

Особенности ведения больных с сочетанной патологией на фоне отказа от курения в амбулаторных условиях

И.Д. Пелевина, Н.Л. Шапорова, В.И. Трофимов

Введение

Ситуация с распространением табака в России приняла характер глобальной эпидемии. Россия занимает одно из первых мест по распространенности курения сигарет [1]. Около 70% мужчин и 30% женщин курят. Катастрофически растет количество курящих детей и подростков. Ежегодно от причин, связанных с курением, умирают 270 тыс. россиян.

Несмотря на то что большинство людей знают о вреде курения, не осознается вред от воздействия табачного дыма на конкретного человека. Отсутствует осведомленность пациентов о наркотической зависимости от никотина. Большинство курящих думают, что в любой момент могут бросить курить. Однако очень часто попытки прекратить курение оказываются безуспешными, и только 5% курильщиков могут самостоятельно бросить курить. Основной причиной отказа от курения табака является ухудшение здоровья.

Положительное влияние отказа от курения табака на состояние здоровья и уменьшение риска заболеваний, этиологически связанных с курением табака, доказано в ряде исследований и не зависит от возраста и пола лиц, отказавшихся от табака [2].

Лечение табачной зависимости является экономическим эффективным по отношению к другим профилактическим программам. Выявление никотиновой зависимости и ее лечение должны стать важнейшими аспектами практической работы врачей первичного звена.

При выраженной никотиновой зависимости (5 баллов и более) пациенту необходима медикаментозная поддержка: **никотинзамещающая терапия (НЗТ)**, представлен-

ная препаратом никоретте в различных формах (жевательная резинка, ингаляторы, пластыри). Применение НЗТ позволяет успешно бороться со многими проявлениями синдрома отмены. Однако во время НЗТ продолжается поступление в организм никотина в таких же, как и при курении, а порой и в более высоких (при несоблюдении рекомендаций) количествах. Всё это отрицательно сказывается на многих органах и системах и в первую очередь на сердечно-сосудистой. Современное лекарство от курения табака – варениклин (Чампикс) является частичным агонистом $\alpha_4\beta_2$ -никотиновых рецепторов, связывание с которыми уменьшает тягу к курению, облегчает проявление синдрома отмены (агонистическая активность) и одновременно приводит к уменьшению чувства удовольствия от курения (антагонизм в присутствии никотина), чем и обусловлена его эффективность [3].

Врач должен убедить больного прекратить любую форму курения, используя для этого все необходимые аргументы. В настоящее время разработан алгоритм ведения курильщиков [4, 5]:

- опрос любого пациента, обратившегося к врачу, в отношении курения;
- оценка степени зависимости и готовности к отказу от курения табака;
- убедительная аргументация вредности привычки и настойчивый совет прекратить курение;
- врачебная помощь, включающая НЗТ или фармакологические препараты;
- длительный контроль, предполагающий специально спланированные посещения врача больным, отказавшимся от курения.

Табачную зависимость следует рассматривать как патологическое состояние, которое необходимо диагностировать и лечить.

Табачный дым оказывает системный эффект на организм человека, поскольку токсические вещества проникают через альвеолокапиллярную мембрану в артериальную кровь, доставляются ко всем тканям организма и запускают патологические процессы во всех органах человека.

Курение является фактором риска развития мультиморбидной патологии, приводящей к заболеванию дыхательной системы (**хронической обструктивной болезни**

Ирина Дмитриевна Пелевина – врач высшей категории, районный пульмонолог Калининского района г. Санкт-Петербурга.

Наталья Леонидовна Шапорова – профессор, декан факультета последипломного образования, зав. кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

Василий Иванович Трофимов – профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

легких – ХОБЛ) в сочетании с сердечно-сосудистой патологией (**ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ), сахарным диабетом (СД)**), язвенной болезнью, остеопорозом и т.д. [6, 7]. В связи с этим возникает сложность в лечении курящих пациентов, обусловленная неадекватностью терапии, невозможностью применения многих лекарственных препаратов при мультиморбидной патологии.

Целью настоящей работы было изучение особенностей тактики ведения больных ХОБЛ в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ГБ, ИБС) в амбулаторных условиях в период отказа от курения с использованием фармакологических препаратов: НЗТ и варениклина.

Материал и методы

Были проанализированы амбулаторные карты 36 курящих пациентов, в том числе 27 мужчин в возрасте от 42 до 72 лет (в среднем $59,2 \pm 7,6$ года) и 9 женщин в возрасте от 38 до 68 лет (в среднем $55,0 \pm 9,7$ года).

В течение предыдущего года пациенты выкуривали от 10 до 40 сигарет в день. Статус курения у мужчин составлял от 18 до 70 пачек-лет (в среднем $42,5 \pm 12,9$ пачек-лет), у женщин – от 20 до 45 пачек-лет (в среднем $30,0 \pm 9,6$ пачек-лет). Все пациенты ранее пытались бросить курить, период воздержания составлял от 3 дней до 2 мес.

Пациентам проводилось рутинное обследование: спирография, ЭКГ, рентгенография легких, клинический анализ крови, общий анализ мокроты, измерение уровня холестерина и сахара крови.

При первичном осмотре определялась степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема).

С целью побуждения к отказу от курения с больными на визитах проводились беседы-консультации в виде диалога в доступной, ясной для данного пациента форме. Длительность беседы составляла 10–20 мин.

Содержание первой беседы (усиление мотивации до высокой степени) было следующим:

- аргументирование вредного влияния курения табака для данного пациента, учитывая не только респираторную патологию, но и сопутствующие заболевания (ГБ, ИБС, СД и др.);
- объяснение пользы отказа от курения для данного больного (стабилизация течения ХОБЛ, снижение риска **сердечно-сосудистых осложнений (ССО)** на 25% и т.д.);
- подсчет финансовых затрат на покупку сигарет за месяц, год;
- обсуждение с пациентом назначенной ему фармако-терапии, рассказ о снижении эффективности препаратов (ингаляционных гормонов, статинов и др.) на фоне курения табака.

Содержание второй беседы (рекомендации по изменению стиля жизни с активным участием медсестры в процессе обучения) было следующим:

- объяснение пользы рационального питания (по типу средиземноморской диеты) с высоким содержанием пи-

щевой клетчатки, ограничением употребления насыщенных жиров и поваренной соли (до 5 г/сут), что приводит к снижению риска ССО на 15–20%;

- обучение пациента правильному измерению **пиковой скорости выдоха (ПСВ), артериального давления (АД)** и пульса;

– обучение пациента элементарным дыхательным упражнениям, объяснение пользы и необходимости выполнения дозированных физических нагрузок в индивидуальной зоне безопасности (частота сердечных сокращений 100–130 в 1 мин) в виде 20–30-минутных ежедневных непрерывных движений (ходьба) такой интенсивности, чтобы отмечалась легкая одышка и усталость (снижение риска ССО на 25%).

На каждом визите осуществлялась оценка состояния больного, контроль за исполнением врачебных рекомендаций, коррекция терапии основного и фонового заболеваний согласно стандартам и с учетом состояния пациента, аргументировалась польза отказа от курения.

При степени никотиновой зависимости 5 баллов и выше на фоне стабилизации состояния назначали НЗТ (никотиновые пластыри никоретте) по стандартной схеме. В случае неэффективности НЗТ назначали варениклин. Лечение варениклином начинали с дозы 0,5 мг/сут в течение первых 3 дней, с 4-го дня дозу увеличивали до 0,5 мг 2 раза в сутки, а с 8-го дня – до 1 мг 2 раза в сутки. Длительность терапии составила 12 нед.

Временной интервал между визитами (беседами) был индивидуален и составлял от 1 до 2 нед в зависимости от состояния пациента и его желания посещать поликлинику. В кабинете имелся контактный телефон, в любой момент больной мог связаться с лечащим врачом.

Результаты

Хроническая обструктивная болезнь легких диагностирована у 36 пациентов (27 мужчин, 9 женщин). У всех пациентов индекс Тиффно был менее 70%. У 27 пациентов-мужчин **объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁)** находился в пределах от 39 до 76% от должного и в среднем составил $60,7 \pm 10,9\%$ от должного. У 22 пациентов наблюдалось среднетяжелое и у 7 – тяжелое течение заболевания.

У всех пациенток-женщин верифицировали ХОБЛ средней степени тяжести (ОФВ₁ 56–76% от должного, в среднем $67,7 \pm 7,5\%$ от должного).

У больных была выявлена артериальная гипертензия, ССО в виде инфаркта миокарда и инсульта, СД и ИБС (табл. 1). У всех пациентов была обнаружена гиперхолестеринемия ($6,2\text{--}7,9$ ммоль/л, в среднем $6,9 \pm 0,6$ ммоль/л), признаки гипертрофии левого желудочка по данным ЭКГ.

Всем больным проводилась стандартная терапия ХОБЛ с учетом стадии заболевания. Пациенты получали следующие препараты: тиотропия бромид (спирива) – 28 больных (77%), формотерол (форадил) – 12 (33%), фенотерол/ипратропия бромид (беродуал) – 22 (61%); при

тяжелом течении ХОБЛ и частых обострениях назначали формотерол/будесонид (форадил комби) – 10 больным (28%). В процессе лечения наблюдалась хорошая переносимость и эффективность назначенной терапии, что соответствует данным других исследователей [8].

Лекарственная терапия артериальной гипертензии была представлена такими препаратами, как:

- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – у 14 больных (39%): эналаприл 10–20 мг/сут – у 10 (28%) и нолипрел – у 4 (11%);

- блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) (вальсартан 80–160 мг/сут) – у 8 больных (22%);

- антагонисты кальция (амлодипин 10 мг/сут) – у 8 пациентов (22%);

- β-блокаторы – у 6 больных (17%), перенесших инфаркт миокарда: бисопролол 5–10 мг/сут – у 4 (11%) и небиволол 5 мг/сут – у 2 (6%);

- диуретики (гипотиазид 12,5 мг/сут) – у 12 пациентов (33%).

У 3 пациентов (8%) ранее наблюдался кашель при применении ИАПФ.

Особый интерес заслуживает группа пациентов, получавших β-блокаторы. Они были направлены кардиологом на консультацию к пульмонологу из-за несоответствия одышки и кардиологического диагноза с учетом курения пациента. Эти пациенты до и после установления стадии ХОБЛ и назначения им адекватной терапии вели дневник самоконтроля (2 нед), в котором отмечали ПСВ, АД, пульс. При этом наблюдалось улучшение показателей ПСВ (рисунок).

Показатели АД и пульса оставались обычными для данных пациентов (130/80–155/90 мм рт. ст. и 56–76 ударов в 1 мин соответственно).

Приверженность к назначенной антигипертензивной терапии была низкой (42% больных: 10 мужчин и 5 женщин), остальные пациенты принимали препараты только при ухудшении самочувствия.

Отказ от курения табака проводился на фоне стабилизации состояния пациента (ХОБЛ, сердечно-сосудистая патология).

При проведении теста Фагерстрема на первом визите были выявлены следующие данные:

- среди мужчин:
 - слабая зависимость (3–4 балла) – у 2 пациентов;
 - средняя зависимость (5 баллов) – у 19 пациентов;
 - высокая зависимость (6–7 баллов) – у 6 пациентов;
- среди женщин:
 - средняя зависимость (5 баллов) – у 7 пациенток;
 - высокая зависимость (6–7 баллов) – у 2 пациенток.

Уровень мотивации к отказу от курения у пациентов был следующим:

- у мужчин:
 - низкий (0–3 балла) – у 5 пациентов;
 - средний (4–6 баллов) – у 15 пациентов;
 - высокий (7–8 баллов) – у 7 пациентов;

Таблица 1. Сопутствующая патология у больных ХОБЛ (число пациентов, абс.)

Пациенты	ГБ		ССО		СД	ИБС, СН I–II ФК	Риск ССО	
	I степени*	II степени**	ИМ	Ис			III степени	IV степени
Мужчины (n = 27)	22	5	6	2	6	8	9	18
Женщины (n = 9)	7	2	0	1	3	1	2	7

* 140/90–160/100 мм рт. ст.
 ** 160/100–180/110 мм рт. ст.
 Обозначения: ИМ – инфаркт миокарда, Ис – инсульт, СН – сердечная недостаточность, ФК – функциональный класс.

- у женщин:
 - низкий (0–3 балла) – у 2 пациенток;
 - средний (4–6 баллов) – у 7 пациенток.

Обращала на себя внимание изначально высокая степень мотивации к отказу от курения табака у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и инсульт (7–8 баллов).

Никотинзамещающие препараты назначались по укороченной схеме при степени зависимости 5 баллов и более, длительность лечения составляла от 4 нед до 2 мес. Больные отдавали предпочтение никотиновым пластырям.

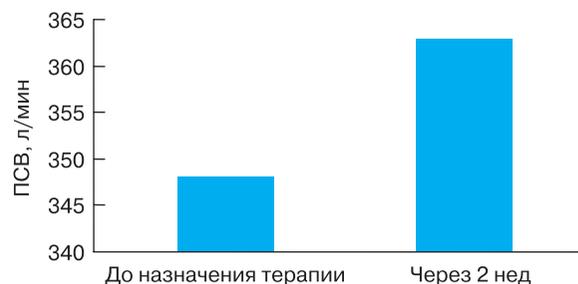
Увеличение массы тела у пациентов составило в среднем $2,0 \pm 1,2$ кг.

Двадцати пяти больным (69%) был назначен афобазол 10 мг 3 раза в день с длительностью приема до 4 нед для снятия беспокойства, раздражительности, затрудненного засыпания.

Визиты осуществлялись в 1-й месяц через 1–2 нед, во 2-й месяц – через 2 нед, затем через 1–2 мес.

Через год не курили 22 пациента (61%), из них 15 мужчин и 7 женщин; 4 пациента (11%) снизили интенсивность курения и выкуривали менее 10 сигарет в день; 10 пациентов (28%) (8 мужчин и 2 женщины) продолжали курить до пачки сигарет в день.

Всем 14 пациентам, продолжавшим курить, было предложено лечение варениклином. Наблюдение за этими больными проводилось с сентября 2010 г. по апрель 2011 г. Средний возраст мужчин составил $57,5 \pm 4,8$ года, женщин – $50,0 \pm 2,0$ года. Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелой степени была диагностирована у



Динамика ПСВ на фоне лечения β-блокаторами у больных ХОБЛ ($p > 0,05$).

Таблица 2. Сопутствующая патология у больных ХОБЛ, принимавших варениклин (число пациентов, абс.)

Пациенты	ГБ		СД	ИБС, СН I-II ФК	Риск ССО	
	I степени*	II степени**			III степени	IV степени
Мужчины (n = 12)	10	2	1	3	5	7
Женщины (n = 2)	1	1	1	–	1	1

* 140/90–160/100 мм рт. ст.

** 160/100–180/110 мм рт. ст.

Таблица 3. Частота симптомов отмены никотина у пациентов (n = 14) в течение первых 4 нед (абс.)

Симптомы	Срок наблюдения, нед			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Желание курить	10	9	5	2
Раздражительность, нарушение сна	10	7	3	–
Повышенный аппетит	12	8	5	3

2 пациентов-мужчин, у остальных – средней тяжести. Лечение варениклином начинали с дозы 0,5 мг/сут в течение первых 3 дней. При хорошей переносимости с 4-го дня дозу увеличивали до 0,5 мг 2 раза в сутки, с 8-го дня – до 1 мг 2 раза в сутки. В целом длительность терапии варениклином составляла 12 нед; у 1 пациента в возрасте 62 лет лечение препаратом было продолжено до 24 нед (сильное желание курить сохранялось 4 мес), а общая длительность наблюдения составила 6 мес.

На первом визите вновь определяли степень никотиновой зависимости. При этом средняя зависимость (5 баллов) была выявлена у 8 мужчин, высокая зависимость (6–7 баллов) – у 4 мужчин и 2 женщин.

Уровень мотивации к отказу от курения у всех пациентов оставался высоким (8 баллов).

Основные клинические характеристики пациентов представлены в табл. 2.

Лечение варениклином проводили на фоне индивидуально подобранной терапии ХОБЛ и сердечно-сосудистой патологии согласно стандартам.

Терапия ХОБЛ включала тиотропия бромид (спирива) у 10 пациентов (71%), фенотерол/ипратропия бромид (беродуал) – у 4 (29%), формотерол (форадил) – у 8 (57%), формотерол/будесонид (форадил комби 12/400 мкг/сут) – у 2 (14%). Через 3 мес у этих пациентов удалось снизить дозу форадила комби до 12/200 мкг/сут.

Терапия артериальной гипертензии при приеме варениклина не менялась и включала следующие препараты:

- ИАПФ (эналаприл 10–20 мг) – у 6 пациентов (58%);
- БРА (вальсартан 160 мг) – у 2 (14%);
- антагонисты кальция (амлодипин 10 мг) – у 4 (28%);
- диуретики (гипотиазид 12,5 мг) – у 4 (28%).

При анализе динамики АД и пульса, представленной больными, не выявлены существенные изменения на фоне лечения варениклином (120/70–160/90 мм рт. ст., пульс 58–86 ударов в 1 мин).

Визиты пациентов проводились через 2 нед, 1, 3 и 6 мес от начала лечения, определялась индивидуальная переносимость препарата, осуществлялся мониторинг АД, пульса, синдрома абстиненции (табл. 3).

Увеличение массы тела у пациентов составило в среднем $1,6 \pm 0,6$ кг.

Важным аспектом фармакотерапии любого заболевания является переносимость лекарственных препаратов. Из побочных эффектов при приеме варениклина наблюдались: тошнота – у 4 больных (29%), запоры – у 2 (14%), необычные сновидения – у 2 (14%). Побочные эффекты были умеренно выраженными и не требовали медикаментозной коррекции.

Два пациента (14%) не смогли отказаться от курения табака, но снизили количество выкуриваемых сигарет до 10 в сутки. Таким образом, эффективность варениклина составила 86%. Все пациенты отметили удобство лечения препаратом, меньшую по сравнению с таковой при приеме НЗТ выраженность симптомов отмены, незначительное увеличение массы тела и отсутствие симптомов дестабилизации клинического состояния.

Обсуждение результатов

Наблюдение за пациентами в данном исследовании проводилось с конца 2009 г. по апрель 2011 г. Все пациенты получали адекватно подобранную терапию ХОБЛ, ГБ, ИБС в соответствии с современными стандартами и рекомендациями. Оценка сопутствующей кардиологической патологии (ГБ, ИБС и др.) является значимым фактором усиления мотивации к отказу от курения. Отказ от курения табака проводился на фоне стабильного течения сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии, что подтверждалось показателями мониторинга АД, пульса, функции внешнего дыхания. По результатам лечения отмечено отсутствие отрицательного влияния высокоселективных β-блокаторов в средних терапевтических дозировках на состояние пациентов с ХОБЛ.

Обучение больных ХОБЛ с сопутствующей кардиологической патологией элементарным навыкам самоконтроля, соблюдению режима физической активности и рационального питания, возможность при необходимости обратиться к лечащему врачу играют существенную роль в отсутствии рецидивов и высоком проценте отказов от курения.

В настоящее время к наиболее эффективным препаратам для лечения табачной зависимости, зарегистрированным в России, относятся варениклин, обладающий наибольшей доказательной базой, и различные никотинсодержащие препараты [9]. Таким образом, варениклин (Чампикс) является наиболее эффективным современным лекарственным препаратом.

Основным критерием эффективности НЗТ и варениклина считался отказ от курения табака в течение 6 мес от начала лечения [2, 11].

Результаты нашего наблюдения 36 курящих пациентов с ХОБЛ и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией

показали преимущество лечения табачной зависимости варениклином по сравнению с НЗТ. Частота прекращения курения в группе НЗТ составила 61%, а применение варениклина позволило увеличить ее до 86% (с учетом приема НЗТ – 94%). При этом симптомы абстиненции были менее выраженными в группе лечения варениклином.

Данные нашего исследования соответствуют данным нескольких опубликованных работ [9–11]. Так, в рандомизированном открытом исследовании сопоставляли результаты применения варениклина и никотинсодержащих пластырей у 746 пациентов [9]. Длительность лечения варениклином составила 12 нед, длительность НЗТ – 10 нед. Первичным критерием эффективности был отказ от курения в течение последних 4 нед лечения. Кроме того, оценивали результаты терапии через 52 нед, а также тягу к курению, симптомы отмены и удовольствия от курения. Частота стойкого прекращения курения в течение последних 4 нед лечения в группе варениклина была достоверно выше, чем в группе сравнения (55,9 и 43,2% соответственно; $p < 0,001$). Преимущество варениклина перед НЗТ сохранялось и через 52 нед. К этому сроку доля пациентов, прекративших курить, составила 26,1 и 20,3% в двух группах соответственно ($p = 0,056$). По сравнению с никотинсодержащими пластырями варениклин эффективнее уменьшал тягу к курению ($p < 0,001$), симптомы отмены ($p < 0,001$) и удовольствие от курения ($p < 0,001$).

В результате рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования варениклина у 714 курящих пациентов со стабильными сердечно-сосудистыми заболеваниями было показано, что частота стойкого прекращения курения в группе варениклина была достоверно выше, чем в группе плацебо, как в течение последних 4 нед терапии (47,0 и 13,9% соответственно; отношение шансов (ОШ) 6,11; 95% доверительный интервал (ДИ) 4,18–8,93), так и с 9-й по 52-ю неделю (19,2 и 7,2% соответственно; ОШ 3,14; 95% ДИ 1,93–5,11) [10]. Как и в предыдущих исследованиях, длительность лечения

ЧАМПИКС®: препарат нового поколения без никотина¹

ЧАМПИКС®: максимальная эффективность^{2,3}

ЧАМПИКС®: 12 недель для надежного результата^{1,4,5}

2 недели
«стартовая» упаковка
11 таблеток x 0,5 мг;
14 таблеток x 1 мг

8 недель
упаковка - «продолжение»
112 таблеток x 1 мг

2 недели
упаковка - «завершение»
28 таблеток x 1 мг



1–3 день		0,5 мг x 1 раз в день
4–7 день		0,5 мг x 2 раза в день
8–14 день		1 мг x 2 раза в день
с 15-го дня		1 мг x 2 раза в день



Торговое название препарата: Чампикс®. Международное непатентованное название: варениклин. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показания к применению: никотиновая зависимость у взрослых. Противопоказания: гиперчувствительность к любому компоненту препарата. Побочные эффекты: у пациентов, получивших варениклин в рекомендуемой дозе 1 мг два раза в сутки после начального титрования, чаще всего встречалась тошнота (28,6%). Она в большинстве случаев появлялась в начале лечения, была легко или умеренно выраженной и редко требовала прекращения терапии. Особые указания: отмена Чампикса® после завершения лечения у 3% пациентов сопровождалась повышением раздражительности, тягой к курению, депрессией и/или бессонницей. Врач должен информировать пациента о возможном появлении таких реакций и учитывать возможность постепенного снижения дозы. Форма выпуска: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 0,5 мг или 1 мг. Условия отпуска из аптеки: по рецепту. Фирма-производитель: «Пфайзер Мануфактуринг Дойчленд ГмБХ», Германия, Генрих-Макштрассе, 35, 89257, Иллертиссен, Германия. Регистрационное удостоверение лекарственного средства: N ЛСР-006439/08 от 11.08.08. Претензии потребителей направлять по адресу: представительства компании «Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн», США, в Российской Федерации: 109147, Москва, Таганская улица, 17-23. Телефон: (495) 258-5535. Факс: (495) 258-5538. Для более детальной информации ознакомьтесь с Инструкцией (Инструкция по медицинскому применению препарата Чампикс®, одобрена Росздравнадзором 18.06.2009 № ЛСР-006439/08).

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Чампикс® от 18.06.2009 № ЛСР-006439/08.
2. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA, 2006; 296: 56-63.
3. Gonzales D et al. Varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: A randomized controlled trial. JAMA, 2006; 296: 47-55.
4. CHAMPIX EME Summary of product characteristics.
5. Vadasz L. The first hungarian experiences with varenicline to support smoking cessation. Medicina Thoracis LXIII. 2009; 1:2009.



составляла 12 нед, а общая длительность наблюдения – 52 нед. Достоверных различий в сердечно-сосудистой смертности, общей смертности, частоте сердечно-сосудистых исходов и серьезных нежелательных явлений между двумя группами не выявлено.

В соответствии с принципами доказательной медицины, варениклин (Чампикс) увеличивает шансы успешного отказа от курения в несколько раз.

Выводы

1. Оценка сопутствующей кардиологической патологии (ГБ, ИБС и др.) является значимым фактором усиления мотивации к отказу от курения.

2. Отказ от курения проводится на фоне стабилизации сердечно-сосудистой патологии и ХОБЛ.

3. Назначение суперселективных β -блокаторов у больных ХОБЛ результативно и безопасно.

4. Неполные курсы НЗТ эффективны (увеличивают частоту отказа от курения до 61%).

5. Варениклин (Чампикс) является эффективным современным лекарственным препаратом. Его включение в комплексную терапию табачной зависимости повышает эффективность отказа от курения до 94%.

Список литературы

1. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. А.Г. Чучалина. М., 2008.
2. Чучалин А.И. и др. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика ХОБЛ, вызванной курением табака: Метод. рек. М., 2002.
3. Кулес В.Г. и др. // Клин. фармакол. и тер. 2009. № 18(3). С. 66.
4. Стандарты по диагностике и лечению больных ХОБЛ / Пер. с англ. М., 2005.
5. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2008 г.) / Пер. с англ. М., 2009.
6. Респираторная медицина / Под ред. А.Г. Чучалина. В 2-х т. М., 2007. Т. 1.
7. Fujiwara H. // Circulation. 2010. V. 74. P. 628.
8. Campbell S.C. et al. // Pulm. Pharmacol. Ther. 2007. V. 20. P. 571.
9. Aubin H.-J. et al. // Thorax. 2008. V. 1. P. 1.
10. Rigotti N. et al. // Circulation. 2010. V. 121. № 2. P. 221.
11. Tonstad S. et al. // JAMA. 2006. V. 296. № 1. P. 64. ●

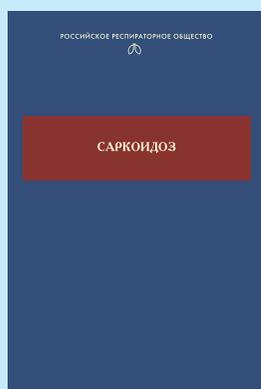
КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА "АТМОСФЕРА"



Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. Овчаренко С.И. (Серия монографий Российского респираторного общества; Гл. ред. серии Чучалин А.Г.)

В первой монографии фундаментальной серии Российского респираторного общества обобщен накопленный мировой и отечественный опыт по всему кругу проблем, связанных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Исчерпывающе представлены такие разделы, как эпидемиология, факторы риска, молекулярные основы развития заболевания, его системные эффекты, биологические маркеры, клинические проявления болезни, диагностика и дифференциальная диагностика, исследование респираторной функции и визуализация, эмфизема легких, легочная гипертензия, обострения, качество жизни, лечение, вакцинация, реабилитация и др. Впервые освещаются ранее не исследованные вопросы, касающиеся фенотипов заболевания, а также сопутствующих заболеваний, которые наиболее часто встречаются у больных ХОБЛ, в частности сочетание ХОБЛ с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом второго типа. Особого внимания заслуживают те разделы монографии, которые посвящены современным лечебным программам, изложенным с позиции медицины доказательств, а также предоперационной подготовке больных ХОБЛ, страдающих многочисленными сопутствующими заболеваниями. 568 с., ил.

Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики, патофизиологов, клиницистов.



Саркоидоз: Монография / Под ред. Визеля А.А. (Серия монографий Российского респираторного общества; Гл. ред. серии Чучалин А.Г.)

Третья монография фундаментальной серии Российского респираторного общества обобщает накопленный мировой и отечественный опыт по всему кругу проблем, связанных с саркоидозом. Исчерпывающе представлены такие разделы, как эпидемиология, факторы риска, молекулярные основы развития заболевания. Впервые болезнь рассматривается не как легочное заболевание, а как полиорганное гранулематоз, требующий мультидисциплинарного подхода. Клинические проявления болезни, диагностика и дифференциальная диагностика представлены по органам и системам. Вопросы лечения ограничены проверенными алгоритмами, рекомендованными медицинскими обществами. В монографии обсуждаются вопросы качества жизни, прогноза, правовые аспекты. 416 с., ил.

Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики, фтизиатров, патофизиологов, патологов, рентгенологов.

Всю дополнительную информацию можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru