279–87.
30. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 2007a;52:985–94.
31. Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nAHC receptors for smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*, 2007b;28:316–25.
32. Cahill K, Lindson-Hawley N, Kyla H, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103.
33. West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371–377.
34. Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010;2:39–48.
35. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2006;296(1):64–71.
36. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre – post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 2008;103:146–54.
37. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, *Curr Med Res Opin.* 2007;23(4):793–801.
38. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD\* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers– Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN- SEESAW Study) *Circulation Journal*, 2010;74:771-8.
39. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chest Meeting*, October 1, 2009.
40. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, *Circulation* 2010; 121:221-9.

41. Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill.F., Cohen J., Quan,C., McFarland N., Thabane L, Mclvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Chantix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV- Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 26, Number 1, 2012 a Mary Ann Liebert,Inc.
42. McClure J.B., Swan G.E.,Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M.Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, J Subst Abuse Treat. 2010;38(4):394–402.
43. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yufnis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013 Sep 17;159(6):390-400.
44. Kishi T1, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;265(3):259-68.
45. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507-2520.
46. [http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm\\_medium=email&utm\\_source=govdelivery](http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery)
47. Fagerstrom K., Gilljam H.,Metcalf M.,Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, *BMJ* 2010;341:c6549.
48. Ebbert J.O., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, Nicotine & Tobacco Research, 2010;12(10):1037–1040.
49. Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):572–576.
50. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med.* 2013 May 29;11:140.
51. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med.* 2014 Oct 8;12:172.
52. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Irušen EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.
53. Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A. Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, *Am J Prev Med.* 2010;38(5):482–490.
54. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther.* 2009;31:463– 491.
55. Leung L.K. Patafio F.M. Rosser W.W.Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, *Clinical Pharmacology* 2011;11:15.
56. Singh S., Loke Y.K., Spangler J.K., Furberg K.D. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, *CMAJ.* 2011;183(12):1359-66.
57. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation.* 2014;129(1):28-41.
58. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
59. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix, July 21 2011. [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news\\_and\\_events/news/2011/07/news\\_detail\\_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1)
60. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, *Drug Saf.* 2009;32:499–507.
61. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebo controlled clinical trials of Varenicline, *Drug Saf.*, 2010;33(4):289–301.
62. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, Moeny D, Ouellet-Hellstrom RP, Coster TS. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. *Addiction.* 2013;108(1):203-10.
63. Thomas KH1, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ.* 2013;347:f5704.
64. [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Procedural\\_steps\\_taken\\_and\\_scientific\\_information\\_after\\_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf)Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo- controlled, randomized study. *Respirology.* 2009;14:384–392.
65. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2009;3:287–308.
66. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*2004; Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
67. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther.*1993;54:670–679.
68. Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington; 2007.Available from: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines) (Accessed Nov, 2010)

69. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(5):433-40.

70. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, *Drug Saf.* 2011;34(3):199-210.

71. [http://www.treatobacco.net/en/page\\_36.php](http://www.treatobacco.net/en/page_36.php)

72. Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *CLINICS* 2011;66(1):65-71.

73. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation.* 2008;3(1):57-62.

74. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep.* 2006;58(6):777-798.

75. [www.tabex.bg](http://www.tabex.bg)

76. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553-1559.

77. Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytosine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011;11:880.

78. Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovanoe kontroliruemoe issledovanie effektivnosti preparata Tabeks® pri lechenii tabachnoy zavisimosti. (A randomized controlled study of the efficacy of Tabex® (Cytisine) for treatment of tobacco craving) / *Voprosy narkologii.* 2009;N:13-22.

79. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014 Dec 18;371(25):2353-62.

80. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med.* 2011; 365(13):1193-200.

81. Musshoff F, Madea B. Fatal cytosine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int.* 2009;186(1-3):e1-4.

#### 4.4 Անհատականացված բուժման սխեմաներ

Կլինիկական պրակտիկայում դեղամիջոցների ընտրության և դեղաչափերի մասին որոշումները կայացվում են գրականության տվյալների և սեփական կլինիկական փորձի հիման վրա: Ներկայումս հայտնի են կլինիկական պրակտիկայում կիրառվող՝ ծխելը դադարեցնելու

առանձին դեղամիջոցների ստանդարտ դեղաչափերի կամ կիրառության սխեմաների որոշակի սահմանափակումներ: Այդ իսկ պատճառով չափազանց կարևոր է, որ բժիշկներն անհատականացնեն դեղամիջոցների չափաբաժինները ծխախոտային կախվածությունից բուժվող հիվանդների համար: Ծխելու զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման և զրկանքի ախտանշանների նվազեցման նպատակով հնարավոր է իրականացնել զուգակցված դեղորայքային բուժում: Առաջին շաբթի դեղամիջոցների որոշ զուգակցումներ ավելի արդյունավետ են, քան մոնոթերապիաները. դրանք են՝ նիկոտինային սպեղանու երկարաժամկետ (այսինքն՝ 14 շաբաթ և ավելի) զուգակցումը նիկոտինային մաստակի կամ նիկոտինի ներքթային ցողացրի հետ, նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային ներշնչակի, նիկոտինային սպեղանու և բուկրոպիոնի զուգակցումները:<sup>1,2</sup> Դեռևս պարզ չէ՝ արդյոք զուգակցված թերապիայի առավելությունը պայմանավորված է մատակարարման երկու տեսակի համակարգերի գործարկմամբ, թե այն հանգամանքով, որ մատակարարման երկու համակարգերը նպաստում են արյան մեջ նիկոտինի կոնցենտրացիայի ավելացմանը: Զուգակցված դեղորայքային բուժումը կամ բարձր դեղաչափով նիկոտինային փոխարինող բուժումն ավելի արդյունավետ կերպով է մեղմացնում նիկոտինի զրկանքի ախտանշանները, հատկապես՝ ավելի մեծ կախվածությամբ ծխողների մոտ:<sup>1</sup> Իրականում մասնագետները հաճախ են զուգակցում դեղամիջոցները: Ծանր ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին ցուցված է զուգակցված բուժում՝ երեք կամ ավելի դեղամիջոցների միաժամանակյա կիրառմամբ: Նախնական դեղամիջոցի նկատմամբ հիվանդի մասնակի ռեակցիայի դեպքում կարող է լինել դեղամիջոցների հետագա հարմարեցման կարիք: Օրինակ, եթե հիվանդը նվազեցրել է ծխելը, օգտագործելով 1 մգ վարենիկլին օրական 2 անգամ, և հեշտությամբ է տարել դեղամիջոցը, դեղաչափը կարող է բարձրացվել մինչև 1 մգ՝ օրական 3 անգամ: Հնարամտություն է պահանջվում նաև այն դեպքերում, երբ հիվանդները դադարեցնում են ծխելը՝ օգտագործելով նիկոտինային սպեղանի և կարճատև ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժում, սակայն վաղ երեկոյան զրկանքի ախտանշաններն ուժեղանում են: Ուշ կեսօրին 14 մգ նիկոտինային սպեղանի կիրառելով՝ կարելի է

նվազեցնել երեկոյան ժամերին գրկանքի ախտանշանների զարգացումը:<sup>2,3</sup>

Վարենիկլինով բուժման նախնական փուլում վատվեախսկվող գրկանքի ախտանշաններն ավելի լավ հաղթահարելու համար Հարթը և այլք վարենիկլինով բուժման ծրագրում օգտագործել են նաև սպեղանի, քանի որ հիվանդները ստիպված են եղել թողնել ծխելը ծրագրում ընդգրկվելու ժամանակ, իսկ վարենիկլինի միջոցով կայուն կոնցենտրացիաների հասնելու համար պահանջվում է մի քանի օր:<sup>5</sup>

#### **4.4.1. Դեղորայքային բուժման զուգակցումը**

##### **4.4.1.1. Զուգակցված դեղորայքային բուժման ընդհանուր սկզբունքները**

Ծխողների շրջանում գրկանքի ցուցանիշների բարձրացման համար գնահատվել է զուգակցված դեղորայքային բուժման 2 հիմնական տեսակ՝ (1) նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր կիրառության ձևերի և դեղակինետիկ պրոֆիլների օգտագործմամբ թերապիա (օրինակ՝ նիկոտինային սպեղանի և նիկոտինային մաստակ), և (2) տարբեր ազդման մեխանիզմներով 2 դեղամիջոցների զուգակցմամբ թերապիա, ինչպիսին է բուպրոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումը:

Երկու տարբեր դեղամիջոցներով զուգակցված թերապիան հնարավորություն է տալիս ձեռք բերել թերապևտիկ սիներգիզմ՝ օգտագործելով տարբեր ազդման մեխանիզմներով կամ դեղաբանական հատկություններով դեղամիջոցներ: Օրինակ՝ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի զուգակցումը միավորում է ծխելը դադարեցնելու հարցում վարենիկլինի արդյունավետությունը և ծխելը դադարեցնելուց հետո բուպրոպիոնի՝ քաշի ավելացումը նվազեցնելու առավելությունը: Բացի այդ, նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր տեսակների զուգակցումն ապահովում է նիկոտինի կայուն ելակետային մակարդակ (նիկոտինային սպեղանի) և, ի պատասխան գրկանքի ախտանշանների, նիկոտինային փոխարինող բուժման անմիջապես մատակարարման միջոցով նիկոտինի մակարդակի ընդհատումներով բարձրացման հնարավորություն (նիկոտինային մաստակ, բերանում լուծվող հաբեր, ներշնչակ կամ ներքթային ցողացիր):

Զուգակցված դեղաբուժությունը շարունակում է մնալ

հակասական և քիչ կիրառվող: Սննդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կողմից հաստատվել են միայն ծխելը դադարեցնելու նպատակով տարբեր տեսակի նիկոտինային փոխարինող բուժումների (այսինքն՝ մեկից ավելի նիկոտինային փոխարինող բուժման կուրսեր), ինչպես նաև բուպրոպիոնի և նիկոտինային սպեղանու զուգակցումները:

##### **4.4.1.2. Զուգակցված նիկոտինային փոխարինող բուժում (ՆՓԲ)**

Նկարագրված է նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման երկու տեսակ՝ հաջորդական և միաժամանակյա: Հաջորդական թերապիայի դեպքում գրկանքին հասնելու համար նշանակվում է նիկոտինի նախնական կայուն չափաբաժին (այսինքն՝ նիկոտինային սպեղանի), որից հետո ախտադարձը կանխարգելելու համար դեղաչափերը կիրառվում են ընդհատումներով՝ ըստ պահանջի: Համեմայն դեպք, հաջորդական թերապիային աջակցող տվյալները քիչ են: Բազմակի նիկոտինային փոխարինող բուժման (այսինքն՝ միաժամանակյա թերապիա) կիրառման վերաբերյալ համեմատաբար շատ տվյալներ կան: Այս բանաձևը հնարավոր է դարձնում նիկոտինի պասիվ մատակարարումը երկարաժամկետ ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցով (այսինքն՝ նիկոտինային սպեղանի), և ակտիվ՝ ըստ պահանջի մատակարարումը կարճաժամկետ ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցով (այսինքն՝ մաստակ, բերանում լուծվող հաբեր, ներշնչակ և ներքթային ցողացիր): Զուգակցման շնորհիվ նիկոտինային սպեղանիով բուժվողները հետևողական են լինում բուժման կուրսը շարունակելու հարցում: Այն նաև օգնում է ծխողներին պայքարել ծխելու անհագ ցանկության և գրկանքի ախտանշանների դեմ՝ ինքնուրույն կիրառելով կարճաժամկետ ազդեցությամբ ՆՓԲ միջոցներ:<sup>6</sup>

##### **Նիկոտինային փոխարինող բուժում + պարոքսետին**

Կիլետը և այլք կրկնակի կուրյր հետազոտությամբ ուսումնասիրել են՝ որքանով է արդյունավետ ծխելը դադարեցնելու նպատակով տրանսդերմալ նիկոտինային փոխարինող թերապիայի զուգակցումը հակադեպրեսանտ պարոքսետինի հետ: Ծխողները պատահականության սկզբունքով ընդգրկվել են 3 խմբերից մեկում տրանսդերմալ



համակարգ և պլացեթո, տրանսդերմալ համակարգ և 20 մգ պարոքսետին, տրանսդերմալ համակարգ և 40 մգ պարոքսետին: Տրանսդերմալ բուժումը կիրառվել է 8 շաբաթ, իսկ պարոքսետինը կամ պլացեթոն՝ 9 շաբաթ: Հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ զրկանքի ցուցանիշները խմբերում հավաստիորեն չեն տարբերվել, սակայն հետևողական մասնակիցների ենթախմբի վերլուծությունը ցույց է տվել, որ վերահսկողության շրջանի 4-րդ շաբաթում մասնակիցների զրկանքի ցուցանիշները պարոքսետինի խմբերում ավելի բարձր են եղել, քան ստուգիչ խմբում:<sup>7</sup>

### **Նիկոտինային սպեղանի + մաստակ**

Սպեղանին օգտագործվում է ամեն օր: Այն կարող է օգտագործվել նաև նիկոտինային մաստակի հետ միաժամանակ: Նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ միջոցները կարճաժամկետ ազդեցություն ունեն և անհրաժեշտության դեպքում կարող են օգտագործվել ծխելու անհագ ցանկությունը թուլացնելու համար: Այս միջոցները կարող են կիրառվել ամեն օր կամ ընդմիջումներով: Նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային մաստակի զուգակցումը գնահատող հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ծխելու զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման գործընթացում զուգակցումն իր արդյունավետությամբ գերազանցում է մոնոթերապիային 12-րդ և 24-րդ շաբաթներում:<sup>8,9</sup> 12 շաբաթ տևողությամբ զուգակցված բուժման արդյունքում զրկանքի ցուցանիշը եղել է 34%, ի տարբերություն սպեղանու մոնոթերապիայի 24% ցուցանիշի, իսկ 24-շաբաթյա բուժման ընթացքում զուգակցված բուժման արդյունավետությունը եղել է 28%, այն դեպքում, երբ մոնոթերապիայի արդյունավետությունը եղել է 15%:<sup>10</sup> Նիկոտինային մաստակի և սպեղանու զուգակցումը 3-6 ամիս կամ ավելի ժամանակահատվածում պետք է կիրառել ծանր և/կամ երկարատև նիկոտինային զրկանքի ախտանշաններով հիվանդների համար, երբ բացակայում են թերապևտիկ այլ լուծումներ:<sup>11</sup>

### **Նիկոտինային սպեղանի + նիկոտինային ցողացիր**

Նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային ցողացրի զուգակցված բուժման և մոնոթերապիայի

արդյունավետությունը գնահատելու նպատակով ռանդոմիզացված բաց հետազոտություն է իրականացվել 1384 ծխողների շրջանում: 6-րդ շաբաթում ծխելու զրկանքի ցուցանիշները հավաստիորեն ավելի բարձր են եղել զուգակցված բուժման խմբում:<sup>12</sup> Պլացեթո-վերահսկվող մեկ այլ հետազոտություն ցույց է տվել, որ նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինի ներքթային ցողացրի զուգակցված բուժում ստացողների խմբում ծխելու զրկանքի հասնելու արդյունքները գերազանցել են նիկոտինային սպեղանի և պլացեթո ներքթային ցողացրի կիրառողների խմբում գրանցված արդյունքներին կարճաժամկետ (6 շաբաթ և 3 ամիս) և երկարաժամկետ (12 ամիս) վերահսկման փուլերում:<sup>13</sup>

### **Նիկոտինային սպեղանի + նիկոտինային ներշնչակ**

400 մասնակից ընդգրկող պլացեթո-վերահսկվող ռանդոմիզացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ նիկոտինային սպեղանու և ներշնչակի միաժամանակ օգտագործման դեպքում 6-12-րդ շաբաթներում գրանցվել են ծխելու զրկանքի հավաստիորեն ավելի բարձր ցուցանիշներ, քան միայն ներշնչակի կիրառման դեպքում: Խումբ 1-ում (n=200) ներառված հիվանդները 6 շաբաթ օգտագործել են ներշնչակ և սպեղանի (15 մգ նիկոտին՝ ամեն 16 ժամ մեկ), ապա հաջորդ 6 շաբաթվա ընթացքում ներշնչակ և պլացեթո սպեղանի, իսկ դրանից հետո 14 շաբաթ՝ միայն ներշնչակ: Խումբ 2-ում (n=200) ընդգրկվածները օգտագործել են նիկոտինային ներշնչակ և պլացեթո սպեղանի 12 շաբաթ, ապա՝ միայն ներշնչակ 14 շաբաթ:<sup>14</sup> Ընդհանուր առմամբ, նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումները հեշտ տանելի են, իսկ կողմնակի ազդեցությունները նույնն են, ինչ յուրաքանչյուրի առանձին կիրառության դեպքում:<sup>2,3</sup>

### **Նիկոտինային սպեղանի + բուպրոպիոն**

Բուպրոպիոնի զուգակցումը նիկոտինային սպեղանու հետ ավելի արդյունավետ է, քան միայն սպեղանու կիրառումը, քանի որ դրանք ունեն ազդեցության տարբեր մեխանիզմներ:<sup>7</sup> Խորհուրդ է տրվում բուժման առաջին 2 շաբաթվա ընթացքում կիրառել բուպրոպիոնի ստանդարտ դեղաչափեր և ծխելը թողնելու նշանակված օրն ավելացնել նիկոտինային սպեղանին: Բուպրոպիոնը հարկավոր է օգտագործել 7-12

շաբաթ: Նիկոտինային սպեղանիով բուժման օպտիմալ տևողությունը զուգակցված բուժման սխեմայում 3-6 ամիս է:<sup>11</sup>

Չորս խմբով կրկնակի կույր, պլացեբո վերահսկվող հետազոտության տվյալներով՝ զուգակցված թերապիայի դեպքում (նիկոտինային սպեղանի և բուպրոպիոն) զրկանքի ցուցանիշը 12-րդ ամսում եղել է 35.5%, միայն բուպրոպիոնի կիրառման դեպքում՝ 30.3%, միայն նիկոտինային սպեղանու դեպքում՝ 16.4% և պլացեբոյի դեպքում՝ 15.6%:<sup>11</sup> Ժորենբան և այլք պատահականության սկզբունքով մասնակիցներին ներառել են երեք խմբում՝ միայն բուպրոպիոն կիրառողներ, միայն նիկոտինային սպեղանի կիրառողներ և բուպրոպիոն ու սպեղանին միաժամանակ կիրառողներ: Ստուգիչ խմբի մասնակիցները ստացել են պլացեբո հաբեր և պլացեբո սպեղանի: Կենսաքիմիական եղանակով հաստատված զրկանքի ցուցանիշը 12-րդ ամսում եղել է 15.6% պլացեբո խմբում, 16.4%՝ նիկոտինային սպեղանի կիրառողների խմբում, 30.3%՝ միայն բուպրոպիոն կիրառողների խմբում ( $P < 0.001$ ) և 35.5%՝ զուգակցված թերապիայի խմբում ( $P < 0.001$ ): Չրկանքի ցուցանիշները զուգակցված թերապիայի դեպքում ավելի բարձր են եղել, քան միայն բուպրոպիոնի կիրառման դեպքում, սակայն տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի չի եղել:<sup>15</sup> Ընդհանուր առմամբ, մասնագիտական գրականության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բուպրոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցված թերապիան բարձրացնում է կարճատև զրկանքի ցուցանիշները: ԱՄՆ-ի Հանրային առողջապահության ծառայությունների մետա-վերլուծությունը ցույց է տվել բուպրոպիոնի և նիկոտինային սպեղանու զուգակցման դեպքում երկարատև զրկանքի ցուցանիշների ( $\geq 6$  ամիս) բարձրացման ոչ հավաստի տեղեկեց՝ համեմատած միայն նիկոտինային սպեղանու հետ [ՀԳ՝ 1.3, 95% ՀՄ 1.0-1.8]: 1 Փոքրեյնի համագործակցության վերջին ուսումնասիրությունը հանգել է նույն եզրակացության:<sup>16</sup>

Պլացեբո-վերահսկվող հետազոտությունը գնահատել է ծխողների շրջանում բուպրոպիոնի (300 մգ) և նիկոտինային սպեղանու (21 մգ), նիկոտինային մաստակի (2 մգ) ու կոզնիտիվ վարքային թերապիայի զուգակցման արդյունավետությունը: Բուպրոպիոնի ավելացումը բարձրացրել է ծխելու նվազեցման ցուցանիշը ( $\geq 50\%$ ) 12-24-րդ շաբաթում և ծխելու շարունակական զրկանքը՝ 8-րդ շաբաթում:<sup>17</sup>

1700 ծխող ընդգրկող հետազոտությունում բուպրոպիոնի և նիկոտինային ներշնչակի զուգակցված թերապիայի արդյունավետությունը գերազանցել է առանձին կիրառվող երկու միջոցների արդյունավետությանը:<sup>18</sup>

Առաջնային բուժօղակում իրականացված՝ ծխելը դադարեցնելու արդյունավետությունը գնահատող մեծ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ բուպրոպիոնի և բերալում լուծվող հաբերի զուգակցման արդյունքները գերազանցել են բոլոր մոնոթերապիաների (այսինքն՝ բերալում լուծվող հաբ, սպեղանի, բուպրոպիոն) արդյունքներին:<sup>19</sup>

### **Նորորիպտիլին + նիկոտինային փոխարինող բուժում**

Նորորիպտիլինի ու նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման և միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետությունները համեմատող հետազոտությունների մետա-վերլուծությունը վկայում է՝ չկան բավարար ապացույցներ այն մասին, որ զուգակցված բուժումը բարձրացնում է ծխելու զրկանքի ցուցանիշները (ՀՀ՝ 1.21, 95% ՀՄ 0.94-1.55):<sup>16</sup>

### **Վարենիկլին + նիկոտինային փոխարինող բուժում**

Տե՛ս նաև 4.3.3.3 ենթաբաժինը: Դեղակինետիկ տվյալների<sup>20</sup> վրա հիմնվելով՝ Էբերտը և համահեղինակները<sup>21</sup> առաջ են քաշել հետևյալ վարկածները. (1) վարենիկլինը ամբողջությամբ չի հագեցնում նիկոտինի ացետիլխոլինային ընկալիչները՝ հանգեցնելով ոչ լիարժեք «գոհացման» և ծխելու շարունակական մղման թերի արգելակման, (2) վարենիկլինը լիովին չի փոխարինում ծխելու դոֆամինային ազդեցությանը՝ հանգեցնելով ծխելու շարունակական ցանկության: Այդ պատճառով հեղինակները եզրակացրել են, որ որոշ ծխողներ, ի հավելումս վարենիկլինի, կարող են ունենալ նիկոտինային փոխարինող բուժման կարիք՝ զրկանքը և ծխելու ցանկությունը նվազեցնելու համար, ինչը նրանց թույլ կտա հասնել ամբողջական զրկանքի: Մեյոյի հիվանդանոցի Նիկոտինային կախվածության կենտրոնում ծխելը դադարեցնելու 8-օրյա ներհիվանդանոցային բուժման ծրագրի շրջանակներում վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցված թերապիայի կիրառման մեծ փորձ ունենալով՝ հեղինակները վարենիկլին օգտագործող ծխողների զրկանքի ախտանշանները



մեղմացնելու համար առաջարկել են օգտագործել նիկոտինային փոխարինող բուժում: Հետազոտության ընթացքում զուգակցված թերապիայի խմբում կողմնակի ազդեցությունների աճ չի դիտվել՝ համեմատած նույն ծրագրում միայն վարենիկլինոլ բուժվող հիվանդների խմբի հետ: Այնուամենայնիվ, այս հետազոտության արդյունքները կարող են չհամապատասխանել հիվանդների այլ խմբերին և պետք է մեկնաբանվեն զգուշությամբ:

Մեկ այլ կլինիկական հետազոտություն նպատակ է ունեցել պարզել, թե ինչու է ծխելը դադարեցնելու հավանականությունը ավելի մեծ դեղամիջոցների զուգակցմամբ բուժման դեպքում, ի տարբերություն մոնոթերապիայի կամ պլացեբո բուժման: Ծխելը դադարեցնելու վեց դեղաբուժական ծրագրերով (պլացեբո, նիկոտինային սպեղանի, բերանում լուծվող նիկոտինային հաբեր, բուպրոպիոն, նիկոտինային սպեղանի և բերանում լուծվող նիկոտինային հաբեր, բուպրոպիոն և բերանում լուծվող նիկոտինային հաբեր) ռանդոմիզացված 1504 ներկայիս ծխողներից հավաքված տվյալների վրա հիմնվելով՝ եզրակացրել են, որ զուգակցված բուժումները նպաստում են զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշների՝ մոնոթերապիաների հետ համեմատած, քանի որ ավելի շատ են ճնշում զրկանքի ախտանիշները, ծխելու անհագ ցանկությունը և սպասելիքները ծխելուց:<sup>22</sup>

Լուիզ, Փայփերը և այլք պատասխանել են այն հարցին, թե արդյոք զուգակցված դեղորայքային բուժումը պետք է նույն կերպ կիրառվի բոլոր ծխողների համար, թե որոշ ծխողների դեպքում այն կարող է լրացուցիչ առավելություններ չունենալ մոնոթերապիաների համեմատ: Նրանք եզրակացրել են, որ զուգակցված դեղորայքային բուժումը հիմնականում ավելի արդյունավետ է եղել, քան մոնոթերապիան, բացառությամբ ծխողների մի խմբի (ցածր նիկոտինային կախվածությամբ ծխողներ), ովքեր զուգակցված բուժումից մեծ օգուտ չեն ստացել: Այս ծխողների շրջանում մոնոթերապիայի նախընտրությունը կարող է հիմնավորվել՝ հաշվի առնելով զուգակցված բուժման ծախսերը և կողմնակի ազդեցությունները:<sup>23</sup>

Ռանդոմիզացված վերահսկվող 3 նոր հետազոտություններ ուսումնասիրել են զուգակցված բուժման արդյունավետությունը:<sup>24-26</sup> Հայելը և այլք ռանդոմիզացված հիվանդների շրջանում արված հետազոտությամբ ցույց

են տվել, որ վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման խմբում ծխելը դադարեցնելու արդյունավետությունը չի գերազանցում միայն վարենիկլին կիրառող խմբում գրանցվող արդյունավետությանը: Սակայն այս հետազոտությունը սահմանափակ է իր ընտրանքի չափի պատճառով (n=117):<sup>24</sup> Ռամոնի և այլոց կողմից իրականացված ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունում 341 ծխողներ, ովքեր օրական ծխել են 20 և ավելի սիգարետ, ռանդոմիզացվել են վարենիկլին + նիկոտինային սպեղանի կամ վարենիկլին + պլացեբո սպեղանի խմբերում 12 շաբաթ: Երկու խումբն էլ ստացել է վարքային աջակցություն:<sup>25</sup> Ընդհանուր առմամբ, վարենիկլին + նիկոտինային փոխարինող բուժում խմբում եղել է զրկանքի աննշան, սակայն վիճակագրորեն ոչ հավաստի աճ: Ենթավերլուծությունը 24 շաբաթ զուգակցված թերապիա ստացող, 29 և ավելի սիգարետ օգտագործող ծխողների շրջանում գրանցել է զրկանքի հավաստիորեն բարձր ցուցանիշներ (ՀԳ՝ 1.46, 95% ՀՄ՝ 1.2-2.8): Երկրորդ ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը (n=435), որը նույնպես համեմատել է վարենիկլինի մոնոթերապիան նիկոտինային փոխարինող բուժման ու վարենիկլինի զուգակցված թերապիայի հետ, ցույց է տվել, որ զուգակցված թերապիան կապված է ծխելու զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշների հետ՝ վերահսկողության 12-րդ (1.85, 95% ՀՄ՝ 1.19-2.89, P=0.007) և 24-րդ շաբաթում (49.0% ընդդեմ 32.6%, ՀԳ՝ 1.98, 95% ՀՄ՝ 1.25-3.14, P=0.004):<sup>26</sup> Հետազոտողները զուգակցված թերապիայի խմբում գրանցել են սրտխառնոցի, քնի խանգարումների, դեպրեսիայի, մաշկային ռեակցիաների և փորկապության ավելի բարձր հաճախականություն, սակայն միայն մաշկային ռեակցիաների հաճախականության տարբերությունն է եղել վիճակագրորեն հավաստի:

Անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ վարենիկլինի և նիկոտինային զուգակցված բուժման արժեքը և հիվանդների հատուկ ենթախմբերին այն առաջարկելու հնարավորությունը հետազայում ավելի լավ հասկանալու համար: Հաշվի առնելով ներկայումս անկա ապացույցների սակավությունը՝ զուգակցված բուժումը կարելի է դիտարկել միայն այն հիվանդների համար, ովքեր մոնոթերապիայի միջոցով դժվարանում են հասնել լիարժեք զրկանքի:

## Վարենիկլին + բուպրոպիոն

Ջանի որ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի ազդեցության մեխանիզմները տարբեր են, դրանք հաճախ օգտագործվում են զուգակցված, հատկապես՝ այն ծխողների համար, ովքեր նախկինում ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառել են բուպրոպիոնի մոնոթերապիա, սակայն այդ ընթացքում ունեցել են դժվարություններ: Այս զուգակցման փորձնական հետազոտությունը ցույց է տվել գերազանց արդյունավետություն և բարձր տանելիություն՝ եզրակացնելով, որ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի զուգակցումը կարող է արդյունավետ լինել մոնոթերապիայի դեպքում արձանագրված ծխելու զրկանքի ցուցանիշներն էլ ավելի բարձրացնելու համար:<sup>3</sup>

## Առաջարկություններ

- Որպես ծխելը դադարեցնելու բուժում արդյունավետ են առաջին շաբթի դեղամիջոցների 5 զուգակցումներ, սակայն այդ բոլորի կիրառման առաջարկություններ անելու համար չկան բավարար ապացույցներ: Ներկայումս ԱՄՆ Սննդի և դեղորայքի վարչության կողմից (FDA) հաստատվել է միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր տեսակների զուգակցումը, ինչպես նաև՝ նիկոտինային սպեղանու ու բուպրոպիոնի զուգակցումը:<sup>23</sup> Այնուամենայնիվ, բժիշկները ծխելը դադարեցնել ցանկացող հիվանդների շրջանում կարող են դիտարկել դեղամիջոցների այս զուգակցումների կիրառումը:
- Դեղամիջոցների արդյունավետ զուգակցումներն են՝
  - երկար ժամանակ (> 14 շաբաթ) կիրառվող նիկոտինային սպեղանի և ՆՓՔ այլ տարբերակներ (մաստակ, ցողացիր) (A մակարդակի ապացույց),
  - նիկոտինային սպեղանի և նիկոտինային ներշնչակ (B մակարդակի ապացույց),
  - նիկոտինային սպեղանի և բուպրոպիոն (A մակարդակի ապացույց):
- Վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման հակացուցումներ չկան (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենիկլինի զուգակցումը հատկապես արդյունավետ է ծխախոտի մոլի օգտագործողների համար, սակայն արդյունքները

տարբեր են: Այս մոտեցման արդյունավետությունն ապացուցող լրացուցիչ հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա (C մակարդակի ապացույց):

## Գրականություն

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. 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.
3. Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010;70(6):643–650.
4. Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones, J.Consult.Clin. Psychol., 2011;79(1):34-42.
5. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009;59:314-326.
6. Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. Arch Intern Med. 1999;159:2033–8.
7. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, J Consult Clin Psychol. 2000;68:883-9.
8. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, Tob Control. 1995;4:231–5.
9. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. Prev Med. 1995; 24(1):41–7.
10. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial. Prev Med. 1995;24:41-47.
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), 2nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro.
12. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting, Nicotine Tob Res. 2003;5(2):181–7.
13. Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up, Br Med J. 1999;318:285–8.

14. Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation, Arch Intern Med. 2000;160:3128-3134.
15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained- release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med. 1999;340:685-691.
16. Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, Cochrane Database Systematic Reviews 2014; 1:Art. No. CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
17. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week doubleblind, placebo- controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia, J Clin Psychopharmacol. 2007;27(4):380-6.
18. Croghan IT, Hurt RD, Dakhill SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ, et al. Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention, Mayo Clin Proc. 2007;82(2):186-95.
19. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics, Arch Intern Med. 2009;169(22):2148- 55.
20. Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers, J Clin Pharmacol. 2006;46(12):1439-48.
21. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009;11(5):572-6.
22. Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression. Nicotine Tob. Res. 2012;80(1):54-65.
23. Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. Nicotine Tob. Res. 2012;14(2):131-41.
24. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013 May 29;11:140.
25. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. BMC Med. 2014 Oct 8;12:172.
26. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Irlsen EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.

#### 4.4.2 Առաջարկություններ բուժման տևողությունը երկարաձգելու համար

Ապացուցված է, որ որոշ հիվանդների պարագայում արդյունավետ է ավելի երկար բուժումը:

#### Նիկոտինային փոխարինող երկարացված բուժում

Նիկոտինի փոխարինող միջոցներով երկարացված բուժման պատճառով առաջացող պոտենցիալ կախվածության վախերը հիմնավորված չեն: Ընդհակառակը, նման թերապիայի երկարացումը կարող է օգտակար լինել առողջության համար, քանի որ ծխելը դադարեցնելու բուժման ընթացքում հաճախ են դիտվում վաղաժամ ախտադարձեր:

Նիկոտինային մաստակի երկարատև օգտագործման հետազոտությունները ցույց են տվել զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշներ՝ համեմատած կարճատև բուժման հետ, և 15%-20% զրկանք նրանց մոտ, ովքեր օգտագործել են նիկոտինի մաստակ  $\geq 12$  ամիս:<sup>1</sup> Թոքերի առողջությունը ուսումնասիրող հետազոտությունը հայտնաբերել է, որ թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ երկարատև զրկանքով պացիենտների մոտավորապես մեկ երրորդը մինչև 12 ամիս օգտագործել է նիկոտինային մաստակ (ոմանք՝ մինչև 5 տարի)՝ առանց լուրջ կողմնակի ազդեցությունների դրսևորման:<sup>2</sup>

Ռանդոմիզացված հետազոտություններից մեկում 568 մասնակիցներ պատահականության սկզբունքով բաշխվել են առանձին խմբերում՝ 8 շաբաթ 21 մգ նիկոտինային սպեղակի կիրառողների, 16 շաբաթ պլացեբո կիրառողների և երկարացված բուժման խմբերում (24 շաբաթ 21 մգ նիկոտինային սպեղակի կիրառողներ): Արդյունքները վկայում են, որ նիկոտինային սպեղակին 24 շաբաթում բարձրացրել է կենսաքիմիական եղանակով հաստատված շարունակական զրկանքի հասնելու արդյունավետությունը, նվազեցրել է ախտադարձի ռիսկը և բարձրացրել է ձախողումից հետո զրկանքի վերականգնման հավանականությունը՝ 8 շաբաթ նիկոտինային սպեղակու կիրառության արդյունավետության հետ համեմատած:<sup>3</sup>

Նիկոտինային մաստակը և սպեղակին կարող են օգտագործվել ավելի քան 6 ամիս լավ արդյունքներով, հատկապես՝ այն հիվանդների կողմից, ում բնորոշ է զրկանքի ախտանշանների շարունակականությունը:

Սննդի և դեղորայքի վարչությունը (FDA) հաստատել է, որ ռիսկերի բացակայության շնորհիվ նիկոտինային փոխարինող բուժումը հնարավոր է նշանակել 6 ամիս և ավելի տևողությամբ: Նիկոտինային մաստակի օգտագործումը ծխելը դադարեցնելուց հետո երաշխավորում է քաշի ավելի լավ վերահսկում: Դեղորայքի միջոցով նիկոտինի ընդունման և քաշի ավելացման միջև հակադարձ համեմատական կապ գոյություն ունի (որքան մեծ է նիկոտինի փոխարինող միջոցների չափաբաժինը, այնքան քիչ է քաշի ավելացումը):<sup>1</sup> Շատ քիչ մարդ կարող է իրական կախվածություն ձեռք բերել նիկոտինին փոխարինող միջոցներից: Սակայն, անշուշտ, որոշ նախկին ծխողներ կարող են շարունակել օգտագործել դրանք մինչև 1 տարի և նույնիսկ ավելի երկար, քանի որ նրանք վախենում են ձախողելուց և ծխելը վերսկսելուց:<sup>1</sup> Հետազոտություններից մեկի շրջանակում ընդհանուր թվով 402 մասնակից, ավարտելով խմբային խորհրդատվություն, նիկոտինային փոխարինող բուժում և բուլարոպիոնի ընդունում ներառող 12-շաբաթյա բուժման ծրագիրը, անկախ ծխելու կարգավիճակից, պատահականության սկզբունքով ներառվել է հետևյալ խմբերում (1) ստանդարտ բուժում (առանց հետագա բուժման), (2) նիկոտինային փոխարինող երկարացված բուժում (նիկոտինային մաստակի օգտագործում 40 շաբաթ), (3) երկարացված կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա (11 կոգնիտիվ-վարքաբանական սեսիա 40 շաբաթվա ընթացքում), կամ (4) երկարացված կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա + երկարացված նիկոտինային փոխարինող բուժում (գուլակցված՝ 11 կոգնիտիվ-վարքաբանական սեսիա + 40 շաբաթ նիկոտինային մաստակի օգտագործում): Հեղինակները ընդունել են, որ երկարատև բուժումը հանգեցնում է գրկանքի բարձր և կայուն ցուցանիշների:<sup>4</sup>

**Երկարացված բուժում վարենիկլինոլ**

Վարենիկլինոլ 12 շաբաթ և ավելի տևողությամբ բուժումն անվտանգ է, հեշտ տանելի և երաշխավորում է երկարաժամկետ գրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշ՝ հարաբերականորեն նվազեցնելով ախտադարձի ռիսկը: Վարենիկլինը կարող է օգտագործվել որպես արդյունավետ դեղամիջոց նիկոտինային կախվածության բուժման համար 24 շաբաթվա ընթացքում, հատկապես՝ այն հիվանդներին

դեպքում, ում մոտ ծխելու ցանկությունը վերադառնում է բուժման 12 շաբաթից հետո: Վարենիկլինն առաջին դեղամիջոցն է, որն ախտադարձի վրա ունի հավաստի երկարաժամկետ ազդեցություն: Ըստ Թոնսթեդի և այլոց՝ վարենիկլինով բուժման խմբի մասնակիցների 70.6%-ը դադարեցրել է ծխելը 13-24-րդ շաբաթում, ի տարբերություն պլացեբո խմբի 49.8%-ի, 25-52-րդ շաբաթում չի ծխել մասնակիցների համապատասխանաբար 44%-ը և 37.1%-ը:<sup>5</sup>

**Երկարացված բուժում բուլարոպիոնով**

Չրկանքի ցուցանիշների բարելավման և ախտադարձի կանխարգելման նպատակով բուլարոպիոնով ստանդարտ 7-9 շաբաթ տևողությամբ բուժումը կարելի է երկարացնել: Ռանդոմիզացված, պլացեբո վերահսկվող հետազոտությունում 784 անողջ ծխողներ 7 շաբաթ շարունակ օգտագործել են 300 մգ բուլարոպիոն, որից հետո մի խմբի մասնակիցները շարունակել են բուլարոպիոնի ընդունումը ևս 45 շաբաթվա ընթացքում, մյուսներն ընդգրկվել են պլացեբո խմբում: Բուլարոպիոնի խմբում 52-րդ շաբաթում դիտվել է գրկանքի 55.1% ցուցանիշ, ի տարբերություն պլացեբո խմբի 42.3% ցուցանիշի: Վերահսկողության շրջանի 78-րդ շաբաթում այս ցուցանիշը չի փոխվել (47.7%՝ բուլարոպիոնի խմբում, 37.7%՝ պլացեբո խմբում, p=0.034), սակայն հետազոտության վերջին այցի ժամանակ՝ 104-րդ շաբաթում, տարբերությունը դարձել է ոչ հավաստի (41.6%՝ բուլարոպիոնի խմբում և 40.0%՝ պլացեբո խմբում): Ախտադարձերը բուլարոպիոնի խմբում միջինում դիտվել են 156-րդ օրը, իսկ պլացեբո խմբում՝ 65-րդ օրը (p=0.021), փաստ, որն անհերքելիորեն բուլարոպիոնով երկարատև բուժման կուրսերի օգտին է:<sup>6</sup>

Կոքսը և այլք բուլարոպիոնով 7 շաբաթ բուժում ստացած գրկանքով պացիենտներին ռանդոմիզացրել են 1 տարի կանոնավոր կերպով բուլարոպիոն ստացողների խմբում և պլացեբո խմբում:<sup>7</sup> Բուլարոպիոնի երկարացված բուժման ավարտին գրանցվել են գրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշներ՝ համեմատաձայնեցրոյի հետ, սակայն 1 տարի շարունակական վերահսկողության ընթացքում տարբերություններ չեն դիտվել: Քիլենը և համահեղինակները ծխողներին 12 շաբաթ բուժել են՝ կիրառելով բուլարոպիոն, նիկոտինային սպեղանի և ախտադարձի կանխարգելման շաբաթական թերյինկվների ծրագիր:<sup>8</sup> Ապա բոլոր մասնակիցներին առաջարկել են

ախտադարձի կանխարգելման 4 սեսիա և ևս 14 շաբաթ ակտիվ կամ պլացեբո բուստրոպիոնի օգտագործում: Բուժման 1 տարվա կտրվածքով այդ ծրագրերի արդյունավետության տարբերություններ չեն դիտվել:

Անհրաժեշտության դեպքում դեղորայքային բուժումը կարելի է կիրառել ավելի երկար, քան սովորաբար խորհուրդ է տրվում: Հայտնի է, որ զրկանքի ցուցանիշների վրա ամենամեծ ազդեցությունն ունենում են նիկոտինային սպեղանու երկարատև թերապիան և ըստ պահանջի օգտագործվող նիկոտինային փոխարինող բուժման երկարատև կիրառությունը:<sup>1</sup>

### Գրականություն

1. 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.
2. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. Am J of Med. 1999;106(4):410-416.
3. Schnoll R.A., Patterson.F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, Ann Intern Med. 2010;152:144-151.
4. Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz.R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, Addiction,2009;104(6):1043-52.
5. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P.,MD, PhD, Hajek P.,Phd, Williams K.E.,Phd, Billing C.B., MS, Reeves R.K.,MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, JAMA, 2006;296(1):64-71.
6. 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.
7. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. J Natl Cancer Inst., 2012;104(4):290-8.28.
8. Killen JD, Fortman SP., Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C., Cromp D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, J. Consult Clin Psychol. 2006;74(2):286-94.

## 4.5 Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող այլ միջամտությունների հասանելի ապացույցներ

Գոյություն ունեն ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մի շարք մոտեցումներ, որոնց արդյունավետությունը դեռևս ապացուցված չէ: Այդ մոտեցումները հիմնված են պատվաստուկների, դեղամիջոցների և ոչ դեղաբանական գործոնների վրա: Բուժման սկզբից առնվազն 6 ամիս վերահսկողական փուլում դեռևս դրական արդյունք չգրանցած միջամտությունները նկարագրված են ստորև:

### Պատվաստուկներ (Vaccines)

Ներկայումս երեք տեսակի հակա նիկոտինային պատվաստուկներ են ուսումնասիրվում արդեն կլինիկական գնահատման փուլում:<sup>1</sup> Նիկոտինի դեմ պատվաստուկների օգտագործմամբ I/II փուլերում գտնվող 5 կլինիկական հետազոտությունների վերլուծությունն ապացուցել է, որ ծխելը թողնելու ցուցանիշների աճ դիտվում է միայն բարձր հակամարմինների տիտրեր ունեցող սակավաթիվ ծխողների մոտ: Եզրակացություն է արվել, որ կախվածության կենդանական մոդելներում գոյություն ունեն թերություններ և անհրաժեշտ է ավելի լավ հասկանալ կախվածությանը նպաստող գործընթացները:<sup>2</sup> Քոքրեյնի համագործակցության երկրորդ վերլուծությունը ցույց է տվել, որ ծխելը դադարեցնելու նպատակով պատվաստուկների օգտագործման արդյունավետության ապացույցներ չկան: Լրացուցիչ հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա:<sup>3</sup>

### Արծաթի ացետատ (Silver acetate)

Ծխելը դադարեցնելու համար նախատեսված արծաթի ացետատի արդյունավետությունը գնահատող ռանդոմիզացված հետազոտությունների վերլուծությունը փաստել է, որ այն գրեթե չի օգնում դադարեցնել ծխելը:<sup>4,6</sup>

### Նիկոբրևին (Nicobrevin)

Ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող պատենտավորված նիկոբրևինի ազդեցությունը գնահատող երկարատև ռանդոմիզացված հետազոտությունների վերլուծությամբ չի ապացուցվել դրա արդյունավետությունը ծխելը դադարեցնելու հարցում:<sup>5</sup>

### **Լոբելին (Lobeline)**

Ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող տնտեսապես հասանելի դեղամիջոց լոբելինի (այն նիկոտինի մասնակի ազոնիստ է) հետազոտությունների վերլուծության արդյունքում չի գտնվել որևէ դրական ապացույց այն մասին, որ լոբելինը կարող է օգնել դադարեցնել ծխելը երկար ժամանակահատվածում:

### **Անքսիոլիտիկներ (Anxiolitics)**

Անքսիոլիտիկներով (դիազեպամ (diazepam), դոքսեպին (doxepin), մեպրոբամատ (meprobamate), օնդանսետրոն (ondansetron)) և բետա-պաշարիչներով (մետոպրոլոլ (metoprolol), օքսպրենոլոլ (oxprenolol) և պրոպրանոլոլ (propranolol)) բուժման արդյունավետությունը գնահատող վերլուծությամբ նույնպես չի ապացուցվել, որ դրանք կարող են օգնել դադարեցնել ծխելը, սակայն հնարավոր ազդեցությունը բացառված չէ:<sup>7</sup>

### **Օփիոդ անտագոնիստներ (Opiod antagonists)**

Օփիոդ անտագոնիստների՝ նալոքսոնի (naloxone) և նալտրեքսոնի (naltrexone) արդյունավետությունը գնահատող հետազոտությունների վերլուծությունը պարզել է, որ չկա որևէ հստակ փաստ այն մասին՝ որքանով են վերոնշյալ դեղամիջոցները նպաստում ծխելը դադարեցնելուն:<sup>8</sup>

### **Մեկամիլամին (Mecamylamine)**

Նիկոտինի անտագոնիստ մեկամիլամինի կիրառման արդյունավետությունը (այդ թվում՝ նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ զուգակցված) գնահատող հետազոտությունների վերլուծությունը պարզել է առավել լայնածավալ հետազոտությունների իրականացման անհրաժեշտությունը:<sup>9</sup>

### **Գաբապենտին (Gabapentin)**

Ծխախոտային կախվածության բուժման նպատակով սոփորական դեղաչափերով գաբապենտինի կիրառման արդյունքում ծխախոտի օգտագործման դադարեցման ցուցանիշների փոփոխություն չի արձանագրվել:<sup>10</sup>

### **CB1 ընկալիչի անտագոնիստ (CB1 Receptor antagonist)**

Ամփոփվել են նաև 3 հետազոտություններ, որոնք ուսումնասիրել են՝ արդյոք ընտրողական CB1 ընկալիչի անտագոնիստները (ներկայումս դիմոնաբանտ (rimonabant) և տարանաբանտ (taranabant)) ավելացնում են ծխելը դադարեցնող մարդկանց քանակը, և գնահատել են դրանց ազդեցությունը ծխելը դադարեցնելու հաջողությունից կախված քաշի փոփոխման վրա: Արդյունքում՝ ի հայտ են եկել որոշ դրական ապացույցներ, սակայն այս դեղամիջոցների մշակումը արտադրողների կողմից դադարեցվել է 2008 թ.:<sup>11</sup>

### **Գլյուկոզայի հաբեր**

Ծխելը դադարեցնելուն օժանդակող գլյուկոզայի հաբերի ռանդոմիզացված հետազոտության նպատակն էր գնահատել դրանց հնարավոր ազդեցությունը 6 ամիս տևող շարունակական զրկանքի ցուցանիշների բարելավման վրա: Արդյունքները ցույց են տվել, որ գլյուկոզայի հաբերը հավաստի առավելություն չունեն ցածր կալորիականությամբ պլանցեթո հաբերի նկատմամբ: Սակայն հետազոտողները պնդել են, որ արժե ուսումնասիրել նիկոտինային փոխարինող բուժման կամ բուկարոպինի հետ զուգակցված ազդեցության հնարավորությունը:<sup>12</sup>

### **Ոչ դեղաբանական միջամտություններ**

#### **Չուզընկերոջ աջակցությամբ միջամտություններ**

Չուզընկերոջ աջակցությամբ ծխախոտի օգտագործման երկարատև դադարեցմանը հասնելու վերաբերյալ 57 հասանելի հոդվածների վերլուծությունը չի հանգեցրել հստակ եզրակացությունների, և առաջարկվել է իրականացնել լրացուցիչ հետազոտություններ:<sup>13</sup>

#### **Ֆինանսական խրախուսանքներ**

Ծխելը դադարեցնելուն նախատրամադրող մրցակցության, նյութական կամ ֆինանսական խրախուսանքների 17 հետազոտությունների վերլուծությունը չի հայտնաբերել ծխելու երկարատև դադարեցման ցուցանիշների բարձրացման հստակ ապացույցներ:<sup>14</sup> Հղիների շրջանում իրականացված խրախուսանքների վրա հիմնված միջամտությունները հղիության վերջում և հետծննդաբերական շրջանում բարձրացրել են ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները:

### **Ֆիզիկական ակտիվության վրա հիմնված միջամտություններ**

Ծխելը դադարեցնելու հարցում ֆիզիկական ակտիվության դերն ուսումնասիրող 20 հետազոտությունից միայն մեկն է փաստել ֆիզիկական ակտիվության դրական ազդեցությունը 1 տարի տևողությամբ վերահսկողական շրջանում: Մյուս հետազոտություններն ունեցել են թերություններ: Հետևաբար՝ ֆիզիկական ակտիվության վրա հիմնված՝ ծխելը դադարեցնելու ծրագրերի նոր հետազոտությունների կարիք կա:<sup>15</sup>

### **Հիպնոթերապիա**

Հիպնոթերապիայի՝ որպես ծխելը դադարեցնելուն օժանդակող մեթոդի արդյունավետության մասին 11 ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունների վերլուծությունը իրար հակասող արդյունքներ է ցույց տվել և չի տրամադրել ապացույցներ այն մասին, որ հիպնոթերապիան կարող է լինել այնքան արդյունավետ, որքան խորհրդատվությունները:<sup>16</sup>

### **Ասեղնաբուժություն, լազերային և էլեկտրական խթանում**

Ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող ասեղնաբուժության և կետային ճնշման տեխնիկաների, լազերային թերապիայի և էլեկտրական խթանման արդյունավետության մասին 38 ռանդոմիզացված հետազոտությունների վերլուծությունը չի հայտնաբերել այս միջամտությունների արդյունավետության հաստատուն ապացույցներ, սակայն հստակ եզրակացություններ չեն արվել: Ուստի խորհուրդ է տրվել իրականացնել լրացուցիչ հետազոտություններ՝ օգտագործելով հաճախակի կամ շարունակական խթանում:<sup>17</sup>

### **Ավերսիվ խթանումներ**

Ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող արագ ծխելու մեթոդի և տհաճություն առաջացնող այլ մեթոդների մասին 25 հետազոտությունների վերլուծությունը չի հայտնաբերել բավարար ապացույցներ՝ գնահատելու համար արագ ծխելու և տհաճություն առաջացնող այլ մեթոդների արդյունավետությունը կամ պարզելու՝ արդյո՞ք գոյություն ունի ավերսիվ խթանման դեղաչափապատասխան կապ:<sup>18</sup>

### **Առաջարկություններ**

- Ոչ ավանդական թերապիաների (հիպնոս, ասեղնաբուժություն, բուսաբուժություն, հոմեոթերապիա) արդյունավետությունը հստակ կերպով չի ապացուցվել, ուստի մասնագետները այս թերապիաները խորհուրդ չեն տալիս:
- Քանի որ ոչ ավանդական թերապիաները հիմնականում անվտանգ են, բուժաշխատողներին խորհուրդ չի տրվում արգելել հիվանդներին դիմել այս մեթոդների օգնությանը՝ հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ ծխելը թողնել ցանկացող հիվանդները կարող են հրաժարվել ավանդական բժշկության մեթոդներից:
- Ավանդական և ոչ ավանդական մեթոդների զուգակցումն ավելի նպատակահարմար է, քան միայն ոչ ավանդական մեթոդների կիրառումը:

### **Գրականություն**

1. Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. *Drug Des Devel Ther.* 2011;5:211–224.
2. Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. *Drugs.* 2012;72(4):e1-16.
3. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
4. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.
5. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
6. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.
7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
8. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
9. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998,



- Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.
10. Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(3):300-4.
  11. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4.
  12. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangelis E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl).* 2010;207(4):631-5.
  13. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
  14. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
  15. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
  16. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
  17. White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
  18. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2.

### **Էլեկտրոնային սիգարետներ**

Էլեկտրոնային սիգարետները մարտկոցներով աշխատող սարքեր են, որոնք տաքանում և գոլորշի են արձակում հեղուկ խառնուրդից: Տվյալ խառնուրդները սովորաբար պարունակում են գլիցերին և պրոպիլեն գլիկոլ, համեր և հավելումներ:<sup>1</sup> Առկա են էլեկտրոնային սիգարետներում օգտագործվող հեղուկ պարունակող մեկանգամյա օգտագործման քարթիջներ՝ առանց նիկոտինի և նիկոտին պարունակող տարբերակներով: Էլեկտրոնային սիգարետները շուկայում հաճախ գովազդվում են որպես սիգարետների այլընտրանքային տարբերակ կամ ծխելը դադարեցնելու միջոց: Այնուամենայնիվ, մտահոգություն կա, որ էլեկտրոնային սիգարետն այժմ դարձել է ծխախոտին փոխարինող միջոց՝ նախատեսված օգտագործելու այն վայրերում, որտեղ ծխելն

արգելված է: Մեկանգամյա օգտագործման քարթիջների շնորհիվ էլեկտրոնային սիգարետը ավելի տնտեսող է, քան սովորական սիգարետները: Երիտասարդների կողմից էլեկտրոնային սիգարետների օգտագործումը Եվրոպայում օրեցօր ավելի մեծ տարածում է գտնում:<sup>2</sup>

### **Արդյունավետությունը**

Քոքրեյնի համագործակցության իրականացրած համակարգված վերլուծությունն ուսումնասիրել է ծխելու զրկանքի կամ ծխելու նվազեցման մեջ էլեկտրոնային սիգարետների արդյունավետության վերաբերյալ հասանելի ապացույցները:<sup>3</sup> Վերլուծությունն առանձնացրել է 24 հետազոտություն, որոնցից 2-ը ռանդոմիզացված կլինիկական և 21-ը կոհորտային հետազոտություններ են: Երկու ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություններն օգտագործել են ցածր նիկոտինի պարունակությամբ էլեկտրոնային սիգարետների հին մոդելներ, սակայն այս հետազոտություններն ունեն մեթոդական մի քանի սահմանափակում: Արդյունքները վկայում են, որ նիկոտին պարունակող էլեկտրոնային սիգարետ օգտագործող մասնակիցներն ավելի հակված են եղել ծխելը կիսով չափ նվազեցնելու, քան պլացեբո էլեկտրոնային սիգարետ օգտագործողները (ՀՌ՝ 2.29, 95% ՀՄ՝ 1.05-4.96, պլացեբո՝ 4% և էլեկտրոնային սիգարետ՝ 9%):<sup>3</sup> Բուլեմը և այլք իրականացրել են եռակի համեմատություն՝ նիկոտին պարունակող էլեկտրոնային սիգարետ, առանց նիկոտինի էլեկտրոնային սիգարետ և նիկոտինային սպեղանի: Հետազոտությունը չի գտել հավաստի տարբերություն նիկոտին պարունակող էլեկտրոնային սիգարետի և նիկոտինային սպեղանու միջև: Երկուսն էլ արդյունավետությամբ գերազանցել են առանց նիկոտինի էլեկտրոնային սիգարետին:<sup>4</sup> Ծխելու նվազեցման վերաբերյալ առկա սահմանափակ ապացույցները թույլ են տալիս ենթադրել, որ նիկոտին պարունակող էլեկտրոնային սիգարետների միջոցով մարդիկ կարողացել են կրճատել սիգարետների օգտագործումն առնվազն կիսով չափ, ի տարբերություն պլացեբո էլեկտրոնային սիգարետների (ՀՌ՝ 1.31, 95% ՀՄ՝ 1.02-1.68, 2 հետազոտություն, պլացեբո՝ 27% և էլեկտրոնային սիգարետ՝ 36%):<sup>3</sup> Կոհորտային հետազոտությունների արդյունքները նույնանման են: Իտալիայում Պոլոզան և այլք ծխելը



թողնել չցանկացող ծխողների շրջանում փորձարկել են էլեկտրոնային սիգարետներ: Դրանց 6-ամսյա կիրառության արդյունքում գրանցվել է օրական ծխած սիգարետների քանակի զգալի կրճատում՝ 22.5%, իսկ հաստատուն զրկանքի ցուցանիշները կազմել են 12.5%:5 Այս հետազոտությունները ևս ունեցել են մեթոդական սահմանափակումներ:

Լաբորատոր հետազոտությունները նույնպես պարզել են, որ էլեկտրոնային սիգարետներն արդյունավետ են ծխելու անհազ ցանկության զսպման համար:<sup>6,7</sup>

Ծխելը դադարեցնելու հարցում էլեկտրոնային սիգարետների արդյունավետությունը գնահատող կլինիկական հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա:

### **Անվտանգությունը**

Էլեկտրոնային սիգարետից արտանետվող ընդհանուր կախյալ կոշտ մասնիկները մոտավորապես 60 մկգ/մ3 են, 10-15 անգամ պակաս, քան սովորական սիգարետներից արտանետվողները:<sup>8</sup> Էլեկտրոնային սիգարետների կոշտ մասնիկների առանձին ֆրակցիաների (PM<sup>1,2,5,7,10</sup>) խտությունն ավելի ցածր է (տատանվելով 6-21 անգամ), քան սովորական սիգարետների ծխի մասնիկներինը, սակայն ներշնչած օդում դրանց պարունակությունը մի փոքր գերազանցում է արտաքին օդի որակի ԱՀԿ ուղեցույցի արժեքներին:<sup>1</sup>

Էթիլեն գլիկոլից կամ գլիցերոլից առաջացած ծխանման գոլորշին շարունակական ներգործության դեպքում գրգռող ազդեցություն ունի, սակայն կարճատև օգտագործման դեպքում չի հանդիսանում ծանր տոքսին:<sup>9</sup> Վերջին հետազոտությունն ուսումնասիրել է էլեկտրոնային սիգարետների լուծույթներում օգտագործվող համային հավելումների տոքսիկությունը: Լերները և այլք պարզել են, որ էլեկտրոնային սիգարետների աերոզոլների/հյուսերի ազդեցությամբ թոքերի բջիջներում և հյուսվածքներում առաջանում են չափելի օքսիդատիվ և բորբոքային ռեակցիաներ, որոնք կարող են հանգեցնել անսպասելի առողջական հետևանքների:<sup>10</sup>

Վերջին երեք համակարգված ուսումնասիրությունները նվիրված են եղել էլեկտրոնային սիգարետների անվտանգությանը:<sup>3,11,12</sup> Ֆարսալինոսը և Պոլոսան վերլուծել են էլեկտրոնային սիգարետների օգտագործման պոտենցիալ ռիսկերի վերաբերյալ լաբորատոր և

կլինիկական ապացույցները՝ համեմատած սիգարետի շարունակական օգտագործման հետ, և եզրակացրել են, որ էլեկտրոնային սիգարետները պակաս վնասակար են՝ համեմատած կանոնավոր ծխելու հավաստի ռիսկի հետ:<sup>11</sup> Պիսինգերը և Դոզինգը ուսումնասիրել են էլեկտրոնային սիգարետների օգտագործման առողջական հետևանքների վերաբերյալ 76 հետազոտություն: Նրանք եզրակացրել են, որ հարաբերականորեն քիչ թվով հետազոտությունների և գոյություն ունեցող հետազոտությունների մեթոդական խնդիրների, ինչպես նաև հրապարակված հետազոտությունների արդյունքների հակասությունների ու երկարաժամկետ հետևողականության պատճառով էլեկտրոնային սիգարետների անվտանգության մասին հստակ եզրակացություններ չեն կարող արվել:<sup>12</sup> Նաև նշել են, որ չնայած ապացույցների անբավարարությանը, էլեկտրոնային սիգարետները չպետք է համարվեն անվնաս: Վստահելի հետազոտությունների պակասի պատճառով ազգային իշխանությունները արգելել են այս արտադրատեսակի տարածումը որպես ծխելը դադարեցնելու միջոց:

### **Առաջարկություններ**

- Չկան բավարար ապացույցներ էլեկտրոնային սիգարետի օգտագործման հետ կապված առողջական ռիսկերի գնահատման համար (B մակարդակի ապացույց):
- Չկան բավարար ապացույցներ այն մասին, որ էլեկտրոնային սիգարետներն արդյունավետ են ծխելը դադարեցնելու համար (B մակարդակի ապացույց):
- Չկան հաճախակի կամ ծանր կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ ապացույցներ, սակայն նաև չկան ծխելը դադարեցնելու համար արդյունավետության ապացույցներ. այսպիսով, հաշվի առնելով հետազոտությունների բացակայությունը, առողջապահության ոլորտի մասնագետները չպետք է առաջարկեն այս արտադրատեսակը որպես ծխելը դադարեցնելու միջոց (B մակարդակի ապացույց):
- Ծխելը դադարեցնելու համար էլեկտրոնային սիգարետների արդյունավետությունը և անվտանգությունը գնահատող կլինիկական հետազոտությունների խիստ անհրաժեշտություն կա:

1. Etter J-F. The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco? Geneva, Switzerland: Jean-Francois Etter, 2012; 1-125.
2. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco, special Eurobarometer 385. May 2012. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_385\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf)
3. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3.
4. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9905):1629-37.
5. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Campagna D, Russo C, Alamo A, et al. Effectiveness and tolerability of electronic cigarette in real-life: a 24-month prospective observational study. *Internal and Emergency Medicine* 2014;9(5):537-46.
6. Bullen, C., McRobbie, H., Thornley, S., Glover, M., Lin, R. & Laugesen, M. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: Randomized cross-over trial. *Tob Control* 2010; 19: 98-103.
7. Vansickel, A. R., Cobb, C. O., Weaver, M. F. & Eissenberg, T. E. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic "cigarettes": Nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(8): 1945-53.
8. Pellegrino R.M, Tinghino B, Mangiaracina G., Marani A., Vitali M., Protano C., and M.S. Cattaruzza. Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter. *Ann Ig* 2012;24:1.
9. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Koungias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: Impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest* 2012;141(6):1400-6.
10. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One* 2015;10(2):e0116732.
11. Farsalinos K.E., and R. Polosa. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf*. 2014 Apr; 5(2): 67–86.
12. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med*. 2014;69:248-60.

## 4.6 Ծխելու նվազեցման մոտեցումը

Ծխելու նվազեցումը համարվում է երկրորդ տարբերակ այն ծխողների համար, ովքեր չեն ցանկանում կամ չեն կարողանում ամբողջովին դադարեցնել ծխելը: Ծխելու նվազեցումը պետք է դիտարկվի որպես հետագայում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջանկյալ քայլ այն ծխողների համար, ովքեր չեն կարողանում թողնել ծխելը: Հիմնական նպատակը մնում է ծխախոտ օգտագործողների կողմից ծխելն ամբողջովին դադարեցնելը:

Ծխելու նվազեցման մոտեցման դրական կողմերը հետևյալն են.

- պակասեցնել ծխելը և այդպիսով՝ նաև ծխելու հետ կապված ռիսկերի մի մասը,
- բարձրացնել հիվանդի վստահությունը ծխելը դադարեցնելու սեփական կարողությունների հարցում և ավելացնել առաջիկա տարվա ընթացքում ծխելը դադարեցնելու փորձերի քանակը:

Մտահոգություն կա, որ ծխելու նվազեցման մոտեցման կիրառումը որոշ ծխողների մոտ կարող է նվազեցնել նաև ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը: Այս պնդումը հաստատող տվյալներ չկան. նույնիսկ հակառակ ազդեցությունն է դիտարկվել: Քոքերեյնի համագործակցության կողմից կատարված վերլուծությունը ծխելը դադարեցնելու արդյունավետության տարբերություն չի գտել ծխելը կտրուկ դադարեցնելու և մինչև թողնելը ծխախոտի օգտագործումն աստիճանաբար պակասեցնելու միջև: Արդյունքում՝ եզրակացրել են, որ ծխելը դադարեցնելու համար հիվանդներին կարելի է առաջարկել այս երկու մոտեցումն էլ<sup>1</sup>: Ավելի հավանական է, որ 1 տարի անց չեն ծխի ծխելը դադարեցնել չցանկացող այն հիվանդները, ում առաջարկվում է պարզապես նվազեցնել ծխելը, քան նրանք, ում ոչ թե առաջարկվում է նվազեցնել, այլ անմիջապես դադարեցնել ծխելը՝ իբրև միակ լուծում<sup>3,4</sup>:

Ծխելը նվազեցնելը սահմանվում է որպես ծխախոտի օգտագործման 50%-ով կրճատում՝ առանց ամբողջական զրկանքի<sup>1</sup>:

Սահմանափակ տվյալներ կան (փոքր հետազոտություններից,

բնակչության ընտրված խմբերից, կարճ հետևողական ժամանակաշրջաններով) այն մասին, որ ծխելն Էականորեն պակասեցնելը կնվազեցնի սրտանոթային հիվանդությունների ռիսկի որոշ գործոններ և կկրճատի շնչառական հիվանդությունների ախտանիշները: Ծխելը կնվազեցնելը կապ ունի ծխախոտային կենսամարկերների և առաջին անգամ ախտորոշված թոքի քաղցկեղի 25% կնվազեցման, ինչպես նաև նորածինների քաշի մի փոքր (գրեթե աննշան) ավելացման հետ:<sup>2</sup> Ծխելը կնվազեցնելու արդյունքում թոքերի շնչառական ֆունկցիայի Էական բարելավում չի դիտվել:<sup>5</sup>

Ծխելու կնվազեցումը բուժական այլընտրանք Է ծխելն ամբողջապես դադարեցնելուն այն ծխողների համար, ովքեր դեռևս պատրաստ չեն ծխելը վերջնականապես թողնելուն: Նիկոտինային մաստակի օգտագործումը ծխախոտի օգտագործման կնվազեցմանը զուգահեռ Էականորեն իջեցրել Է ածխածնի մոնօքսիդի բիոմարկերի կոնցենտրացիան:<sup>2</sup> Սրտային հիվանդների շրջանում ծխելու կնվազեցման վերաբերյալ ռանդոմիզացված, վերահսկվող ROSCAP հետազոտությունը գնահատել Է ծխելու կնվազեցման ռազմավարության արդյունավետությունը ծխախոտի ներգործության վնասակար ազդեցությունների կնվազեցման տեսանկյունից: Ծխելը կարողացել Էին պակասեցնել հիմնականում տղամարդիկ, ովքեր ավելի շատ Էին ծխախոտ օգտագործում՝ համեմատած ստուգիչ խմբի հետ:<sup>6</sup>

#### **4.6.1. Ծխելը կնվազեցնելը նիկոտինին փոխարինող միջոցների կիրառմամբ**

Նիկոտինին փոխարինող միջոցների կիրառմամբ ծխելը կնվազեցնելը խորհուրդ Է տրվում միայն նիկոտինային կախվածություն ունեցողներին, որոնց մոտ նիկոտինային ռեցեպտորների մեծ քանակը և դրանց զգայունության կնվազեցումը Էական գործոն են ծխախոտի սպառման համար: Այս ծխողները հիմնականում Fagerström սանդղակով գնահատվում են 3-ից կամ նույնիսկ 6-ից բարձր միավորներով:<sup>4</sup> Նիկոտինային ուժեղ կախվածություն (Fagerström սանդղակով 7 կամ ավելի միավոր) և ծխելով պայմանավորված հիվանդություն ունեցողներին, ովքեր պատրաստ չեն թողնել ծխելը, անհրաժեշտ Է համակարգված

կերպով առաջարկել կնվազեցնել օգտագործված ծխախոտի քանակը:

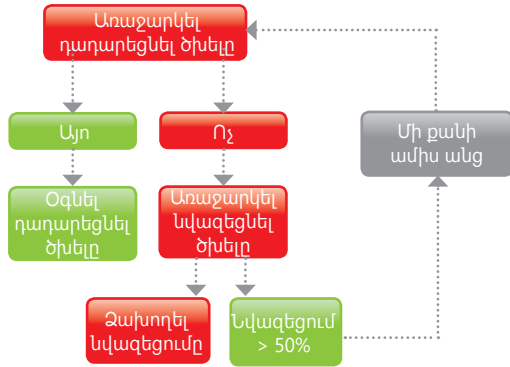
Սկզբնապես ծխելը դադարեցնել չցանկացող 2767 ծխողներ ներառող ռանդոմիզացված, վերահսկվող 7 հետազոտություն ամփոփող մետա-վերլուծությունը ցույց Է տվել, որ բուժման սկզբից 6 ամիս անց զրկանքի ցուցանիշն Էականորեն բարձր Է եղել այն ծխողների շրջանում, ում ծխելը կնվազեցնելու նպատակով 6 ամիս կամ ավելի երկար ժամանակաշրջանի համար նշանակվել Է նիկոտինային փոխարինող բուժում (նիկոտինային մաստակ, ներշնչակ կամ սպեղանի), ի տարբերություն վերահսկվող խմբի (համապատասխանաբար՝ 9% և 5%):<sup>7</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կիրառվում Է, երբ օրվա ընթացքում օգտագործվող ծխախոտի քանակը կնվազում Է, և այդպիսով ծխախոտային արտադրատեսակների բացասական ազդեցություններն Էլ են հավանականորեն կնվազեցվում (չհաշված նիկոտինը): Ըստ Էության, օրգանիզմը նիկոտին Է ստանում առավել առաջադիմական եղանակով և կախվածության առաջացման պակաս վտանգով: Դեղորայքային նիկոտինի չափաբաժինն ավելացվում Է այնքան, մինչև օրվա ընթացքում օգտագործվող ծխախոտի քանակը կրճատվի 50%-ով: Չափաբաժինը հնարավոր Է ավելացնել մինչև ծխելը վերջնականապես դադարեցնելը (պատկեր 4.9):

#### **4.6.2. Ծխելը կնվազեցնելը վարենիկլինով**

Էբերտը և այլք վերջերս իրականացրած ռանդոմիզացված, կրկնակի կույր, վերահսկվող հետազոտության ժամանակ ուսումնասիրել են վարենիկլինի կիրառումն այն ծխողների շրջանում, ովքեր չեն կարողանում կամ չեն ցանկանում դադարեցնել ծխելը հետագա 30 օրերի ընթացքում, սակայն ցանկանում են կնվազեցնել ծխելը և դադարեցնել հետագա 3 ամսվա ընթացքում:<sup>8</sup> Հետազոտությունը պարզել Է, որ վարենիկլինի օգտագործումն Էականորեն բարձրացնում Է ծխախոտային զրկանքի ցուցանիշները բուժման ավարտին և վերահսկվող ժամանակաշրջանի ավարտին, ի տարբերություն պլացեբոյի կիրառման (12 ամիս անց՝ 27.0% վարենիկլինի խմբում և 9.9% պլացեբո խմբում. ռիսկի գործոնի տարբերությունը՝ 17.1% [95% ՀՄ 13.3%-20.9%], ՀԳ՝ 2.7 [95% ՀՄ 2.1-3.5]):

**Պատկեր 4.9. «Նվազեցրո՛ւ, որպեսզի դադարեցնես» ռազմավարությունը**



**Առաջարկություններ**

- Ծխելը նվազեցնելը բարձրացնում է հետագայում ծխելը դադարեցնելու փորձի հավանականությունը (A մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը խորհուրդ է տրվում իբրև «Նվազեցրո՛ւ, որպեսզի դադարեցնես» մոտեցման բաղադրիչ այն ծխողների շրջանում, ում մոտ առկա են նիկոտինային կախվածության բարձր ցուցանիշներ (A մակարդակի ապացույց):
- Համաձայն հետազոտություններից մեկի արդյունքների՝ վարենկիլինի օգտագործումն արդյունավետ է եղել իբրև «Նվազեցրո՛ւ, որպեսզի դադարեցնես» ռազմավարության բաղադրիչ (B մակարդակի ապացույց):

**Գրականություն**

1. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
2. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker’s Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro
3. NICE Guidelines: Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.

4. Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000;321:329-333.
5. Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:675-79.
6. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, Am Heart J 2005;149:565-72.
7. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, BMJ 2009; 338:b1024.
8. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. JAMA. 2015;313(7):687-94.

**4.7 Առաջարկություններ ախտադարձի կանխարգելման համար**

Ախտադարձը սահմանվում է որպես գրկանքի ժամանակահատվածից հետո ծխախոտի օգտագործման վերսկսում: Այն թեև հիասթափեցնող է, սակայն ծխախոտային կախվածության բուժման գործընթացի անխուսափելի մասն է: Պիասեցկին, ախտադարձն ընդհանուր առմամբ համարելով երկարաժամկետ բուժման ձախողում, ցույց է տալիս, որ այն տարածված է ծխելը դադարեցնողների շրջանում, և որ ծխելը դադարեցնելու հետազոտություններում ընդգրկված ծխողների մեծ մասը կշել է անցյալում ծխելը դադարեցնելու փորձերի մասին: Ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման ժամանակ նրանց մեծ մասը ձախողել է առնվազն մեկ անգամ:<sup>1,2</sup> Դա հիմնականում տեղի է ունեցել ծխելը դադարեցնելու օրվան հաջորդած 24 ժամերի ընթացքում:

**Վարքային ռազմավարություններ**

Ախտադարձի կանխարգելման ծրագրերում ներկայումս ընդունված է 3 հիմնական ռազմավարություն՝ (1) ծխելու անհագ ցանկության հաղթահարում և կոգնիտիվ-վարքաբանական տեխնիկաների կիրառում՝ յուրաքանչյուր ձախողումից դասեր քաղելով, (2) սոցիալական աջակցության ռազմավարություններ՝ կենտրոնանալով ծխողի ընտանիքի անդամների/ընկերների Էմոցիոնալ աջակցության

անհրաժեշտության վրա, (3) ապրելակերպի փոփոխման ռազմավարություններ, որոնք նպատակն է օգնել ծխողին զարգացնել նոր սոցիալական ինքնություն՝ որպես ծխախոտից ազատ անհատ:<sup>1,2</sup>

Ներկայումս սակավ են տվյալներն այն մասին, թե հատկապես վարքային որ միջամտությունների կիրառումը կարող է օգնել կանխարգելել ախտադարձը ծխելը հաջողությամբ դադարեցրած անհատների շրջանում:<sup>3</sup> Հատուկ անհատական կամ խմբային միջամտություններն արդյունավետ չեն եղել ախտադարձի կանխարգելման հարցում՝ անկախ դրանց տևողությունից և շփման ժամանակից: Նույնիսկ 8 շաբաթ տևող հեռախոսային խորհրդատվությունն անարդյունավետ է եղել ախտադարձի կանխարգելման հարցում:<sup>2,3</sup>

Ախտադարձի կանխարգելման արդյունավետ վարքային ռազմավարություններում ամենախոստումնալիցն այն միջամտություններն են, որոնք կենտրոնանում են ծխելը խթանող իրավիճակները հայտնաբերելու և դրանք հաղթահարելու վրա:<sup>3</sup>

Ծխողների խոցելի խմբերում (օրինակ՝ հետծննդաբերական շրջանում գտնվող կանայք, ազատագրվածներ) ախտադարձի նվազեցման արդյունավետ միջամտություններ նախագծելու համար ախտադարձին նպաստող գործոնների բացահայտումը կարող է բարձրացնել մոտիվացնող հարցազրույցի և կոգնիտիվ վարքային թերապիայի արդյունավետությունը:<sup>5,6</sup>

### **Դեղորայքի օգտագործում**

Վարենիկլինոլ երկարատև բուժումը կարող է արդյունավետ լինել բուժման սուր Էպիզոդին կամ սկզբնական զրկանքին հաջորդող ախտադարձի կանխարգելման համար: Սակայն սա հաստատվել է միայն մեկ հետազոտության տվյալներով:<sup>3</sup> Հայելը և այլք 2009 թ. բացահայտել են, որ վարենիկլինի երկարաժամկետ կիրառումը նպաստում է ախտադարձի կանխարգելմանը, հատկապես՝ այն հիվանդների մոտ, ովքեր 12-շաբաթյա ստանդարտ բուժման ընթացքում ավելի ուշ են հասնում զրկանքի:<sup>7</sup> Հիվանդները պատահական ընտրանքի սկզբունքով բաշխվել են 2 խմբում՝ 3 ամիս վարենիկլինոլ բուժվող և 3 ամիս պլացեբոստացող: Հետազոտողները պարզել են, որ ախտադարձի ռիսկն ավելի բարձր է այն հիվանդների մոտ, ովքեր թողել են ծխելը բուժման 11-րդ շաբաթում:

Բուժման 11-րդ շաբաթում ծխելը դադարեցնողների շրջանում 52-րդ շաբաթում զրկանքի ցուցանիշը եղել է 5.7%, մինչդեռ բուժման վաղ փուլում ծխելը դադարեցնողների մոտ՝ 54.9%: Այս փաստի հիման վրա կարելի է եզրակացնել, որ վարենիկլինոլ բուժման 12-շաբաթյա կրկնվող կուրսը կարող է արդյունավետ լինել ծխելը թողնել ցանկացող այն հիվանդների համար, ովքեր չեն կարողացել թողնել ծխելը բուժման 1-ին կամ 2-րդ շաբաթների ընթացքում:<sup>7</sup>

Չկան բավարար ապացույցներ այն մասին, որ բուլարոպիոնի երկարատև օգտագործումը կարող է բարելավել ախտադարձի ցուցանիշները:<sup>3</sup> Սահմանափակ թվով հետազոտություններ պարզել են, որ երկարատև նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է արդյունավետ լինել ախտադարձի կանխարգելման հարցում: Այնուամենայնիվ, լրացուցիչ հետազոտություններ են հարկավոր:<sup>3</sup>

Յապուսիջը և այլք հետազոտել են ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման 5 տեսակների (բուլարոպիոն, բերանում լուծվող նիկոտինային հաբեր, նիկոտինային սպեղանի, բուլարոպիոն և բերանում լուծվող նիկոտինային հաբեր, նիկոտինային սպեղանի և բերանում լուծվող հաբեր) արդյունավետությունը ծխելը թողնելու փորձի 8 շաբաթների ընթացքում:<sup>8</sup> Հետազոտողները հիմնվել են Շիֆմանի և համահեղինակների առաջարկած մոտեցման վրա՝ գնահատելու համար ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոցների ազդեցությունը ծխելը դադարեցնելու 3 առանցքային ցուցանիշների վրա՝ սկզբնական զրկանք, ձախողում, ձախողում-ախտադարձ անցում: Ամփոփելով՝ հետազոտողները եզրակացրել են, որ համեմատած պլացեբո խմբի հետ՝ (1) բուլարոպիոնը բարձրացնում է նախնական զրկանքի ցուցանիշները, (2) բերանում լուծվող նիկոտինային հաբերը նվազեցնում են ձախողման ռիսկը, (3) բուլարոպիոնը և նիկոտինային սպեղանիները նվազեցնում են ախտադարձի ռիսկը ձախողումից հետո և (4) զուգակցված դեղորայքային բուժումը (բուլարոպիոն և բերանում լուծվող հաբեր, սպեղանի և բերանում լուծվող հաբեր) վերը նշված 3 առանցքային ցուցանիշների վրա ավելի դրական ազդեցություն են ունենում, քան մոնոթերապիաները: Այս հետազոտությունը բացահայտել է, որ ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող դեղամիջոցները բավականին արդյունավետ են սկզբնական զրկանքը խթանելու և ձախողման ռիսկը

նվազեցնելու հարցում, սակայն բավարար ապացույցներ չկան այն մասին, որ դրանք կանխարգելում են ծախսողովից դեպի ախտադարձ փոխակերպումը: Չուզակցված դեղորայքային բուժումը մոնոթերապիայի համեմատ առավելություններ ունի սկզբնական զրկանքի խթանման և ծախսողման կանխարգելման հարցում: Սկզբնական զրկանքի խթանման հարցում նիկոտինային սպեղանին և բերանում լուծվող հաբերն առավել արդյունավետ են, քան բուլբոպիոնի և բերանում լուծվող նիկոտինային հաբերի զուգակցումը:

Ծխելը դադարեցնելու փորձ կատարողների կամ վերջերս զրկանքի հասած անձանց մոտ ախտադարձի կանխարգելման հարցում ծախսարդյունավետ են համարվում բուլբոպիոնը, նիկոտինային փոխարինող բուժումը և վարենիկլինը: Ախտադարձի կանխարգելման նպատակով նշված միջոցների առավել լայնածավալ կիրառումը կարող է էապես բարելավել առողջությունը առողջապահական ծառայություններ տրամադրողների համար ընդունելի ծախսերով:<sup>9</sup>

Ախտադարձի ռիսկի աստիճանի մասին գիտելիքները կարող են օգնել, որ բուժաշխատողներն անհատներին օպտիմալ բուժում նշանակեն և բացահայտեն առավել ազդեցիկ միջամտությունների կարիք ունեցողներին: Այդ միջամտությունները կարող են ներառել կա՛մ ավելի բարձր դեղաչափեր, կա՛մ դեղորայքային բուժման ավելի երկարատև ժամանակահատված, կա՛մ էլ ավելի հաճախակի ու ինտենսիվ վարքաբանական միջամտություններ: Բոլոր և համահեղինակները մշակել են 6 հարց պարունակող WI-PREPARE հարցաշարը, որը կարող է կիրառվել հետազոտողների և բուժաշխատողների կողմից ախտադարձի հակվածությունը չափելու համար: Այն կարող է նաև արդյունավետ լինել ծխելը դադարեցնել ցանկացողների շրջանում երկարաժամկետ և կարճաժամկետ ախտադարձը կանխատեսելու հարցում:<sup>10</sup>

### Առաջարկություններ

- Ներկայումս գոյություն չունեն բավարար ապացույցներ այն մասին, որ որոշակի վարքային միջամտությունը կարող է ծխելը հաջողությամբ դադարեցնողներին օգնել խուսափել ախտադարձից (B մակարդակի ապացույց):
- Վարենիկլինի երկարաժամկետ օգտագործումը կարող է կանխարգելել ախտադարձը (B մակարդակի ապացույց):

- Բուլբոպիոնով երկարատև բուժումը հավանաբար չի ունենա կլինիկական կարևոր ազդեցություն (B մակարդակի ապացույց):
- Առկա են որոշակի նախնական ապացույցներ այն մասին, որ նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է կանխարգելել ախտադարձը: Այնուամենայնիվ, լրացուցիչ հետազոտությունների կարիք կա (B մակարդակի ապացույց):

### Գրականություն

1. Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review*, 2006;26:196-215.
2. DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence. *Substance use and misuse*, 1994;29(6):681-705.
3. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Har tmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.
4. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1362-80.
5. Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison *BMC Public Health* 2011;11:767.
6. Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, *Matern Child Health J*. 2011;15(5):579-86.
7. Hayek P., Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009;104:1597-1602.
8. Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B., The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(1):34-42.
9. Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011;106(10):1819-26.
10. Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, *Nicotine & Tobacco Research*, 2009;11(5):481-4.

## 4.8 Զատուկ իրավիճակներում և բնակչության ռիսկային խմբերում ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ առաջարկություններ

Ծխելու դադարեցման ներկայիս ուղեցույցներում նշված արդյունավետ միջամտությունները խորհուրդ են տրվում ծխախոտ օգտագործող բոլոր անձանց, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կան հակացուցման (օրինակ՝ հղիների և դեմահասների դեպքում):

Որոշակի նկատառումներ գոյություն ունեն բնակչության ռիսկային խմբերի հետ աշխատանքի վերաբերյալ՝ բավարար ապացույցներ չլինելու կամ դեղորայքի արդյունավետության ապացուցված չլինելու պատճառով (օրինակ՝ առանց ծխի ծխախոտ օգտագործողներ, չափավոր ծխողներ և այլն): Զատուկ իրավիճակները և ռիսկի խմբերը քննարկվում են ստորև:

### 4.8.1. Առաջարկություններ հղի կանանց բուժման վերաբերյալ

Ծխախոտից հրաժարվելը չափազանց կարևոր է հղի կանանց համար: Դանիայում իրականացված կոհորտային հետազոտությունը ցույց է տվել, որ հղիության ընթացքում ծխելը կրկնապատկում է մեռելածնության և կյանքի առաջին տարում նորածնի մահվան ռիսկերը:<sup>1</sup> Նորածինների ցածր քաշով ծնվելը պայմանավորված է ներարգանդային թթվածնաքաղցով, որի հիմնական պատճառը մոր կողմից ծխախոտի օգտագործումն է: Հղիության ընթացքում ծխող կանանց մեծ մասի մոտ ծխելու ցանկությունը բավականին մեծ է լինում:<sup>2</sup>

Լավագույն տարբերակը հղիության ընթացքում ծխելը դադարեցնելն է՝ օգտագործելով բոլոր հասանելի միջոցները: Ծխելը դադարեցնելը չկարողացող հղի կանանց համար լավագույն տարբերակը հոգեբանական աջակցության և դեղորայքային բուժման հասանելիության ապահովումն է: Ծխախոտի օգտագործման նվազեցումը (մինչև օրական մի քանի հատիկ) չի կարող համարվել ընդունելի նպատակ: Բուժման ընդունելի նպատակը ծխախոտից լիովին հրաժարվելն է/զրկանքը հղիության ամբողջ ընթացքում: Բավարար ապացույցներ կան, որ վարքաբանական

միջամտություններն արդյունավետ են հղի կանանց շրջանում ծխախոտային զրկանքի ցուցանիշները բարձրացնելու հարցում (ՀՌ՝ 1.44, 95% ՀՄ՝ 1.19-1.73, 30 հետազոտություն):<sup>3</sup> Սոցիալական աջակցության միջամտությունների արդյունավետության ապացույցները հստակ չեն (5 հետազոտության համար միջին ՀՌ՝ 1.42, 95% ՀՄ՝ 0.98-2.07):<sup>3</sup> Խստումնալից ապացույցներ կան, որ խրախուսանքների վրա հիմնված միջամտություններն արդյունավետ են ծխելը դադարեցնելու հարցում, չնայած հետագա ուսումնասիրություններ են անհրաժեշտ:<sup>33</sup> Չկան համոզիչ գիտական գեկույցներ այն մասին, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման որոշակի կողմնակի ազդեցություններն ավելի ծանր են, քան ծխելու հետևանքները:<sup>4</sup>

Գոյություն ունեն մեծաքանակ փորձարարական և կլինիկական ապացույցներ, որ նիկոտինը վնասում է զարգացող պտղին:<sup>4</sup> Սակայն չկան ապացույցներ այն մասին՝ արդյոք նիկոտինային փոխարինող բուժումը հղիության ընթացքում դրական, թե բացասական ազդեցություն է ունենում ծննդյան արդյունքների վրա:<sup>4</sup>

Ութ հետազոտություններ ուսումնասիրել են հղիության ընթացքում նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետությունը: Ապացուցվել է, որ նիկոտինային փոխարինող բուժումը հղիության ուշ փուլում կարող է բարձրացնել ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները: Սակայն հետազոտություններն ունեն մի շարք մեթոդական սահմանափակումներ, և ընդհանուր առմամբ գրանցվել է նիկոտինային փոխարինող բուժման ցածր հետևողականություն: Այսպիսով, հղիության ընթացքում նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետության մասին հավաստի ապացույցները սակավ են:<sup>5</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժման ժամանակ պտղին վնասելու ռիսկը կանոնավոր ծխելու հետ համեմատած շատ ավելի քիչ է: Ընդհանուր ռիսկը նվազեցնելու համար 24-ժամյա սպեղանիների փոխարեն կարելի է նախապատվությունը տալ նիկոտինի օրալ կիրառմանը: Հղի կանանց ցուցված չեն և խորհուրդ չեն տրվում վարենիկլին և բուպրոպիոն:

### Առաջարկություններ

- Հղիության ողջ ընթացքում պետք է գնահատել բոլոր հղիների ծխելու կարգավիճակը և առաջարկել



աշակցություն ծխելը դադարեցնելու հարցում (A մակարդակի ապացույց):

- Բոլոր ծխող հղի կանանց խորհուրդ են տրվում ինտենսիվ վարքաբանական/հոգեոնցիալական միջամտություններ (A մակարդակի ապացույց):
- ՆՓԲ-ն միակ բուժումն է, որը փորձարկվել է հղի կանանց շրջանում: Որպես ծխելը դադարեցնելուն նպաստող արդյունավետ ռազմավարություն նիկոտինային փոխարինող բուժման մասին ներկայումս առկա տվյալները բազմազան են: Այնուամենայնիվ, նիկոտինային փոխարինող բուժման ռիսկը զգալիորեն ավելի փոքր է, քան կանոնավոր ծխելու հետևանքով պտղին հասցված վնասը:

### Գրականություն

1. Kirsten Wisborg , Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurður Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life Am. J. Epidemiol. 2001;154(4):322-327.
2. Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzler, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., Journal of Health Psychology, 2007;12(2):215-224.
3. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
4. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.
5. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. N Engl J Med. 2012;366:808-818.

#### 4.8.2. Առաջարկություններ 18 տ. ցածր երիտասարդների բուժման համար

Երիտասարդ տարիքում նիկոտինային կախվածությունն արագորեն է զարգանում:<sup>1</sup> Քանի որ ծխախոտի օգտագործումը հաճախ սկսվում է դեռահասության տարիներին, բժիշկները պետք է միջամտեն և աջակցեն ծխելու կանխարգելման այս տարիքային խմբում:

Այս ասպարեզին վերաբերող գրականության մեջ առաջարկվում են բազմաթիվ, սակայն միևնույն ժամանակ սահմանափակ արդյունավետությամբ մոտեցումներ:<sup>1</sup> Դեռահասների շրջանում ծխախոտային կախվածությունը կանխարգելելու միջամտությունները ներառում են դեղորայքային բուժում, վարքաբանական մոտեցում (ինչպիսիք են դպրոցիկամահամայնքի վրա հիմնված ծրագրերը) և ծխախոտի դեմ պայքարի քաղաքականություններ: Այդ բոլոր միջամտությունները հակասական արդյունքներ են ցույց տվել: Պարզվում է, որ դեռահասների շրջանում ամենաէական թերապևտիկ ազդեցությունն ունեցել են ինքնավերահսկման և դիմակայելու հմտությունները, մոտիվացնող ռազմավարությունները (փոփոխության նկատմամբ հակասական տրամադրվածության/երկմտության նվազեցում) և ծխելու վարքագծի վրա ազդող սոցիալական ազդեցություններին դիմակայելը:

ԱՄՆ հիվանդությունների կանխարգելման կենտրոնը (CDC) առաջարկում է այն միջամտությունները, որոնք բազմաբաղադրիչ են և զուգակցում են դպրոցում տեղական համայնքի կողմից տրամադրվող աջակցությունը:<sup>2</sup>

Երիտասարդներին ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ խորհրդատվություն տրամադրելիս պետք է հաշվի առնել, որ նրանք մեծ մասամբ թերագնահատում են սեփական նիկոտինային կախվածությունը: Ամեն օր կամ ամիսից ամիս ծխող դեռահասներին թվում է, որ իրենք ցանկացած ժամանակ հեշտությամբ կարող են դադարեցնել ծխելը: Իրականում ամեն տարի 12-19 տարեկան ծխողների միայն 4%-ին է հաջողվում դադարեցնել ծխելը, ընդ որում՝ այդ տարիքային խմբում ձախողման համամասնությունն ավելի մեծ է, քան չափահաս ծխողների մոտ:<sup>3</sup> Ըստ վիճակագրական տվյալների՝ դեռահասները բավականին հետաքրքրված են ծխելը դադարեցնելով. 11-19 տարեկան ծխողների 82%-ը մտածում է ծխելը թողնելու մասին, իսկ 77%-ը ծխելը թողնելու լուրջ քայլեր է ձեռնարկել նախորդ տարվա ընթացքում:<sup>3</sup> Դեռահասների փորձերը հազվադեպ են պլանավորված: Նրանց մեծամասնությունը նախընտրում է դադարեցնել ծխելը՝ առանց որևէ մասնագիտական օգնության դիմելու: Սակայն հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները 2 անգամ ավելի բարձր են այն երիտասարդների մոտ, ովքեր մասնակցում են ծխելը դադարեցնելու ծրագրերին:<sup>4</sup>



**18 տարեկանից ցածր անձանց առաջարկվող  
խորհրդատվությունը և ծխելը դադարեցնելու  
նպատակով բուժումները**

Չնայած դեռահասների շրջանում ծխելու բարձր տարածվածությանը և նրանց առողջությանը հասցված էական վնասներին՝ փոքրածավալ աշխատանքներ են իրականացվել այս տարիքային խմբի համար ծխելու դադարեցման ծրագրեր մշակելու ուղղությամբ: Բնագավառը բացառապես կենտրոնացել է վարքաբանական/ հոգեոցիալական բուժումների վրա: Ըստ մետա-վերլուծություններից մեկի արդյունքների՝ բուժմանը հաջորդող 3 ամիսների ընթացում գրանցվել է զրկանքի 12% ցուցանիշ՝ համեմատած ստուգիչ խմբի 7%-ի հետ:<sup>5</sup> Առաջ միայն նախնական արդյունքներով ցույց է տրվել հոգեոցիալական միջամտության տեսակներից մեկի՝ ճգնաժամային կառավարման մեթոդի արդյունավետությունը: Վերջինը օպերանտային պայմանավորվածության վրա հիմնված վարքային բուժում է, ըստ որի ցանկալի վարքագծերը (ինչպիսին է ծխախոտային զրկանքը) ուղղակիորեն պարգևատրվում են (օրինակ՝ վաուչեր, կանխիկ գումար): Տվյալները ցույց են տալիս, որ ճգնաժամային կառավարումը, որպես միակ մեթոդ կամ կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիայի հետ զուգակցված, կարող է արդյունավետ լինել ծխելը դադարեցնելու հարցում դեռահասներին խրախուսելու համար: Հատկապես հուսադրող արդյունքներ է ցույց տվել հետազոտություններից մեկը (n=28): Մեկամսյա բուժման ավարտին ճգնաժամային կառավարում և կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա ստացող մասնակիցների 53%-ը հասել է ծխախոտային զրկանքի, ի տարբերություն միայն կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա ստացող մասնակիցների 0%-ի:<sup>6</sup> Այս պիլոտային տվյալների հիման վրա վերջերս իրականացված լայնածավալ հետազոտությունն (n=110) ուսումնասիրել է օրական 2 անգամ իրականացվող 3 շաբաթ տևողությամբ ճգնաժամային կառավարման միջամտությունը՝ առանձին կամ մոտիվացնող թերապիայի հետ զուգակցված, բուժում չփնտրող ծխող ուսանողների շրջանում:<sup>7</sup> Ճգնաժամային կառավարում (առաջին շաբաթում ածխածնի մոնօքսիդի մակարդակների և երկրորդ ու երրորդ շաբաթներում ծխախոտային զրկանքի վրա հիմնված դրամական պարգևներով) ստացող մասնակիցների մոտ

բուժման ընթացքում ածխածնի մոնօքսիդի էականորեն ավելի ցածր մակարդակ և ծխախոտային զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշներ (55% և 18%) են գրանցվել, քան ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման բուժում չստացողների մոտ:

Երիտասարդների շրջանում խորհրդատվության արդյունավետությունն ուսումնասիրող մետա-վերլուծությունը ցույց է տվել, որ այս մեթոդը կրկնապատկում է երկարաժամկետ զրկանքի ցուցանիշները, ի տարբերություն տարածված մոտեցման (համառոտ խորհրդատվություն, ինքնօգնության նյութեր և ուղղորդում դեպի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող կենտրոններ) կամ որևէ միջամտության բացակայության:<sup>8</sup> Ընդհանուր առմամբ դեռահասների հետ աշխատանքում կարելի է կիրառել բուժման մի քանի տարբերակ՝ անհատական հանդիպումներ՝ զուգակցված հեռախոսային խորհրդատվության կամ ինտերնետային նամակագրության հետ, և խմբային հանդիպումներ: Դեռահասների խորհրդատվության ժամանակ անհրաժեշտ է ապահովել գաղտնիություն: Ցանկալի չէ, որ խորհրդատվությունն անցնի ծնողների կամ ուսուցիչների ներկայությամբ:

Հասակակիցների հետ անցկացվող հանդիպումները բավականին արդյունավետ են. այս մեթոդը թույլ է տալիս երիտասարդ ծխողին խորհրդատվություն ստանալ իր գործընկերոջ կամ լավագույն ընկերոջ հետ միասին, չնայած նրան, որ վերջիններս կարող են ծխող չլինել: Եթե դեռահասի ընտանիքում ծխում են, կամ եթե դեռահասը ենթարկվում է երկրորդային ծխի ներգործությանը, ցանկալի է նաև խորհրդատվություն տրամադրել վերջինիս ծնողներին: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մանկաբուժական ծառայություններում կամ երեխաների հոսպիտալացման ընթացքում ծնողներին տրամադրվող խորհրդատվական միջամտությունները բարձրացնում են ծխելը դադարեցնելու հանդեպ ծնողների հետաքրքրությունը, ծնողների շրջանում ծխելը դադարեցնելու փորձերի քանակը, ինչպես նաև՝ ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները: Ավելին, ծնողներին տեղեկացնելը իրենց երեխաներին երկրորդային ծխի ներգործությանը ենթարկելու ռիսկերի մասին կարող է նվազեցնել ներգործությունը, ինչպես նաև ծնողների շրջանում ծխելու ցուցանիշները:<sup>14</sup>

### **Հատուկ դեռահասների համար ստեղծված ծրագրեր**

Սրանք ներառում են ծխելու դադարեցման ծրագրեր դպրոցում, արդյունավետ կանխարգելման վերաբերյալ մեդիա քարոզարշավներ, ծխելը դադարեցնելու ինտերակտիվ ծրագրեր (ինչպիսին «Դեռահասների ծխելը դադարեցնելու եվրոպական ծրագիրն» է),<sup>11</sup> վիդեո դասընթացներ (ինչպիսին է հոլանդական «Ես չեմ ծխում» ծրագիրը), պարզևներ և խրախուսանքներ ենթադրող մրցութային ծրագրեր (ինչպիսին է «Դադարեցրու և շահիր» մրցույթը դեռահասների համար)<sup>11</sup>, «N-O-T (Not on Tobacco)», որը Թուրքիայի ամերիկյան ասոցիացիայի ծխելը դադարեցնելու կամավորական ծրագիրն է ավագ դպրոցների աշակերտների համար:<sup>12</sup>

### **Հեռախոսային խորհրդատվություն**

Ծխելը դադարեցնելու աջակցող թեժ գծերը դեռահասների համար ամենազայթակղիչն են, քանի որ հեշտ հասանելի են և մասնակի անանուն, կարող են ներառել շարունակական հետևողականություն, քանի որ խորհրդատուն է ստանձնում սկզբնական կոնտակտից հետո դեռահասին զանգահարելու նախաձեռնությունը: Օրինակ, Կալիֆոռնիայի ծխողների աջակցման թեժ գծի ընթացակարգի համաձայն՝ խորհրդատուներն աշխատում են, որ դեռահասների շրջանում հասուն վարքագիծ համարվի ոչ թե ծխելը, այլ ծխելը դադարեցնելը: Նրանք նաև քննարկում են այս տարիքային խմբին համապատասխան թեմաներ, ինչպիսիք են ինքնության ձևավորումը, անխոցելիության զգացումը, ընտանիքից կախվածությունը, հասակակիցների հետ նույնականացումը և անկախության ձգտումը:<sup>13</sup>

Ավագ դպրոցի 1058 աշակերտ ընդգրկող հետազոտության ընթացքում ամեն շաբաթ նմանատիպ հեռախոսային խորհրդատվության մեթոդներ են կիրառվել: Արդյունքում ուսումնասիրվող խմբում նկատվել է բուժման բավականին լավ հետևողականություն (90%):

Մեկ այլ նմանատիպ հետազոտության ընթացքում ավագ դպրոցի 2151 աշակերտի տրամադրվել է ճանաչողական վարքային խորհրդատվություն և անցկացվել մոտիվացնող հարցազրույց: Միջամտության խմբում 6 ամիս անց դիտարկվել է 21,8% զրկանքի ցուցանիշ, իսկ ստուգիչ խմբում՝ 17,7%:<sup>1</sup>

### **Դեղորայքային բուժումը դեռահասների շրջանում**

Չնայած դեռահասների շրջանում նիկոտինի զրկանքի և ծխելու ուժեղ ցանկության վերաբերյալ հստակ ապացույցներին՝ քիչ հետազոտություններ են կենտրոնացել դեռահասների շրջանում ծխելը դադարեցնելու դեղաբանական մեթոդների ուսումնասիրության վրա:<sup>14,15,16</sup> Չնայած Սևնդի և դեղորայքի վարչության (FDA-ի) կողմից հաստատվել են չափահասների շրջանում ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող առաջին շարքի 7 դեղամիջոցներ, այնուամենայնիվ, չկան բավականաչափ ապացույցներ դրանցից որևէ մեկը դեռահասներին խորհուրդ տալու համար: Ավելին, եվրոպական երկրների մեծ մասում օրենքով արգելված է այդ դեղամիջոցների նշանակումը դեռահասներին: Դեռահաս ծխողների շրջանում դեղամիջոցների փորձարկումը սահմանափակվում է նիկոտինային փոխարինող բուժմամբ և բուսականիով:

Այս թեմայի շուրջ հրատարակված սակավաթիվ հետազոտությունները բացահայտել են, որ ծխելը դադարեցնելու օրից սկսած 12 շաբաթվա ընթացքում զրկանքի ցուցանիշները էականորեն չեն տարբերվում նիկոտինային սպեղանիով բուժման և պլացեբո խմբերում: Բուժման արդյունավետության տարբերություններ չեն գտել նաև նիկոտինային մաստակի, նիկոտինային սպեղանու և պլացեբո խմբերում ստուգիչ 6 ամիսների ընթացքում: Հետազոտական բոլոր խմբերում երիտասարդները, դեղորայք կամ պլացեբո ստանալուց բացի, մասնակցել են նաև նվազագույնը 6 խորհրդատվական հանդիպումների:<sup>4,8</sup>

Վարքային նվազագույն աջակցության հետ զուգակցված նիկոտինային սպեղանու չվերահսկվող, բաց պիտակներով փորձարկման (n=101) արդյունքում գրանցվել է զրկանքի 11% ցուցանիշ բուժման ավարտին, իսկ 6 ամսվա վերահսկողական ժամանակաշրջանի ավարտին՝ 5% ցուցանիշ:<sup>17</sup> Ճզևաժամային իրավիճակների կառավարման խորհրդատվություն և կոգնիտիվ-վարքաբանական բուժում ստացող երկու խմբերի վերահսկվող մեկ այլ հետազոտություն (n=100) պարզել է, որ սպեղանին անվտանգ է դեռահասների օգտագործման համար, սակայն բուժման արդյունավետության որևէ տարբերություն չի գտել սպեղանի և պլացեբո կիրառող խմբերի միջև (զրկանքի ցուցանիշը բուժման ավարտին համապատասխանաբար՝ 28% և 24%):<sup>18</sup> 120 երիտասարդ

ծխողներ ներառող՝ նիկոտինային փոխարինող բուժման վերաբերյալ ռանդոմիզացված հետազոտության արդյունքում Կիլենը և այլք բացահայտել են, որ բուժման ավարտին և 3 ամիս անց սպեղանի օգտագործողների 20,6%-ը Նշել է ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի մասին. ծխախոտային մաստակ օգտագործողների խմբում ցուցանիշը եղել է 8.7%, իսկ պլացեբո խմբում՝ 5%:<sup>19</sup> Մուլքանը և այլք համեմատել են սպեղանու, մաստակի և պլացեբոյի կիրառման արդյունավետությունն այն երիտասարդ ծխողների շրջանում (n=120), ովքեր ծխելը դադարեցնելու նպատակով ստացել են նաև կոզնիտիվ-վարքաբանական բուժում: Բուժումից 2 շաբաթ անց շարունակական զրկանքի են հասել 3 խմբերի ծխողների համապատասխանաբար 18%-ը, 7%-ը և 3%-ը:<sup>20</sup> Վերջերս կատարված պիլոտային հետազոտությունը (n=40) պարզել է, որ բուժման նկատմամբ հետևողականությունը ցածր է, և ծխելը դադարեցնելու արդյունքների տեսանկյունից Էական տարբերություններ չկան նիկոտինային ներքթային ցողացի օգտագործողների և պլացեբո խմբերի միջև:<sup>21</sup> Երիտասարդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու նպատակով նիկոտինային փոխարինող բուժման միջին արդյունավետության պատճառով որոշ հետազոտողներ կենտրոնացել են բուլբոպրոպիոնի արդյունավետության ուսումնասիրման վրա: Հետազոտող խումբը բաց պիտակներով հետազոտություն է կատարել: Բուլբոպրոպիոնի կիրառումը զուգակցվել է երիտասարդ ծխողներին համառոտ խորհրդատվություն տրամադրելու հետ (n=16): Արդյունքում նկատվել է զրկանքի 31% ցուցանիշ բուժումից 4 շաբաթ անց:<sup>22</sup> Կիլենը և այլք համեմատել են օրական 150մգ բուլբոպրոպիոնի և նիկոտինային սպեղանու կիրառմամբ զուգակցված բուժումը միայն նիկոտինային սպեղանու օգտագործմամբ բուժման հետ (n=211): Երկու խմբում էլ բուժմանը զուգահեռ անցկացվել են նաև խմբային դասընթացներ: Արդյունքում 26 շաբաթվա վերահսկողական ժամանակաշրջանի ավարտին դիտարկվել է զրկանքի 8% ցուցանիշ զուգակցված բուժման դեպքում և 7% ցուցանիշ՝ միայն նիկոտինային սպեղանու օգտագործման դեպքում:<sup>23</sup> Մուրամոտոն և այլք ռանդոմիզացված հետազոտությունում (n=312) համեմատել են բուլբոպրոպիոնի 300մգ/օրական դեղաչափը, 150 մգ/օրական դեղաչափը և պլացեբոն, որոնք բոլորն էլ զուգակցվել են շաբաթական 1 անհատական կարճ

խորհրդատվության հետ:<sup>24</sup> Բուժման ավարտին օրական 300մգ բուլբոպրոպիոն (սակայն ոչ՝ 150մգ) օգտագործողների խմբում նկատվել է զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշ, քան պլացեբո խմբում (համապատասխանաբար՝ 15% և 6%), իսկ 26 շաբաթ տևող վերահսկողական ժամանակահատվածի ավարտին ցուցանիշները եղել են 14% և 10%: Մեկ այլ 2X2 6 շաբաթ վերահսկման ժամանակահատվածով հետազոտության մեջ բուժվել ցանկացող 134 երիտասարդ ծխողներ ռանդոմիզացվել են՝ ստանալու բուլբոպրոպիոն կամ ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման միջամտություն՝ զուգակցված և/կամ առանձին: Հետազոտողները պարզել են, որ բուժումն ավարտած մասնակիցների մոտ (30%) զրկանքի ցուցանիշը եղել է 27% բուլբոպրոպիոնի և ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման միջամտության զուգակցման դեպքում, 8%՝ միայն բուլբոպրոպիոն օգտագործելու դեպքում, 10%՝ պլացեբոյի և ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման միջամտության զուգակցման դեպքում և 9%՝ միայն պլացեբո կիրառելու դեպքում:<sup>25</sup> Վերջին շրջանում կատարված վերլուծությունների ամփոփումների և ամերիկյան ուղեցույցների համաձայն՝ ներկայումս եղած ապացույցները բավարար չեն երիտասարդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու նպատակով դեղորայքային բուժում կիրառելու համար: Ըստ կլինիկական ուղեցույցների՝ երիտասարդ ծխողների համար նախընտրելի տարբերակը դեպի համապատասխան հոգեցնցիակական ծառայություններ ուղղորդելն է (օր.՝ դպրոցի կամ համայնքի աջակցությամբ իրականացվող ծրագրեր, անհատական կամ խմբային խորհրդատվություն): Չնայած այս միջամտությունների արդյունքում ծխելը դադարեցնելու համեմատաբար ցածր ցուցանիշներ են դիտարկվում, այնուամենայնիվ, ծխելը դադարեցնելու հավանականությունը Էականորեն բարձրանում է: Ամեն դեպքում, դեղորայքային բուժում կիրառելիս նշանակումները պետք է կատարվեն լուրջ մոնիտորինգից հետո՝ հաշվի առնելով երիտասարդի ծխելու ցուցանիշները, ծխելը դադարեցնելու անհաջող փորձերը, ներկայիս մոտիվացիան: Երիտասարդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման վերաբերյալ հետազոտությունների անորոշ արդյունքների պատճառով նման դեղորայքի նշանակումը երիտասարդներին լուրջ սահմանափակումներ ունի:<sup>19</sup>

## Առաջարկություններ

- Բժիշկներին խորհուրդ է տրվում 18 տարեկանից ցածր բոլոր հիվանդներին հարցնել ծխախոտ օգտագործելու մասին և հստակ տեղեկություններ տրամադրել ծխելը դադարեցնելու կարևորության մասին (C մակարդակի ապացույց):
- Խորհրդատվությունն արդյունավետ մեթոդ է դեռահասների՝ ծխելը դադարեցնելու հարցում (B մակարդակի ապացույց):
- Պասիվ ծխելը երեխաների և դեռահասների համար վնասակար է: Ապացուցվել է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվությունը, որը տրամադրվում է մանկաբուժական ծառայություններում, արդյունավետ է ծխող ծնողների մոտ զրկանքի համամասնության բարձրացման հարցում: Ուստի երեխաներին երկրորդային ծխի ներգործությունից պաշտպանելու համար բժիշկներին խորհուրդ է տրվում գնահատել ծնողների ծխելու կարգավիճակը, ինչպես նաև նրանց խորհուրդներ տալ և աջակցել ծխելը դադարեցնելու հարցում (B մակարդակի ապացույց):

## Գրականություն

1. 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.
2. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com.
3. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir. J. 2002;19:13.
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.
5. Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, Tobacco Induced Disease 2002;1(1):35-81.
6. Krishnan-Sarin S., Duhiq a.M., McKee SA, McMahon TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, Exp. Clin. Psychopharmacology, 2006;14(3):306-10.
7. Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, Nicotine Tob Res. 2009;11(6):739-749. doi: 10.1093/ ntr/ntp058.
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
9. www.notontobacco.com
10. <http://arnoldagency.com/cleanindoorair/>
11. Trofor A., Mihaltan F, Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, Pneumologia, 2009;58:7278. ISSN 12233056.
12. [http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT\\_2009-2010\\_N-O-T\\_Program\\_Summary.pdf](http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf)
13. Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. J Couns Dev. 2005;83:416-424.
14. Jacobsen LK, Krystal JH, Mendl WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers Biol Psychiatry. 2005;57(1):56-66.
15. Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, Exp.Clin Psychopharmacol., 2001;9(2):176-82.
16. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking, Nicotine Tob. Research, 2001;3(2):151-5.
17. Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, Arch.Pediatr.Adolesc.Med. 2000;154(1):31-7.
18. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. Nicotine Tob. Res., 2003;5(4):515-26.
19. Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. <http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html>.
20. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, Pediatrics, 2005;115(4):e407-14.
21. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. Pediatrics, 2008;122(3):e595-600.
22. Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 2004;43(2):199-205.
23. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, J. Consult. Clin.Psychol., 2004;72(4):729-35.

24. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer LJ., Randomized, double-blind, placebo- controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2007;161(11):1068-74.
25. Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, J Subst Abuse Treat. 2011;40(1):77-86.

**4.8.3. Առաջարկություններ շնչառական, սրտանոթային, հոգեկան առողջության, քաղցկեղային և ուղեկցող այլ հիվանդություններ ունեցող ծխողների բուժման վերաբերյալ**

Այն ծխողները, ովքեր ունեն ուղեկցող հիվանդություններ, ինչպիսիք են քաղցկեղը, սրտային հիվանդությունը, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունը, շաքարային դիաբետը և ասթման, ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժման կարևոր թիրախ են համարվում, քանի որ ծխելը զգալի դեր է խաղում այդ հիվանդությունների զարգացման և սրացման հարցում: Ծխախոտային կախվածության բուժման և քրոնիկական հիվանդությունների կառավարման ծրագրերի համատեղ կիրառումը կարող է արդյունավետ լինել բնակչության նման խմբերում միջամտություններ իրականացնելիս:<sup>1</sup> Ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժումն արդյունավետ է տարբեր ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող ծխողների շրջանում, անգամ եթե որոշ դժվարություններ են ծագում:

**Սրտանոթային հիվանդություններ**

Քրիչլին և Քեյպլոելը ուսումնասիրությունների համակարգված վերլուծությամբ բացահայտել են ծխելը դադարեցնելու կապը սրտի իշեմիկ հիվանդություն ունեցողների շրջանում բոլոր պատճառներով մահացության ռիսկի 36% նվազեցման հետ՝ անկախ սրտանոթային պատահարներից, մասնակիցների տարիքից, սեռից, երկրից և ժամանակահատվածի հաշվառման առանձնահատկություններից:<sup>2</sup> Սրտանոթային հիվանդություն ունեցող հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժման հանգամանքներն առանձնահատուկ են, քանի որ նրանք հաճախ ստիպված են լինում դադարեցնել ծխելը անսպասելի սրտանոթային վտանգավոր պատահարից անմիջապես հետո և շարունակել

զրկանքը մինչև կյանքի վերջ: Այս հիվանդների կողմից ծխելը դադարեցնելու գլխավոր պատճառը սրտաբանական խնդիրների առաջացումն է, ուստի բժիշկները պետք է ծխելը դադարեցնելու համապատասխան աջակցություն տրամադրեն սրտանոթային հիվանդություններ ունեցողներին:<sup>3</sup>

Սրտանոթային հիվանդություն ունեցող ծխողների հետ աշխատանքում մի շարք հանգամանքներ պետք է հաշվի առնել. (1) նրանց պետք է անպայման առաջարկել դադարեցնել ծխելը, (2) նրանք պետք է դադարեցնեն ծխելը սրտանոթային հիվանդության սրացման փուլում և շարունակեն զրկանքը մինչև կյանքի վերջ և (3) նիկոտինային փոխարինող բուժման հակացուցում անկախ է միայն սրտանոթային հիվանդության սրացման փուլում (սրտաբանական խնդրի առաջացման առաջին 48 ժամերի ընթացքում):<sup>1</sup> Դեղորայքային բուժման արդյունավետությունն Էականորեն բարձրանում է, երբ այն զուգակցվում է բժշկի կամ այլ խորհրդատուի կողմից տրամադրվող վարքագծային միջամտությունների հետ՝ ծխելը թողնելու խմբերի, ինչպես նաև հեռախոսային թեժ գծերի միջոցով:

Սրտանոթային հիվանդությունների որևէ ռիսկ ունեցող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տալ դադարեցնել ծխելը: Նման հիվանդների համարցուցված է դիտարկել վարենիկլինի և/կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման կիրառումը: Այս պահին եղած ապացույցների հիման վրա կարելի է ասել, որ նիկոտինային փոխարինող բուժումը որևէ բացասական ազդեցություն չունի սրտային հիվանդություն ունեցողների առողջական վիճակի վրա, սակայն սրացման շրջանում կիրառությունը հակացուցված է:<sup>3</sup> Վարենիկլինի կիրառումն անվտանգ է այն ծխողների համար, ովքեր ունեն սրտի իշեմիկ հիվանդություն, սակայն նախկինում չեն ունեցել դեպրեսիա կամ հոգեկան խնդիրներ: Սրտանոթային հիվանդություն ունեցողների կողմից ծխելը դադարեցնելու համար վարենիկլինի օգտագործման մասին տվյալները բերված են 4.3.3.9 ենթաբաժնում: Վերջապես, բազմաբաղադրիչ ռազմավարություններ (դեղորայքային և հոգեսոցիալական) ներառող միջամտությունները կարող են երկարաժամկետ հեռանկարում ավելի արդյունավետ լինել, հատկապես՝ այն հիվանդների համար, ում հետ աշխատանքում միայն դեղորայքային բուժումն արդյունավետ չէ:<sup>4</sup>

### **Շնչառական հիվանդություններ**

Ծխախոտի ծխի ամփոփական ներգործությանը ենթարկվելիս շնչառական օրգաններն ամենից շատն են վնասվում: Այդ պատճառով պետք է խրախուսել թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն, թոքի քաղցկեղ, ասթմա, շնչառական վարակներ, ներհյուսվածքային և քնի շնչառական խանգարումներ ունեցող հիվանդներին դադարեցնել ծխելը:

### **Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն (ԹՔՕՆ)**

Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների համար ծխելը դադարեցնելն ամենակարևոր բուժական միջամտությունն է: Այս հիվանդությամբ ծխողները հիմնականում ունեն նիկոտինային կախվածության բարձր մակարդակ, ինչը պահանջում է կիրառել ծխելը դադարեցնելու կանոնակարգված ծրագրեր՝ բաղկացած ինչպես դեղորայքային, այնպես էլ ոչ դեղորայքային միջամտություններից: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների վերաբերյալ Քոքրեյի 2016 թ. ուսումնասիրությունը և ժամանակակից գրականությունը ցույց են տալիս, որ ծխելը դադարեցնելու ծրագրերում դեղորայքային բուժման և հոգեցնիալական աջակցության համադրումն արդյունավետ է թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների հետ աշխատանքում (A մակարդակի ապացույց):<sup>5</sup>

Հոգեցնիալական միջամտությունը բաղկացած է ծխելը դադարեցնելու կանոնակարգված՝ մի քանի ժամ տևողությամբ ծրագրից, որը կենտրոնանում է ճանաչողական ասպեկտների և շնչառական համակարգի վերաբերյալ տեղեկությունների տվյալների վրա (օրինակ՝ թոքերի շնչառական ֆունկցիայի):<sup>6</sup> Որոշ հետազոտություններ վերլուծել են, թե ինչ ազդեցություն են ունենում խորհրդատվության արդյունավետության վրա հատուկ բառապաշարի օգտագործումը (օրինակ՝ «Ծխողի թոք»), արտաշնչած ածխածնի մոնոսքրիդի նվազման դիմաց վիճակախաղի տոմսերով շահագրգռելը, թոքերի շնչառական ֆունկցիոնալ թեստեր կատարելը: Նշված միջամտությունները սովորական խորհրդատվության հետ համեմատելիս ոչ մի էական տարբերություն չի արձանագրվել: Այնուամենայնիվ, դրանք ցույց են տվել որոշակի միտում հօգուտ ինտենսիվ միջամտության:

Այս հիվանդների ինքնարդյունավետությունը և ինքնազնադատականը բարձրացնելու լավագույն տարբերակը նրանց շարունակական աջակցություն առաջարկելն է: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների կլինիկական հարցաշարն արժեքավոր գործիք է, որը ցույց է տալիս ծխելու դադարեցմամբ պայմանավորված առողջության հետ կապված կյանքի որակի բարելավումը:<sup>7</sup> Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող յուրաքանչյուր հիվանդի բժիշկը պետք է հաճախակի խորհուրդ տա դադարեցնել ծխելը: Խորհուրդ է տրվում ամսական մեկ այց կատարել՝ այն զուգակցելով անհատական կամ խմբային ձևաչափով իրականացվող վարքագծային միջամտությունների հետ:<sup>8</sup>

Թոքաբանական կլինիկայում թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցողների շրջանում իրականացված նիկոտինային փոխարինող բուժման 4 տարբեր ռեժիմներն ուսումնասիրող բաց, ռանդոմիզացված հետազոտությունը 3 ակտիվ բուժումների պարագայում ցույց է տվել ընդամենը 5,6% հաջողության ցուցանիշ 12 ամսվա ընթացքում:<sup>9</sup> Տոնետոնը և համահեղինակները գնահատել են ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող նիկոտինային ենթալեզվային հաբերի և երկու մակարդակների վարքային աջակցության արդյունավետությունը քրոնիկական օբստրուկտիվ թոքային հիվանդություն ունեցողների շրջանում:<sup>10</sup> Նրանք բացահայտել են, որ գրկանքի ցուցանիշներն էականորեն բարձր են եղել նիկոտինային ենթալեզվային հաբեր ստացող խմբում պլացեբոյի համեմատ, չնայած նրան, որ չի նկատվել որևէ էական տարբերություն բարձր կամ ցածր վարքագծային աջակցություն ստացող խմբերի միջև: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող 7372 հիվանդի վերլուծությունը ցույց է տվել, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումը ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվության հետ բերում է շարունակական գրկանքի առավել բարձր ցուցանիշների՝ համեմատած սովորական ծառայության, միայն ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվության և խորհրդատվության ու հակադեպրեսանտի զուգահեռ կիրառման հետ:<sup>11</sup>

Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող

հիվանդներին ծխելը դադարեցնելու հարցում օգնելու համար կարելի է կիրառել նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր համադրություններ: Խորհուրդ է տրվում կիրառել նիկոտինային փոխարինող բուժման ծառայությունների մատուցման տարբեր եղանակներ ունեցող 2 տեսակի համադրությունը: Նիկոտինային փոխարինող բուժման տևողությունը մինչև 6 կամ 12 շաբաթ երկարացնելը կարող է օգնել, որ ավելի շատ ծխողներ դադարեցնեն ծխելը, քան բուժման սովորական տևողության դեպքում: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է օգնել օգտագործվող գլանակների քանակը նվազեցնելու միջոցով հասնել ծխելը լիովին դադարեցնելուն: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունն ունեցող ծխողները սովորաբար մոտիվացված չեն լինում ծխելը դադարեցնելու հարցում: Վերոհիշյալ մոտեցումը կարող է օգնել բարձրացնել սեփական մոտիվացիան և ծխելը դադարեցնելու հարցում ինքնարդյունավետությունը:<sup>8</sup>

Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունն ունեցող ծխողների շրջանում բուլարոպիոնով բուժման արդյունավետությունն ուսումնասիրող կլինիկական 3 հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ բուլարոպիոնը պլացեբոյի համեմատ շատ ավելի արդյունավետ է եղել 6-ամսյա վերահսկման ժամանակահատվածում զրկանքի հասնելու համար (16% և 9%),<sup>12</sup> (27.9% և 14.6%)<sup>13</sup>: Պարզվել է նաև, որ բուլարոպիոնը և նորտրիպտիլինը հավասարապես արդյունավետ են, սակայն բուլարոպիոնը պլացեբոյի և նորտրիպտիլինի համեմատ ավելի ծախսարդյունավետ է:<sup>14</sup> Խորհրդատվության հետ զուգակցված բուլարոպիոնը 18.9%-ով (95% ՀՄ՝ 3.6-26.4%) ավելի արդյունավետ է եղել շարունակական զրկանքի հասնելու համար, քան պլացեբոն: Տարեկան սպիրոմետրիայի հետ զուգակցված ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ հակիրճ խորհրդատվությունը, որին հետևում է անձնական նամակը բժշկից, ավելի բարձր զրկանքի ցուցանիշ է ապահովել թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների շրջանում, քան թոքերի նորմալ ֆունկցիա ունեցող ծխողների շրջանում:<sup>15</sup>

Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների բուժման համար վարենիկլինի կիրառման անվտանգությունը և արդյունավետությունը գնահատող 2

հետազոտություն է կատարվել՝ 1) թոքերի թեթև կամ միջին ծանրության քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող և հոգեկան խնդիրներ չունեցող 504 հիվանդների բազմակենտրոն, կրկնակի կույր հետազոտություն և 2) ծխելը դադարեցնելու բուժում ստացած թոքերի սուր կամ շատ սուր քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող 472 ծխողների բաց հետազոտություն: Առաջին հետազոտության ընթացքում 9-12-րդ շաբաթներում շարունակական զրկանքի ցուցանիշը վարենիկլին օգտագործողների խմբում շատ ավելի բարձր է եղել (42.3%), քան պլացեբո խմբում (8.8%), իսկ 9-52-րդ շաբաթներում եղել է համապատասխանաբար 18.6% և 5.6%:<sup>16</sup> Երկրորդ հետազոտության ընթացքում (բուժման ծրագիրը բաղկացած էր վարքագծային թերապիայից և դեղորայքային բուժումից՝ նիկոտինային փոխարինող բուժում, բուլարոպիոն և վարենիկլին) 9-24-րդ շաբաթներում շարունակական զրկանքի ցուցանիշը նիկոտինային փոխարինող բուժում, բուլարոպիոն և վարենիկլին ընդունողների խմբում եղել է համապատասխանաբար 38.2%, 60.0% և 61.0%: Վարենիկլինով բուժումն ավելի արդյունավետ է եղել, քան նիկոտինային սպեղանու կիրառումը՝ 61% և 44.1% համապատասխանաբար:<sup>17</sup>

Հուզենդորնը և այլք վերլուծել են թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների շրջանում շարունակական աջակցության ծրագրերի արդյունավետությունը և եզրակացրել, որ, չնայած ծխելը դադարեցնելու նման ինտենսիվ ծրագրերի բարձր գնին, դրանց տնտեսական օգուտները պետք է դիտարկել երկարաժամկետ հեռանկարում:<sup>18</sup>

### **Առաջարկություններ**

- Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող բոլոր ծխողների շրջանում ծխելը դադարեցնելու նպատակով պետք է կիրառել կա՛մ նիկոտինային փոխարինող բուժում, կա՛մ վարենիկլին՝ անկախ հիվանդության ծանրությունից և օգտագործվող սիգարետների քանակից (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը, վարենիկլինը և բուլարոպիոնն արդյունավետ են և լավ տանելի թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների կողմից (A մակարդակի ապացույց):



## Ասթմա

Քանի որ ծխախոտի օգտագործումն ասթմայի սրացման և վերահսկման վրա ազդող կարևոր գործոն է, ծխելը դադարեցնելն առանցքային դեր է ստանում ասթմատիկ ծխողների պարագայում:<sup>19</sup> Ասթմատիկ ծխողների շրջանում ասթմայի ախտանշաններն ավելի սուր կերպով են արտահայտվում, անհետաձգելի դեղորայքի կարիք ավելի շատ է լինում, դիտվում է կորտիկոստերոիդների նկատմամբ ավելի բարձր ռեզիստենտականություն և ավելի վատ առողջական ընդհանուր վիճակ, քան չծխող հիվանդների մոտ: Հետազոտություններից մեկն ուսումնասիրել է, թե ինչպես է ծխելը դադարեցնելն ազդում կորտիկոստերոիդային բուժում ստացող ասթմատիկ հիվանդների թոքերի ֆունկցիայի և կյանքի որակի վրա: Պարզվել է, որ ասթմատիկ երկարաժամկետ ծխողների շրջանում ծխելը շարունակելը հանգեցնում է թոքերի շնչառական ֆունկցիայի էլ ավելի վատացման:<sup>20</sup>

Ասթմա ունեցող ծխողների շրջանում բուժման 2 ռազմավարություն է խորհուրդ տրվում.

- Փնտրել այնպիսի դեղորայք, որի թիրախը բորբոքային մեխանիզմի փոփոխումն է (թեոֆիլինը բարձրացնում է ցածր դեղաչափով ներշնչման կորտիկոստերոիդների ազդեցությունը, թեթևացնում է ախտանշանները և բարելավում 1 վայրկյանում ուժով արտաշնչված օդի ծավալի ցուցանիշը (FEV1): Ֆլուտիկազոնի և սալմետերոլի զուգահեռ կիրառումը ավելի լավ է կարգավորում շնչուղիների հիպերռեակտիվականությունը և շնչուղիների տրամագիծը, քան ֆլուտիկազոնի կրկնակի դեղաչափը: Լեյկոտրինի ռեցեպտորների անտագոնիստներն ավելի շատ նպաստում են օդափոխության բարելավմանը):
- Տրամադրել ծխելը դադարեցնելու՝ ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված աջակցություն (չկան բավականաչափ ապացույցներ, որոնք կօգնեն կազմել ծխելը դադարեցնելու ամենարդյունավետ ծրագրերը ասթմայով հիվանդների համար: Հաստատվել է վարքային տեխնիկաների և հեռախոսային խորհրդատվության արդյունավետությունը: Պետք է հաշվի առնել նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցներից ցողացիրների վտանգների մասին ապացույցները):<sup>21</sup>

## Առաջարկություններ

- Ասթմա ունեցող ծխողներին դիտարկել որպես բարձր ռիսկի խմբում գտնվող հիվանդներ և յուրաքանչյուր պատեհ առիթի դեպքում նրանց հետ քննարկել ծխելը դադարեցնելու կարևորությունը: Ասթմայի ինքնակառավարման մեխանիզմների և ծխելը դադարեցնելու մասին կրթական թերթիկների տրամադրումը կարևոր է:<sup>22,23</sup>

## Տուբերկուլոզ

Ծխողների շրջանում տուբերկուլոզի հարուցիչով վարակվելու ռիսկն ավելի բարձր է, և վարակվելուց հետո նրանք ավելի հաճախ են ձեռք բերում տուբերկուլոզ հիվանդությունը, քան չծխողները: Ի տարբերություն չծխողների, ծխողների մոտ տուբերկուլոզն ավելի հաճախ է բերում տարածված ձևերի զարգացմանը: Տուբերկուլոզով հիվանդ ծխողների շրջանում խորխի քննությունը տուբերկուլոզի մանրէի նկատմամբ ավելի հաճախ է դրական լինում, ավելի հաճախ են թոքային տուբերկուլոզի դեպքերը, թոքերում խոռոչների գոյացումը, տուբերկուլոզի ախտադարձը, և ավելի բարձր է տուբերկուլոզի պատճառով մահացության ցուցանիշը: Հայտնի է, որ ծխելը բարձրացնում է տուբերկուլոզով հիվանդանալու ռիսկը: Առհասարակ չծխելը կամ ծխելը դադարեցնելն օգնում է ավելի լավ վերահսկել տուբերկուլոզի տարածումը համայնքում: Քանի որ ծխելն էականորեն նվազեցնում է տուբերկուլոզի բուժման արդյունավետությունը, խորհուրդ է տրվում այդ հիվանդության բուժման ծրագրերում ներառել ծխելը դադարեցնելը:<sup>24</sup>

Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի համաշխարհային միությունը խորհուրդ է տալիս տուբերկուլոզով հիվանդ ծխողների հետ աշխատանքում օգտագործել ծխելը դադարեցնելու ABC մոտեցումը (Ask՝ հարցնել ծխելու կարգավիճակի մասին, Brief Advice՝ կարճ խորհուրդ, Cessation support՝ ծխելը դադարեցնելու աջակցություն): Այս երեք ոլորին քայլերը կարող են կատարվել տուբերկուլոզով հիվանդ ծխողների հետ աշխատող առողջապահության ոլորտի ցանկացած մասնագետի կողմից, իսկ տվյալները պետք է գրանցվեն հիվանդի բժշկական պատմության մեջ:<sup>25</sup>

Մալագիայում տուբերկուլոզով հիվանդ և ծխող 120 հիվանդ ներառող բազմակենտրոն, չռանդոմիզացված, վերահսկվող



հետազոտության ժամանակ հիվանդները բաշխվել են երկու խմբերում՝ սովորական (TB-DOT՝ SF ուղղակի դիտարկման ծրագիր) և ծխելը դադարեցնելու լրացուցիչ միջամտություն ստացող (SCI) (SCI-DOTS): Արդյունքում՝ բացահայտվել է, որ տուբերկուլոզի բուժման ծրագրի շրջանակներում ծխելը դադարեցնելու զուգակցված բուժում ստացողները 6 ամսվա վերահսկողական ժամանակաշրջանում գրանցել են կյանքի որակի (առողջական ավելի լավ վիճակով պայմանավորված) ավելի բարձր ցուցանիշներ՝ արտահայտված EQ-5D միավորի էական աճով: Եվրոպայում կիրառվող EQ-5D գործիքը «կյանքի որակի»՝ 5 մասից կազմված հարցաթերթիկ է, որի օգնությամբ SF հիվանդների ինքնագնահատման հիման վրա որոշվում է հիվանդության և բուժման ազդեցությունը նրանց ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարեկեցության ու գործունեության վրա:<sup>26</sup>

### **Քաղցկեղ**

Ծխելը դադարեցնելը լուրջ մարտահրավեր է բնակչության այս բարդ խմբում:<sup>27</sup> Թոքի քաղցկեղ ունեցող հիվանդների մոտ ծխախոտային կախվածությունը բուժելիս պետք է հաշվի առնել հետևյալը.

- **Ստոիվաջիա:** Փաստերը ցույց են տալիս, որ թոքի քաղցկեղ ունեցողների մեծ մասը մոտիվացված է ծխելը դադարեցնելու հարցում: Չնայած թոքի քաղցկեղի ախտորոշումը լուրջ դրդապատճառ է, այնուամենայնիվ, այս հիվանդությամբ տառապող ծխողների՝ ծխելը դադարեցնելու պատրաստակամության աստիճանը տարբեր է:
- **Ստիգմա (խարան) և ինքնախարազանում:** Էմպիրիկ ապացույցներ կան, որոնք փաստում են, որ թոքի քաղցկեղ ունեցող հիվանդները խարանված են ընկալվում՝ անկախ նրանից տվյալ ժամանակահատվածում ծխում են, թե ոչ:
- **Տրամադրության կառավարում:** Թոքի քաղցկեղի ախտորոշման հետևանքով հիվանդները հաճախ են ունենում հոգեկան սթրես, բեռ լինելու և ստիգմայի աճող զգացումներ:
- **Ծխախոտի ծխից ազատ տներ:** Տվյալներ կան, որոնց համաձայն ծխից ազատ տուն ունենալն ուղղակիորեն կապված է ծխելը դադարեցնելու հաջողության հետ:<sup>28</sup>

Քաղցկեղով հիվանդները կարող են ունենալ նկկոտինային կախվածության ավելի բարձր մակարդակ, ուղեկցող ավելի շատ հիվանդություններ, ավելի շատ դժվարություններ ծխելը դադարեցնելու հարցում, ինչպես նաև ավելի վատ ընդհանուր առողջական վիճակ և ավելի շատ սթրես: Հաշվի առնելով սա՝ անհրաժեշտ է կազմել ավելի ինտենսիվ և հարմարեցված ծրագրեր, որոնք կներառեն վարքաբանական միջամտություններ և դեղորայքային բուժում:<sup>28</sup> Խորհրդատվությունը, դեղորայքային բուժումը և մոտիվացնող խորհրդատվությունն արդյունավետ են այս խմբին պատկանող հիվանդների հետ աշխատանքում:<sup>28</sup> Գլխի, կոկորդի կամ թոքի քաղցկեղ ունեցող 145 հիվանդների շրջանում բուժքոչ կողմից համակարգվող ծխելը դադարեցնելու ծրագիրը ցույց է տվել ցանկալի երկարաժամկետ հաջողության ցուցանիշներ (ծխելուց հրաժարվելու՝ զրկանքի 40% ցուցանիշ 6 ամսում): Ծրագիրն առաջին ամսում առավել ինտենսիվ է եղել. ներառել է բժշկի խորհրդատվություն, բուժքոչ կողմից իրականացվող միջամտություն և տարբեր դեղամիջոցների նշանակում (ենթալեզվային նկկոտինային հաբեր, բուպրոպիոն և այլ արտադրատեսակների համադրություններ): Այն շարունակվել է մեկ տարի, որպեսզի հնարավոր լինի հիվանդին աջակցել տարբեր ռիսկային իրավիճակներում (ծննդյան տարեդարձ, սթրեսային իրավիճակներ և տոներ):<sup>29</sup>

### **Հոգեկան առողջության խնդիրներ, թմրամիջոցներ օգտագործողներ**

Հոգեկան խնդիրներն առավել տարածված են ծխողների շրջանում: Այս հիվանդների մոտ ծխելը դադարեցնելու գործընթացն ավելի բարդ կարող է լինել: Ծխելու վարքագիծն առավել հաճախ է հանդիպում ալկոհոլ և թմրամիջոցներ օգտագործողների շրջանում: Այս խմբին պատկանող ծխողներն ավելի հազվադեպ են բժշկի դիմում ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժման համար: Նրանց ծխախոտային կախվածության բուժումը բարդ գործընթաց է հոգեբուժական ախտորոշման և հատուկ դեղորայքի համատեքստում: Այն ծխողները, ովքեր ունեցել են տրամադրության կամ տագնապային խանգարումներ (ներառյալ անցյալ մեկ տարում ունեցածները), ավելի քիչ հավանական է, որ զրկանքի փուլում կլինեն ծխելը

դադարեցնելուց 8 շաբաթ անց, համեմատած նախկինում հոգեկան խնդիրներ չունեցող ծխողների հետ: Տազնապային խանգարում ունենալը նույնպես կապված է ծխելը դադարեցնելուց 6 ամիս անց զրկանք ունենալու ցածր հավանականության հետ: Այս տվյալները կարող են հիմք ծառայել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ծխողների բուժման ծրագրեր մշակելու համար:<sup>30</sup>

Կարևոր է նշել, որ հոգեկան խնդիրներ ունեցողների ծխախոտային կախվածության բուժումը չի վատթարացնում նրանց հոգեվիճակը և նույնիսկ կարող է բարելավել տրամադրությունը:<sup>31-33</sup>

Քոքրեյնի համագործակցության մետա-վերլուծությունն ուսումնասիրել է ծխելը դադարեցնելու նպատակով միջամտությունները տվյալ ժամանակահատվածում կամ անցյալում դեպրեսիա ունեցող անհատների շրջանում:<sup>34</sup> Ուսումնասիրությունը ներառել է 49 հետազոտություն և բացահայտել է, որ ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ միջամտությանը տրամադրության կառավարման հոգեոնցիալական բաղադրիչ ավելացնելն արդյունավետ է դեպրեսիա ունեցող (կամ անցյալում ունեցած) ծխողների շրջանում երկարաժամկետ զրկանքի հասնելու համար: Նաև պարզվել է, որ անամնեզում դեպրեսիա ունեցող ծխողների բուժման ծրագրում բուլարոպիոնի ավելացումն արդյունավետ է երկարաժամկետ զրկանքի հասնելու համար:<sup>34</sup> Դեղորայքային բուժմանը զուգահեռ տրամադրվել է ինտենսիվ խորհրդատվություն: Հետազոտության պահին դեպրեսիա ունեցող մասնակիցների շրջանում որևէ ազդեցություն չի գրանցվել: Բավականաչափ տվյալներ չկան նաև մասնակիցների կողմից ծխելը դադարեցնելու նպատակով հակադեպրեսանտների կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման այլ միջոցների ընդունման վերաբերյալ:<sup>34</sup>

Հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ՝ լուրջ դեպրեսիա, շիզոֆրենիա և պսիխոզ ունեցող ծխողների հետ աշխատելիս խորհուրդ է տրվում երկարացնել բուժման տևողությունը, կիրառել հոգեբանական կոգնիտիվ-վարքաբանական միացյալ տեխնիկաներ և դեղորայքային այնպիսի բուժում, որն օգնում է վերահսկել/նվազեցնել ծխելու ախտադարձը կամ սկզբնական հոգեկան ախտանշանները:<sup>35</sup>

Շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների հետ աշխատելիս պետք է ներառել ծխելու կարգավիճակը կլինիկական

գնահատման մեջ և ծխողներին առաջարկել նիկոտինային փոխարինող բուժում:<sup>36</sup> Ծխախոտային կախվածության բուժման դեղորայքն այս խմբին պատկանող հիվանդների համար արդյունավետ է, սակայն ախտադարձի ռիսկը բարձր է: Քոքրեյնի համագործակցության մետա-վերլուծությունը ցույց է տվել, որ շիզոֆրենիա ունեցող ծխողների բուժման գործընթացում բուլարոպիոնի օգտագործումը բարձրացնում է ծխախոտային զրկանքի ցուցանիշները:<sup>37</sup> Վարենիկլինը հեշտությամբ է ընդունվում շիզոֆրենիայով հիվանդ ծխողների կողմից և կարող է մեղմել զրկանքի անցանկալի հետևանքները:<sup>38</sup> Ե՛վ վարենիկլինը, և՛ զուգակցված դեղորայքային բուժումն արդյունավետ են, և նմանատիպ ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող ծխողների շրջանում չեն բարձրացնում հոգեբանական դիսթրեսը 6 ամսվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, հավանական բացասական ազդեցությունները բացահայտելու համար հետագա ուսումնասիրությունների կարիք կա (տե՛ս 4.3.3.9 ենթաբաժինը):<sup>39</sup> Դեղորայք նշանակողները պետք է իրականացնեն հիվանդների շարունակական վերահսկողություն՝ հաշվի առնելով դեղորայքի ընդունելու հետևանքով հոգեկան անհավասարակշռության առաջացման հավանականությունը:<sup>40</sup>

Ատիպիկ հակապսիխոտիկներով բուժվող հիվանդներն ավելի լավ են արձագանքում բուլարոպիոնին, քան նրանք, ովքեր բուժվում են ստանդարտ անտիպսիխոտիկներով:<sup>21</sup> 412 ծխող (111-ը՝ հոգեկան ախտորոշումներով) ներառող բաց պիտակներով հետազոտության համաձայն՝ վարենիկլինը հավասարապես արդյունավետ է եղել և կապված չի եղել հոգեկան խնդիրներ ունեցողների շրջանում դեղորայքի նկատմամբ բացասական ռեակցիաների կամ սրացումների ավելի բարձր հաճախականության հետ:<sup>21</sup>

Խորհրդատվությունը և դեղորայքային բուժումն արդյունավետ են այն ծխողների համար, ովքեր միաժամանակ բուժվում են թմրամիջոցներից կախվածությունից, չնայած նրան, որ սակավաթիվ փաստեր կան այն մասին, թե որքանով է նիկոտինային կախվածության բուժումն ազդում թմրամիջոցներից կախվածության բուժման վրա: Ներկայիս հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ վաուչերի օգտագործմամբ հիվանդների խրախուսման միջամտությունն արդյունավետ է օփիոիդային կախվածության բուժում

ստացողների շրջանում սկզբնական ծխախոտային զրկանքի խրախուսման համար:<sup>41</sup> Ռանդոմիզացված բաց պիտակներով հետազոտությունը համեմատել է սովորական բուժման և նիկոտինային սպեղանու ու ծխելը դադարեցնելու կոզնիտիվ-վարքաբանական խորհրդատվության զուգակցումը (n=153) և միայն սովորական բուժումը (n=72) այն հիվանդների շրջանում, ովքեր ներառված են եղել ալկոհոլից կամ թմրամիջոցներից կախվածության բուժման ծրագրերում և շահագրգռված են եղել դադարեցնել ծխելը: Այս գեկույցը ծխելը դադարեցնելու արդյունքների վրա դեպրեսիայի աշխտանշանների (n=70) կամ դեպրեսիայի պատմության (n=110) ազդեցության երկրորդային վերլուծություն է, որը բացահայտել է դեպրեսիայի ծանրության և ծխելը դադարեցնելու դժվարությունների միջև եղած նշանակալի կապը: Տվյալները ցույց են տալիս, որ դեպրեսիայի ախտանշանների գնահատումը և բուժումը կարևոր դեր կարող է ունենալ այս խմբին պատկանող հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու արդյունքները բարելավելու հարցում:<sup>42</sup>

### **Առաջարկություններ**

- Ծխախոտային կախվածության բուժումն արդյունավետ է հոգեկան առողջության լուրջ խնդիրներ ունեցող հիվանդների շրջանում: Այն բուժումները, որոնք ցուցված են ընդհանուր բնակչության հետ աշխատանքում, կիրառելի են նաև հոգեկան խնդիրներ ունեցող հիվանդների համար և գրեթե նույնչափ արդյունավետ են:
- Հոգեկան առողջության լուրջ խնդիրներ (դեպրեսիա, շիզոֆրենիա, պսիխոզ) ունեցող ծխողների հետ աշխատելիս խորհուրդ է տրվում երկարացնել ծխախոտային կախվածության բուժման տևողությունը: Խորհուրդ է տրվում մշտապես վերահսկել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող հիվանդներին, ում դեղորայքային բուժում է նշանակվել, քանի որ դեղորայքը կարող է հոգեկան անհավասարակշռության պատճառ դառնալ:

### **ՄԻԱՎ վարակակիրներ**

ՄԻԱՎ դրական անհատներն ավելի հավանաբար են ծխելու, ի տարբերություն ընդհանուր բնակչության:<sup>43</sup> Ներկայումս

ՄԻԱՎ դրական անհատներն ավելի երկար են ապրում շնորհիվ բուժման մեթոդների առաջընթացի: Այդ պատճառով բնակչության այս խմբում ծխելը կարևոր առողջական խնդիր է դառնում: Ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների մոտ մահացության ցուցանիշներն ավելի բարձր են: Նրանք նշում են կյանքի ավելի ցածր որակի մասին, ի տարբերություն չծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների: Ի լրումն, ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրներն ինվազիվ պնևմոնոկալիս հիվանդությունների զարգացման ավելի բարձր ռիսկ ունեն, քան ՄԻԱՎ բացասական մարդիկ: Ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրները չծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների համեմատ օպորտունիստիկ վարակների և ինքնածին պնևմոնոկալիսի ավելի բարձր ռիսկ ունեն: Տվյալների համաձայն՝ ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրները թերագնահատում են իրենց առողջության վրա ծխախոտի ազդեցությունը: Որոշ հիվանդներ նույնիսկ նշում են, որ այնքան երկար չեն ապրի, որ ծխելու առողջական հետևանքներն իրենց վրա զգան: Ավելին, որոշ ՄԻԱՎ վարակակիրներ նշում են, որ ծխելն արդյունավետ միջոց է իրենց հիվանդությամբ պայմանավորված սթրեսին դիմակայելու համար:<sup>1</sup> Քոքրեյնի համագործակցության 2016 թ. ուսումնասիրությունը վերլուծել է ծխելը դադարեցնելու միջամտությունները ՄԻԱՎ-ով և ՁԻԱՀ-ով մարդկանց համար:<sup>43</sup> Ընդգրկված 12 հետազոտություններից շատերը ուսումնասիրել են դեղորայքային բուժում և խորհրդատվություն ներառող միջամտություններ: Գնահատված վերահսկվող հետազոտությունները չեն հայտնաբերել հստակ ապացույցներ ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների արդյունավետության վերաբերյալ: Առկա են սակավաթիվ ապացույցներ, որ կարճատև զրկանքի ցուցանիշները ինտենսիվ միջամտության խմբում գերազանցել են ստուգիչ խմբի ցուցանիշներին:<sup>43</sup> Հիվանդների այս խմբում միջամտությունների երկարատև արդյունավետությունը վերլուծող ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտություններ չկան: Անհրաժեշտ է իրականացնել նոր հետազոտություններ:

### **Գրականություն**

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
2. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a

- systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
3. Japanese Circulatory Society Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation. *Circulation Journal*, 2012;76:1024-1043.
  4. Ockene I, Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease. *Circulation*, 2010;121:188-90.
  5. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744. DOI:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
  6. Andreas S, Hering T., Mühlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention *Deutsches Ärzteblatt International - Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(16):276-82.
  7. Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A., Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulmonary Medicine* 2011;11:13.
  8. Jiménez-Ruiz C.A., Luhnig S., Buljubasich D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, *European Respiratory Disease, Touch Briefings*, 2011;1-10.
  9. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratziou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegli G., Lazzaro C., Campell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*, 2007;29:390-417.
  10. Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L, Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, *Chest*, 2006;130(2):334-42.
  11. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials, *Eur Respir J*, 2009;34:634-40.
  12. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, *Lancet*, 2001;357:1571-5.
  13. Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, *Arch Intern Med*, 2005;165:2286-92.
  14. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, *Addiction*, 2009;104:2110-7.
  15. Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence *J R Soc Med Sh Rep*, 2011;2:78.
  16. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, *Chest*, 2011;139:591-9.
  17. Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, *Nicotine Tob Res*, 2012;14(9):1035-9.
  18. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MPMH, Long term effectiveness and cost effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax*, 2010;65:711-8.
  19. Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvà M., Antic T., Mancuso s., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, *Respiratory Research*, 2011;12:16.
  20. An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, *Allergy Asthma Immunol Res*. 2010 October;2(4):254-259.
  21. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
  22. Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al *Eur Respir J*. 2007;29:438-445.
  23. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. *Respiratory Medicine*. 2008;102:1681-1693.
  24. Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, *Int. J. Inf. Dis*. 2012;16(2):e130-5.
  25. Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010. ISBN: 978-2-914365-81-9.
  26. Awaisu A., Mohamed M.H.N., Noordin N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. *Tobacco Induced Diseases* 2012;10:2.
  27. Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: an updated Systematic Review and Meta-Analysis, *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149(2):200-11.
  28. Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment *Oncology* 2010;78:289-301.
  29. de Bruin-Visser J.C., Ackerstaff H., Rehorst H., Rete' V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012;269:659-665.
  30. Piper M., Smith S.S., Schlam T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(1):13.
  31. Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010;105(7):1176-89.
  32. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. *BMJ*. 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151. Review. Erratum in: *BMJ*. 2014;348:g2216.

33. Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. *BMJ*. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
34. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
35. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(2):106-14.
36. Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2011;168(4):395-9.
37. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
38. Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST., Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011;190(1):79-84.
39. Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. *Drug Alcohol Depend*. 2011;114(1):77-81.
40. Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirakzadeh A.,Burke M.V.,Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity, *International Journal of COPD*, 2009;4:421-430.
41. Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients, *Exp Clin Psychopharmacol*. 2011;19(1):20–30. doi:10.1037/a0022039
42. Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers, *Am J Addict*. 2010;19(2):111–118.
43. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD011120. DOI: 10.1002/14651858.CD011120.pub2.

#### **4.8.4. Առաջարկություններ ծխելը դադարեցնելու հետո քաշի ավելացումից խուսափելու վերաբերյալ**

Ծխողների զգալի մասը ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշն ավելացնում է հիմնականում մինչև 5 կգ-ով: Սակայն ծխողների 10%-ը կարող է նույնիսկ 15 կգ-ից ավելի քաշ հավաքել: Այնուամենայնիվ, ծխելը դադարեցնելով

պայմանավորված քաշի ավելացումն ավելի քիչ է վնասում առողջությանը, քան ծխելը շարունակելով պայմանավորված ռիսկերը:<sup>1</sup>

Քաշի ավելացման միտումն ավելի բարձր է կանանց մոտ, քան տղամարդկանց, սևամորթների մոտ՝ անկախ սեռից, ինչպես նաև՝ 55 տարեկանից բարձր անձանց և մոլի ծխողների մոտ: Այն դեռահասները, ովքեր մտահոգված են իրենց քաշով, ավելի հաճախ են սկսում ծխել: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է քարոզել քաշի պահպանման առողջ մեթոդներ և փոխել այն սխալ ըմբռնումը, որ ծխախոտի օգտագործումը քաշի վերահսկման մեթոդ է դեռահասների շրջանում: Դեռահասները պետք է իրազեկված լինեն, որ կան քաշը նվազեցնելու ավելի արդյունավետ և առողջ մեթոդներ: Նմանատիպ գաղափարները պետք է ներառված լինեն կրթական ծրագրերում, հատկապես երբ քննարկվում է ծխելը դադարեցնելու հարցը:<sup>2</sup>

Լևինի և համահեղինակների տրամադրած տվյալների համաձայն՝ իրենց քաշով մտահոգված կանայք, ովքեր ստացել են զուգակցված CONCERNS բուժում (կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա քաշի հետ կապված մտահոգությունների վերաբերյալ և բուլարոպիոն) ավելի հակված են եղել պահպանելու զրկանքը 6 ամիս անց, քան պլացեբո խմբի կանայք: Այս ազդեցությունը կապված չի եղել ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացման փոփոխությունների կամ քաշի վերաբերյալ մտահոգությունների փոփոխությունների հետ:<sup>3</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը և բուլարոպիոնն արդյունավետ են ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը կանխելու համար: Ծխելու դադարեցման վերաբերյալ 2 հետազոտություններ համեմատել են վարենիկլինը, բուլարոպիոնը և պլացեբոն: Արդյունքում 12 շաբաթ անց քաշի ավելացումն ամենաքիչն է եղել վարենիկլինով բուժման խմբում (<3 կգ):+

Քաշի ավելացումը տեղի է ունենում կալորիաների ավելացման և նյութափոխանակության համամասնության նվազման արդյունքում: Նյութափոխանակության մեխանիզմների մասին առկա տվյալների համաձայն՝ ծխելը դադարեցնելուց հետո ծխողների քաշը կավելանա, անգամ եթե կալորիաների քանակը չավելանա:<sup>5</sup> չիվանդը պետք է տեղեկացված և նախապատրաստված լինի քաշի ավելացմանը: Հարկավոր

Ե նրան աջակցությունն առաջարկել քաշի վերահսկման համար՝ խրախուսելով անցնել առողջ ապրելակերպի, կատարել ֆիզիկական վարժություններ, օգտագործել մրգերով և բանջարեղենով հարուստ առողջ սնունդ, լավ քնել, սահմանափակել ալկոհոլի օգտագործումը: Շաբաթական 3 անգամ 45 րոպե ֆիզիկական վարժությունն անելը բարձրացնում է երկարաժամկետ ծխախոտային զրկանքը կանանց շրջանում և սահմանափակում է քաշի ավելացումը, եթե զուգակցվում է կոզնիտիվ-վարքաբանական ծրագրի հետ: Քաշի ավելացումը նվազագույն է, եթե ծխախոտային զրկանքին զուգահեռ ավելացվում է ֆիզիկական ակտիվությունը:<sup>4</sup>

Քաշի կառավարման անհատականացված աջակցությունը կարող է արդյունավետ լինել և չնվազեցնել զրկանքի ցուցանիշները, սակայն այս ամենի վերաբերյալ բավականաչափ տվյալներ չկան: Հետազոտություններից մեկը ցույց է տվել, որ ցածր կալորիականությամբ սննդակարգը նպաստել է զրկանքին, սակայն չի կանխել քաշի ավելացումը երկարաժամկետ հեռանկարում: Քաշի ավելացումն ընդունելու վերաբերյալ կոզնիտիվ վարքային թերապիան չի նվազեցրել ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը և հնարավոր է՝ չի նպաստում զրկանքին երկարաժամկետ հեռանկարում: Ֆիզիկական ակտիվություն ներառող միջամտություններն Էականորեն կրճատել են քաշի ավելացումը երկարաժամկետ, սակայն ոչ՝ կարճաժամկետ հեռանկարում: Լրացուցիչ հետազոտություններ են հարկավոր պարզելու համար՝ արդյոք սա արդյունավետ բուժում է, թե ոչ: Բուլարոպիոնը, ֆլուօքսետինը, նիկոտինային փոխարինող բուժումը և վարենիկլինը նվազեցնում են ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը դեղորայքի օգտագործման ժամանակ: Չնայած այս ազդեցությունը չի պահպանվել ծխելը դադարեցնելուց մեկ տարի անց, չկան բավարար ապացույցներ՝ բացառելու համար այս փոքր երկարաժամկետ ազդեցությունը: Չկան բավարար տվյալներ ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը կանխելու վերաբերյալ բարձր արդյունավետությամբ կլինիկական առաջարկություններ անելու համար:<sup>5</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը, ավելի կոնկրետ՝ 4մգ նիկոտինային մաստակը և 4մգ ենթալեզվային նիկոտինային հաբը, հետաձգում են ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի

ավելացումը: Ավելին, կարծես թե ամկա Է դեղաչափ-պատասխան կապվածությունը նիկոտինային մաստակի և քաշի ավելացումը զսպելու միջև (օր.՝ ինչքան մեծ դեղաչափով է մաստակն օգտագործվում, այնքան քիչ է քաշն ավելանում): Բուլարոպիոնը նույնպես արդյունավետ է քաշի ավելացումը հետաձգելու առումով: Այնուամենայնիվ, երբ դադարեցվում է նիկոտինային մաստակի օգտագործումը կամ բուլարոպիոնով բուժումը, ծխելը դադարեցնողը միջինում նույնքան քաշ է ավելացնում, որքան կավելացներ, եթե չօգտագործեր նշված դեղորայքը:

### **Առաջարկություններ**

- Ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի հնարավոր ավելացմամբ մտահոգված ծխողներին խորհուրդ է տրվում օգտագործել վարենիկլին, բուլարոպիոն կամ նիկոտինային մաստակ՝ զրկանքին հաջորդող քաշի ավելացումը սահմանափակելու համար (B մակարդակի ապացույց):

Քաշի ավելացումը կառավարելու համար խորհուրդ է տրվում սահմանափակել կալորիաների ընդունումը և ավելացնել դրանց սպառումը:

### **Գրականություն**

1. 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.
2. Cavallo D.A. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long-aff-1>, Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, Pediatrics 2010;126:e166-e72.
3. Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, Arch Intern Med. 2010 March 22;170(6):543-550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33
4. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2005;7:871-80.
5. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, Cochrane Database Systematic Review, 2012, Issue 1. Art. No.:CD006219. DOI: 10.1002/14651858.



### Ծխելը դադարեցնելու գնահատման հետազոտություններ և գիտական առաջարկություններ

*«Ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ  
ռազմավարությունները պետք է բարձրացնեն  
ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները և հակազդեն  
հիվանդների ախտադարձին»:*



## 5.0 Ծխելը դադարեցնելու գնահատման հետազոտություններ և առաջարկություններ

### 5.1 Ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ կլինիկական հետազոտության չափանիշները

Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժումը ներկայումս ընդունված է բազմաթիվ առողջապահական համակարգերի կողմից, և հետազոտական զգալի ջանքեր են ներդրվում ներկայիս հաջողության ցուցանիշները բարելավելու ուղղությամբ: Մինչև վերջերս մանդրիզացված կլինիկական հետազոտությունների արդյունքների մասին զեկույցները տարաբնույթ էին, ինչը դժվարացնում էր դրանց համեմատությունն ու արդյունքների մեկնաբանումը: Ուեսթը և այլք առաջարկել են 6 ստանդարտ չափանիշներ, որոնք ներառում են Ռուսելի ստանդարտները (ՌՍ):<sup>1</sup> Այդ չափանիշները կիրառելի են ծխելը դադարեցնելուն ուղղված այնպիսի հետազոտություններում, որոնց մասնակիցներն ունեն ծխելը դադարեցնելու հստակ թիրախային ամսաթիվ/ժամկետ, և ամկա է դեմ ամ դեմ շփում մասնակիցների, հետազոտողների և կլինիկական անձնակազմի միջև: Այդ չափանիշներն են՝ (1) շարունակական վերահսկողություն 6 ամիս (ՌՍ6) կամ 12 ամիս (ՌՍ12)<sup>2</sup> սկսած ծխելը դադարեցնելու թիրախային ամսաթվից/ժամկետից կամ նախասահմանված լրացուցիչ ժամկետի ավարտից հետո, (2) ծխելու բացակայության մասին ինքնահաշվետվություն շարունակական վերահսկողության ողջ ժամանակահատվածում թույլատրելով օրական մինչև 5 սիգարետ, (3) ծխախոտի բացակայության կենսաքիմիական հաստատում՝ նվազագույնը շարունակական վերահսկողության 6-րդ կամ 12-րդ ամսվա ավարտին, (4) «բուժելու մտադրություն» (intention-to-treat) մոտեցման կիրառում, որը ենթադրում է, որ բոլոր մանդրիզացված ծխողների տվյալները ներառվում են վերլուծության մեջ, քանի դեռ նրանք չեն մահացել կամ տեղափոխվել անհայտ հասցե (վերլուծության մեջ ներառված մասնակիցները համարվել են ծխողներ, քանի դեռ նրանց չծխելու կարգավիճակը հնարավոր չի եղել պարզել վերջնական վերահսկող այցի

ժամանակ), (5) բուժման ընթացակարգի խախտողների վերահսկողություն և վերլուծության մեջ նրանց ծխելու իրական կարգավիճակի ընդգրկում, (6) շարունակական վերահսկողության ընթացքում տվյալների կույր հավաքում՝ անկախ նրանից, թե ծխողները հետազոտական խմբերում ինչպես են տեղաբաշխված:

#### Գիտական աշխատանքի համար ծխախոտային զրկանքի գնահատման չափանիշների ամփոփում<sup>3</sup>

- **Չրկանքի տևողություն:** Ծխելը դադարեցնելու թիրախային ամսաթվից կամ ծխելը դադարեցնելու իրական ամսաթվից հաշված ծխելը դադարեցնելու նվազագույնը 6 ամիս ժամանակահատվածը:
- **Ծխելը դադարեցնելու/զրկանքի սահմանում:** Հիվանդի տեղեկացմամբ ծխելը դադարեցնելու պահից 6 ամսվա ընթացքում 7-ից պակաս ծխախոտի օգտագործում, ինչպես նաև արտաշնչած օդում ածխածնի մոնօքսիդի թեստի բացասական արդյունք: Անհրաժեշտ է տարբերակել «տվյալ պահին զրկանք» (զրկանքի գազաթնակետ), որը բնութագրվում է որպես զրկանք բժշկին այցելելու պահին, և «շարունակական զրկանք», որը գնահատվում է 6-12 ամսվա վերահսկողության ժամանակահատվածում մի շարք բժշկական այցերի արդյունքում:
- **Չրկանքի կենսաքիմիական վավերացում:** Խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր այցի ժամանակ որոշել ածխածնի մոնօքսիդի (CO) խտությունն արտաշնչած օդում: Սա պարտադիր է բուժման ավարտին կատարվող այցի ժամանակ:
- **«Բուժելու մտադրության» վերլուծություն (Intention-to-Treat Analysis):** Չրկանքի ցուցանիշը որոշվում է՝ հաշվի առնելով բոլոր նրանց, ովքեր ստացել են բուժում, անցել են բուժման ամբողջական կուրսը և մասնակցել են բոլոր վերահսկիչ այցերին: Այն հիվանդները, ում նկատմամբ վերահսկողությունն ինչ-ինչ պատճառներով (փոխել են հասցեն, հեռախոսահամարը և այլն) չի իրականացվել, համարվում են դեռևս ակտիվ ծխողներ, և որպես այդպիսին



նրանց տվյալները պահպանվում են ծխելը դադարեցնելու կենտրոնական տվյալների բազայում:

- **Ընթացակարգը խախտողներ:** Չրկանքը հաստատվում է 1-4 չափանիշների հիման վրա՝ միայն այն դեպքում, երբ հիվանդները հետևել են ճշգրիտ բուժմանը՝ ստանդարտ դեղաչափերով, ինքնուրույն չեն ավելացրել այլ թերապիաներ իրենց բուժման սխեմային և մասնակցել են բոլոր վերահսկող այցերին՝ ծխելու կարգավիճակի բիրտփիական վավերացմամբ:
- **Կույր մեթոդների կիրառում:** Հնարավորության դեպքում բոլոր տվյալները պետք է հավաքվեն կրկնակի կույր մեթոդների կիրառմամբ:

## 5.2 Ծխախոտային կախվածության բուժման ծախսարդյունավետությունը

Ծխախոտի դեմ պայքարի նպատակը մարդկանց համար ծխախոտի ծխից ազատ միջավայրի ապահովումն է՝ փակ հանրային վայրերում ծխելն արգելելու միջոցով: Ծխախոտի դեմ պայքարի գլխավոր բաղադրիչներից մեկը՝ ծխելը դադարեցնելը, նվազեցնում է բազմաթիվ առողջական խնդիրներ: Գոյություն ունեն բազմաթիվ հետազոտություններ, որոնք ցույց են տալիս ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունների արդյունավետությունը: Առկա է նաև ծխելը դադարեցնելու ծախսարդյունավետության վերաբերյալ բավականաչափ գրականություն՝ հիմնված տարբեր երկրներում իրականացված հարցումների վրա: Ավելի վաղ հետազոտությունները գնահատել են բուլարոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող թերապիաների ծախսարդյունավետությունը: Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունների ծախսարդյունավետությանն ուղղված հետազոտություններից մեկը բացահայտել է, որ կանխարգելիչ այլ միջամտությունների համեմատ ծխելը դադարեցնելը բավականին ծախսարդյունավետ է:<sup>2</sup> Այդ հետազոտությունը նախատեսված էր առաջնային օդակի բժիշկների համար, ովքեր ամենօրյա այցերի ժամանակ ստուգելու էին ծխելու կարգավիճակը, և ծխողներին մոտիվացնելու ծխելը դադարեցնելու հարցում: Որպես ծխելը դադարեցնելուն

ուղղված միջամտություն օգտագործվել էին միայն խորհրդատվությունը և նիկոտինային փոխարինող բուժումը: Ծախսերը և կատարված միջամտությունների արդյունքում շահույթի արժեքը հաշվարկվել և ներկայացվել են հետևյալ կերպ. ծխելը դադարեցնող յուրաքանչյուր անձի համար միջին ծախսը կազմել է 3779 ԱՄՆ դոլար, կյանքի յուրաքանչյուր փրկված տարվա համար՝ 2587 ԱՄՆ դոլար և որակյալ կյանքի յուրաքանչյուր տարվա (QALY) համար՝ 1915 ԱՄՆ դոլար:

Պարզվում է, որ սրտամկանի ինֆարկտի կանխարգելման ընդունված ռազմավարությունների համեմատ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունն ավելի ծախսարդյունավետ է: Սիմվաստատինի և պրավաստատինի միջոցով սրտամկանի ինֆարկտի առաջնային կանխարգելման համար յուրաքանչյուր փրկված կյանքի համար պահանջվում է ավելի քան 10.000 ՄԲՖ (GBP), մինչդեռ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունը՝ ներառյալ հակիրճ խորհրդատվությունը և նիկոտինային փոխարինող թերապիան, կարծես մի քանի հարյուրից մինչև հազար ՄԲՖ (GBP):<sup>3,4</sup>

2003 թ. Շվեյցարիայում առաջնային օդակի բժշկական հաստատություններում իրականացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ և՛ բուլարոպիոնը, և՛ նիկոտինային սպեղանիները ծախսարդյունավետ են: Հետազոտությունն անցկացվել է մոլի ծխողների 2 խմբում. առաջինում ընդգրկվածները ստացել են միայն թերապևտի խորհրդատվություն, իսկ երկրորդում ընդգրկվածները՝ նաև լրացուցիչ դեղորայքային բուժում: Հետազոտության ավարտին պարզվել է, որ բուլարոպիոնը և նիկոտինային սպեղանին բուժման ամենածախսարդյունավետ մեթոդներն են, որոնք նվազման կարգով հետևում են նիկոտինային ցողացիրը, ներշնչակը և վերջում՝ մաստակը:<sup>5</sup> Վարենիկլինի արտադրությունից հետո այս դեղորայքով բուժման ծախսարդյունավետությունը ևս ուսումնասիրվել է և գնահատվել արդյունավետ:

Ըստ հաշվարկների ծխելու գինը ԱՄՆ-ում կազմում է տարեկան 193 միլիարդ ԱՄՆ դոլար, այդ թվում՝ 97 միլիարդ ԱՄՆ դոլար աշխատունակության կորստի և 96 միլիարդ ԱՄՆ դոլար՝ ծխելու հետևանքով առաջացած առողջապահական ծախսերի համար:<sup>6</sup> Մեծ Բրիտանիայի Առողջապահության ազգային ծառայության համար ծխելու ուղղակի արժեքը կազմում է 5,2 միլիարդ ՄԲՖ (GBP), իսկ ԵՄ անդամ երկրներում ծխելու ուղղակի և անուղղակի արժեքները միասին կազմում

են տարեկան մոտ 97,7-130,3 միլիարդ եվրո:<sup>8</sup> Աշխատավարյում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտության պարագայում 12 ամսվա կտրվածքով տեղի է ունենում 541 ԱՄՆ դոլարի խնայողություն վարենիկլինի, 151 ԱՄՆ դոլարի խնայողություն բուպրոպիոնի և 82 ԱՄՆ դոլարի խնայողություն՝ հակիրճ խորհրդատվության դեպքում:<sup>9,10</sup> ԱՄՆ-ում իրականացված մետա-վերլուծությունը եզրակացրել է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվությունը դուրսգրումից հետո շարունակվող աջակցության դեպքում կարող է լինել պոտենցիալ ծախսարդյունավետ և նվազեցնել ծխելու տարածվածությունը, ծխելով պայմանավորված բացասական հետևանքներն առողջության վրա և սոցիալական ծախսերը:<sup>11</sup> Պատահական բաշխմամբ հետազոտությունների մետա-վերլուծության տվյալներն օգտագործելով՝ հետազոտողները ստեղծել են սրտամկանի ինֆարկտով հոսպիտալացված ամերիկացի ծխողների վարկածային/հիպոթետիկ խումբ և գնահատել են ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվության ծախսարդյունավետությունը: Առողջապահական բոլոր ծախսերը հաշվի առնելուց հետո պարզվել է, որ ծխելը դադարեցրած յուրաքանչյուր հիվանդի համար ծախսը կազմել է 540 ԱՄՆ դոլար, 4350 ԱՄՆ դոլար՝ կյանքի յուրաքանչյուր փրկված տարվա համար և 5050 ԱՄՆ դոլար՝ որակյալ կյանքի յուրաքանչյուր տարվա (QALY) համար:<sup>11</sup> Ծխելը համարվում է թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդության զարգացման և կլինիկական ընթացքի ռիսկի հիմնական գործոնը: Հետևաբար՝ ծխելը դադարեցնելը հատկապես կարևոր է այդ խմբի մարդկանց համար: Նիդեռլանդներում իրականացված 2 հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ծխելը դադարեցնելը ծախսարդյունավետ է թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն (ԹԶՕՀ) ունեցողների շրջանում: ԹԶՕՀ հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտության վերաբերյալ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող 9 հետազոտությունների համակարգված ամփոփման արդյունքում պարզվել է, որ միջինում 12-ամսյա շարունակական գրկանքի ցուցանիշը սովորական խնամքի պարագայում կազմել է 1.4%, 2.6%՝ նվազագույն խորհրդատվության, 6.0%՝ ինտենսիվ խորհրդատվության և 12.3%՝ դեղորայքային բուժման ժամանակ: Որակյալ կյանքի յուրաքանչյուր տարվա (QALY) համար խնամքի տարբեր տեսակների (1.

սովորական խնամք, 2. սովորական խնամք և նվազագույն խորհրդատվություն, 3. սովորական խնամք, ինտենսիվ խորհրդատվություն և դեղորայքային բուժում) դեպքում խնայված ծախսերը կազմում են համապատասխանաբար 16,900, 8200 և 2400 եվրո:<sup>12</sup> ԹԶՕՀ ամբուլատոր հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բարձր ինտենսիվության ծրագրի (ԾԴԹ՝ ծխելը դադարեցնելու թերապիա) և միջին ինտենսիվության բուժման (Թոքային հիվանդների միևնույն միջամտության ռազմավարություն) ծախսարդյունավետությունները համեմատելու նպատակով իրականացվել է մեկ այլ հետազոտություն: Պարզվել է, որ ԾԴԹ-ի դեպքում առողջապահական ծախսերը (ներառյալ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված ծրագրի ծախսերը) կազմում են 581 եվրո, իսկ միջին ինտենսիվության բուժման պարագայում 595 եվրո: ԾԴԹ-ն ընդհանուր ավելի քիչ ծախսերի հետ մեկտեղ կապված է եղել միջինում ավելի քիչ սրացումների (0.38 ընդդեմ 0.60), մեկ հիվանդի հաշվով հոսպիտալացման ավելի քիչ օրերի (0.39 ընդդեմ 1) և ծխելը դադարեցնողների ավելի մեծ թվի հետ (20 ընդդեմ 9): Սա նշանակում է, որ ԾԴԹ-ն առավելություններ ունի միջին ինտենսիվության բուժման համեմատ:<sup>13</sup> ԱՄՆ-ում Մասաչուսեթսում իրականացված հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված համապարփակ ծառայությունների շնորհիվ զգալի խնայողություններ են կատարվում Medicaid-ի ծրագրերում: Ծխելը դադարեցնելու համապարփակ ծառայությունների (այդ թվում՝ դեղորայքային բուժման, խորհրդատվության և արտագնա տնային այցերի) արժեքը 2010 թ. յուրաքանչյուր ծառայության համար 1 մասնակցի հաշվով կազմել է 183 ԱՄՆ դոլար, իսկ 1 մասնակցի հաշվով մոտավոր խնայողությունները կազմել են 571 ԱՄՆ դոլար: Այս տվյալները վկայում են, որ ծրագրում ծախսված յուրաքանչյուր 1 ԱՄՆ դոլարի դիմաց խնայվում է 3,12 ԱՄՆ դոլար բժշկական ծախսերից:<sup>14,15</sup> Վերջին շրջանում իրականացված տնտեսագիտական գնահատման մեջ Կանտոնը և այլ բացահայտել են, որ բժիշկների և դեղագործների վերապատրաստումը ծխելը դադարեցնելու հարցում բավականին ծախսարդյունավետ միջոցառում է:<sup>16</sup>

## Գրականություն

1. 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.

2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009;6(3):1-10.
7. 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.
8. 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].
9. 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.
10. 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.
11. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, *Arch Intern Med*. 2011;171(1):39-45.
12. 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.
13. 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.
14. 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
15. Ferketich 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.
16. Cantor SB., Deshmukh AA., Luca NS., Noguera-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.

### 5.3 Առաջարկություններ ծխելը դադարեցնելու ուղեցույցների ներդրման վերաբերյալ

Լավ ուղեցույցն իսկապես օգտակար է միայն այն դեպքում, երբ լավագույն գործելակերպի չափանիշներին համապատասխան տարածվում և ներդրվում է թիրախային բնակչության շրջանում:

Որպես ասվածի ապացույց կարելի է բերել Եվրոպայում Մեծ Բրիտանիայի Առողջապահության ազգային ծառայության Ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների օրինակը: Կլինիկական գերազանցության ազգային ինստիտուտի (NICE) ուղեցույցի ներդրման ավգորիթմը մշակելու շնորհիվ ծխելը դադարեցնելու ուղեցույցները վերածվել են արժեքավոր գործիքի ծխողներին աջակցող բոլոր մասնագետների համար: Այսպիսով՝ ուղեցույցը կարող է օգնել ազգային կազմակերպություններին համապատասխանել հանրային առողջապահության համաշխարհային չափանիշներին, սահմանել հանրային սեկտորում ազգային և տեղական կազմակերպություններ, որոնք կիրականացնեն հանրային առողջության բարելավման, ոլորտի անհավասարությունները նվազեցնելու և համայնքներում բարեկեցությունը խրախուսելու կառավարության պահանջներն ու նպատակները<sup>1</sup>:

Ուղեցույցները պետք է ներդրվեն՝ համապատասխանեցվելով առողջության պահպանման առաջնային և երկրորդային օղակներում, դեղատներում, տեղական կառավարման մարմիններում և աշխատավայրերում մատուցվող ծառայություններին, ինչպես նաև կիրառելի լինեն վերապատրաստող մարմինների և առողջապահական քաղաքականություն մշակողների համար: Այս նպատակին հասնելու համար ներդրման գործընթացը պետք է ունենա ծրագրի ղեկավարման կառուցվածք և «քայլ առ քայլ» մոտեցում իրականացնելու հետևյալը.

- ապահովել, որ բոլոր համապատասխան խմբերը տեղեկացված լինեն ուղեցույցների մասին, և նրանց հասանելի լինեն համապատասխան վեբ կայքերը, տպագիր նյութերը և այլն,
- աշխատել համապատասխան մասնագետների խմբերի հետ՝ նրանց ներկայիս գործունեությունն ուղեցույցների առաջարկությունների հետ համեմատելու համար,<sup>1</sup>

- պարզել, թե որ կազմակերպությունները/ հիվանդանոցները և այլն կարիք ունեն փոփոխելու իրենց գործելաճոճը, որպեսզի համապատասխանեն ուղեցույցներին և համագործակցեն գոյություն ունեցող ցանցերի հետ (օրինակ՝ ծխախոտի դեմ պայքարի տարածաշրջանային ցանցերի),
- պարզել ներդրման օգնող հիմնական ուղղությունները (օրինակ՝ ծխելը դադարեցնելուն աջակցող կենտրոններ ուղղորդելու ձևերի կատարելագործում, վերապատրաստման մասնակցող բուժաշխատողների թվի ավելացում, դժվար հասանելի համայնքների ընդգրկում),
- որոշել, թե ինչ կարծեսա ուղեցույցների ներդրումը,
- ստեղծել ուղեցույցի ներդրման գործողությունների պլան՝ աշխատելով տեղական կառավարման մարմինների և մասնագետների հետ:

Ներդրման արդյունավետությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ է, որ բոլոր պատասխանատուները՝ հանրային առողջապահական, տեղական կառավարման և տեղական առաջնահերթություններ սահմանող կազմակերպությունները ու ներկայացուցիչները ստորագրեն գործողությունների պլանը, օրինակ՝ լրկալ համաձայնագիր: Ուղեցույցի ներդրումը պետք է վերանայվի և մոնիթորինգի ենթարկվի: Արդյունքները պետք է ներկայացվեն համապատասխան համակարգող խորհրդին: Շատ կարևոր է նաև, որ տարբեր մասնագիտական և գիտական միջոցառումների շրջանակներում տեղի ունենա ուղեցույցի ներդրման վերաբերյալ փորձի փոխանակում տարբեր կազմակերպությունների միջև:<sup>2</sup>

Մոր և մանկան առողջության կլինիկաներում ծխելը դադարեցնելու ուղեցույցների ներդրումը տարածող միջամտությունների արդյունավետությունը ստուգող փորձարարական հետազոտությունում Մանֆրեդին և այլք հայտնում են, որ սկզբնական տվյալների համեմատ Էական բարելավում է նկատվել այն ծխողների շրջանում, ովքեր ծառայություն տրամադրողի կողմից ստացել են խորհուրդ, ինքնօգնության բուկլետներ, տեսանյութեր, պաստառներ և հավելյալ միջամտություն: Մասնավորապես, ամենաԷական բարելավումները նկատվել են այն ծխողների շրջանում, ովքեր ստացել են և՛ բուկլետ, և՛ հավելյալ միջամտություն:<sup>3</sup>

## Գրականություն

1. 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.
2. NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
3. 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.

## 5.4 Ծխախոտային կախվածության վերաբերյալ առաջարկվող գիտական գրականություն

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.

## ՄԱՍ III | ԳԼՈՒԽ 6

Ծխախոտային կախվածության բուժման  
ծառայությունների և վերապատրաստման ծրագրերի  
հավատարմագրման եվրոպական չափանիշներ

*«Առողջապահության ոլորտի մասնագետների  
վերապատրաստումը ծխախոտի օգտագործման և  
կախվածության բուժման հիմնաքարն է»:*



## 6.0

# Ծխախոտային կախվածության բուժման ծառայությունների և վերապատրաստման ծրագրերի հավատարմագրման եվրոպական չափանիշներ

Այս գլխում ներկայացվում են բուժաշխատողների վերապատրաստման և ծխախոտային կախվածության բուժման ծառայությունների չափանիշները (ծխելը դադարեցնելու միջամտություններ իրականացնող թիրախային մասնագիտական խմբեր, ծխելը դադարեցնելու բուժման վերաբերյալ վերապատրաստման ընդհանուր չափանիշներ, վերապատրաստում տրամադրող լիազորված մարմիններ և նրանց պատասխանատվությունը ծխելը դադարեցնելու հարցում, ինչպես նաև՝ վերապատրաստման ձևաչափ և գնահատում):

Ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների նպատակով բուժաշխատողների վերապատրաստման վերաբերյալ Զոքրեյնի համագործակցության համակարգային ուսումնասիրությունը և մետա-վերլուծությունը ցույց են տվել, որ վերապատրաստումները նպաստում են կլինիկական պրակտիկայում դրական փոփոխություններին:<sup>1</sup>

Առողջապահության սեկտորում լավ կառավարումը կարևոր խնդիր է: Հանրությունը, հիվանդները և ծառայությունների համար վճարողները կարևորում են առողջապահական ծառայությունների որակի առավել օբյեկտիվ գնահատման մեխանիզմների ձևավորումը: Շատ երկրներ որդեգրել

են որակի ապահովման և չափանիշների բարելավման տարբեր մոտեցումներ: Որոշ երկրներում մասնագիտական կազմակերպությունները և ծառայություն տրամադրողների ասոցիացիաներն են փորձում ստանձնել իրենց բնագավառի որակի վերահսկողությունը՝ նպատակ ունենալով բարելավել առողջապահության չափանիշները, հաճախ՝ առանց պետության կամ հասարակության ներդրումների: Որոշ երկրներում պետությունն է առողջապահության ոլորտում կոշտ վերահսկողություն իրականացնում՝ տեղ չթողնելով մասնագիտական դատողության համար, ինչը բերում է «պաշտպանողական բժշկության» և անհիմն ուղղորդումների դեպի ավելի բարձր մակարդակի առողջապահական հաստատություններ: Մարտահրավերը այն է, որ պետք է պահպանել բուժաշխատողների, պետական քաղաքականություն մշակողների, հանրության անդամների և այլ շահագրգիռ կողմերի մասնակցության հավասարակշռությունը առողջապահության ոլորտի բարելավման և չափանիշների մշակման հարցում: Հասանելի գրականության ուսումնասիրությունը թույլ է տալիս առանձնացնել ուղղությունները և փաստերը, որոնք կարող են եվրոպայում առողջապահական ծառայություններին

### Պատկեր 6.1. Առողջապահական ծառայությունների վերաբերյալ եվրոպական չափանիշների նկարագրություն

| Եվրոպայի խորհուրդ  |                              |
|--|------------------------------|
| Առաջարկություն (1997) <sup>5</sup>                       | Բժշկական տվյալների պահպանում |
| Անվտանգ դեղորայքի կիրառում                               | Անվտանգ դեղորայքի կիրառում   |
| ResAP բանաձև (2003) <sup>3</sup>                         | Մնուցումը հիվանդանոցներում   |
| Առաջարկություն (2000) <sup>5</sup>                       | Հիվանդների մասնակցություն    |
| Առաջարկություն (2006) <sup>7</sup>                       | Հիվանդների անվտանգություն    |
| Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (ԱՀԿ)     |                              |
| WHO-HEN-OBS-2009   | Բժիշկների հմտություններ      |
| Հիվանդանոցներում առողջության պահպանման չափորոշիչներ 2004 | Առողջության խթանում          |

Շարունակելի



**Պատկեր 6.1** Շարունակություն

|   |   |
|---|---|
| Ընդհանուր բնակչության շրջանում հիվանդացությունը և մահացությունը նվազեցնելու ստուգացանկ  | Վիրաբուժական ստուգացանկ                             |
| Հիվանդանոցների կատարողականի գնահատման շրջանակ. PATH   | Կատարողականի չափորոշիչներ                           |
| <b>Եվրոպայի խորհրդի (ԵԽ) հրահանգներ</b>   |   |
| Հրահանգ 2005/36/ԵԽ  | Մասնագիտական որակավորում                            |
| Հրահանգ 1995/46/ԵԽ  | Մասնագիտական տվյալների վերամշակում                  |
| Հրահանգ 2011/24/ԵԽ  | Հիվանդների իրավունքները առողջապահության ոլորտում    |
| <b>ԵՆ Ուսումնասիրություններ</b>   |   |
| Արյան հետազոտման համաեվրոպական չափորոշիչների մշակում (EU-Blood-Inspection)  | Արյան հետազոտման կանոնակարգեր                       |
| Օրգանների դոնորության եվրոպական որակի չափորոշիչներ և մեթոդներ (ODEQUS)  | Օրգանների դոնորություն                              |
| Հակաբիոտիկների կայունություն և նշանակում երեխաներին (ARPEC)   | Հակաբիոտիկների օգտագործում                          |
| Եվրոպայում դեղորայքի ռացիոնալ օգտագործում (DRUM Europe)   | Դեղորայքի օգտագործում                               |
| Հիվանդների անվտանգության և ինտենսիվ խնամքում որակի բարելավման խթանում (PROSAFE)   | Ինտենսիվ խնամք                                      |
| Լավագույն պալիատիվ խնամքի սահմանում (PPP)   | Պալիատիվ (ամօքիչ) խնամք                             |
| Ինտենսիվ խնամքում ռեսուրսների օգտագործման միջազգային ծրագիր. իրականացման մեթոդաբանությունը և գինը եվրոպական 4 երկրներում (IPOC) | Ինտենսիվ խնամք                                      |
| Ցերեկային վիրահատության միջոցով հիվանդանոցում հիվանդների անվտանգության բարելավում (DAYSAFE)                                     | Ցերեկային վիրահատություն                            |
| Տարեցների բուժում և կառավարում, ԵՆ (CARMEN)   | Ծառայություններ տարեց մարդկանց համար մարդկանց համար |
| Ներգաղթյալների համար առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը, որակը և համապատասխանելիությունը (EUGATE)                  | Ազգային փոքրամասնություններ                         |
| <b>ՀԿ-ներ</b>   |   |
| Վերակենդանացման խորհրդի եվրոպական ուղեցույցներ, 2010  | Վերակենդանացում                                     |
| Բժշկական ոլորտի մասնագետների եվրոպական միություն  | Բժշկական պրակտիկայի որակը                           |
| Բազելի հռչակագիրը   | Շարունակական մասնագիտական կրթություն                |
| Հիվանդների իրավունքների եվրոպական կանոնադրություն   | Հիվանդների իրավունքներ                              |
| Երեխաների իրավունքների եվրոպական կանոնադրություն  | Հիվանդների իրավունքներ                              |
| Գերոնտոլոգիայի միջազգային ասոցիացիա. Տարեց մարդկանց խնամքի չափանիշների կանոնադրություն  | Հիվանդների իրավունքներ                              |

**Պատկեր 6.1** Ծարունակություն

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Ճառագայթաբանության եվրոպական ասոցիացիա. Ճառագայթաբանության ոլորտում ռիսկերի կառավարում, 2004 | Ճառագայթաբանություն                  |
| Եվրոպական հիվանդանոցի և առողջապահության ֆեդերացիա (HOPE), 2010                               | Քրոնիկական հիվանդություններ          |
| <b>Ստանդարտացման եվրոպական կոմիտե (CEN)</b>  |                                      |
| EN ISO 22870:2006 (POCT) Որակի և կոմպետենցիաների նկատմամբ պահանջներ (ISO 22870:2006)         | Մանուալ թերապիա                      |
| EN 16224:2012 Մանուալ թերապիայի կազմակերպում   | Բուժման վայրում կատարվող թեստավորում |
| WS068001 Առողջապահական ծառայություններ. Առողջության ստուգման որակական չափորոշիչներ           | Առողջության ստուգում                 |
| 00414001 Շենաշարժական համակարգի առողջապահական ծառայությունների տրամադրում                    | Ոսկրաբանական ծառայություններ         |
| CEN/TC 403 Էսթետիկ բժշկական ծառայություններ  | Էսթետիկ վիրաբուժություն              |

ներկայացվող պահանջները ձևավորելու հիմք դառնալ (տե՛ս պատկեր 6.1):

ԱՄՆ-ում և Ավստրալիայում իրականացված անկախ հետազոտությունները մատնանշել են հանրային և մասնավոր գործակալությունների միջև ակտիվ համագործակցության կարիքը՝ վերևից ներքև կառավարման և ներքևից վերև զարգացման կոնֆլիկտը լուծելու համար: Հավատարմագրման հաջողության համար կարևոր է հանրային սեկտորի և հավատարմագրման որևէ գործակալության միջև համագործակցությունը:<sup>2,3</sup>

**Պրակտիկություն**

1. Carson KV., Verbiest MEA., Crone MR., Brinn MP., Esterman AJ., Assendelft WJJ., Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.
3. Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. EuroHealth July 2012 (in press)

**6.1 Առաջարկություններ ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ փորձագիտական վերապատրաստման չափորոշիչների վերաբերյալ**

Ծխելը թողնելու հարցում ծխողներին աջակցություն ցույց տալու վերաբերյալ քննարկումները պետք է բժշկական ուսումնական ծրագրի պարտադիր մասը կազմեն: Այս ոլորտում ներգրավված մասնագետների բոլոր խմբերի վերապատրաստումը պետք է կատարվի ոլորտի լիազորված փորձագետների կողմից իրականացվող դասընթացների միջոցով:

Նենսի Ռիգոտիի և այլոց 2008 թ. գեկույցում ամփոփվել են տարբեր երկրներում ծխելը դադարեցնելու աջակցություն տրամադրելու նպատակով վերապատրաստման դասընթացների վերաբերյալ տվյալները:<sup>1</sup> Համաձայն այդ տվյալների՝ գոյություն ունեն բազմաթիվ մոտեցումներ և ձևաչափեր, ինչպես նաև՝ այդ դասընթացների ֆինանսավորման տարբեր աղբյուրներ: Այս գեկույցը կարևոր է նրանով, որ ուշադրություն է հրավիրում ծխախոտային կախվածության բուժման համար մասնագիտական վերապատրաստման միջազգային չափանիշների



անհրաժեշտության վրա:

Ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ վերապատրաստման թիրախային խումբը ներառում է ծխելը դադարեցնելու ծառայության խորհրդատուներին և համակարգողներին (բժիշկներ, բուժքույրեր, մանկաբարձներ, դեղագործներ, ատամնաբույժներ, հոգեբաններ կամ ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծի խորհրդատուներ, ինչպես նաև՝ բոլոր նրանք, ովքեր խորհուրդ են տալիս մարդկանց՝ ինչպես թողնել ծխելը):

Ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ վերապատրաստման պատասխանատու եվրոպական բոլոր լիազոր մարմինները պետք է քայլեր ձեռնարկեն, որպեսզի.

- վերապատրաստեն ողջ բուժանձնակազմին՝ տրամադրելու հասանելի լավագույն ուղեցույցներին համապատասխան ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ հակիրճ խորհրդատվություն, հնարավորության և անհրաժեշտության դեպքում հիվանդին ուղղորդելու դեպի ծխելը դադարեցնելուն ուղղված հանրային ֆինանսավորմամբ այլ ծառայություններ,
- ապահովեն ծխելը թողնելու հարցում մարդկանց աջակցելու ձևերի մասին դասընթացի ներառումը առողջապահության ոլորտում բակալավրիատի և հետբուհական կրթության հիմնական ուսումնական ծրագրում,
- ապահովեն և պահպանեն վերապատրաստման ու շարունակական մասնագիտական զարգացման հասանելիությունը,
- վերապատրաստեն ծխելը դադարեցնելուն ուղղված ծառայությունների բոլոր աշխատողներին՝ օգտագործելով այնպիսի ծրագիր, որը համապատասխանում է ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժումների լավագույն հասանելի չափանիշներին,
- կազմակերպեն լրացուցիչ վերապատրաստման դասընթացներ հատուկ խմբերի (օրինակ՝ հոգեկան ախտորոշմամբ հիվանդներ, հոսպիտալացված հիվանդներ և հղիներ) հետ աշխատող մասնագետների համար,
- խրախուսեն և վերապատրաստեն առողջապահության ոլորտի մասնագետներին, որպեսզի նրանք հարցնեն իրենց հիվանդներին ծխախոտի օգտագործման բոլոր ձևերի մասին և տեղեկացնեն երկրորդային ծխի

Ներգործության վտանգների մասին:

Եվրոպայում վերապատրաստում իրականացնող լիազորված կազմակերպությունները տարբեր են՝ հավատարմագրված համալսարաններից մինչև պետական կազմակերպություններ կամ վերապատրաստման ճանաչված ազգային կառույցներ: Ծխելը դադարեցնելու աջակցության նպատակով վերապատրաստման հիմնական չափանիշը ամնչվում է երկու ոլորտի՝ գիտելիք և հմտություններ: Այդ չափանիշը վերաբերում է ծրագրերի բովանդակությանը և վերապատրաստումից ակնկալվող արդյունքներին:

Մեծ Բրիտանիայի Առողջապահության ազգային ծառայության վերապատրաստման չափանիշները վերաբերում են ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունների 3 տարբեր մակարդակներում (համառոտ իրավիճակային, ինտենսիվ դեմ առ դեմ և խմբային) իրականացման համար պահանջվող նվազագույն տարրերին և մոդուլներին (տե՛ս աղյուսակ 6.1): Վերապատրաստման չափանիշները վերապատրաստողին ուղղորդում են, թե ինչ է պետք ընդգրկել ծխելը դադարեցնելու խորհրդատուների վերապատրաստման ծրագրում: Վերապատրաստման ձևաչափը յուրաքանչյուր մակարդակի համար տարբեր է: Ընդհանուր առմամբ, համառոտ իրավիճակային խորհրդատվությունը պետք է համապատասխանի բժշկական համալսարանի ուսումնական ծրագրին, մինչդեռ ինտենսիվ դեմ առ դեմ և խմբային մակարդակում իրականացվող խորհրդատվությունը պետք է հիմնվի բժշկական/բուժքույրական/հոգեբանական հետբուհական ուսումնական ծրագրի վրա:

Բովանդակային նվազագույն պահանջներ հասկացությունը վերաբերում է ծրագրի այն տարրերին, որոնք հիմնական են համարվում չափանիշներին հասնելու հարցում: Ծրագրում թվարկված ուսուցման նպատակների դիմաց Նշված է Գ կամ Հ տառը, որը ցույց է տալիս՝ արդյոք գիտելիքի (Գ), թե հմտության (Հ) վրա է այն հիմնված: Այս տարբերակումը կարևոր է, քանի որ դրանք պահանջում են գնահատման տարբեր ձևեր: Առաջինը կարող է գնահատվել գրավոր թեստերի միջոցով դասընթացի ավարտին, մինչդեռ մյուսն ավելի բարդ է և կարող է պահանջել գործնական թեստ կամ գործելաոճի դիտարկում դասընթացից հետո:

**Աղյուսակ 6.1. Առողջության ազգային ծառայությունների՝ ծխելը դադարեցնելու դասընթացի գնահատման չափանիշներ**

|  |
|--|
| Դասընթացն ավարտելու ապացույց   |
| Դասընթացի ընթացքում շարունակական գնահատում (միջանկյալ գնահատում)   |
| Դասընթացի ավարտին գիտելիքի և հմտությունների գնահատում  |
| Դիտարկումների միջոցով ծառայության իրականացման ընթացքում գիտելիքի և հմտությունների գնահատում  |
| Ստացած գիտելիքն ու հմտությունները պրակտիկայում կիրառելու վերաբերյալ ապացույցների տրամադրում շարունակական մասնագիտական զարգացման պորտֆոլիոյի կիրառման միջոցով |

**6.2 Առաջարկություններ Եվրոպայի բժշկական համալսարանների համար՝ «Ծխելը դադարեցնելու» ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ**

**Հիմնավորումը**

Ծխախոտի օգտագործումը հանրային առողջապահության կարևորագույն խնդիրներից է: Ամբողջ աշխարհում տարեկան 6 միլիոն մարդ է մահանում ծխախոտ օգտագործելու պատճառով: Կանխատեսվել է, որ այս թիվը 2030 թ. կհասնի 8 միլիոնի:<sup>2</sup> Միայն Եվրոպայում ծխելու հետևանքով տարեկան շուրջ 700.000 մարդ է մահանում: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ներկայիս ծխողների կեսը կմահանա ծխախոտով պայմանավորված առողջական խնդիրներից, ընդ որում՝ նրանցից շատերի մահը կլինի վաղաժամ:<sup>3</sup> Բացի մահացությունների պատճառ լինելուց, ծխախոտի օգտագործումը վնաս է հասցնում շրջակա միջավայրին և կարևոր տնտեսական բեռ է առաջացնում: Այսպիսով, ծխախոտի օգտագործման վերահսկման և ծխողների թվի նվազեցման հրատապ անհրաժեշտություն կա: Արդյունավետ մոտեցումներից մեկը ծխողներին աջակցելն է ծխելը թողնելու հարցում: Շատ երկրներ ներդրել են ծխախոտի դեմ պայքարի

հաջող ծրագրեր (ներառյալ՝ ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդների բուժումը) և նվազեցրել են ծխախոտի օգտագործումն ու դրա պատճառով մահացության թիվը:<sup>2</sup>

**Վերապատրաստման ծրագրի/դասընթացի բովանդակությունը**

- Ծխախոտի համաճարակը Եվրոպայում և ողջ աշխարհում,
- Ծխախոտ օգտագործելուն դրող գործոնները,
- Ծխախոտային կախվածության դեղաբանական հիմքը,
- Ծխախոտի օգտագործման առողջական վնասները,
- Ծխախոտի օգտագործման այլ հետևանքները (օր.՝ միջավայրային, տնտեսական),
- Ծխախոտի դեմ պայքարի մոտեցումները,
- Բժշկի դերը ծխախոտի դեմ պայքարում,
- Ծխախոտի դեմ պայքարի օրենսդրություն:

**Ուսուցման մեթոդները**

Բժշկական համալսարանի առաջին տարիների ուսուցումը տեսական բնույթ է կրում: Գործնական պարապմունքներն անց են կացվում կլինիկական ուսուցման ընթացքում (4-6-րդ տարիներ): Տեսական դասընթացի տևողությունը նվազագույնը 10-12 ժամ է, որը ներառված է բժշկական կրթության առաջին երեք տարիների (սախակլինիկական) ուսումնական ծրագրում: Տեսական դասընթացն ընդգրկում է դասախոսություններ, փոքր խմբային քննարկումներ, պանելային քննարկումներ և դեպքերի օրինակներ: Այս ամենի նպատակը ուսանողների շրջանում ծխախոտին ամնչվող խնդիրների վերաբերյալ տեղեկացվածության բարձրացումն է (տե՛ս աղյուսակ 6.2): Կլինիկական ուսուցման ընթացքում կարող են ավելացվել դեպքերի քննարկումները «հակածխախոտային» վերաբերմունք և վարքագիծ ձևավորելու նպատակով: Կարևոր է, որ բժիշկները իմանան իրենց բոլոր հիվանդների (այդ թվում՝ դեռահաս հիվանդների ծնողների) ծխելու վարքագծի մասին և խորհուրդ տան ու օգնեն ծխողներին թողնել ծխելը: Այսպիսով, կլինիկական փուլում քննարկվում են ծխախոտային կախվածության և բուժման առանձին դեպքեր:

**Կոզևիտիվ դաշտ**

B1: Իմանալ (վերհիշել, հաշվել, սահմանել), օրինակ՝ ծխախոտի

օգտագործման տարածվածության մասին գիտելիք, տարածվածությանը նպաստող գործոններ, ծխախոտի օգտագործման առողջական հետևանքների թվարկում՝ ըստ օրգան համակարգերի:

B2: Հասկանալ, կիրառել, վերլուծել, գնահատել, օրինակ՝ ծխախոտի օգտագործման առողջական հետևանքների

կենսաբանական և ֆիզիոլոգիական մեխանիզմներ, բացատրել ծխախոտի օգտագործման միջավայրային ազդեցությունները և տևտեսական բեռը:

B3: B2 գիտելիքի գործածություն իրական կյանքում՝ հիվանդների հետ աշխատանքում (հիվանդության պատմության կազմում, գնահատում և որոշում), օրինակ՝

### Աղյուսակ 6.2. Ծրագրի մանրամասները

| ՋԻՄԱՆԱԿԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ  | ԹԻՐԱԿՆԵՐԸ   | ԺԱՄԱՆԱԿԱՋԱՏՎԱԾ ԵՎ ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐ |            |              |
|---|---|-------------------------------|------------|--------------|
|   |   | Նախա- կլինիկական              | Կլինիկական | Ինտերնատուրա |
| Տեղեկություն ծխախոտի օգտագործման տարածվածության և ծխել սկսելուն նպաստող գործոնների վերաբերյալ | Ծխախոտի օգտագործման համաճարակաբանական հատկություններ (անձ, վայր, ժամանակ, և այլն) | B2                            |            |              |
| Տեղեկություններ ծխախոտի օգտագործման վնասների վերաբերյալ                                       | Ծխախոտի օգտագործումն ու դրա ազդեցությունն առողջության վրա                         | B1                            |            |              |
|   | Ծխելու ազդեցությունը շնչառական համակարգի վրա                                      | B1                            | B2         |              |
|   | Ծխելու ազդեցությունը սրտանոթային համակարգի վրա                                    | B1                            | B2         |              |
|   | Ծխելու ազդեցությունը քաղցկեղի առաջացման և արյունաստեղծ համակարգի վրա              | B1                            |            |              |
|   | Ծխելու ազդեցությունը միզասեռական համակարգի վրա                                    | B1                            |            |              |
|   | Ծխելու ազդեցությունը հղիության և երեխաների վրա                                    | B1                            |            |              |
| Ծխախոտի օգտագործման ազդեցությունը շրջակա միջավայրի վրա  | Ծխախոտային կախվածության նյարդակենսաբանական հիմքերը                                | B1                            | B2         |              |
|   | Ծխախոտային կախվածության կոգնիտիվ և վարքաբանական ասպեկտները                        | B1                            | B2         |              |
| Ծխախոտի օգտագործման ազդեցությունը շրջակա միջավայրի վրա  | Փակ տարածքներում օդի որակն ու աղտոտող նյութերը                                    | B1                            |            |              |
|   | Օդի աղտոտվածությունը, հրդեհի վտանգները  | B1                            |            |              |

Շարունակելի

**Աղյուսակ 6.2:** Շարունակություն

|  |  |    |          |          |
|--|--|----|----------|----------|
| Ծխախոտի օգտագործման սոցիալական և տնտեսական ազդեցությունը                     | Անհատների վրա ազդեցությունը  | B2 |          |          |
|  | Համայնքի վրա ազդեցությունը   | B2 |          |          |
| Ծխախոտի դեմ պայքարի օրենսդրական դաշտը  | Միջազգային մակարդակ (Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին շրջանակային կոնվենցիա)  | B2 |          |          |
|  | Ազգային մակարդակ (ազգային օրենսդրություն)  | B2 |          |          |
| Ծխախոտի դեմ պայքարի կոնցեպտը և դրա ռազմավարությունը                          | MPOWER ռազմավարություն   | B2 |          |          |
|  | Համապատասխան ազգային օրենսդրություն, օրինակ՝ Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային ծրագրեր   | B2 |          |          |
| Բժիշկների դերը ծխախոտի դեմ պայքարում և նրանց վարվելակերպը                    | Ծխախոտ չօգտագործող բժիշկը որպես օրինակ   | B2 | B2<br>D2 | B3<br>D3 |
|  | Օգնել ծխողներին թողնել ծխելը՝ կիրառելով 5A և 5R սկզբունքները   | B1 | B3<br>D3 | B3<br>D3 |
|  | Ծխելը դադարեցնելու՝ ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված մեթոդներ   |    | B2       |          |
|  | Ծխելը դադարեցնելը կլինիկական պրակտիկայում  |    |          | B3       |
|  | Ախտադարձերի կանխարգելում   | B2 | B3       | B3       |
|  | Ախտադարձերի կանխարգելում   |    | D3       | B3       |
|  | Ծխելու դեմ պայքարում քարոզչություն և առաջնորդություն   |    | B3       | D3       |
|  | Ծխախոտային ինդուստրիայի մանիպուլյացիաների վերաբերյալ տեղեկացվածություն և պայքար դրա դեմ                                      |    |          | D3       |
|  | Ծխախոտի օգտագործման դադարեցումը բնակչության հատուկ խմբերում (վիրահատվածներ, ԹՔՕՀ, սրտանոթային, հոգեկան խնդիրներով հիվանդներ) | B2 |          |          |
|  | ՉԼՄ-ների դերը ծխախոտի դեմ պայքարում  | B2 |          |          |
| Ծխախոտի դեմ պայքարն առօրյա կյանքում և համապատասխան կառույցների հետ աշխատանքը | Պետական և ոչ պետական կառույցների դերը ծխախոտի դեմ պայքարում  | B2 |          |          |

կիրառել 5A-երի մեթոդը, ծխողին օգնություն առաջարկել, բուժման տարբերակների մասին տեղեկություններ տրամադրել:

### **Ընկալման դաշտ**

D1: Տեղեկացվածություն, օրինակ՝ իմանալ ծխախոտային արդյունաբերության մարքեթինգային մեթոդները:

D2: Վերաբերմունք, օրինակ՝ հաշվի առնել ծխախոտային արդյունաբերության մարքեթինգային մեթոդները և դրանց հակազդելու կարևորությունը:

D3: Վարքագիծ, օրինակ՝ կազմել և կիրառել ծխախոտային արդյունաբերության մարքեթինգային մեթոդներին հակազդելու ծրագիր:

### **Գնահատում**

Ծրագրի ազդեցությունը գնահատվում է ծրագրից առաջ և հետո անցկացվող թեստերի միջոցով: Մինչև ծրագրի սկսվելը (օրինակ՝ 1-ին տարում) և կրթությունն ավարտելուց հետո (օրինակ՝ ավարտական տարում) ուսանողներին գրավոր թեստ է տրվում: Ծրագրից առաջ և հետո անցկացվող թեստերը բաղկացած են պատասխանի մի քանի տարբերակ պարունակող հարցերից: Ի լրումն, յուրաքանչյուր դասընթացից հետո բանավոր և գրավոր հետադարձ գնահատում է կատարվում ուսանողների և դասախոսների կողմից: Ուսանողների անունները չեն նշվում, գնահատվում է խմբի կատարողականությունը:

## **6.3 Առաջարկություններ Եվրոպայում հետբուհական բժշկական կրթության ծրագրերի շրջանակներում ծխելը դադարեցնելու ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ**

### **Հիմնավորումը**

Ծխախոտի օգտագործումը հանրային առողջապահության կարևորագույն խնդիրներից է: Ամբողջ աշխարհում տարեկան 6 միլիոն մարդ է մահանում ծխախոտ օգտագործելու պատճառով: Կանխատեսվել է, որ այս թիվը 2030 թ. կհասնի 8 միլիոնի:<sup>2</sup> Միայն Եվրոպայում ծխելու հետևանքով տարեկան

շուրջ 700.000 մարդ է մահանում: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ներկայիս ծխողների կեսը կմահանա ծխախոտով պայմանավորված առողջական խնդիրներից, ընդ որում՝ նրանցից շատերի մահը կլինի վաղաժամ:<sup>3</sup> Բացի մահացությունների պատճառ լինելուց, ծխախոտի օգտագործումը վնաս է հասցնում շրջակա միջավայրին և կարևոր տնտեսական բեռ է առաջացնում: Այսպիսով, ծխախոտի օգտագործման վերահսկման և ծխողների թվի նվազեցման հրատապ անհրաժեշտություն կա: Արդյունավետ մոտեցումներից մեկը ծխողներին աջակցելն է ծխելը թողնելու հարցում: Շատ երկրներ ներդրել են ծխախոտի դեմ պայքարի հաջող ծրագրեր (ներառյալ՝ ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդների բուժումը) և նվազեցրել են ծխախոտի օգտագործումն ու դրա պատճառով մահացության թիվը:<sup>2</sup>

### **Դասընթացի նպատակները**

Դասընթացի նպատակը մասնակիցներին ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, փստորոշման և բուժման ուսուցանումն է: Դասընթացի ավարտին ակնկալվում է, որ մասնակիցները կկարողանան ընդգրկվել ծխելը դադարեցնելու կենտրոնների աշխատանքներում: Այդ նպատակին հասնելու համար ծրագրի շրջանակներում քննարկվում են հետևյալ թեմաները.

- Ծխախոտի համաճարակը Եվրոպայում և ողջ աշխարհում,
- Ծխախոտի օգտագործմանը դրող գործոնները,
- Ծխախոտային կախվածության դեղաբանական հիմքը,
- Ծխախոտի օգտագործման առողջական վնասները,
- Ծխախոտի օգտագործման այլ հետևանքները (օր.միջավայրային, տնտեսական),
- Ծխախոտի դեմ պայքարի մոտեցումները,
- Բժշկի դերը ծխախոտի դեմ պայքարում,
- Ծխախոտի դեմ պայքարի օրենսդրությունը,
- Երկրում ծխախոտի դեմ պայքարի ծառայությունները,
- Ծխելը դադարեցնելու կենտրոնի հիմնումը և ղեկավարումը:

### **Դասընթացի մեթոդները**

Ծրագիրը բաղկացած է երկու մասից՝ հեռահար ուսուցումից և դեմ առ դեմ ուսուցումից: Ուսումնական նյութը հասանելի է վեբ կայքում, որի մուտքի ծածկագիրը

տրվում է մասնակիցներին որոշակի քանակով օրերի համար: Նրանք պետք է կարգան կյուրերը և քննություն հանձնեն: Քննությունը հաջողությամբ հանձնողները ստանում են 2-օրյա դեմ առ դեմ դասընթացին մասնակցելու հնարավորություն: Այս ծրագիրը կազմակերպվում է Առողջապահության նախարարության կամ լիազորված համալսարանների կողմից: Մասնակիցների առավելագույն թիվը 25 է:

**Դեմ առ դեմ դասընթացի մանրամասները**

- Նախնական թեստի անցկացումը դասընթացը սկսելուց առաջ՝ մասնակիցների ակնկալիքները և դասընթացի նպատակները բացահայտելու նպատակով,
- Ծխախոտի օգտագործման համաճարակաբանությունը, ազգային ցուցանիշները և միտումները,
- Ծխախոտի օգտագործումը հատուկ խմբերում (երեխաներ և երիտասարդներ, կանայք, հղիներ, այլ հիվանդություններ ունեցողներ, բուժանձնակազմ),
- Ծխախոտային կախվածություն, մեխանիզմներ, կախվածության մակարդակի չափում. Նիկոտինային կախվածության Ֆագերստրոմի թեստ (FTND), Եվրոպական բժշկական ասոցիացիայի ծխելու և առողջության (EMASH) չափանիշներ,
- Ծ խ ո ղ ն եր ի ն կ ա տ մ ա մ բ իր ա կ ա ն ա ց վ ո ղ միջամտությունների մոտեցումներ (5A-երի և 5R-երի),
- դիմադրում/խնդրահարույց դեպքեր, մոլի ծխողներ, թեթև ծխողներ, այլ հիվանդություններ ունեցող ծխողներ և այլն,
- հոգեւոցիալական աջակցություն,
- դեղորայքային բուժում՝ ներառյալ առաջին գծի դեղորայքային բուժումները,
- օրենսդրություն. ծխախոտի դեմ պայքարի օրենսդրություն, ծխախոտի դեմ պայքարի կենտրոնների վերաբերյալ օրենսդրություն (ֆիզիկական կարողություններ, մարդկային ներուժ, և այլն),
- դեպքի ուսումնասիրություններ, դերային խաղ և այլն,
- այցելություն ծխելը դադարեցնելու կենտրոն,
- ծրագրի ավարտից հետո անցկացվող թեստ և դասընթացի գնահատում, մասնակիցների առաջարկությունները հետագա ծրագրերի համար:

**Գնահատում**

Ծրագրի հաջողությունը թեստերի միջոցով գնահատվում է ծրագրից առաջ և հետո: Ծրագիրը հաջողությամբ ավարտած մասնակիցներն Առողջապահության նախարարության կամ կառավարական այլ մարմնի կողմից վկայական են ստանում: Որակավորված բժիշկներն իրավասու են հիմնելու և ղեկավարելու ծխելը դադարեցնելու կենտրոն:

Վերապատրաստման դասընթաց թոքաբանների համար Եվրոպայի ռեսպիրատոր բժշկության միությունը (ERS) 2007 թ. տպագրել է քրոնիկական օբստրուկտիվ թոքային հիվանդություն ունեցող հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ մենագրություն:<sup>24</sup> Պատկեր 6.2-ը ներկայացնում է ոլորտում թուրքական փորձը:

**Պատկեր 6.2. Թուրքիայում առողջապահական ոլորտի մասնագետների համար ծխելը դադարեցնելուն ուղղված վերապատրաստման ծրագրի իրականացման օրինակ**

Ծրագիրն իրականացվել է Թուրք թոքաբանների ասոցիացիայի կողմից Պֆայգեր միջազգային հիմնադրամի ֆինանսական աջակցությամբ (Ծխախոտի դեմ պայքարի և քաղաքականության միկրոգրանտներ): Ստանդարտացված «մոդուլային» ծրագիրը կազմվել է Թուրք թոքաբանների ասոցիացիայի շրջանակներում գործող Ծխախոտի դեմ պայքարի աշխատանքային խմբի անդամների կողմից: Այնուհետև 40 թոքաբաններ մասնակցել են վերապատրաստողների դասընթացներին՝ կազմելով հիմնական վերապատրաստող թիվը: Վերապատրաստման դասընթացի ծրագիրն Էլեկտրոնային մեդիայի միջոցով հասանելի էր հիմնադրամի բոլոր անդամներին: Ընդհանուր առմամբ 765 մասնակից է ավարտել Էլեկտրոնային դասընթացը, որի նպատակն էր 2 A-երը (Ask՝ հարցնել և Advise՝ խորհուրդ տալ) ներառել թոքաբանների մասնագիտական պրակտիկայում: Յուրաքանչյուր մոդուլի ավարտին մասնակիցները պատասխանել են մոդուլի հիմնական կետերին վերաբերող հարցերին: Էլեկտրոնային ծրագրի ավարտին մասնակիցները ցանկություն են հայտնել մասնակցելու մեկօրյա դեմ առ դեմ դասընթացին (փաստացի՝ բոլոր 765 վերապատրաստվողները մասնակցել են դեմ առ դեմ դասընթացին): Դասընթացներն իրականացվել են կենտրոնական վերապատրաստող թիմի անդամների կողմից Թուրքիայի 18 մարզերում: Դեմ առ դեմ դասընթացի ավարտից հետո մասնակիցները ձեռք են բերել համապատասխան հմտություններ գործնականում ծխողներին ծխելը դադարեցնելու օգնություն տրամադրելու համար: Բոլոր մասնակիցները ծրագիրը գնահատել են «լավ» կամ «շատ լավ»՝ հաշվի առնելով և՛ բովանդակությունը, և՛ ծրագրի արդիանակությունը:

## Գրականություն

1. Rigotti NA, Bitton A, Richards AE, Reyen M, Wassum K, Raw M. An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*. 2009;104(2):288-96.
2. WHO Report on the Global Tobacco Control Report, 2008. The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
4. Nardini S. Smoking Cessation. *European Respiratory Society Monographs*, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
5. P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratiou C., Jimenez-Ruiz C., Nardinie S., Viegi G., Lazzaro, C., Campell IA, Dagli E., and R. West. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007;29:390-417.

### 6.4 Առաջարկություններ Եվրոպայում ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների տրամադրման գործընթացում ներառված այլ մասնագետների (հոգեբաններ, բուժքույրեր, առողջապահական քաղաքականություն մշակողներ) համար ծխելը դադարեցնելու ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ

Բժիշկներից բացի, ծխախոտի օգտագործման և կախվածության բուժման վերաբերյալ որոշակի գիտելիք և հմտություններ պետք է ունենան նաև ծխելը դադարեցնելու կենտրոններում աշխատող կամ ծխողներին ծխելը դադարեցնելու հարցում աջակցելու գործընթացում ներգրավված բոլոր մասնագետները: Սա կենսական նշանակություն ունի ծխելը թողնելու հարցում լավագույն գործելանոց ապահովելու համար: Այսպիսով, խորհուրդ է տրվում անցկացնել ծխելը դադարեցնելու վերապատրաստման բազային դասընթաց բուժքույրերի, մանկաբարձների, հոգեբանների, դասընթացավարների, սոցիալական աշխատողների, դեղագործների և բոլոր

այն մասնագետների համար, ովքեր աջակցում են ծխողներին ծխելը դադարեցնելու հարցում՝ հաշվի առնելով յուրաքանչյուր երկրի համապատասխան կարգավորումները:

Ուսումնական ծրագիրը պետք է ընդգրկի ծխախոտով պայմանավորված հիվանդությունների, նիկոտինային կախվածության ներյոկենսաբանության, ծխախոտային կախվածության, ծխելու և ծխելը թողնելու գործընթացների, ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունների տեսակների, ծխողների գնահատման և ապացույցների վրա հիմնված բուժումների վերաբերյալ ուսուցման նվազագույն բովանդակություն:

Պետական կառույցները պետք է աջակցեն վերապատրաստման դասընթացների կազմակերպմանը՝ ապահովելով ծրագրի հասանելիությունն առողջապահության ոլորտի մասնագետների համար: Ազգային առողջապահության ոլորտի պատասխանատուների խնդիրն է, որպես ոլորտի կարևոր գործառույթ, ֆինանսավորել ծխելը դադարեցնելու դասընթացները: Այս կարիքներն ավելի լավ հասկանալու և նմանատիպ ծրագրերն ավելի լավ նախագծելու համար խորհուրդ ենք տալիս ծխելը դադարեցնելու դասընթացի նվազագույն մոդուլ առաջարկել ղեկավար պաշտոններ զբաղեցնող մասնագետներին: Ձեռք բերելով տարրական պատկերացումներ ծխախոտով պայմանավորված հիվանդացության և մահացության, ինչպես նաև ծխախոտի օգտագործման կանխարգելման և ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժման մասին՝ առողջապահական քաղաքականություն մշակողներն ավելի տեղեկացված կլինեն խնդրի կարևորությանը և իրավիճակը բարելավելու համար առաջնահերթություններ կսահմանեն: Վերապատրաստման 2-րդ մակարդակը նախատեսվում է առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետների համար: Վերապատրաստման 1-ին մակարդակը նախատեսվում է նրանց համար, ովքեր ցանկանում են դառնալ ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագետներ:

### Առաջարկություններ

- Ծխելը և ծխելը դադարեցնելը պետք է լինեն ծխողների հետ աշխատող առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետների բազային վերապատրաստման

հիմնական ուսումնական ծրագրի բաղադրիչ:

- Առողջապահության ոլորտի մասնագետների վերապատրաստումը ծխելը դադարեցնելու ծրագրի առանցքային մասը պետք է կազմի: Խնայված ժամանակը և ֆինանսական միջոցները պետք է օգտագործվեն այս նպատակով (B մակարդակի ապացույց):
- Ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ վերապատրաստումը պետք է ֆինանսավորվի վերապատրաստման համար նախատեսված բյուջեից և պետք է առաջնահերթ համարվի (B մակարդակի ապացույց):

### Գրականություն

1. West R, McNeill A, and M. Raw. Smoking cessation clinical guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-999.

## 6.5 Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող բժիշկների վերապատրաստման չափանիշներ

### Նախապատմություն

Ծխելը դադարեցնելը հաճախ համալիր բուժում է: Ծխելը դադարեցնելու հմտությունների ուսուցման բազմաթիվ մեթոդներ գոյություն ունեն: Չնայած ծխախոտային կախվածությունը բազմաթիվ ընդհանուր հատկանիշներ ունի աշխարհի տարբեր վայրերում, այնուամենայնիվ ծխողին շրջապատող միջավայրը և մշակույթը կարող են էականորեն տարբեր լինել: Տարբեր կարող են լինել նաև առողջապահական համակարգերը՝ կախված ռեսուրսներից և առաջնահերթություններից: Հաջողիվ կխոսենք սիգարետ ծխողների մասին, քանի որ այն ամենատարածված ծխախոտային արտադրատեսակն է: Ծխախոտային այլ արտադրատեսակների օգտագործման դադարեցումն ավելի քիչ է հետազոտված, սակայն ծխելը դադարեցնելու մեթոդները հիմնականում կիրառվում են նաև ծխախոտային այլ արտադրատեսակներից կախվածություն ունեցող անձանց բուժման համար, եթե աջակցության կարիք են ունենում:

Ստորև ներկայացված վերապատրաստման սխեմայի թիրախը առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետներն

են, անկախ նրանից՝ տրամադրում են ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայություններ, թե ոչ:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու հմտություններ ձեռք բերելու նպատակով պետք է վերապատրաստվեն այն բուժաշխատողները, ովքեր ունակ են իրենց ժամանակը և ռեսուրսները տրամադրելու ծխելը դադարեցնելու հարցում ծխողների և աջակցելուն (ներառյալ՝ նվազագույնը 6 ամիս շարունակական վերահսկողության ժամանակահատվածը): Դասընթացի բովանդակությունը

### Առաջարկվում է կազմակերպել 3 օր տևողությամբ դասընթաց:

1. Բազային դասընթացի վկայական (2 օր): Որակավորման համար պարտադիր է ներկա լինել դասընթացի առաջին 2 օրերին: Բովանդակություն՝ 50% տեսություն, 50% պրակտիկա (կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա, մոտիվացնող հարցազրույց և ծխելը դադարեցնելու աջակցության գործնական աշխատանք):
2. Խորացված դասընթացի վկայական (լրացուցիչ 1 օր հիմնական դասընթացն ավարտելուց հետո): Խորացված դասընթացի վկայական ստանալու համար պահանջվում է հետևյալը.
  - բազային դասընթացից 3 կամ 6 ամիս անց 1-օրյա (3-րդ օր) վերահսկողական դասընթաց,
  - 30 րոպե տևողությամբ գրավոր քննություն՝ 3-րդ օրվա նյութերի հիման վրա,
  - 3 հիվանդների դեպքերի վերլուծություն, ձևանմուշին համապատասխան գրավոր կլինիկական զեկույցներ,
  - մասնակցի կողմից իրականացվող անհատական կամ խմբային խորհրդատվության ստուգում, 3 դեպքի դիտարկում:

Խորացված դասընթացի վկայականը տրվում է, երբ մասնակիցը բոլոր փուլերն ավարտում է հաջողությամբ, այսինքն՝ վերապատրաստման 2+1 օրերը, գրավոր քննությունը, հիվանդների՝ ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ 3 գրավոր զեկույցները (որոնցից առնվազն 1-ը ներկայացնում է 2-ամսյա շարունակական վերահսկողության ընթացքը), դիտարկվող խորհրդատվության 3 դեպքերը (խմբային կամ անհատական, դեմ առ դեմ կամ հեռախոսային):



խորացված դասընթացի վկայականը պետք է հավաստի, որ վերապատրաստումն անցկացվել է ծխելը դադարեցնելու ազգային չափանիշներին համապատասխան: Առաջարկվում է այս նպատակով տրամադրել հատուկ տարբերանշան (ներառյալ՝ մանրամասն նկարագրությունը): Բազային վերապատրաստման վկայականը հնարավորության դեպքում պետք է լինի ավելի պարզ և պետք է հստակորեն տարբերվի խորացված դասընթացի վկայականից:

## **Դասընթացի ուսումնական ծրագրի պարտադիր բովանդակությունը**

### **Բազային դասընթացի բովանդակությունը (1-ին և 2-րդ օրեր)**

T=տեսություն, P=պրակտիկա

**T** Ներածություն: Ծխախոտ օգտագործելու հիմնական առողջական հետևանքների, ծախսերի, կախվածության, ինչպես նաև ծխախոտ օգտագործելու և օգտագործումը կանխարգելելու տարբեր կողմերի ամփոփ նկարագիրը:

**T** Ծխախոտ օգտագործելու ռիսկը՝ առավել մանրամասն, և ծխախոտից հրաժարվելու օգուտները:

**T** Ծխելը դադարեցնելու մեթոդները (Քոքրեյնի գրադարան, [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)), արդյունքի գնահատման մեթոդները:

**P** Խորհրդատվության և պացիենտին կրթելու մեթոդները:

**P** Ծխելը դադարեցնելը գործնականում, անհատական խորհրդատվության ընթացակարգերը, ախտադարձի կանխարգելումը, պացիենտին կրթելը և վերահսկելը:

**T** Ծխախոտային կախվածությունը, գրկանքի համախտանիշի դեղորայքային բուժումը:

**T** Տարբեր խմբերի հետ և տարբեր պայմաններում աշխատելու մեթոդները, նյութերը և այլ ռեսուրսները:

**T** Ընտրովի բովանդակություն՝ օրենսդրություն, ծխախոտի գովազդ, գլոբալ խնդիրներ:

### **Վերահսկողության փուլի բովանդակությունը (օր 3)**

Պարտադիր բաղադրիչներ.

1. գիտելիքը ստուգող թեստ (0.5 ժ, 10 հարց, 5 հարց՝ պատասխանի մի քանի տարբերակով + 5 հարց՝ ազատ շարադրանքի համար նախատեսված).
2. խմբային բուժում (հարցերի և պատասխանների միջոցով 2.5 ժամ տևողությամբ քննարկում պլանավորման, խմբի առաջնորդի դերի, հանդիպումների կառուցվածքի, մասնակիցներ հավաքագրելու խնդիրների, խմբի

կառուցվածքի և փաստաթղթերի լրացման վերաբերյալ).

3. անհատական բուժում (փոքր խմբերում քննարկումներ/փորձի փոխանակում մասնակիցների ներկայացրած դեպքերի վերլուծության միջոցով, 2 ժամ):

Ընտրովի/ոչ պարտադիր քննարկումներ.

4. օրվա հիմնահարցերը (1 ժ), օրինակ՝ տարածաշրջանային նոր հարցման արդյունքներ, նարգիլի, ծխախոտային այլ արտադրատեսակների օգտագործում, նոր օրենսդրություն, երկրորդային ծուխ, դեղորայքային բուժումը երիտասարդների/դպրոցականների շրջանում, գենդերային, գլոբալ հիմնահարցեր, նոր նյութեր:

### **Դասընթացի գնահատում**

1. Դասընթացի ավարտին բոլոր մասնակիցները պետք է հնարավորություն ունենան գնահատելու՝ ա) դասընթացի առաջին 2 օրերը, բ) դասընթացի բոլոր 3 օրերը: 1-ին և 2-րդ օրերի գնահատման համար պետք է ընդգրկել հարցեր հետևյալի վերաբերյալ.

1. ներածություն, դասավանդողներ, դասընթացի վայր,
2. տեսական մասի բովանդակություն,
3. գործնական մասի բովանդակություն:

II. 3-րդ օրվա գնահատման համար պետք է ընդգրկել հարցեր հետևյալի մասին.

1. տեսական մասի բովանդակություն,
2. գործնական մասի բովանդակություն,
3. առաջին, երկրորդ և երրորդ օրերի վարժանքներ (կազմակերպում և բովանդակություն),
4. դասընթացն ընդհանուր առմամբ,
5. բազային վերապատրաստումից (1-ին և 2-րդ օրեր) հետո բուժած հիվանդների թիվ:

### **Դասընթացի ժամանակ օգտագործվող նյութեր**

- Գիտելիքի ստուգման հարցաշարեր.
- Տնային առաջադրանքներին պատասխանելու և հիվանդների տվյալները լրացնելու ձևաթղթեր.
- Դեպքերի սցենարներ քննարկումների համար.
- Դեղամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվական նյութեր.
- Տեղեկությունն շարունակական զարգացման և հմտությունների «վերաակտիվացման» հնարավորությունների ընթացակարգի վերաբերյալ:

Այն բուժաշխատողները, ովքեր ցանկանում են վերաակտիվացնել իրենց հմտությունները, բազային դասընթացից հետո պետք է մասնակցեն վերոնշյալ դասընթացի 3-րդ օրվան, և ներկայացնեն 3 հիվանդների դեպքերի վերաբերյալ գրավոր տեղեկություններ, որից հետո կարող են խորացված դասընթացի վկայական ստանալ:

### **Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դասընթացի անցկացման լիազորություն**

Պետք է ստեղծվի փորձագետների ազգային խորհուրդ, որը լիազորված կլինի գնահատել դասընթացների ծրագրերի առաջարկները: Ազգային խորհուրդը պետք է ուսումնասիրի ծրագրի մանրամասները և ուսուցանողների կոմպետենցիաները: Անհրաժեշտ ճշգրտումներից հետո նոր ծրագիրը կարող է հաստատվել:

## **6.6 Ծխախոտային կախվածության բուժման որակի չափանիշները**

### **Սահմանում**

Ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետը (ԾԿԲՄ/TDTS)<sup>1</sup> այն մասնագետն է, ով ունի համապատասխան հմտություններ, գիտելիք և կրթություն՝ ծխախոտային կախվածության բուժման նպատակով ապացույցների վրա հիմնված միջամտություններ իրականացնելու համար: ԾԿԲՄ-ն կարող է լինել առողջապահության բնագավառի ցանկացած մասնագետ և աշխատել տարբեր հաստատություններում, այդ թվում՝ հիվանդանոցներում, համայնքային առողջապահական կենտրոններում, առողջության պահպանման կազմակերպություններում, բժշկական և ատամնաբուժական ծառայություններում, կրթական հաստատություններում, սոցիալական ծառայության գործակալություններում, հանրային առողջապահական ծառայություններում, ծխախոտային կախվածության բուժման կենտրոններում, հեռախոսային թեժ գծերում, թմրամիջոցներից կախվածության բուժման ծրագրերում և հոգեկան առողջության կենտրոններում: ԾԿԲՄ-ները կարող են ընդգրկվել ոչ միայն բուժական գործընթացում, այլ նաև առողջապահության ոլորտի

մասնագետների, վարչարարների, գիտնականների, ծխողների և չծխողների համար նախատեսված ծխախոտային կախվածության բուժման վերապատրաստման գործընթացում:

### **Ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետի դերը և պարտականությունները**

#### **Ծխախոտային կախվածություն. գիտելիք և կրթություն**

Մտաչելի, պարզ և հավաստի տեղեկություններ տրամադրել ծխախոտ օգտագործելու, ծխելը թողնելու ռազմավարությունների և բնակչության վրա ազդեցության շրջանակի, ծխախոտի սպառման պատճառների ու հետևանքների մասին:

1. Նկարագրել տվյալ երկրում ծխախոտի օգտագործման, կախվածության և ծխելը դադարեցնելու տարածվածությունն ու օրինաչափությունները, և թե ինչպես են այդ ցուցանիշները տարբերվում ըստ ժողովրդագրական, տնտեսական և մշակութային ենթախմբերի:
2. Բացատրել, թե ինչ դեր ունի ծխախոտի օգտագործման և կախվածության բուժումը ծխախոտի դեմ պայքարի համապարփակ ծրագրում:
3. Օգտագործել ազգային գեկոլյցերի, հետազոտությունների արդյունքները և ուղեցույցները ծխախոտային կախվածության բուժման ընթացքում:
4. Ներկայացնել ծխախոտի օգտագործմանը և կախվածությանը նպաստող ու նաև խոչընդոտող սոցիալական և միջավայրային գործոնները:
5. Բացատրել ծխախոտի օգտագործման առողջական հետևանքները, ինչպես նաև ծխելը թողնելու օգուտները և ծխախոտով պայմանավորված առավել տարածված խանգարումների հիմնական մեխանիզմները:
6. Նկարագրել, թե ինչպես է զարգանում ծխախոտային կախվածությունը և ունակ լինել բացատրելու ծխախոտային կախվածության կենսաբանական, հոգեբանական ու սոցիալական պատճառները:
7. Ամփոփել և կիրառել ծխախոտային կախվածության ախտորոշման ճշգրիտ և հուսալի չափանիշներ:
8. Նկարագրել ծխախոտային կախվածության քրոնիկական

ախտադարձային բնույթը, ներառյալ՝ ախտադարձի տիպիկ օրինաչափությունները և նախատրամադրող գործոնները:

9. Տրամադրել գենդերային, տարիքային և մշակութային ամանձնահատկությունները հաշվի առնող և ուսանելու ոճին ու կարողություններին համապատասխանող տեղեկություններ:
10. Վեր հանել ապացույցների վրա հիմնված բուժման ռազմավարությունները և յուրաքանչյուր ռազմավարության թերություններն ու առավելությունները:
11. Ունակ լինել քննարկելու այլընտրանքային թերապիաները, ինչպիսիք են վնասի նվազեցումը, հիպոնոսը, ասեղնաբուժությունը, ծխած գլանակների քանակի նվազեցումը:
12. Ցույց տալ վերը նշված թեմաների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու կարողություն:

### **Խորհրդատվական հմտություններ**

Արդյունավետորեն կիրառել խորհրդատվություն և իրականացնելու տեսությունները և ռազմավարությունները՝ հիվանդի հետ համագործակցային փոխհարաբերություններ ստեղծելու, նրան բուժման գործընթացում ներգրավելու և փոփոխության ձգտումը խթանելու համար:

1. Ցույց տալ արդյունավետ խորհրդատվություն իրականացնելու հմտություններ, ինչպիսիք են ակտիվ լսելը և ապրումակցումը, որոնք հեշտացնում են բուժման գործընթացը:
2. Ստեղծել ջերմ, կոնֆիդենցիալ և անկողմնակալ խորհրդատվական միջավայր:
3. Նկարագրել և կիրառել ծխախոտի օգտագործման և կախվածության բուժման ապացույցների վրա հիմնված համառոտ միջամտություններ, ինչպես նշված է ներկայիս ուղեցույցներում:
4. Նկարագրել վարքային փոփոխության մոդելների կիրառումը, ներառյալ՝ մոտիվացիոն հարցազրույցը, կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան և աջակցող խորհրդատվությունը:
5. Արդյունավետ կերպով կիրառել կլինիկապես ուժեղ ռազմավարություններ՝ բարձրացնելու մոտիվացիան և խրախուսելու փոփոխության ձգտումը:

6. Էմպիրիկ խորհրդատվության (անհատական, խմբային և հեռախոսային) ամենավազն մեկ տեսակը տրամադրելու կարողություն ունենալ:

### **Գնահատող հարցազրույց**

Իրականացնել գնահատող հարցազրույց բուժման պլանավորման համար անհրաժեշտ համապարփակ և ճշգրիտ տեղեկություններ ստանալու համար:

1. Կարողանալ իրականացնել ծխախոտ օգտագործելու վերաբերյալ գնահատող հարցազրույց, ներառելով՝
  - (ա) ծխախոտ օգտագործելու պատմությունը,
  - (բ) ծխելը թողնելու մոտիվացիայի իրական դրդապատճառները,
  - (գ) ծխախոտի օգտագործման և կախվածության գնահատման ճշգրիտ չափանիշները,
  - (դ) մշտական զրկանքի հասնելու մարտահրավերները և խոչընդոտները,
  - (ե) զրկանքին նպաստող ուժեղ կողմերի ամկայության գնահատումը,
  - (զ) ծխելը թողնելու նախկին փորձերը, ներառյալ՝ բուժման փորձը, հաջողությունները և խոչընդոտները,
  - (է) սոցիալական աջակցության համակարգերի հասանելիությունը,
  - (ը) բուժման նախընտրությունները,
  - (թ) ծխելը թողնելու փորձ կատարելու վրա ազդող մշակութային գործոնները:
2. Կարողանալ հավաքել տեղեկություններ բժշկական պատմության համար և կատարել հոգեկան առողջության ու թմրանյութերի չարաշահման վերաբերյալ հակիրճ սկրինինգ:
3. Նկարագրել, թե երբ է պետք խորհրդակցել առողջության առաջնային պահպանման ծառայություններ տրամադրողների հետ և կատարել համապատասխան ուղեգրումներ նախքան բուժման պլանավորումը:
4. Նկարագրել ծխախոտի օգտագործման օբյեկտիվ գնահատման գոյություն ունեցող միջոցները, ինչպիսիք են CO-ի մոնիթորինգը և կոտինինի մակարդակի չափումը:

### **Բուժման պլանավորում**

1. Կարողանալ կազմել բուժման անհատական պլան՝ օգտագործելով ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված ռազմավարություններ:

2. Հիվանդի հետ համագործակցելով՝ վեր հանել բուժման հասանելի և չափելի նպատակներ:
3. Պլանավորել անհատականացված բուժում՝ հաշվի առնելով տեղեկություններ հավաքելու և գնահատման ընթացքում բացահայտված գործոնները:
4. Ծխելը թողնելու փորձ կատարելու կամ շարունակական զրկանքի հասնելու հարցում հիվանդին օգնելու համար համատեղ ուժերով կազմել բուժման պլան՝ օգտագործելով ապացուցողական բժշկության մեթոդները:
5. Կազմել շարունակական վերահսկողության պլան՝ հավանական խնդիրները, այդ թվում՝ բացասական արդյունքները, հարթելու համար:
6. Ցույց տալ, թե ինչպես են կատարվելու ուղեգրումները ամողջապահական ծառայությունների այլ մասնագետներին:

### **Դեղորայքային բուժում**

Տրամադրել դեղորայքային բուժման տարբերակների և դրանց օգտագործման մասին պարզ և ճշգրիտ տեղեկություններ:

1. Նկարագրել դեղորայքային բուժումը և խորհրդատվությունը զուգակցելու օգուտները:
2. Տրամադրել տեղեկություններ համապատասխան պետական կարգավորող մարմինների կողմից հաստատված ծխախոտային կախվածության բուժման ժամանակ օգտագործվող բոլոր դեղամիջոցների ճիշտ օգտագործման, արդյունավետության, բացասական դեպքերի, հակացուցումների, հայտնի կողմնակի ազդեցությունների մասին:
3. Վեր հանել այցելուի բժշկական, հոգեկան ամոռջության և ծխելու պատմության (այդ թվում՝ նախկին բուժումները) մասին բոլոր տեղեկությունները, որոնք կարող են ազդել դեղորայքային բուժման հարցում որոշումների կայացման վրա:
4. Իրազեկել հիվանդին բուժման տարբերակների և դեղաչափերի վերաբերյալ տարբեր իրավիճակների համար:
5. Տրամադրել տեղեկություններ նիկոտինային զրկանքի ախտանշանների, տևողության, հաճախականության և ուժեղության մասին:

6. Նկարագրել զրկանքի հավանականությունը բարձրացնելու նպատակով տարբեր դեղորայքների զուգակցումը և ավելի բարձր դեղաչափի օգտագործումը:
7. Ներկայացնել երկրորդ շարքի դեղերը և կարողանալ դրանց մասին անհրաժեշտ տեղեկություններ գտնել:
8. Ներկայացնել ծխախոտային կախվածության դեղորայքային բուժման հնարավոր բացասական ռեակցիաները և հնարավոր բարդությունները՝ ժամանակին ուղղորդելով դեպի համապատասխան բժշկական մասնագիտական ծառայություններ:
9. Կարողանալ ցրել դեղորայքային բուժման փոքր և/կամ ժամանակավոր կողմնակի ազդեցությունների մասին մտավախությունները:
10. Կարողանալ համագործակցել առողջապահական ծառայություններ տրամադրողների հետ՝ համակարգելու համար դեղորայքի ճիշտ օգտագործումը, առավել ևս, երբ առկա են ուղեկցող հիվանդություններ, այդ թվում՝ հոգեկան:
11. Տրամադրել տեղեկություններ այլընտրանքային բուժումների վերաբերյալ՝ հիմնվելով դրանց արդյունավետության մասին ճանաչում գտած ուսումնասիրությունների վրա:

### **Ախտադարձի կանխարգելում**

Առաջարկել ախտադարձի կանխարգելման մեթոդներ և տրամադրել շարունակական աջակցություն ծխախոտային կախվածություն ունեցող անձանց:

1. Բացահայտել անհատական ռիսկի գործոնները և դրանք ներառել բուժման պլանում:
2. Նկարագրել ախտադարձի ռիսկի նվազեցման ռազմավարությունները և դրա դեմ պայքարելու հմտությունները:
3. Ուղղորդել բուժման պլանի փոփոխումը՝ ախտադարձի ռիսկը նվազեցնելու նպատակով:
4. Ներկայացնել սկզբնական բուժմանը հաջորդող հետբուժական խնամքի պլանը:
5. Նկարագրել, թե ինչպես է պետք ուղղորդել դեպի լրացուցիչ ռեսուրսներ ախտադարձի ռիսկը նվազեցնելու համար:
6. Կիրառել բուժման ռազմավարություններ ծախսող կամ ախտադարձ ապրած անձանց համար:

### **Աշխատանք բարդ/հատուկ խմբի ծխողների հետ**

Կոմպետենտ լինել բնակչության տարբեր ենթախմբերի և ամողջական հատուկ խնդիրներ ունեցող ծխողների հետ աշխատելիս:

1. Տրամադրել մշակույթի տեսանկյունից ընդունելի խորհրդատվություն:
2. Ներկայացնել բուժման որոշակի ցուցումներ բնակչության հատուկ խմբերի համար (օրինակ՝ հղիներ, դեռահասներ, երիտասարդներ, տարեցներ, հոսպիտալացված հիվանդներ, կողմնակի հոգեկան խնդիրներ, քրոնիկական հիվանդություններ, շնչառական խնդիրներ ունեցող հիվանդներ և այլն):
3. Կարողանալ կողմնորոշվել բարձր ռիսկային իրավիճակներում:
4. Արդյունավետ բուժման ամառարկություններ անել ծխախոտի այլ արտադրատեսակներ օգտագործողների համար:
5. Առաջարկություններ անել երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվողների համար:

### **Փաստաթղթերի լրացում և գնահատում**

Նկարագրել և օգտագործել անհատական ամառնթացի գրանցման մեթոդներ, ինչպիսիք են հաշվառումը, ծրագրի փաստաթղթավորումը, արդյունքների չափումը և զեկուցումը:

1. Պահպանել ճշգրիտ տվյալներ՝ օգտագործելով տվյալ հաստատությանը համապատասխան կողմնորոշում:
2. Մշակել և կիրառել պացիենտի ամառնթացի և շարունակական վերահսկողության գրանցման ընթացակարգ:
3. Ներկայացնել անհատների մոտ կամ ծրագրերում ծխախոտային կախվածության բուժման արդյունքների գնահատման ստանդարտացված մեթոդներ:

### **Մասնագիտական ռեսուրսներ**

Օգտագործել հիվանդին աջակցելու, ինչպես նաև մասնագիտական կրթության ու խորհրդատվության համար հասանելի ռեսուրսները:

1. Նկարագրել հիվանդների ծխախոտային զրկանքին աջակցող հասանելի ռեսուրսները (ինտերնետային,

- համայնքային, ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծեր):
2. Բացահայտել համայնքի ռեսուրսները ուղեկցող ամողջական, հոգեկան կամ հոգե-սոցիալական խնդիրների դեպքում համապատասխան ուղղորդումներ կատարելու համար:
3. Օգտագործել ծխախոտային կախվածության բուժմանը և ուսումնասիրմանն ամենվող գրախոսվող գիտական ամսագրեր, մասնագիտական միությունների կայքեր և տեղեկագրեր:
4. Ներկայացնել, թե հիվանդներն ինչպես կարող են տեղեկանալ բուժման փոխհատուցման մասին:

### **Օրենք և Էթիկա**

Հետևողականորեն օգտագործել Էթիկայի կանոնագիրքը և հետևել ամողջապահական հաստատության կամ տվյալ աշխատավայրի համար սահմանված կառավարման կանոնակարգին:

1. Հնարավորության դեպքում նկարագրել և օգտագործել տվյալ մասնագիտության պահանջներին համապատասխան Էթիկայի կանոնագիրքը ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետների համար:
2. Նկարագրել և կիրառել ծխախոտային կախվածության բուժման՝ տվյալ հաստատությանը համապատասխան կանոնակարգ (բժշկական գաղտնիքի պահպանում, անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանում, աշխատանքային հատուկ կանոններ):

### **Մասնագիտական զարգացում**

Շարունակական մասնագիտական զարգացման, ինչպես նաև մյուսների զարգացմանը նպաստելու պատասխանատվություն ստանձնել:

1. Պահպանել մասնագիտական արտոնագրով կամ հավաստագրով պահանջվող չափանիշները:
2. Օգտագործել գրականություն կամ տեղեկությունների այլ պաշտոնական աղբյուրներ՝ ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ ժամանակակից պահանջներին համապատասխան գիտելիք և հմտություններ ձեռք բերելու նպատակով:
3. Նկարագրել ամկա հետազոտությունների կիրառումը

ծխախոտային կախվածության բուժման պրակտիկայում:  
4. Պաշտոնական և ոչ պաշտոնական ճանապարհներով մասնակից լինել ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ գիտելիքի և տվյալների տարածման գործընթացին:

## Գրականություն

1. ATTUD Core competencies for evidence-based treatment of tobacco dependence. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, April 2005. <http://www.attud.org/docs/Standards.pdf>

## 6.7 > Ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագիտացված ծառայության հավատարմագրման պահանջները

Ծխախոտի օգտագործման դադարեցման ծառայությունը սահմանվում է որպես ցանկացած վայրում առողջապահական ոլորտի մասնագետի կողմից ծխախոտային կախվածության բուժման իրականացում՝ իբրև տվյալ ծառայության հիմնական նպատակ կամ նպատակներից մեկը<sup>1</sup>:

e.SCCAN հաշվարկներով՝ Եվրոպայում գործում է ծխախոտի օգտագործման դադարեցման շուրջ 2500 ծառայություն:<sup>2</sup> Բոլոր այս ծառայությունները ծխելը դադարեցնելու բուժման ծրագրերը հայտարարում են որպես հիմնական գործառնություններից մեկը: Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունները պետք է դերակատարում ունենան հետևյալում.

- ծխախոտային կախվածության բուժում և ավելի ծանր դեպքերի վրա կենտրոնացում,
- ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու նպատակով առողջապահության ոլորտի մասնագետների վերապատրաստում,
- ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների արդյունավետության ուսումնասիրում/գնահատում,
- առողջապահության ոլորտի մասնագետների և ընդհանուր բնակչության շրջանում ծխելը դադարեցնելու լավ գործելաոճի տարածում և վատ գործելաոճի

- բացառում,
- առողջության պահպանում:

### 6.7.1. Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունների 3 մակարդակները

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունները բաժանվում են 3 ենթախմբերի.

- ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կենտրոններ,
- ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագետների պրակտիկա,
- ծխելը դադարեցնելուն աջակցող խորհրդատվական կենտրոններ:

#### Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կենտրոններ

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կենտրոնում աշխատում են ամնվազն մեկ բժիշկ և երկու բուժաշխատող, ընդ որում աշխատողներից ամնվազն մեկն ունի մասնագիտական որակավորում այս բնագավառում: Կենտրոնի ծառայությունները ներառում են դեղորայքի նշանակում և վարքային աջակցության տրամադրում, բոլոր հիվանդների համար CO մոնիթորինգի իրականացում, շարունակական վերահսկողության կազմակերպում և գնահատում:

#### Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագետի պրակտիկա

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագետի պրակտիկան բժշկական պրակտիկա է, որը մասնակիորեն կամ ամբողջապես ուղղված է ծխախոտային կախվածության բուժմանը: Նա կարող է դեղորայք նշանակել, սակայն չունի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող կլինիկայի բոլոր հնարավորությունները բուժման բազմաթիվ տարբերակների ընտրության համար:

#### Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող խորհրդատվական կենտրոն

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող խորհրդատվական կենտրոնի գործունեությունն ուղղված է ծխախոտային կախվածության

բուժմանը: Այստեղ պարտադիր է ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագետի առկայությունը, բայց բժշկի հաստիքը պարտադիր չէ: Սովորաբար նման կենտրոնում լինում են հոգեբան, բուժքույր կամ առողջապահական ոլորտի այլ մասնագետներ, ովքեր խորհրդատուի դեր ունեն: Դեղորայք չի նշանակվում, սակայն դեղաբանական աջակցության վերաբերյալ խորհրդատվություն կարող է տրամադրվել (տե՛ս պատկեր 6.3):

Ինչպես և ծխելը դադարեցնելուն աջակցող բոլոր օղակները (ընտանեկան բժշկի գրասենյակ, դեղատուն և այլն), ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված ծառայությունները ևս պետք է հետևեն ծխախոտային կախվածության բուժման լավագույն ուղեցույցներին: Ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված ծառայության հավատարմագրման պարտադիր պահանջները ներկայացված են ստորև:

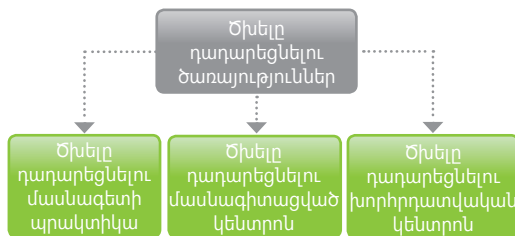
**6.7.2. Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կառույցների հավատարմագրումը**

Որպես ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված միավորներ հավատարմագրված կենտրոնների համար շատ կարևոր է մարդկային և նյութական ռեսուրսներով օպտիմալ ապահովվածությունը<sup>3</sup>: Այդ կենտրոնները պետք է ցուցադրեն բուժական միջամտությունների, ուսուցման և գիտահետազոտական աշխատանքների իրականացման գերազանցության չափանիշներ:

**Մարդկային ռեսուրսներ**

- Ապացուցողական բժշկության տվյալների համաձայն՝

**Պատկեր 6.3. Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունների 3 մակարդակները**



թիմում մեկից ավելի առողջապահական ոլորտի մասնագետի առկայությունը բարձրացնում է ծխելը դադարեցնելու հաջողության ցուցանիշները<sup>3</sup>

- Բժիշկներից, բուժքույրերից, հոգեբաններից, սննդաբաններից բաղկացած բազմամասնագիտական թիմը օպտիմալ է ծխելը դադարեցնելու ընթացքում ծխողների մեծ մասի կարիքները բավարարելու համար:
- Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող յուրաքանչյուր ծառայությունում պետք է աշխատի ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետ: ԱՀԿ-ի կողմից ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետի նկարագիրը հետևյալն է՝ վերապատրաստված մասնագետ, ով վարձատրություն է ստանում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ հակիրճ խորհրդատվությունից ավելի բարձր որակի օգնության կարիք ունեցողներին հմուտ աջակցություն ցուցաբերելու համար: Անձնակազմի մյուս անդամների համար բժշկական կրթությունը պարտադիր չէ:
- Բժշկի որակավորումով մասնագետներն ինքնուրույն կարող են իրականացնել ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայության բոլոր առաջադրանքները:
- Բժշկական կրթություն չունեցող առողջապահության ոլորտի մասնագետները կարող են տրամադրել վարքային աջակցություն կամ անցկացնել ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դասընթաց բժշկական թիմի կամ ոչ բժշկական ստորաբաժանման կազմում:
- Ծխախոտային կախվածության ուղղությամբ վերապատրաստված ոչ բժիշկ մասնագետները վերահսկողության ներքո կարող են հատուկ դերակատարում ունենալ:
- Նեղ մասնագիտացում ունեցող բուժաշխատողները, ինչպիսիք են մանկաբարձները՝ ծննդատանը, անեսթեզիոլոգները՝ վիրաբուժական բաժանմունքում, հոգեբույժները՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ծխողների հետ աշխատելիս, կարող են յուրահատուկ դեր ունենալ բնակչության հատուկ խմբերի հետ աշխատանքում:
- Ծառայության բուժանձնակազմի անդամների թիվը պետք է բավարար լինի, որպեսզի ծխախոտային կախվածությունից բուժման հայտ ներկայացնելուց ոչ

ուշ, քան 3 շաբաթ անց հնարավոր լինի իրականացնել առաջին այցը:

- Կենտրոնի անձնակազմը պետք է բաղկացած լինի ծխախոտային կախվածության բուժման մեջ մասնագիտացած բուժաշխատողների բազմամասնագիտական թիմից: Այդ մասնագետները պետք է բավարարեն հետևյալ պահանջներին. բարձր որակավորում ունենան այս ոլորտում և համարվեն ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման փորձագետներ, ամբողջական հաստիք զբաղեցնեն և վարձատրվեն իրենց գործունեության համար:
- Անհրաժեշտ է, որ ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված ստորաբաժանումներում աշխատող առողջապահական ոլորտի մասնագետները հավատարմագրված վերապատրաստում անցնեն ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման բնագավառում:
- Իդեալական տարբերակում, կենտրոնը նաև պետք է վարչական անձնակազմ ունենա՝ հիվանդներին ուղղորդելու, նրանց զանգերին պատասխանելու, հիվանդների բժշկական քարտերը պահպանելու և համապատասխան վարչական գործառնություններ իրականացնելու համար:
- Այս ռեսուրսների առկայությունը պետք է արձանագրվի փաստաթղթերում: Հավատարմագրման համար պետք է դիմել համապատասխան իրավասու մարմին՝ ներկայացնելով կենտրոնում ամբողջական հաստիք զբաղեցնող, ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ համապատասխան վերապատրաստում ունեցող բազմամասնագիտական թիմի առկայության ապացույցները:

### Նյութական ռեսուրսներ

- Ողջ օրվա ընթացքում հասանելի աշխատասենյակների առկայություն (խորհրդատվության սենյակ, հետազոտությունների սենյակ, վարչական սենյակ, սպասասրահ և հանդիպումների սենյակ):
- Ծխելու և ծխախոտի սպառման վերաբերյալ համակարգչային տվյալների բազա:

- Ծխախոտի սպառման վերաբերյալ հատուկ կլինիկական գրառումներ/փաստաթղթեր:
- Կլինիկական միջամտության ընթացակարգեր:
- Ինքնօգնության նյութեր:
- Գրասենյակային պարագաներ:
- Տեսաձայնային սարքավորումներ:
- Կլինիկական գործիքներ՝ ստետոսկոպ, Ձճ չափող սարք, արտաշնչված օդում CO-ն չափող սարք, սպիրոմետր, Էլեկտրասրտագրության սարք, հիվանդի քաշը և հասակը չափող համակարգեր (ներառյալ՝ մարմնի զանգվածի ինդեքսի հաշվում), դեղորայքի նմուշներ:
- Օրգանիզմում նիկոտինի և կոտինինի չափման հնարավորություն:
- Ծառայության համար հատկացված հեռախոսահամար:

Նշված ռեսուրսների առկայությունը պետք է համապատասխան կերպով արձանագրված լինի փաստաթղթերում:

### Ծխողների այն խմբերը, որոնց հարկավոր է ուղղորդել դեպի ծխելը դադարեցնելու ծառայություններ

*Բարձր ռիսկի ծխողները*

Ծխելը դադարեցնելու աջակցող ծառայության հիմնական դերը բուժման բարձր որակ ապահովելն է

### Աղյուսակ 6.3. Հարցաթերթիկներ ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների համար

| Ինքնուրույն լրացվող պարտադիր հարցաթերթիկներ                           |
|---|
| Ծխախոտ օգտագործելու պրոֆիլ  |
| Ծխախոտային կախվածության թեստ (Ֆագերստրոմի թեստ)                       |
| Ինքնուրույն լրացվող առաջարկվող հարցաթերթիկներ                         |
| Տրամադրության գնահատման հարցաթերթիկ (S42)                             |
| Ծխելը դադարեցնելու դրդապատճառները և խոչընդոտները գնահատող հարցաթերթիկ |
| Այլ հարցաթերթիկներ (ինքնուրույն չլրացվող)                             |
| Բեյքի դեպրեսիան գնահատող սանդղակ (BDI)                                |



բարձր ռիսկի ծխողների համար, ինչպիսիք են հղիները, պլանային վիրահատության ենթակա հիվանդները, հոգեկան, սրտանոթային, շնչառական և քաղցկեղային հիվանդություններ ունեցողները, ալկոհոլից կամ այլ թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցողները, սոցիալապես անապահով պայմաններում ապրող ծխողները և ծխելը թողնելու անհաջող փորձ կատարած ծխողները:

### *Բոլոր ծխողները*

Բոլոր ծխողները, ովքեր ծխելը դադարեցնելու հարցում աջակցության կարիք ունեն, կարող են ուղղորդվել դեպի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայություններ բուժաշխատողների, ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծերի, սոցիալական ծառայությունների կողմից կամ սեփական նախաձեռնությամբ գտնել նշված ծառայությունները:

### *Բնակչության հատուկ խմբերը*

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունները կարող են մասնագիտացած լինել մեկ կամ մի քանի թիրախային խմբերի (հղիներ, դեռահասներ, այլ թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող ծխողներ և այլն) հետ աշխատանքում: Նման դեպքերում ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայության մասնագիտացումը պետք է հստակ նշվի:

### **Առողջապահական համակարգի գործառույթները**

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված ծառայությունների հավատարմագրումը մեծ մասամբ հիմնված է առողջապահական ծառայության որակի չափանիշների վրա: Ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման որակի չափանիշները հետևյալն են.

Ծառայությունը պետք է տրամադրվի 3 ձևաչափով՝

- անհատական,
- խմբային,
- հեռախոսային:

Կենտրոնները պետք է ունենան անհատական, խմբային և հեռախոսային ծառայություններ տրամադրելու ընթացակարգեր: Այս ընթացակարգերը պետք է նշեն, թե

նվազագույնը քանի վերահսկող այց է անհրաժեշտ կատարել ծխելը դադարեցնելու ամսաթվից հաշված ամսվազն 12 ամիս:

- Անհատական այցերի դեպքում հիվանդի հետ նվազագույնը 6 հանդիպում է պետք կազմակերպել, յուրաքանչյուր հանդիպումը ամսվազն 15 րոպե տևողությամբ: Առաջին հանդիպումը պետք է տևի 30 րոպեից ոչ պակաս:
- Խմբային խորհրդատվությունների դեպքում խմբային հանդիպումների քանակը պետք է լինի 5-9, յուրաքանչյուրը՝ 45-90 րոպե տևողությամբ:
- Հեռախոսային խորհրդատվություններ պետք է իրականացվեն այն ժամանակ, երբ հիվանդի համար դժվար է կենտրոնն այցելելը, երբ պահանջվում է ոչ ինտենսիվ միջամտություն կամ երբ ուղղորդված միջամտության անհրաժեշտություն կա:

Առողջապահական ծառայությունները մատուցվում են բժիշկների, բուժքույրերի և հոգեբանների բազմամասնագետ թիմի կողմից: Թիմի բոլոր անդամները պետք է լինեն ծխելը կանխարգելելու, ախտորոշելու և բուժելու բնագավառում վերապատրաստված մասնագետներ: Այս ստորաբաժանումների գործողությունները չպետք է սահմանափակվեն կենտրոնի շրջանակներում: Արդյունավետության համար կենտրոնի մասնագետները պետք է ցանկանան և կարողանան համագործակցել առողջապահական ոլորտի այլ մասնագետների հետ հատուկ խնդիրներով հիվանդների ծխախոտային կախվածությունը բուժելիս:

Անհրաժեշտ է ներկայացնել վերը նշված բնութագրերին համապատասխանող առողջապահական ընթացակարգերի ամկայությունը հիմնավորող փաստաթղթեր: Իրավասու մարմիններին տրամադրվող փաստաթղթերը պետք է պարունակեն հետևյալ տեղեկությունները՝ տարվա ընթացքում նոր հիվանդների քանակը (պահանջվող նվազագույն քանակը՝ 300), տարվա ընթացքում իրականացվող ստուգումների քանակը (պահանջվող նվազագույն քանակը՝ 1000), տարվա ընթացքում իրականացվող CO-ի չափումները (պահանջվող նվազագույն քանակը՝ 1000), տարվա ընթացքում օրգանիզմում նիկոտինի և/կամ կոտինինի մակարդակի չափումները (պահանջվող նվազագույն քանակը՝ 100), տարվա ընթացքում իրականացվող սպիրոմետրիկ չափումների և

Էլեկտրասրտագրությունների քանակը:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունները հաշվի են առնում ծխելը դադարեցնելուն օգնող տեղական և միջազգային լավագույն գործելաոճի ուղեցույցները: Այդ ծառայությունները նաև հաշվի են առնում լավագույն պրակտիկան բոլոր ընթացակարգերում, հարգում են մարդու իրավունքները և պահպանում տվյալների անվտանգության կանոնները: Նույն կերպ պետք է ներկայացվեն նաև կենտրոնի և ծխելու կանխարգելման ու բուժմանը առնչվող այլ կենտրոնների և ստորաբաժանումների միջև համագործակցության վերաբերյալ փաստաթղթեր՝ տրամադրված համապատասխան իրավասու մարմինների կողմից:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունը ծխախոտային կախվածության կանխարգելման և բուժման լավ գործելաոճ պետք է տարածի առողջապահական այլ ծառայությունների, ինչպես նաև լայն հասարակության շրջանում:

**Աղյուսակ 6.4. Ծխելը դադարեցնելու հանդիպումների կազմակերպման օրինակ**

|  |
|--|
| <b>Առաջին հանդիպում</b>  |
| Առաջին հանդիպումը կարող է լինել դեմ առ դեմ կամ իրականացվել խմբային հանդիպման շրջանակներում:  |
| Սա ծխողին հանդիպելու, ծխախոտ օգտագործելու փաստը արձանագրելու, ծխախոտային արտադրատեսակների, առողջական վտանգների և ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ իրազեկելու հնարավորություն է:   |
| Պետք է լինի ծավալուն՝ 30-60 րոպե տևողությամբ:  |
| <b>Շարունակական հանդիպումներ</b>   |
| Շարունակական հանդիպումների քանակը հիմնականում 5-9 է, օրինակ՝ 2-րդ, 4-րդ, 8-րդ, 12-րդ, 26-րդ շաբաթների ընթացքում, թեև հաճախականության այլ սխեմաներ ևս հնարավոր են (օրինակ՝ 1-ին շաբաթվա ընթացքում ևս մեկ լրացուցիչ հանդիպում կամ հանդիպում 1 տարի անց): |
| Շարունակական հանդիպման տևողությունը հիմնականում 15-30 րոպե է:  |
| Արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով կարող է լրացվել նաև հեռախոսային, ինտերնետային աջակցությամբ կամ չճրագրված այլ հանդիպումներով:   |
| Աջակցությունը և տևողությունը պետք է հարմարեցված լինեն յուրաքանչյուր հիվանդի անհատական կարիքներին:  |

**Պասսավանդման գործառույթներ**

- Ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու ոլորտում մասնագիտացած ստորաբաժանումներում աշխատող մասնագետներին խորհուրդ է տրվում ծխելը կանխարգելելու, ախտորոշելու և բուժելու վերաբերյալ համապատասխան որակավորում ու հավաստագիր ունենալ բժշկական, հոգեբանության ֆակուլտետներում, ինչպես նաև բուժքույրական ուսումնարաններում դասավանդելու համար:
- Այս ստորաբաժանումները նաև պետք է բավարարեն առողջապահական այլ ստորաբաժանումների դասավանդման պահանջները: Ստորաբաժանումների մասնագետները պետք է ծխելը կանխարգելելու վերաբերյալ վերապատրաստման դասընթացներ անցկացնեն առողջապահական ոլորտի այն մասնագետների համար, ովքեր այս բնագավառում բավականաչափ չեն վերապատրաստվել:
- Ծխելը դադարեցնելու հարցում մասնագիտացած ստորաբաժանումները պետք է պատրաստ լինեն իրենց վրա վերցնելու թոքաբանության, ընտանեկան բժշկության, կանխարգելիչ բժշկության և հանրային առողջապահության, կլինիկական-վիրաբուժական այլ մասնագիտությունների, հոգեբանության գծով մասնագիտացող օրդինատորներին ծխելը կանխարգելելու, ախտորոշելու և բուժելու վերաբերյալ վերապատրաստելու պատասխանատվությունը:

Անհրաժեշտ է ներկայացնել համապատասխան փաստաթղթեր, որոնք հաստատում են, որ կենտրոնում աշխատող առողջապահական ոլորտի մասնագետների մի մասն ունի համապատասխան ակադեմիական որակավորում ավարտական կուրսի ուսանողներին դասավանդելու համար: Այս առումով հատկապես կարևորվում է պատվավոր դասախոսների, մասնավոր համալսարանների դասախոսների, պայմանագրային սկզբունքով համագործակցող դասախոսների, համալսարանների պրոֆեսորների, ռեկտորների դերը: Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունը պետք է տարածի ծխախոտային կախվածության կանխարգելման և բուժման լավ գործելաոճը առողջապահության

ոլորտի այլ կազմակերպությունների և լայն առումով՝ ողջ հասարակության շրջանում:

Կարևոր է նաև իրավասու մարմիններին ներկայացնել ամողջապահության ոլորտի մասնագետների համար կենտրոնի կողմից իրականացվող ծխախոտային կախվածության կանխարգելմանը, ախտորոշմանն ու բուժմանն ուղղված վերապատրաստման դասընթացների վերաբերյալ փաստաթղթեր: Պետք է հստակորեն նշել, թե վերջին 2 տարվա ընթացքում կենտրոնի մասնագետներն ինչ դասընթացներ, համաժողովներ և ուսուցման նպատակով այլ հանդիպումներ են անցկացրել: Իբրև ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված ստորաբաժանում հավատարմագրվելու համար անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում անցկացնել նվազագույնը 4 դասընթաց: Կարևոր է, որ կենտրոնը ներկայացնի փաստաթղթեր ուսումնական հաստատություններից, հիվանդանոցներից կամ համապատասխան այլ ծառայություններից, որտեղ կնշվի, որ կենտրոնը ճոտացիոն սկզբունքով ուսումնական բազա է բժշկության կամ հոգեբանության կլինիկական օրդինատորների համար:

### **Գիտահետազոտական աշխատանքներ**

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված ստորաբաժանումը պետք է իրականացնի գիտահետազոտական գործունեություն՝ համաճարակաբանական հետազոտություններ, կլինիկական հետազոտություններ կամ գիտահետազոտական պարզ աշխատանքներ:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունները պետք է գնահատեն իրենց գործունեությունը և տրամադրեն տեղեկություններ, որոնց շնորհիվ հայտնի կդառնա նախատեսվող հետազոտական ծրագրերի մասին և կբարելավվի ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման պրակտիկան:

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունները պետք է տարեկան հաշվետվություն ներկայացնեն իրենց գործունեության մասին՝ հավաստիացնելով, որ.

- գրանցվում է նոր հիվանդների և վերահսկող այցերի քանակը,
- 6 ամիս անց ստուգվում և գրանցվում է կենտրոն այցելած բոլոր հիվանդների ծխելը դադարեցնելու կարգավիճակը,

- ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ գրանցումները կատարվում են ստանդարտացված համակարգչային մեթոդով:

«Ոսկե» մակարդակի հավատարմագրման համար անհրաժեշտ է ներկայացնել վերջին 5 տարվա ընթացքում ստորաբաժանման իրականացրած գիտահետազոտական գործունեության մասին փաստաթղթեր: Փաստաթղթերի մեջ պետք է ներառել հետևյալը՝ գիտական հրապարակումներ (ազգային կամ միջազգային ամսագրերում նվազագույնը 3 հրապարակում), միջազգային (նվազագույնը՝ 3) և տեղական (նվազագույնը՝ 6) համաժողովների զեկույցներ:

### **Ծխախոտային կախվածության բուժման ծառայությունների դերը ամողջության պահպանման գործում**

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունները պետք է խթանեն ծխախոտից ազատ ամողջ ապրելակերպը հանրության, ինչպես նաև ծխողների շրջանում անկախ ծխելով պայմանավորված հիվանդության առկայության փաստից: Աշխատանքներ պետք է տարվեն ինչպես ծառայության դիմած պացիենտների, այնպես էլ ողջ համայնքի հետ:

### **Առաջարկություն**

ENSP Որակի չափանիշների վրա հիմնված Եվրոպական ստանդարտացված հավատարմագրման համակարգ ներդնելիս պետք է հաշվի առնել ԱՀԿ-ի Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ երկրների բազմազանությունը, որոնք ունեն ամողջապահական և կրթական համակարգերի տարբեր կառուցվածք և կազմություն:

### **Գրականություն**

1. Jiménez-Ruiz CA., Solano-Reina S., Rebollo-Serrano JC., Esquinas C. for the Executive Committee, Smoking Cessation Group, Spanish Respiratory Society (SEPAR). Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. [www.separ.es](http://www.separ.es)
2. e.SCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. [www.ofta-asso.fr/escann](http://www.ofta-asso.fr/escann)
3. [http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4\\_2010/Tabaccologia\\_4-2010.pdf](http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf)
4. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

**Աղյուսակ 6.5. Ծխելը դադարեցնելու ինքնուրույն աուդիտ**

| Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայության (ԾԴԾ) ինքնուրույն աուդիտ   | Չիրականացված (0) | Մասնակիորեն իրականացված (1) | Կիսով չափ իրականացված (2) | Ամբողջովին իրականացված (3) | Իրականացված (4) | Ոչ կիրառելի (NA) | Դիտարկումներ |         |
|--|------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|------------------|--------------|---------|
| <b>1. Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող ծառայությունը հստակ սահմանում է, որ այն նախատեսված է ծխողներին բուժօգնություն տրամադրելու և ծխելը դադարեցնելու գործընթացն իրականացնելու համար:</b> |                  |                             |                           |                            |                 |                  |              | Նպատակ  |
| 1.01 «Ծխախոտ» (կամ դրան համարժեք) բառը տպված է ԾԴԾ փաստաթղթերի և շինության մուտքի վրա:   | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| 1.02 «Ծխախոտ» (կամ դրան համարժեք) բառն առկա է ծառայության ինտերնետային ներկայացման մեջ:  | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| 1.03 ԾԴԾ մասնագետների հետ կապ հաստատելու համար հեռախոսահամար կա:   | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| 1.04 Եթե ԾԴԾ-ն գրանցված է մարզային կամ ազգային մակարդակով, ապա այն պետք է առկա լինի տվյալ ցուցակում:   | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| <b>2. ԾԴԾ-ն ապահովված է համապատասխան մարդկային և նյութական ռեսուրսներով իր առջև դրված նպատակին հասնելու համար:</b>   |                  |                             |                           |                            |                 |                  |              | Ռեսուրս |
| 2.01 ԾԴԾ անձնակազմը բավարար ժամանակ ունի առաջին հանդիպումը 3 շաբաթից ոչ ուշ իրականացնելու համար:   | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| 2.02 Ողջ անձնակազմը վերապատրաստված է ծխելը դադարեցնելու ծառայություն տրամադրելու համար:  | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| 2.03 Անձնակազմի առնվազն կեսն ունի ծխելը դադարեցնելու մասնագետի որակավորում:  | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| 2.04 Նշանակված դեղորայքը լիովին հասանելի է:  | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |
| 2.05 Խորհրդատվություն իրականացնելու համար համապատասխան սենյակ կա (≥10քմ):  | 0                | 1                           | 2                         | 3                          | 4               | NA               |              |         |

**Աղյուսակ 6.5:** Շարունակություն

|   |   |   |   |   |   |   |    |                |
|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------|
| 2.06  | Առկա է 1 CO թեստավորող սարք տարեկան 600 այցի համար:   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| 2.07  | Խորհրդատվական սենյակում համակարգիչ կա:  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| 2.08  | Ծխողների համար ինքնազնահատման հարցարաններ (օր.՝ Ֆագերստրոմի Լիկոտինային կախվածության թեստ) կան:                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| 2.09  | Ծխողներին ցուցադրելու դեղորայք առկա է:  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| <b>3. ԾՐԾ-ն ընդունում է բոլոր ծխողներին, սակայն առանձնահատուկ խմանք է ապահովում առավել ծանր խնդիրներով ծխողների համար: Եթե ԾՐԾ-ն որոշում է սպասարկել միայն հատուկ խմբի (օրինակ՝ ծխող կանանց), ապա այս որոշումը պետք է հստակորեն նշվի:</b> |   |   |   |   |   |   |    | Հանրություն    |
| 3.01  | Նոր հիվանդների 50%-ից ավելին ունի ուղեկցող հիվանդություններ, այլ կախվածություններ, ցածր եկամուտ կամ հղի է:            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| 3.02  | ԾՐԾ-ից օգտվող հիվանդների առանձնահատկությունները հստակորեն նշված են (անցում 4-րդ կետին, եթե հասանելիության խնդիր չկա): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| <b>4. ԾՐԾ-ն առաջնորդվում է ծխելը դադարեցնելու ոլորտում առկա լավագույն փորձով ու հուսալի ուղեցույցներով:</b>   |   |   |   |   |   |   |    | Լավագույն փորձ |
| 4.01  | Հաշվի են առնվում լավագույն փորձի առաջարկությունները:  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| 4.02  | Առաջին հանդիպման տևողությունն առնվազն 1/2 ժամ է:  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| 4.03  | ԾՐԾ-ն տարածում է լավագույն փորձը այն մասնագետների շրջանում, ովքեր ծխելը դադարեցնելու մասնագետներ չեն:                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |
| <b>5. ԾՐԾ-ն մասնակցում է ծխելը դադարեցնելու ոլորտում մասնագետների վերապատրաստման ու կրթությանը:</b>   |   |   |   |   |   |   |    | Կրթություն     |
| 5.01  | ԾՐԾ-ն մասնակցում է բժիշկներին ծխախոտային կախվածության բուժման ոլորտում կրթելու գործընթացին:                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |                |

**Աղյուսակ 6.5:** Շարունակություն

|  |   |   |   |                |   |   |                  |                     |
|--|---|---|---|----------------|---|---|------------------|---------------------|
| 5.02   | ԾՂԾ-ն մասնակցում է բժշկական կրթություն չունեցող մասնագետներին ծխախոտային կախվածության բուժման ոլորտում վերապատրաստելու գործընթացին: | 0 | 1 | 2              | 3 | 4 | NA               |                     |
| <b>6. ԾՂԾ-ն արձանագրում և տրամադրում է տեղեկություններ ծխելը դադարեցնելու գործընթացի գնահատման վերաբերյալ (տեղային և/կամ ազգային):</b> |   |   |   |                |   |   |                  | Հետազոտություն      |
| 6.01   | ԾՂԾ-ն արձանագրում և տրամադրում է տեղեկություններ ծխելը դադարեցնելու գործընթացի գնահատման վերաբերյալ (տեղային և/կամ ազգային):        | 0 | 1 | 2              | 3 | 4 | NA               |                     |
| 6.02   | ԾՂԾ-ն մասնակցում է ծխելը դադարեցնելու ոլորտում իրականացվող հետազոտություններին:   | 0 | 1 | 2              | 3 | 4 | NA               |                     |
| <b>7. ԾՂԾ-ն համայնքի հետ համատեղ իրականացնում է առողջության խթանմանն ուղղված միջոցառումներ:</b>  |   |   |   |                |   |   |                  | Առողջության խթանում |
| 7.01   | ԾՂԾ-ն տվյալ կամ նախորդ տարվա ընթացքում իրականացրել է առողջության խթանմանն ուղղված գործունեություն:                                  | 0 | 1 | 2              | 3 | 4 | NA               |                     |
| <b>8. ԾՂԾ-ն գնահատում է իր գործունեությունը և հետադարձ գնահատման շնորհիվ շարունակաբար բարելավում այն:</b>                              |   |   |   |                |   |   |                  | Գնահատում           |
| 8.01   | 6 ամսվա զրկանքն արձանագրվում և գնահատվում է:  | 0 | 1 | 2              | 3 | 4 | NA               |                     |
| 8.02   | Առկա է ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ վիճակագրություն:   | 0 | 1 | 2              | 3 | 4 | NA               |                     |
| <b>Ընդհանուր/100</b>   |   |   |   |                |   |   |                  |                     |
| <b>Կենտրոն</b>   |   |   |   | <b>Ամսաթիվ</b> |   |   | <b>Ընդհանուր</b> |                     |



Published by:

