

Пациент с никотиновой зависимостью: особенности ведения сочетанной патологии на фоне отказа от курения

И.Д. Пелевина, Н.Л. Шапорова, В.И. Трофимов, О.А. Баранова

СПБ ГМУ им. И. Павлова

198022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8

Проведено исследование особенностей ведения больных ХОБЛ в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ГБ, ИБС) в период отказа от курения. Показано, что оценка сопутствующей кардиальной патологии (АД, ИБС и др.) является значимым фактором усиления мотивации к отказу от курения. Неполные курсы никотинзаместительной терапии эффективны. Обучение больных элементарным навыкам самоконтроля, соблюдения режима физической активности и рационального питания способствует успешному отказу от курения.

Ключевые слова: ХОБЛ, ГБ, ИБС, никотиновая зависимость, НЗТ.

Курение является фактором риска развития мультиморбидной патологии, приводящей к заболеванию дыхательной системы (ХОБЛ) в сочетании с сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), СД, язвенной болезнью, возникновению остеопороза и т.д. [1, 3–5]. В связи с этим возникает сложность в лечении курящих пациентов, обусловленная неадекватностью терапии, невозможностью применения многих лекарственных препаратов при мультиморбидной патологии, поэтому выявление никотиновой зависимости и ее лечение должно стать важнейшим аспектом практической работы врачей первичного звена [2, 3].

Цель настоящей работы: изучение особенности тактики ведения больных ХОБЛ в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ГБ, ИБС) в период отказа от курения в амбулаторных условиях с использованием фармакологических НЗ препаратов.

Материалы и методы

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

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

Пациентам проводилось рутинное обследование: спирография, ЭКГ, рентген легких, клинический анализ крови, общий анализ мокроты, холестерин и сахар

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

С целью побуждения к отказу от курения с больными на визитах проводились беседы-консультации. На каждом визите осуществлялась оценка состояния больного, проводилась 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 по стандартной схеме.

Временной интервал между визитами (беседами) был индивидуален и составлял от одной до двух недель и зависел от состояния пациента.

Результаты и их обсуждение

ХОБЛ диагностирован у 36 пациентов: 27 мужчин и 9 женщин. ОФВ₁ у мужчин находился в пределах от 39 до 76 % и в среднем составил $60,7 \pm 10,9$ %, при этом у 22 пациентов наблюдалось среднетяжелое, а у 5 тяжелое течение заболевания. У всех пациентов-женщин верифицировали ХОБЛ средней степени тяжести (ОФВ₁ от 56 до 76 %, среднее – $67,7 \pm 7,5$ %).

У больных была выявлена артериальная гипертензия, сосудистые осложнения в виде инфаркта миокарда и инсульта, сахарный диабет и ИБС, при этом была обнаружена гиперхолестеринемия (от 6,2 до 7,9 ммоль/л, среднее $6,9 \pm 0,6$ ммоль/л) и по данным ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

Всем больным проводилась стандартная терапия ХОБЛ с учетом стадии заболевания. Пациенты получали следующие препараты: тиотропиум бромид (спирива) – 28 человек (77 %), формотерол (форадил) – 12 человек (33 %), фенотерол/ипратропиум бромид

(беродуал) – 22 человек (61 %), с тяжелым течением ХОБЛ и частыми обострениями назначался формотерол/будесонид (форадил-комби) – 10 человек (28 %); наблюдалась хорошая переносимость и эффективность назначенной терапии [6].

Лекарственная терапия артериальной гипертензии была представлена следующими препаратами: ингибиторами АПФ (эналаприл 10–20 мг – 10 пациентов, нолипрел – 4 пациента) – 39 %; БРА (вальсартан 80–160 мг – 8 пациентов) – 22 %, антагонистами кальция (амлодипин 10 мг – 8 пациентов) – 22 %; бета-блокаторами (6 пациентов, перенесших инфаркт миокарда, из них 4 пациента принимали бисопролол 5–10 мг и 2 пациента – небивалол 5 мг) – 17 %; диуретиками (гипотиазид 12,5 мг – 12 пациентов) – 33 %.

Особый интерес заслуживает группа пациентов, получавших бета-блокаторы. Эти больные до и после установления стадии ХОБЛ и назначения им адекватной терапии вели дневник самоконтроля (2 недели), в котором отмечали пиковую скорость выдоха (ПСВ), АД, PS. При этом наблюдали улучшение показателей ПСВ (348 ± 42 и 363 ± 37 , $p < 0,05$).

Тест Фагерстрема на первом визите выявил слабую зависимость у 2 пациентов, среднюю – у 19, высокую – у 6 (мужчины) и среднюю – у 7 пациентов; высокую – у 2 пациентов (женщины).

Высокая степень мотивации к отказу от табакокурения (7–8 баллов) была у всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда и инсульт, а у остальных после проведения с ними двух бесед-консультаций.

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

НЗ препараты принимались по укороченной схеме при зависимости 5 и более баллов, длительность составляла от 4 недель до 2 месяцев. Предпочтение больные отдавали никотиновым пластырям. Визиты осуществлялись: в первый месяц – через 1–2 недели, во второй месяц – через 2 недели, затем через 1–2 месяца.

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 %) продолжали курить до пачки сигарет в день (8 мужчин и 2 женщины).

Наблюдение за пациентами проводилось в течение 1,5 лет. Все пациенты получали адекватно подобранную терапию ХОБЛ, ГБ, ИБС в соответствии с современными стандартами и рекомендациями. Результаты нашего наблюдения у 36 курящих пациентов с ХОБЛ

и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией показали, что оценка кардиальной патологии (АД, ИБС и др.) является значимым фактором усиления мотивации к отказу от курения.

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

Отказ от табакокурения проводился на фоне стабильного течения сердечно-сосудистой патологии, что подтверждалось показателями мониторинга АД, пульса, функции внешнего дыхания. По результатам лечения отмечено отсутствие отрицательного влияния на состояние пациентов с ХОБЛ при назначении им высокоселективных бета-блокаторов в среднетерапевтических дозировках.

Частота прекращения курения в группе НЗТ составила 61 %. Основным критерием эффективности НЗТ считался отказ от табакокурения в течение 6 месяцев от начала лечения [2].

Заключение

1. Оценка сопутствующей кардиальной патологии (АД, 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 бета-блокаторов у больных ХОБЛ результативно и безопасно.
4. Неполные курсы никотинзаместительной терапии эффективны (увеличивают процент отказа от курения до 61 %).

Литература

1. Хроническая обструктивная болезнь легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2008.
2. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике: учебное пособие. – М., 2010.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2008) / пер. с англ. – М., 2009.
4. Респираторная медицина: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т. 1. – 816 с.
5. Fujiwara H. Smoking is a Disease and Smokers Are Patients // Circulation Journal, Vol. 74, April, 2010, pp. 628–629.
6. Campbell S.C., Criner G.J., Levine B.E., Simon S.J., Smith J.S., Orevillo C.J., Ziehm B.A. Cardiac safety of formoterol 12 m