



**ENSP**

European Network for  
Smoking and Tobacco Prevention

# ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ՆԵՐԴՐՄԱՆ ՀԱՄԱՊԱՐՓԱԿ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

ԾԽԵԼՈՒ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԵՎՐՈՊԱԿԱՆ ՑԱՆՑ

Թարգմանիչ՝

Լուսինե Մուշեղյան  
Վարդուհի Հայրումյան

Մասնագիտական խմբագրիչ՝

Արուսյակ Հարությունյան  
Արմինե Դանիելյան  
Արմինե Աբրահամյան

ISBN: 978-618-82526-2-2

© 2016 European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP)

Responsible Publisher: ENSP

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.ensp.org](http://www.ensp.org)

## Բովանդակություն

Երախտիքի խոսք .....	6
Շահերի բախման հայտարարագիր. ....	7
Ուղեցույցում առկա առաջարկությունների ապացույցների մակարդակ. ....	8
<b>ԳԼՈՒԽ 1: Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության գնահատում. ....</b>	<b>10</b>
1.0 Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության գնահատում.....	11
1.1 Ծխախոտի օգտագործումը հիվանդություն է .....	11
1.2. Սահմանումներ, դասակարգումներ, տերմիններ և հատուկ բացատրություններ.....	12
1.2.1 Ծխախոտային կախվածություն որպես ձեռքբերովի հիվանդություն .....	12
1.2.2 Ծխախոտային կախվածության առաջացման մեխանիզմները .....	12
1.2.3 Նիկոտինը ծխախոտային կախվածություն առաջացնող միակ գործոնը չէ .....	13
1.2.4 Նիկոտինային կախվածությունը ըստ ԱՀԿ-ի.....	13
1.3 Ծխելը քրոնիկ ախտադարձային հիվանդություն է.....	16
1.3.1 Ախտադարձի օրինաչափությունները.....	16
1.3.2 Ծխախոտային կախվածության բուժումը ծխելը դադարեցնելուց հետո.....	18
1.4. Ժամանակակից բժշկության մեջ ծխողների ընթացիկ բացահայտումը պարտադիր է.....	19
1.5 Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության գնահատումը/ ախտորոշումը.....	19
1.5.1. Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության կլինիկական ախտորոշումը.....	19
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.....	24
Գրականություն .....	26
<b>ԳԼՈՒԽ 2: Ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործման դադարեցման և ծխախոտային կախվածության բուժման համար .....</b>	<b>28</b>
2.0 Ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործման դադարեցման և ծխախոտային կախվածության բուժման համար .....	29
2.1 Ծխախոտի օգտագործումը.....	29
2.2 Ծխախոտային կախվածությունը որպես հիվանդություն.....	29
2.3 Ծխելու դադարեցում .....	30
2.3.1 Պացիենտի կրթում .....	30
2.3.2 Վարքաբանական աջակցություն .....	30
2.3.3 Դեղորայք .....	30
2.3.4 Ծխելը դադարեցնելը.....	30
2.4 Ծխելը դադարեցնելուց հետո ծխախոտային կախվածության բուժումը .....	31
2.5 Ախտադարձի կանխարգելումը.....	31
Գրականություն .....	32
<b>ԳԼՈՒԽ 3: Ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն .....</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 հիվանդներին .....	36
3.5 Խորհուրդներ հղի կանանց համար.....	36
3.6 Խորհուրդներ պլանային վիրահատությամբ հիվանդների համար.....	36
Գրականություն .....	37

**ՄԱՍ II**

**ԳԼՈՒԽ 4: Ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ միջամտություններ..... 38**

4.0 Ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ միջամտություններ.....	39
4.1 Ծխախոտային կախվածության բուժման թերապևտիկ միջամտությունները .....	39
4.1.1 Ծխախոտային կախվածության բուժման թերապևտիկ միջամտությունը պարտադիր է...39	
4.1.2 Ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ մոտեցում .....	41
4.1.3 Ծխելու կրճատումը .....	44
4.1.4 Ծխելուց և ծխախոտային կախվածությունից բուժման արդյունավետությունը (Աջակցել) 45	
4.1.5 Հետևողական աջակցություն (Կազմակերպել) .....	46
4.1.6 Առողջապահական համակարգերի մոտեցումը ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության բուժման հարցերում.....	47
4.1.7 Ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների տեսակները .....	48
4.1.7.1 Նվազագույն միջամտություն (Համառոտ խորհրդատվություն) .....	48
4.1.7.2 Ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված անհատական միջամտություններ.....	48
4.2 Վարքաբանական խորհրդատվություն .....	51
4.2.1 Հոգեբանական աջակցություն ծխելը դադարեցնելու համար .....	51
4.2.2 Կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիա (ԿՎԹ).....	53
4.2.3 Մոտիվացնող հարցազրույց (ՄՀ) .....	56
4.2.4 Վարքաբանական խորհրդատվության ձևաչափը .....	60
4.2.4.1 Ծխելը դադարեցնելու անհատական խորհրդատվություն .....	60
4.2.4.2 Ծխելը դադարեցնելու խմբային խորհրդատվություն .....	60
4.2.4.3 Հեռախոսային աջակցություն և ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գիծ .....	62
4.2.4.4 Ինքնօգնության նյութեր.....	63
4.2.4.5 Համակարգչի/համացանցի օգնությամբ իրականացվող միջամտություններ .....	68
4.3 Ծխախոտային կախվածության դեղորայքային բուժումը.....	69
4.3.1 Նիկոտինային փոխարինող բուժում.....	72
4.3.2 Բուժումը բուլբոլայինով.....	83
4.3.3 Բուժումը վարենիկլինով .....	89
4.3.4 Բուժումը կլոնիդինով .....	99
4.3.5 Բուժումը նորտրիպտինով .....	101
4.3.6 Ցիտիզին .....	103
4.4 Անհատականացված բուժման սխեմաներ .....	108

4.4.1	Դեղորբայքային բուժման համակցումը .....	108
4.4.2	Առաջարկություններ բուժման տևողությունը երկարաձգելու համար.....	115
4.5	Միևելու դադարեցմանն աջակցող այլ միջամտությունների հասանելի ապացույցներ.....	117
4.6	Միևելու նվազեցման մոտեցումը.....	123
4.6.1	Միևելու նվազեցումը նիկոտինի փոխարինմամբ .....	124
4.7	Առաջարկություններ ախտադարձի կանխարգելման համար .....	126
4.8	Հատուկ իրավիճակներում և բնակչության ռիսկային խմբերում ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ առաջարկություններ.....	128
4.8.1.	Առաջարկություններ հղի կանանց բուժման վերաբերյալ .....	128
4.8.2.	Առաջարկություններ 18 տ. ցածր երիտասարդների բուժման համար .....	130
4.8.4	Առաջարկություններ ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացման վերաբերյալ .....	145
	<b>Գրականություն .....</b>	<b>146</b>
5.0	<b>Միևելը դադարեցնելու գնահատման հետազոտություններ և առաջարկություններ. ....</b>	<b>148</b>
5.1.	Միևելը դադարեցնելու վերաբերյալ կլինիկական հետազոտության չափանիշները.....	148
5.2	Միևելու ծխախոտային կախվածության բուժման ծախս-արդյունավետությունը .....	149
5.3	Առաջարկություններ ծխելը դադարեցնելու ուղեցույցների ներդրման վերաբերյալ.....	152
5.4	Միևելու ծխախոտային կախվածության վերաբերյալ առաջարկվող գիտական գրականություն.....	153

### ՄԱՍ III

6.0	<b>Միևելու ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ բուժաշխատողների վերապատրաստմանն ուղղված առաջարկություններ. ....</b>	<b>155</b>
6.1	Առաջարկություններ ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ փորձագիտական վերապատրաստման չափորոշիչների վերաբերյալ.....	158
6.2	Առաջարկություններ Եվրոպայի բժշկական համալսարանների համար՝ «ծխելը դադարեցնելու» ուսումնական ծրագրի կազմելու վերաբերյալ .....	160
6.3	Առաջարկություններ Եվրոպայում հետբուհական բժշկական կրթության ծրագրերի շրջանակներում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ....	162
6.4	Առաջարկություններ Եվրոպայում ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների տրամադրման գործընթացում ներառված այլ մասնագետների՝ հոգեբանների, բուժքույրերի, առողջապահական քաղաքականություն մշակողների համար ծխելը դադարեցնելու ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ.....	165
6.5	Միևելու դադարեցմամբ զբաղվող բժիշկների վերապատրաստման ստանդարտներ .....	166
6.6	Միևելու ծխախոտային կախվածության բուժման որակի ստանդարտները.....	168
6.7	Միևելու ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագիտացված ծառայության հավատարմագրման պահանջները.....	173
6.7.1	Միևելու դադարեցման ծառայությունների երեք մակարդակները .....	173
6.7.2	Միևելու դադարեցնելու մասնագիտացված միավորների/ստորաբաժանումների հավատարմագրումը .....	174
	<b>Գրականություն .....</b>	<b>179</b>

## Երախտիքի խոսք

Ծխելու կանխարգելման եվրոպական ցանցն իր երախտիքի խոսքն է հայտնում ներքոնշյալ խմբագրական կազմին սույն ուղեցույցի 1-ին և 2-րդ հրատարակչություններում 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**, MD, 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**, MD, Professor of Chest Medicine at Pitié-Salpêtrière hospital, Paris and Chair of Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris, France;

**Andrey Konstantinovich Demin**, MD, 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.

**Antigona Trofor**, MD PhD, 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, Research Associate in the Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine of the University of Crete, Greece & the Associate Director of the Institute of Public Health (IPH) of the American College of Greece;

**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. Prof. 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. Zatoński**, 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**

Ուղեցույցի հեղինակները և խմբագրական կազմը հայտարարել են շահերի բախման բացակայությունն ուղեցույցի բովանդակության հետ:

Սույն ուղեցույցի մշակման ընթացում դեղագործական որևէ ընկերության հետ համագործակցություն չի իրականացվել:

## Ուղեցույցում առկա առաջարկությունների ապացույցների մակարդակ

Աղյուսակ 1: Տվյալ ուղեցույցը տարանջատում է ապացույցների երեք մակարդակներ՝ ելնելով դրանց տեսակից, որակից և այլ հետազոտություններում դրանց անդրադարձման քանակից:

Ապացույցի մակարդակները: Նկարագրություն		
Ապացույցի մակարդակ	Ապացույցի աղբյուր	Սահմանում
A	Վերահսկվող և ռանդոմիզացված հետազոտություններ: Մեծ տվյալների բազա:	Մեծ թվով հետազոտություններ, որոնք ներառում են զգալի թվով մասնակիցներ:
B	Վերահսկվող և ռանդոմիզացված հետազոտություններ: Սահմանափակ տվյալների բազա:	Հետազոտություններ, որոնք ներառում են սահմանափակ թվով մասնակիցներ, արդեն իրականացված հետազոտության տվյալների վերլուծություն, ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտության ենթախմբի վերլուծություն, կամ ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտության մետա-անալիզ: Ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունները փոքրածավալ են, ներառում են մասնակիցների տարբեր խմբեր անկայուն արդյունքներով:
C	Ոչ-ռանդոմիզացված հետազոտություններ: Դիտորդային (Observational) հետազոտություններ: Փորձագետների համաձայնություն:	Ապացույցներ չվերահսկվող և ոչ-ռանդոմիզացված հետազոտություններից կամ դիտորդային (Observational) հետազոտություններից:

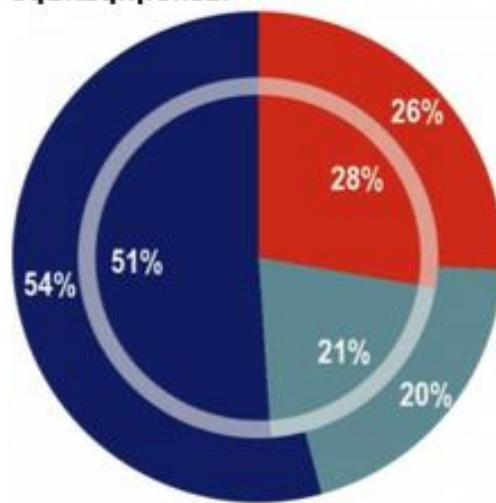
**Ապացույցի մակարդակները: Նկարագրություն**

Կոդ	Ապացույցի որակ	Սահմանում
A	Բարձր	<p>Փոքր է հավանականությունը, որ հետագա հետազոտությունները կփոխեն արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները:</p> <p>Մի քանի բարձր որակի հետազոտություններ հաստատուն արդյունքներով:</p> <p>Հատուկ դեպքերում՝ մեկ լայնածավալ, բարձր որակի բազմակենտրոն հետազոտություն:</p>
B	Միջին	<p>Հավանական է, որ հետագա հետազոտությունները էական ազդեցություն կունենան և կփոխեն արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները:</p> <p>Մեկ բարձր որակի հետազոտություն:</p> <p>Մի քանի հետազոտություններ որոշակի սահմանափակումներով:</p>
C	Ցածր	<p>Մեծ է հավանականությունը, որ հետագա հետազոտությունները էական ազդեցություն կունենան և կփոխեն արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները:</p> <p>Մեկ կամ մի քանի հետազոտություններ խիստ սահմանափակումներով:</p>
D	Շատ ցածր	<p>Արդյունավետության վերաբերյալ առկա ապացույցները չափազանց անորոշ են:</p> <p>Փորձագետի կարծիք:</p> <p>Ոչ ուղղակի հետազոտական ապացույցներ:</p> <p>Մեկ կամ մի քանի հետազոտություններ չափազանց խիստ սահմանափակումներով:</p>

# ՄԱՍ I

## ԳԼՈՒԽ 1: Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության գնահատում

1. 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 եմ
- Ծխել եմ, սակայն դադարեցրել եմ
- Երբևէ չեմ ծխել
- Զգիտեմ

Ներքին շրջանակ՝ EB77.1 փետ-մարտ, 2012

Արտաքին շրջանակ՝ EB82.4 նոյ-դեկ, 2014

● EU28

«ԵՄ-ում հարցվողների միայն մեկ քարորդն է ներկայումս ծխում սիգարետներ, սիգարներ, սիգարիլաներ կամ նարգիլ (26%), որը երկու տոկոսով ավելի պակաս է, քան 2012-ին:»

Eurobarometer 2015

## 1.0 Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության գնահատում

### 1.1 Ծխախոտի օգտագործումը հիվանդություն է

Ծխախոտի օգտագործումը Եվրոպայում վաղաժամ մահվան/մահացության և հաշմանդամության առաջատար պատճառ է:1,2 Ամեն տարի ավելի քան 700, 000 եվրոպացիներ մահանում են ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված հիվանդություններից:2 Հայտնի է, որ ծխողների կյանքի ակնկալվող տևողությունը 10 տարով ավելի կարճ է, քան չծխողներինը, և ծխախոտ օգտագործողների կեսը կորցնում են իրենց կյանքի առողջ ժամանակահատվածի 20 տարիները՝ մինչ ծխելու հետևանքով առաջացած հիվանդություններից մահանալը:3

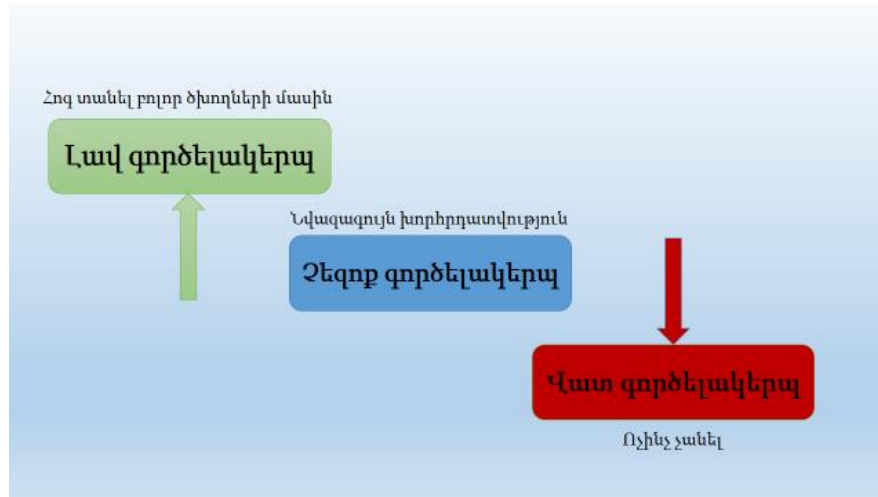
Ծխախոտային կախվածությունը հիվանդություն է, որը հիմնականում առաջանում է մեծահասակների շրջանում՝ ծխախոտի օգտագործման արդյունքում: Ծխախոտային կախվածությունը պայմանավորված է ծխախոտային արտադրատեսակների (սիգարետներ, ծխամորձեր, սիգարներ, բիդիներ, նարգիլեններ, ծամելու ծխախոտ) երկարատև և ամենօրյա օգտագործմամբ: Ծխողների մեծ մասը չեն կարողանում իրենց կամքով թողնել ծխելը: Բժշկական տերմինաբանությամբ՝ քրոնիկ ծխելը բնորոշվում է որպես ծխախոտային կախվածություն, նիկոտինային կախվածություն, ծխախոտամոլություն կամ նիկոտինամոլություն:

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

Ծխախոտային կախվածության առաջացման հիմնական պատճառը նիկոտինն է: Նիկոտինը ուժեղ կախվածություն առաջացնող թմրանյութ է, որը պարունակվում է ծխախոտում և, որը պայմանավորում է կախվածությունն այն անձանց մոտ, ովքեր քրոնիկ կերպով օգտագործում են ծխախոտային արտադրատեսակներ: Ծխախոտ օգտագործողների առողջական ռիսկերը կարող են տարբեր լինել՝ կախված առողջական և ժառանգական, միջավայրային գործոններից, ծխելու ինտենսիվությունից, օգտագործման տևողությունից և օգտագործվող ծխախոտային արտադրատեսակից: Այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտի մասնագետների պատասխանը ծխախոտի օգտագործմանը պետք է լինի մեկը՝ առանց հապաղելու բուժել ծխողների ծխախոտային կախվածությունը:

Քանի որ ծխախոտային կախվածությունը հիվանդություն է, այն պետք է ախտորոշել և բուժել նույն կերպ, ինչպես այլ քրոնիկ հիվանդությունները: Առողջապահության ոլորտի մասնագետը պարտավոր է միջամտել և նախաձեռնել ծխելու դադարեցմանն ուղղված բուժում հիվանդի մոտ: 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 շատ բացառիկ դեպքերում է ծխելը պայմանավորված ծխողի ապրելակերպի ազատ ընտրությամբ: Ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին չբուժելը կամ բուժում չկազմակերպելը սխալ գործելակերպ է: Բուժաշխատողները բոլոր ծխախոտ օգտագործող հիվանդներին պետք է առնվազն ծխելը դադարեցնելուն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն տրամադրեն (Նկար 1.1):

## Նկար 1.1 Ծխողների հետ միջամտություններ բժշկական հաստատություններում



Երբ ծխախոտի օգտագործումը և կախվածությունը ընկալվում է որպես հիվանդություն, դրան հաջորդում է ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին բժշկական աջակցության տրամադրումը: Ինչպես այլ քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում, բժշկական օգնությունը սկսվում է ծխախոտի քրոնիկ օգտագործման և ծխախոտային կախվածության ախտորոշումից, որին հետևում է կանոնավոր բուժումը: Ծխելով, անհատը ոչ միայն նիկոտին է ներմուծում իր օրգանիզմ՝ պահպանելով և 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 նա թողնում ծխելը, հետևաբար, հիվանդի առողջական վիճակն ավելի արագ է բարելավվում:<sup>3</sup>

## 1.2. Մահմանումներ, դասակարգումներ, տերմիններ և հատուկ բացատրություններ

### 1.2.1 Ծխախոտային կախվածություն որպես ձեռքբերովի հիվանդություն

Ծխախոտամոլությունը ծխախոտից կախվածություն է պայմանավորված նիկոտին թմրամիջոցով: Ծխախոտային կախվածությունից տառապող ծխողը չի կարողանում դադարեցնել ծխախոտի օգտագործումը՝ չնայած դրա պատճառած վնասի գիտակցման փաստին: Նիկոտինը հայտնի է որպես թմրանյութ, որը կարող է առաջացնել կախվածություն, որն առնվազն այնքան ուժեղ է, որքան հերոինից կամ կոկայինից կախվածությունը:<sup>4</sup> Ծխախոտ օգտագործողները, ովքեր սկսել են ծխել դեռահասության տարիքից, սովորաբար ավելի հակված են կախվածության, քան նրանք, ովքեր հասուն տարիքում են սկսում ծխել:<sup>5</sup>

Նիկոտինը՝ հոգեբանական ակտիվ հատկություններով օժտված նյութը, սիգարետ, սիգար, ծխամորձ ծխելու ցանկություն է առաջացնում՝ ծխողներին դարձնելով անկարող ծխելը հեշտությամբ դադարեցնել, և ծխելուց հրաժարվելու դեպքում՝ առաջացնում է ֆիզիկական և ֆիզիոլոգիական ախտանշաններ: Չնայած, որ ծխախոտում պարունակվող նիկոտինն է առաջացնում նիկոտինային կախվածություն, այնուամենայնիվ, թունավոր ազդեցությունները հիմնականում պայմանավորված են ծխախոտի ծխում պարունակվող այլ նյութերով:

### 1.2.2 Ծխախոտային կախվածության առաջացման մեխանիզմները

Ներշնչված նիկոտինը մինչև յոթ վայրկյան ժամանակահատվածում թոքերից հասնում է գլխուղեղի զարկերակային արյան շրջանառությանը:<sup>6</sup> Նիկոտինը կապվում է ացետիլխոլինի

հատուկ ընկալիչների հետ (հիմնականում ալֆա4 բետտա2 ացետիլխոլինի նիկոտինային ընկալիչ): Առաջնային-հիմնային ուղեղում տեղակայված ստրիալ կոմպլեքսի բաղադրիչ սահմանակից կորիզների (nucleus accumbens) դոպամինի ու դոպամիներգիկ նյութերի արտադրության ակտիվացումը կարևոր դերակատարում ունի բնական գոհացման զգացման և կախվածությունների ձևավորման հարցերում: Նիկոտինը խթանում է նյարդահաղորդիչների արտազատումը, ինչպիսիք են դոֆամինը և նորադրենալինը, որը ծխախոտ օգտագործողի կողմից ընկալվում է որպես հաճույք<sup>7,8</sup> (տես նկար 1.2): Ծխախոտային կախվածությամբ անհատի՝ ծխելուց ստացած հաճույքը, ըստ էության, «զրկանքի» ախտանշանների 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 հավելումն ֆիզիկական կախվածության՝ ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը կարող է դառնալ սովորություն: Սոցիալական շփումը, առօրյալի հետ կապված որոշակի իրադրությունները կարող են խթանել ծխախոտի օգտագործումը, որը ժամանակի ընթացքում վերաճում է սովորության և ամրապնդվում առօրյա կյանքում: Հետևաբար, խորհուրդ է տրվում, որպեսզի ծխախոտի օգտագործման բուժումը ներառի և՛ դեղորայքային բուժում՝ ֆիզիկական ախտանշանները մեղմելու, և՛ վարքաբանական խորհրդատվություն՝ ուղղված ծխախոտի օգտագործման հետ կապված սովորությունները վերացնելուն:

### 1.2.4 Նիկոտինային կախվածությունը ըստ ԱՀԿ-ի

Անձը համարվում է նիկոտինից կախյալ, երբ նա ունի նիկոտինի քրոնիկ օգտագործման պատմություն հետևյալ բնութագրերով. չարաշահում է նիկոտինը, շարունակում է ինքնուրույն օգտագործել այն՝ չնայած վնասակար ազդեցությանը, նիկոտինի նկատմամբ դրսևորում է բարձր հանդուրժողականություն և ծխելը թողնելու փորձը բերում է զրկանքի ախտանշանների:<sup>6</sup>

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

Կախվածության համախտանիշը վերաբերվում է ֆիզիկական, ֆիզիոլոգիական, վարքային և կոգնիտիվ երևույթների ամբողջությանը, որում նյութի օգտագործումը (այս դեպքում ծխախոտի) առաջնահերթ է դառնում անհատի համար՝ անտեսելով մյուս վարքագծերը, որոնք նախկինում արժեքավոր են եղել անհատի համար:

### *Նիկոտինային զրկանքի համախտանիշը*

Երբ նիկոտինը օրգանիզմ է ներմուծվում ներշնչման ճանապարհով, այն հանգեցնում է նիկոտինային կախվածության, և հակառակը, երբ նիկոտինը այլևս չի մատակարարվում նիկոտին-կախյալ անհատին, առաջանում է նիկոտինային զրկանքի համախտանիշ:

Նիկոտինային զրկանքի ախտանշանները առաջանում են նիկոտինի մատակարարման հանկարծակի դադարեցման պատճառով: Նիկոտինային զրկանքը ինքնին կարող է արտահայտվել ծխելը դադարեցնելու առաջին 4-ից 12 ժամ հետո: Ախտանշանները ներառում են՝<sup>12</sup>

- Ծխելու ուժեղ/ անվերահսկելի կարիք (փափագ),
- Դյուրագրգռություն / ագրեսիա /գայրույթ,

- Նյարդայնություն,
- Անհանգստություն,
- Հոգնածություն
- Ախորժակի խթանում,
- Կենտրոնանալու դժվարություն,
- Դեպրեսիա,
- Գլխացավ,
- Գիշերային անքնություն,
- Հավասարակշռության թեթևակի խանգարումներ/գլխապտույտ:

Կախված անհատից՝ այս ախտանշանները կարող են տարբերվել. որոշ ծխողների մոտ զրկանքի ախտանշաններն ավելի ուժեղ են արտահայտված, քան ուրիշների մոտ: Այս բոլոր դրսևորումները ժամանակավոր են՝ հասնելով առավելագույն ուժգնության առաջին 24-ից 72 ժամերի ընթացքում և նվազելով 3-ից 4 շաբաթների ընթացքում:<sup>12</sup> Հիվանդների գրեթե 40%-ի մոտ ախտանշանները կարող են 3-4 շաբաթից ավելի երկար տևել:<sup>12</sup>

Նիկոտինային զրկանքի ախտանշանները ծխախոտի օգտագործման կտրուկ դադարեցմամբ պայմանավորված փոփոխությունների ամբողջություն է, որն ավելի դժվար տանելի է առաջին 2-6 շաբաթների ընթացքում և, այդ շրջանում պետք է ուղեկցվի որակյալ բժշկական օգնությամբ և հոգեբանական աջակցությամբ: Այսպիսով, ծխելը դադարեցնելու համար նախատեսված բոլոր ուղեցույցներում նիկոտինային կախվածության բուժման լավագույն ռազմավարություն է համարվում դեղորայքային բուժման և հոգեբանական-վարքաբանական թերապիայի համակցումը:<sup>13</sup>

Աղյուսակ 1.1 Ծխախոտային կախվածության դասակարգումը և դասիչ կոդերը ըստ ՀՄԴ-10 -ի, ԱՀԿ, 2015<sup>11</sup>

Ծխելու կարգավիճակը

Կայքը հղման համար  
<http://www.icd10data.com>

Նիկոտինային կախվածություն F17	
Excludes (others specific codes)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ծխախոտային կախվածության պատմություն (Z87.891)</li> <li>• Ծխախոտի օգտագործում, որն այլ կերպ մասնավորեցված չէ (Z72.0)</li> <li>• Ծխախոտի օգտագործում (ծխել) հղիության, ծննդաբերության և հետծննդաբերական շրջանում (O99.33-)</li> <li>• Նիկոտինի թունավոր ազդեցությունը (T65.2-)</li> </ul>
F17	Նիկոտինային կախվածություն
F17.2	Նիկոտինային կախվածություն
F17.20	Նիկոտինային կախվածություն, չմասնավորեցված
F17.200	... չբարդացած
F17.201	... ռեմիսիայի շրջանում
F17.203	... նիկոտինային կախվածություն չմասնավորեցված, զրկանքով
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	... զրկանքով
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	... զրկանքով
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

Բոլոր բժիշկներին խորհուրդ է տրվում պատշաճ կերպով գնահատել հիվանդների ծխախոտի օգտագործման կարգավիճակը՝ ներկա պահին և անցյալում:

Ծխելու կարգավիճակի դասակարգման համար օգտագործվում են հետևյալ բնորոշումները.

**Չծխող** է համարվում այն անձը, ով իր կյանքի ընթացքում չի ծխել ավելին քան 100 գլանակ (կամ 100գ ծխախոտ՝ ծխամորճերի, սիգարների, կամ այլ ծխախոտային արտադրատեսակների տեսքով):

**Ամենօրյա 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, որը դադարեցրել է ծխելը առնվազն վեց ամիս առաջ:

**Որոշ ստանդարտ** հարցեր, որոնք օգտակար են համարվում ծխելու կարգավիճակը գնահատելու համար:

Դուք երբևէ ծխե՞լ եք սիգարետ կամ օգտագործե՞լ եք այլ ծխախոտային արտադրատեսակներ (օր՝ ծխամորճեր, սիգարներ և այլն):

#### **Ներկայիս ծխողների համար՝**

Օրական քանի՞ սիգարետ/գլանակ (կամ այլ ծխախոտային արտադրատեսակներ, օր՝ ծխամորճեր, սիգարներ և այլն) եք սովորաբար ծխում:

Քանի՞ տարի եք ծխում: Քանի՞ տարեկան էիք, երբ սկսեցիք ծխել ամեն օր:

Քանի՞ սիգարետ եք ծխել Ձեր կյանքի ընթացքում: Դա 100-ից ավելի՞ է, թե պակաս:

Դուք ծխում եք ամեն օր / որոշակի օրերի / հատուկ իրավիճակներում: Որո՞նք են այդ իրավիճակները: Ընդհանուր առմամբ, քանի տարի է, որ ծխում եք ամեն օր:

#### **Նախկին ծխողների համար՝**

Քանի՞ տարի/ամիս է, որ դադարեցրել եք ծխելը: Որքա՞ն ժամանակ է, որ դադարեցրել եք ծխելը:

### **1.3 Ծխելը քրոնիկ ախտադարձային հիվանդություն է**

#### **1.3.1 Ախտադարձի օրինաչափությունները**

Նիկոտինային/ծխախոտային կախվածությունը քրոնիկ ախտադարձային վիճակ է, որը հիմնականում ձեռք է բերվում դեռահասության շրջանում:<sup>5</sup> Ծխախոտային կախվածությունը քրոնիկ հիվանդություններին բնորոշ առանձնահատկություններ ունի, քանի որ ծխողների մեծամասնությունը ծխախոտի օգտագործումը շարունակում են տարիների, նույնիսկ տասնամյակների ընթացքում:

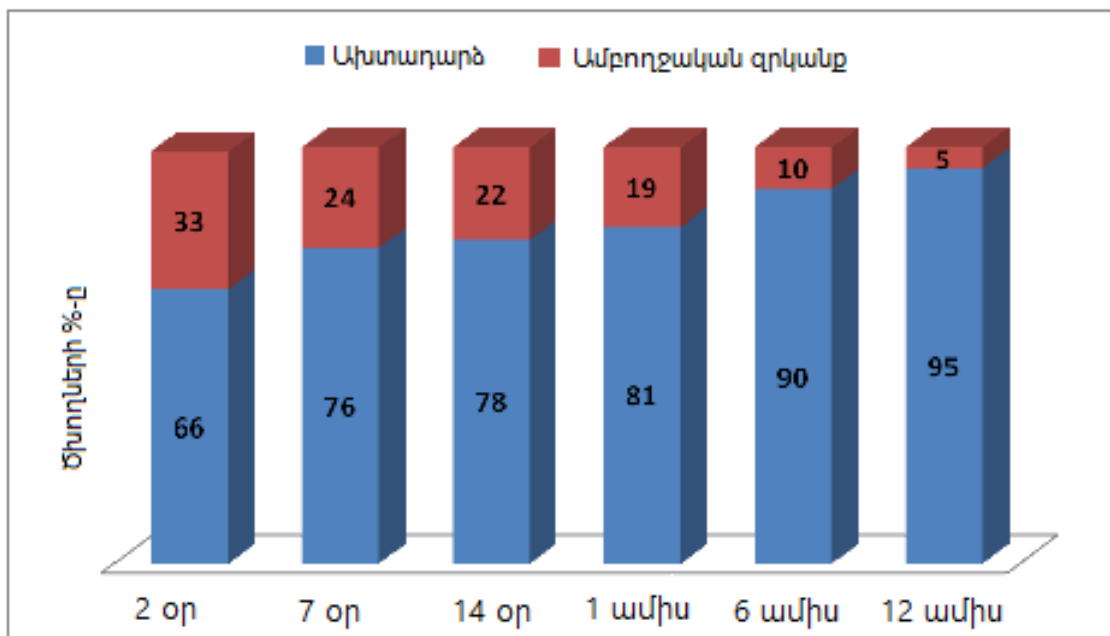
«Ախտադարձ»ը ծխելը դադարեցրած անհատի վերադարձն է կանոնավոր ծխելու վարքագծին: *Ախտադարձը* սովորաբար բնորոշվում է որպես զրկանքից հետո ծխելու վերսկսումը մի քանի օրեր շարունակ: «Անհաջողությունը» (*failure*) կամ «ախտադարձ»՝ ավելի քան 24 ժամ չծխելուց հետո առնվազն երեք օր կանոնավոր ծխելն է:

«Չախողում»-ը (*lapse*) կամ «սայթաքում»-ը (*slip*) զրկանքի ժամանակահատվածից հետո ծխախոտի օգտագործումն է, որը չի նշանակում վերադարձ կանոնավոր ծխելու վարքագծին: Ծխելը դադարեցնողների և նախկին ծխողների կողմից սայթաքումը՝ բնորոշվում է որպես որևէ նախատեսված այցին նախորդող մեկ շաբաթվա ընթացքում առավելագույնը երեք օր օրական մեկից քիչ գլանակ օգտագործելը՝ կամ ցանկացած քանակի գլանակներ

շաբաթական մեկ օր ծխելու իրավիճակը: Սայթաքումը կարող է դիտվել կամ որպես ախտադարձի նախապայման, կամ առանձին իրողություն, որին հաջորդում է ծխախոտից նորից հրաժարվելու գործընթացը:

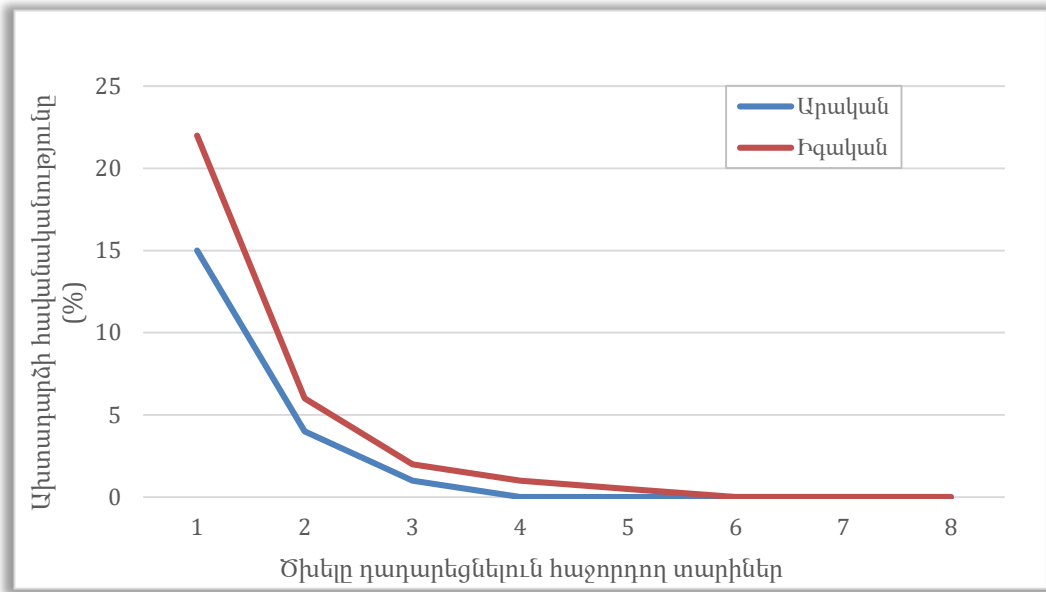
Նախկին ծխողների շրջանում ախտադարձը տարածված երևույթ է: Ախտադարձը առավել հաճախ տեղի է ունենում ծխելը թողնելու փորձի առաջին մի քանի օրերի ընթացքում, երբ զրկանքի ախտանշանները ուժեղ են արտահայտված: Առանց կողմնակի օգնության ծխելը դադարեցնողների ավելի քան 75%-ի մոտ առաջին շաբաթվա ընթացքում դիտվում է ախտադարձ՝ դարձնելով այն կրիտիկական ժամանակաշրջան:<sup>12</sup> Նկար 1.3-ը պատկերում է ախտադարձի հավանականությունը ծխելը դադարեցնելու առաջին տարվա ընթացքում:

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



Եթե հիվանդները չեն ծխում երկու կամ երեք ամիս, նրանց ախտադարձի ռիսկն ավելի ցածր է, բայց ոչ վերջնականապես զրոյական: Նույնիսկ ծխախոտի օգտագործումից երկարատև ժամանակով հրաժարվողների շրջանում ախտադարձի ռիսկն առկա է: Առնվազն 12 ամիսների ընթացքում չծխողների շրջանում առկա է հետագա կյանքի ընթացքում ախտադարձի 35% հավանականություն: (Տես Նկար 1.4):<sup>14</sup>

**Նկար 1.3: Ախտադարձի հավանականությունն ըստ տարիների<sup>14</sup>**



**1.3.2 Ծխախոտային կախվածության բուժումը ծխելը դադարեցնելուց հետո**

Ծխախոտային կախվածության բուժումը երկարատև, կանոնավոր, ինչպես նաև հետևողական բուժական միջամտություններ է պահանջում: Ծխախոտային կախվածության քրոնիկ 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 հիվանդների կրթումը, ինչպես նաև հոգեբանական-վարքային աջակցության տրամադրումը: Դեռևս չի հայտնաբերվել արդյունավետ բուժման որևէ համընդհանուր տարբերակ՝ կիրառելի ծխելուց հրաժարվողների շրջանում ծխախոտային կախվածության ախտադարձը կանխելու համար: Անհրաժեշտ է միջոտ հիշել, որ նախկին ծխող լինելը դեռևս չի երաշխավորում ծխախոտային կախվածության ավարտ:

Բազմաթիվ բժիշկներ ստանձնում են այնպիսի քրոնիկ հիվանդությունների բուժումը, ինչպիսիք են շաքարային դիաբետը, զարկերակային բարձր ճնշումը, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը և այլնը, այնուամենայնիվ, անվստահությամբ են վերաբերվում ծխախոտային կախվածության բուժմանը: Ծխախոտի օգտագործումը որպես քրոնիկ հիվանդություն դիտարկումն արագացնում է բուժման գործընթացը, մեծացնում է ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը, և, հետևաբար, նվազեցնում ախտադարձի հավանականությունը:

Մենք խորհուրդ ենք տալիս բոլոր բժիշկներին՝ դիտարկել ծխախոտի օգտագործումը և ծխախոտային կախվածությունը որպես քրոնիկ ախտադարձային հիվանդություն և բժշկական տերմինաբանությամբ այն սահմանել 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:

Այս նպատակի համար անհրաժեշտ է օգտագործել կանոնավոր /տարեկան/ կանխարգելիչ գնման կամ հիվանդության առիթով բժշկին՝ ընտանեկան բժշկին, թերապևտին, ատամնաբույժին կամ բժշկական ոլորտի այլ մասնագետի 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:

Ինչպես խորհուրդ է տրվում ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվության այս ուղեցույցում, հիվանդի ծխելու կարգավիճակը պետք է գրանցվի հիվանդի բժշկական քարտում, ինչպես նաև հիվանդանոց ընդունման և դուրս գրման փաստաթղթերում, հիվանդի՝ բժշկական կարգավիճակի վերաբերյալ ցանկացած այլ փաստաթղթում: Այս առաջարկությունը հիմնված է ինը ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-անալիզի 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 բարձր է այն դեպքում, երբ բժիշկները հիվանդներին համակարգված կերպով հարցնում են ծխախոտի օգտագործման մասին:<sup>16</sup>

## 1.5 Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության գնահատումը/ախտորոշումը

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 ախտորոշումը**  
Կլինիկական ախտորոշման համար անհրաժեշտ է հետևյալ տեղեկատվությունը.

### ***Ծխելու կարգավիճակը***

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

### ***Օգտագործվող ծխախոտային արտադրանքի տեսակը***

Օգտագործվող ծխախոտային արտադրատեսակի վերաբերյալ տեղեկատվությունն օգնում է պատկերացում կազմել ծխախոտային կախվածության աստիճանի մասին, քանի որ հայտնի է, որ նիկոտինային կախվածությունը ավելի ուժեղ է սիգարետ օգտագործողների, քան սիգարներ, ծխամորճեր, ջրային ծխամորճեր, էլեկտրոնային ծխախոտներ կամ ծամելու ծխախոտ օգտագործողների շրջանում:

### **Օխախտի սպառումը**

Օխախտի սպառումը կարող է բնորոշվել որպես օրական օգտագործվող սիգարետի գլանակների քանակություն, սիգարետի քանակությունը՝ տուփ/տարի (SS քանակություն) (no. of PY): Տուփ/տարի քանակությունը հաշվվում է՝ բազմապատկելով օրական ծխած սիգարետների տուփերի քանակը ծխելու տարիների թվով (օր՝ եթե ինչ-որ մեկը ծխում է օրական 15 գլանակ սիգարետ 15 տարի շարունակ, ապա տուփ/տարի (SS քանակություն) ցուցանիշը՝  $15 \times 15 / 20 = 11,2$  SS):

### **Օխախտային կախվածության գնահատումը**

Օխախտային կախվածությունը կարող է ախտորոշվել ԱՀԿ-ի հետևյալ բնորոշման համաձայն. ծխախտային կախվածությունը սահմանվում է՝ վերջին 12 ամիսների ընթացքում 7 չափանիշներից առնվազն 3-ի առկայությամբ:<sup>17</sup>

- ծխելու մեծ ցանկություն,
- ծխելու քանակի վերահսկման դժվարություն,
- ծխելը նվազեցնելու կամ կամ դադարեցնելու դեպքում գրկանքի ախտանշաններ, շարունակական օգտագործում, չնայած՝ ակնհայտ վնասակար ազդեցությանը,
- ծխելու առաջնահերթություն այլ գործունեությունների նկատմամբ,
- ծխախտի հանդեպ բարձր հանդուրժողականություն/ տանելիություն,
- ծխախտի գրկանքի ֆիզիկական ախտանշաններ:

Առօրյայում, նիկոտինային/ծխախտային կախվածությունը հիմնականում գնահատվում է՝ 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 է թեստի արդյունքում հաշվարկված միավորները, այնքան բարձր է անհատի մոտ նիկոտինային կախվածությունը: Նիկոտինային կախվածության աստիճանի գնահատումը կարող է օգտագործվել հիվանդների համար բուժման ծրագիր կազմելու նպատակով:

### **Աղյուսակ 1.2 Նիկոտինային կախվածության Ֆագերստրոմի թեստը**

<b>Արթնանալուց հետո որքան օ վաղ եք ծխում առաջին սիգարետը:</b>
Մինչև 5 րոպե (3)
6-30 րոպե (2)
31-60 րոպե (1)
60 րոպեից ավել (0)
<b>Դժվար է գերծ մնալ ծխելուց այն վայրերում, ուր ծխելն արգելված է (օր՝ եկեղեցի, կինոթատրոն, գնացքում, ռեստորանում և այլն):</b>
Այո (1)
Ոչ (0)
<b>Ո՞ր սիգարետից է հրաժարվելն ամենադժվարը:</b>
Առավոտյան առաջ
Ցանկացած հաջորդ (0)
<b>Քանի՞ 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՞ հաճախ եք ծխում, քան օրվա մյուս</b>

**հատվածում:**

Այո (1)

Ոչ (0)

**Ծխու՞մ եք, երբ հիվանդ եք և ստիպված եք օրվա գերակշիռ մասն անցկացնել անկողնում:**

Այո (1)

Ոչ (0)

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

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

Հիմնական հարցերն են առաջինն ու չորրորդը (օրական ծխած զլանակների քանակը և առավոտյան արթնանալուց հետո մինչև առաջին զլանակը ծխելու ժամանակահատվածը): Խորհրդատվության ժամանակ բժիշկը կարող է կիրառել թեստի կրճատ տարբերակը՝ ՖՆԿԹ-ի առաջինն 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>:

**1.5.2 Ծխելը դադարեցնելու նախորդ փորձերի վերլուծություն**

Անցյալում ծխելը դադարեցնելու անհատի փորձի ուսումնասիրությունը կարևոր է հետազայում ծխելը դադարեցնելու փորձի արդյունավետության համար և կարող է կանխատեսել և ուղղորդել բուժման գործընթացը:<sup>21</sup> Բժիշկներին խորհուրդ է տրվում գնահատել.

- անցյալում ծխելը դադարեցնելու փորձերի թիվը,
- ծխելուց հրաժարվելու ամենաերկար ժամանակահատվածը,
- ծխելը դադարեցնելու որևէ նախկին բուժում և ինչից է բաղկացած եղել բուժումը,
- նախկինում ունեցած զրկանքի ախտանշանները,
- ախտադարձի հանգամանքները, որպես ռիսկային գործոններ,
- ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ընթացքում նկարագրված դրական փոփոխությունները:

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

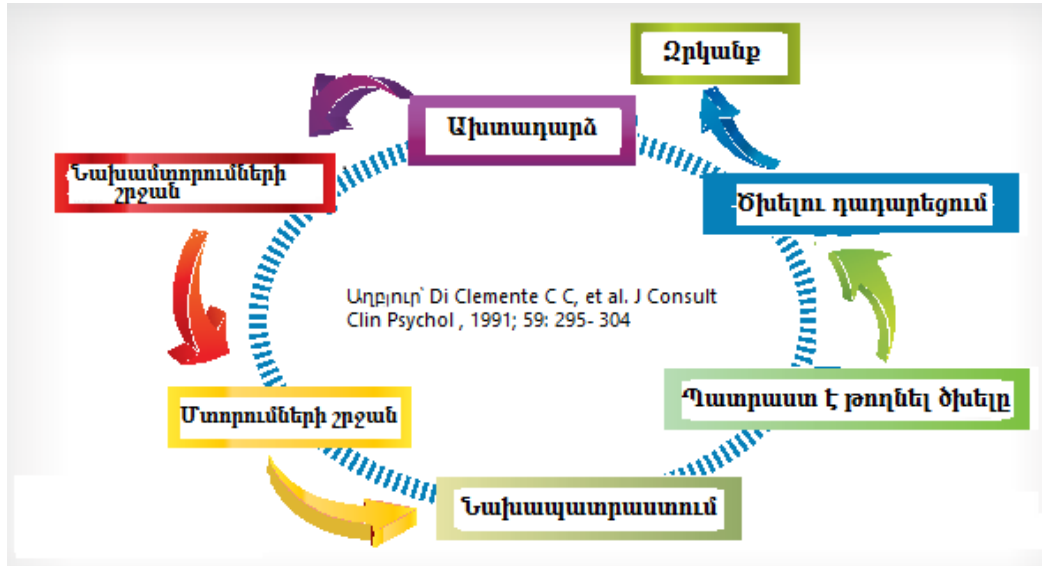
**1.5.3 Ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիա**

Բոլոր բուժաշխատողները պետք է կարողանան գնահատել հիվանդների՝ ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան: Այդ նպատակով առաջարկվում են ստորև թվարկված հետևյալ մեթոդները.

- Մոտիվացիան կարող է գնահատվել ուղղակի հարցերի միջոցով, այդ թվում՝ Ուզու՞մ 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. ԴիԿլեմենտեյի (J.O. Prochaska and C.C. DiClemente) վարքագծի փոփոխության տրանսթեորետիկ հայտնի մոդելի համաձայն (SԹՄ)՝ ծխելը դադարեցնելու հոգեբանական գործընթացն անցնում է 5 փուլերով (Նկար 1.5):<sup>23</sup>

Նկար 1.5 Ծխելը դադարեցնելու համար փոփոխության փուլերը՝ ըստ Պրոչասկայի մոդելի<sup>23</sup>



Նախամտորումների շրջան՝ հիվանդը լիովին բավարարված է ծխելու իր վարքագծով և որևէ փոփոխության անհրաժեշտություն չի զգում,

Մտորումների շրջան- հիվանդը զգում է փոփոխության անհրաժեշտություն, բայց դա բավականաչափ ուժեղ չէ, որպեսզի իրեն ուղղորդի 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,

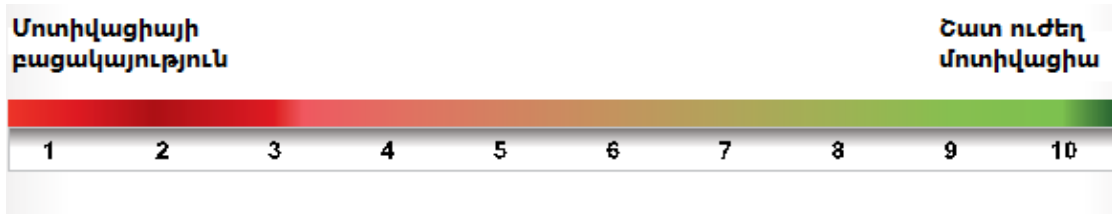
Պահպանում- ծխելու բացակայությունն 6 ամիս կամ ավելի երկար:

Որպես կանոն, փոփոխության փուլը գնահատվում է՝ օգտագործելով հետևյալ հարցը. «Ի՞նչ եք զգում/մտածում այս պահին՝ ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ»: Պատասխանի տարբերակները ներառում են՝ ա) ես կցանկանայի թողնել ծխելը առաջիկա 30 օրերի ընթացքում, բ) ես կցանկանայի թողնել ծխելը առաջիկա 6 ամիսների ընթացքում, գ) ես չեմ պլանավորում թողնել ծխելը առաջիկա 6 ամիսների ընթացքում:

Կարևոր է նշել, որ փոփոխության փուլեր ոչ բոլորի մոտ են հստակ հաջորդում միմյանց: Հաճախ հիվանդները հաճախ հետ ու առաջ են շարժվում փուլերի միջև՝ կախված իրենց մոտիվացիայից, պատրաստակամությունից, և այլ գործոններից:

Կլինիկական զբաղված պրակտիկայում բժիշկները կարող են առաջարկել իրենց հիվանդներին՝ ծխելը թողնելու իրենց մոտիվացիան գնահատել 1-ից 10-ը միավորների պարզ սանդղակի օգնությամբ (Նկար 1.6):

## Նկար 1.6 Մոտիվացիայի գնահատման պարզ սանդղակ



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

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

Ուղեկցող հիվանդություններով ծխողների 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 ծխելու դադարեցման բուժումը պետք է առաջարկի նույնպիսի համոզվածությամբ, ինչպես օրինակ շաքարային դիաբետի և զարկերակային բարձր ճնշման բուժում առաջարկելիս:

### 1.5.4 Հիվանդների բժշկական պատմությունը

Հիվանդների բժշկական պատմությունը կարևոր է բուժման տարբերակի ընտրության համար: Սրտանոթային պատահարները, անամնեզում ցնցումային համախտանիշերը, երիկամային հիվանդությունները, կախվածության ընթացքը կամ պատմությունը և այլն, նույնպես կարող են հարկադրել զգուշավորություն՝ որոշակի դեղորայքային բուժում նշանակելիս: Ուստի, անհրաժեշտ է դրանց մասին ծխողների բժշկական քարտերում նշում կատարել:

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

Ծխելը դադարեցնելը արդյունավետ կազմակերպելու համար շատ կարևոր է պարզել կանանց ֆիզիոլոգիական կարգավիճակը (հղիությունը, կրծքով կերակրելը, բեղմնականիման մեթոդները 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 Սկզբնական ստուգում

Դեպրեսիան և տագնապը մոլի ծխողների մոտ ամենից հաճախ նկարագրվող հոգեվիճակներն են, որոնք պահանջում են զգուշավորություն և ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոցների կողմնակի ազդեցությունների մասին իրազեկվածության բարձրացում: Առաջնային օդակի բուժաշխատողները, որպես դեպրեսիայի բացահայտման գործիք, կարող են հարցնել՝<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 անում եք առանց հաճույքի, առանց հետաքրքրության:*

Դրական պատասխանները երկու հարցերին կարող են մեկնաբանվել որպես դեպրեսիայի ուժեղ նշաններ:

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

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

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

Պետք է ստուգել այս հարցին «այո» պատասխանած բոլոր հիվանդների ինքնասպանության մտքերը՝ օգտագործելով ստուգման պարզ գործիք կամ վավերացված գնահատման գործիք:

*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 առողջության հարցաշար (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 կլինիկական չափանիշների միջոցով, սակայն հնարավոր է գնահատել նաև կենսաքիմիական լաբորատոր թեստերի միջոցով՝ ծխախոտի ծխի ազդեցության կենսամարկերների՝ ածխածնի մոնօքսիդի կոնցենտրացիան և կոտինինի մակարդակի (նիկոտինի նյութափոխանակության արգասիք է) գնահատման միջոցով:

Կենսաքիմիական վավերացումն օգտագործվում է հիմնականում զիտական հետազոտությունների ընթացքում կամ հիվանդների՝ չծխելու վերաբերյալ պնդման հաստատման նպատակով, մինչդեռ խորհուրդ չի տրվում կիրառել բուժման մեթոդների և դեղաչափերի ընտրության առօրյա կլինիկական պրակտիկայում:

#### *Ածխածնի մոնօքսիդը (CO)*

Արտաշնչված CO-ն ամենահեշտ վերահսկվող կենսամարկերն է և շրջակա միջավայրում CO-ի բացակայության պայմաններում հաճախ է կիրառվում է որպես ծխելու փաստը հաստատող չափորոշիչ: Արտաշնչված CO-ն հեշտությամբ չափվում է՝ ծխողին խնդրելով արտաշնչել ձեռքի CO անալիզատորի մեջ (Նկար 1.7): CO-ն չափվում է մկգ-ներով (ppm (parts per million)) և այս չափման միավորը որը կարելի է փոխակերպվել (converted) որպես կարբօքսիհեմոգլոբինի համարժեք:

#### *Նկար 1.7 Արտաշնչված ածխածնի մոնօքսիդի (CO) մոնիթորինգի սարք*



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% կարբոհեմոգլոբին):<sup>30</sup> Օրական օգտագործված սիգարետների և CO-ի չափի միջև գոյություն ունի չափաբաժին-կախվածություն, թեև այս կախվածությունը բնորոշվում է խիստ անհատականությամբ:<sup>30</sup> CO-ի մակարդակի վրա ազդում են նաև ֆիզիկական լարումները:<sup>30</sup>

Վերջին ծխախոտն օգտագործելուց 24 ժամ հետո CO-ն վերադառնում է նորմալ արժեքների: Սովորաբար, CO-ի կոնցենտրացիան չծխողի արտաշնչած օդում չի գերազանցում 4 մկգ-ը: CO-ի արժեքները կարող են փոխվել նաև պասիվ ծխելու արդյունքում՝ որոշակի սահմաններում: Ծխողներին չծխողներից տարանջատելու առաջարկվող սահմանային արժեքը 9 մկգ-ն է:<sup>31</sup> 10 մկգ և ավելի ցուցանիշները արձանագրում են ծխելու փաստը: Այնուամենայնիվ, հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ 2 կամ 5 մկգ սահմանային արժեքները ապահովում են վերջին 24 ժամերի ընթացքում ծխելու փաստի ապացուցման բարձր աստիճանի հավաստիություն:<sup>32,33</sup>

CO-ի կոնցենտրացիան առավելագույն ժամերին (պայմանավորված քնի ընթացքում ծխելու բացակայությամբ) սովորաբար ավելի ցածր է, քան կեսօրին իրականացված չափումների ժամանակ: Այդ պատճառով, խորհուրդ է տրվում CO-ի մակարդակը չափել կեսօրին, երբ այն կներկայացնի ծխախոտի ներգործության ավելի իրական ցուցանիշը:<sup>30</sup>

Հայտնաբերվել է, որ թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ ծխողների մոտ CO-ի կոնցենտրացիան ավելի բարձր է, քան ընդհանուր բնակչության շրջանում:<sup>34</sup> Այս պարագայում, CO-ի ավելի բարձր մակարդակը բացատրվում է թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության առկայության հետևանքով շնչառական ուղիների բորբոքային գործընթացների արդյունքում ածխածնի մոնօքսիդի արտադրությամբ, կամ դա պարզապես ինտենսիվ ծխելու արդյունք է, որը բնորոշ է հիվանդների այս կատեգորիային:

### *CO-ի մոնիթորինգի կլինիկական օգտակարությունը*

CO-ի չափումները 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, որ ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կենտրոնները համալրված լինեն CO-ի անալիզատորներով: CO-ի անալիզատորների օգտագործումը տարբեր հաստատություններում, ինչպիսիք են առաջնային բուժօգակը, նույնպես լավ գործելակերպ է:

### **Կոտինինը**

Կոտինինը նիկոտինի գլխավոր մետաբոլիտն է և ծխախոտի ծխի ազդեցության կենսամարկեր է: Օրգանիզմում կոտինինի կոնցենտրացիան չափելով, կարելի է գնահատել անհատի՝ ծխախոտի ծխի ներգործությանը ենթարկվելու չափը: Կոտինինը 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> Կոտինինի կիսատրոհման պարբերությունը 15-20 ժամ է և, որպես այդպիսին, կարող է օգտագործվել 24-48 ժամերի ընթացքում չծխելու փաստի հաստատման 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 առանձնահատկություններով:<sup>36</sup>

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

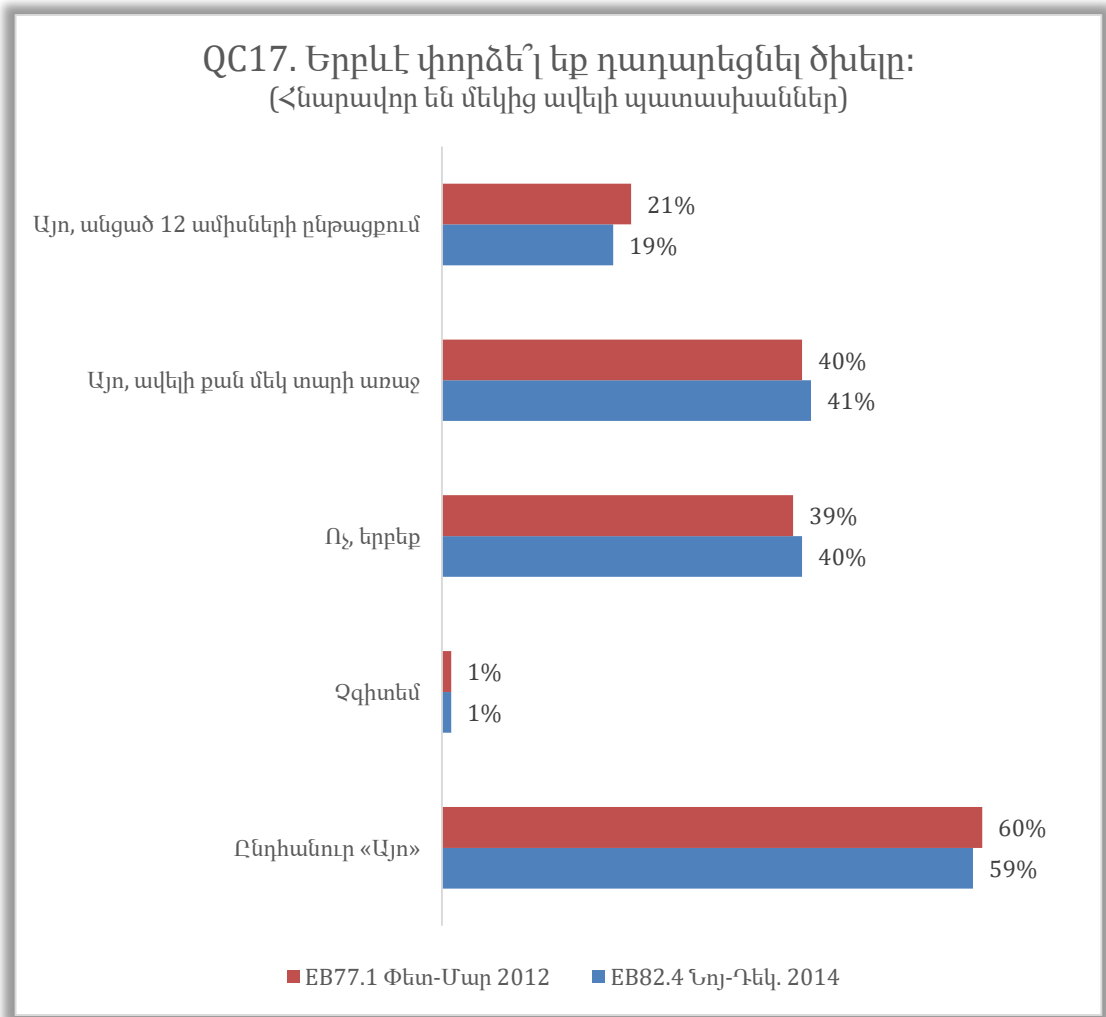
Նիկոտինային փոխարինական բուժում ստացող անհատների ծխելու փաստի վավերացման նպատակով կոտինինի որոշումը չի կարող կիրառվել և նախընտրելի մեթոդ է CO-ի մոնիթորինգը:<sup>31</sup> Մինչ օրս արված գիտական հետազոտությունները չեն հաստատել նիկոտինային փոխարինական բուժման չափաբաժինների որոշման համար կոտինինի ցուցանիշների որոշման առավելությունը կլինիկական ախտանշանների գնահատման մեթոդի նկատմամբ:<sup>38</sup> Ներկայումս, կոտինինի գնահատումը չի կիրառվում որպես 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. Tobacco policy. [http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm)2014.
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, DSMIIIIR, 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.

## ԳԼՈՒԽ 2: Ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործման դադարեցման և ծխախոտային կախվածության բուժման համար



Base: Ծխողներ n=7,278

EU: 26

«ԵՄ-ում անցած 12 ամիսների ընթացքում, գրեթե ամեն հինգ ծխողներից մեկը փորձել է դադարեցնել ծխելը (19%), մինչդեռ 41%-ը փորձել է դադարեցնել ծխելը անցյալում: Ընդհանուր, ԵՄ-ում ծխողների 59%-ը փորձել է դադարեցնել ծխելը:»

Eurobarometer, 2015

## 2.0 Ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործման դադարեցման և ծխախոտային կախվածության բուժման համար

Այս գլխում համառոտ ներկայացված են ընդհանուր խորհուրդներ ծխախոտի օգտագործման դադարեցման և ծխախոտային կախվածության բուժման համար:

### 2.1 Ծխախոտի օգտագործումը

Ծխախոտային կախվածությամբ պայմանավորված ծխախոտի օգտագործումը քրոնիկ 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:<sup>1,2</sup> Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է տեղեկացնեն այս հիվանդներին առկա առողջական ռիսկերի մասին, խորհուրդ տան չօգտագործել ծխախոտ և աջակցեն ծխելու դադարեցմանը՝ օգտագործելով ապացույցների վրա հիմնված հասանելի բուժում:

Առողջապահության մասնագետները պետք է լինեն նախաձեռնող դեռահասների շրջանում ծխելու կանխման և ծխելու դադարեցմանը 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 մինչ դեռահասության ավարտը:

### 2.2 Ծխախոտային կախվածությունը որպես հիվանդություն

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

Ծխախոտային կախվածությամբ ծխողները հիմնականում ծխում են այն ժամանակ, երբ նիկոտինի մակարդակը գլխուղեղում նվազում է, սովորաբար, վերջին ծխախոտի օգտագործումից 20-ից 60 րոպե հետո:<sup>4</sup> Ծխախոտի օգտագործումը պայմանավորված է ոչ թե գլխուղեղի կեղևի գործունեությամբ, այլ գլխուղեղի ենթագիտակցական հատվածով, որը կամային կառավարման չի ենթարկվում (*accumbens nucleus*):

Ինչպես բոլոր քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում, ախտորոշումից և գնահատումից հետո, առողջապահության ոլորտի մասնագետները ծխելը դադարեցնելու բուժմանն 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:<sup>5</sup> Այնպես, ինչպես բժիշկները բուժում են շաքարային դիաբետը, զարկերակային բարձր ճնշումը և այլ քրոնիկ հիվանդություններ, նրանք պետք է ախտորոշումից անմիջապես հետո բուժեն նաև ծխախոտային կախվածությունը:

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

## 2.3 Ծխելու դադարեցում

Ծխելը հաջողությամբ դադարեցնելու բուժման հիմնական բաղադրիչներն են՝ պացիենտի կրթումը, վարքաբանական աջակցությանը և դեղաբուժությունը:<sup>2,6</sup>

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

### 2.3.1 Պացիենտի կրթում

- ներկայացնել ծխախոտային կախվածություն հիվանդությունը,
- բացատրել ծխելու ցանկության պատճառները,
- բացատրել ծխելու առողջական հետևանքները,
- բացատրել ծխելը դադարեցնելու առավելությունները,
- բացատրել ծխելը դադարեցնելու բուժումը,
- բացատրել քրոնիկ ծխախոտային կախվածության վերահսկումը՝ ախտադարձը կանխելու համար:

### 2.3.2 Վարքաբանական աջակցություն

Բարձրացնել ծխելը թողնելու մոտիվացիան և նվազեցնել ծխելը թողնելու և չծխող դառնալու վախերը:

Բացահայտել ծխելու վարքային պատճառները, ինչպես նաև կարճաժամկետ և անմիջապես ծխելը խթանող գործոնները:

Մովորել հույզերի կառավարման հմտություններ:

### 2.3.3 Դեղորայք

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը հասանելի է տրանսդերմալ ձևով (սպեղանի), օրալ (մաստակ, բերանում լուծվող հաբեր, ենթալեզվային հաբեր, ներշնչակ) ձևով և, որոշ երկրներում՝ ներքթային ցողացրի ձևով: Անցյալի համեմատ՝ դեղաչափերն ավելի ճկուն են, հազվադեպ են օգտագործվում ֆիքսված դեղաչափեր և նիկոտինի չափաբաժինը սիգարետից ստացված նիկոտինի մակարդակին մոտեցնելու համար՝ լայնորեն օգտագործվում են սպեղանու և օրալ նիկոտինային փոխարինող բուժման ձևերի համակցումները:

Վարենիկլինը ալֆա4 բետա2 նիկոտինային ընկալիչի մասնակի ագոնիստ է, որը օգտագործվում է որպես ծխելը դադարեցնելու մոնոթերապիա, և այն ավելի արդյունավետ է, քան առաջնային մոնոթերապիայի այլ միջոցներ: Վարենիկլինը և բարձր չափաբաժնով համակցված նիկոտինային փոխարինող բուժումը հավասարապես արդյունավետ են:<sup>6</sup>

Բուպրոպիոնը ի սկզբանե օգտագործվել է դեպրեսիայի բուժման համար, սակայն այն արդյունավետ է նաև ծխելը դադարեցնելու համար:<sup>2,6</sup> Այս դեղորայքը կարող է համատեղվել նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ:

Նորթիֆիլինը (եռացիկլ հակադեպրեսանտ) և ցիտիզինը (նիկոտինային ընկալիչի մասնակի ագոնիստ) արդյունավետ են ծխելը դադարեցնելու երկրորդային բուժման համար և հասանելի են որոշ երկրներում:<sup>2,6</sup> Այս դեղամիջոցները բավական 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 հրաժարումը/զրկանքը պետք է վերահսկվի, երբ հնարավոր է՝ արտաշնչած ածխածնի մոնօքսիդի (CO) մոնիթորինգի հետ միասին:

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

Կլինիկական պրակտիկայում խորհուրդ է տրվում ծխելուց հրաժարումը/գրկանքը լաբորատոր հաստատել ծխախոտից հրաժարվելու անսաթվից վեց շաբաթ հետո՝ երկու շաբաթյա թույլատրված հավելյալ ժամկետով (grace period): Ծխախոտ չօգտագործելու հանգամանքը հաստատվում է CO-ի 7 մկգ(ppm)-ից ցածր ցուցանիշով:

«Հավելյալ ժամկետը» անմիջապես ծխելը թողնելու օրվանից կամ միջամտությունից հետո ընկած մի ժամանակահատված է, որի ընթացքում շարունակական ծխելը չի համարվում ձախողում: 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 քրոնիկ խանգարում է: Նոր նախկին ծխողների կեսի մոտ հաջորդ տարվա ընթացքում դիտվում է ախտադարձ:<sup>7</sup> Ախտադարձի ցուցանիշը ավելի բարձր է դադարեցնելու առաջին շաբաթների ընթացքում, այսպիսով, կլինիկական գործընթացում խորհուրդ է տրվում երկարատև հետևողականություն՝ առնվազն վեց ամիս և 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:

Ախտադարձի հիմնական գործոնը ծխելու ցանկությունն է: Ծխելու անվերահսկելի ցանկություննը պետք է բուժվի խորհրդատվությամբ (աջակցությամբ) և/կամ դեղաբուժության օպտիմալացմամբ: Ծխելու անվերահսկելի ցանկությունը և գրկանքի ախտանշանները պետք է գնահատվեն պացիենտի հետ յուրաքանչյուր շփմանի ժամանակ: Ծխելու ուժեղ ցանկությունները բուժելու համար արագ ազդեցության նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է համակցվել ստանդարտ բուժման հետ, սակայն, ծխելու ուժեղ ցանկության գնահատման և արդյունավետ բուժման մեթոդները դեռևս ուսումնասիրությունների կարիք ունեն:

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

## 2.5 Ախտադարձի կանխարգելումը

Ծխելը թողնելուց հետո ախտադարձը բնորոշվում է որպես  $\geq 7$  սիգարետների օգտագործում յոթ հաջորդական օրերի կամ երկու հաջորդական շաբաթների ընթացքում: Ծխելը դադարեցնելու խախտումն ավելի պակաս թվով գլանակներ ծխելով բնորոշվում է որպես սայթաքում (lapse) ( գիտական բնորոշման համար տես *Գլուխ 1.3.1-ը*): Ծխելը թողնելու օրվանից հետո բուժումը պետք է հարմարեցվի ծխելու փափագի արտահայտվածության աստիճանի և ախտադարձի ռիսկի հետ: Դեռևս այս նպատակով կիրառվող գործիքների և բուժման վավերացման հետագա հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա: Ծխելու փափագի ուժեղ արտահայտվածությունը ախտադարձի ռիսկը կանխատեսող կարևոր գործոն է: Ծխելը դադարեցնելուց հետո ախտադարձը կանխարգելել կամ բուժել կարելի է հետևյալ միջամտություններով.

- կոգնիտիվ վարքային թերապիայի (ԿՎԹ) սեանսի ժամանակի/քանակի ավելացումը, ձևաչափի փոփոխությունը նպաստում են բուժման արդյունավետությունը,

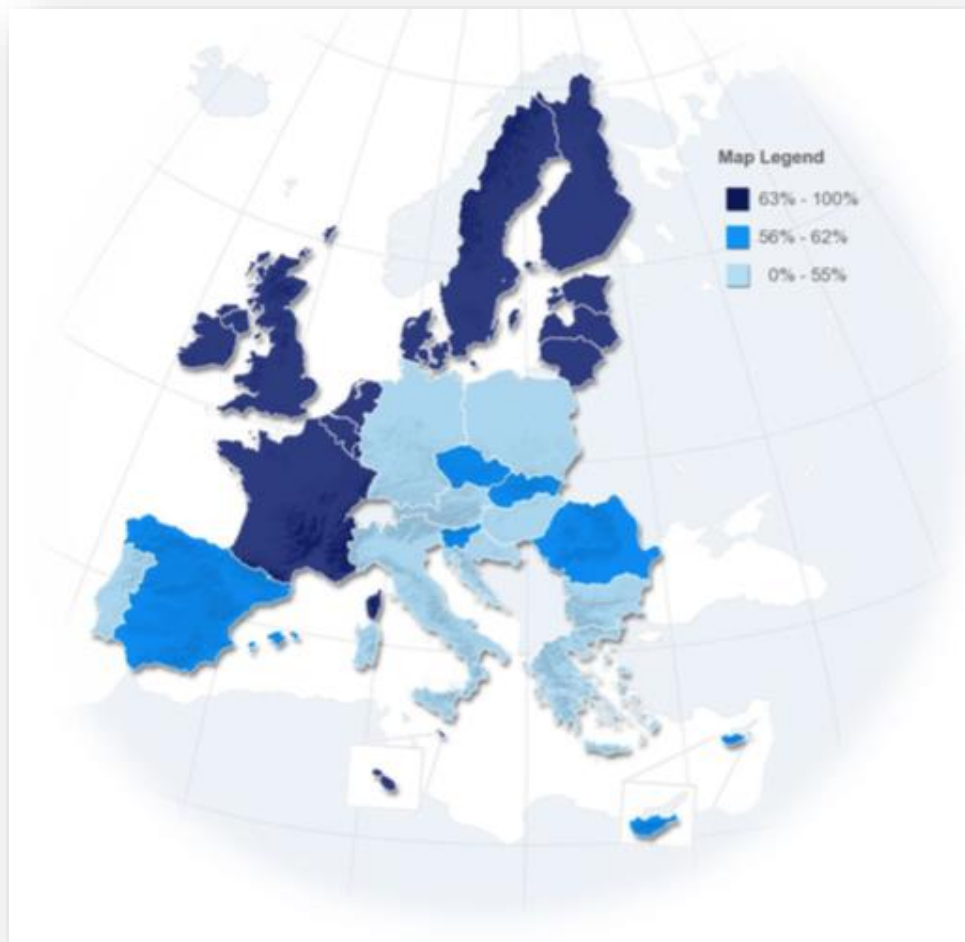
- նիկոտինային սպեղանիների օգտագործում ավելի քան 14 շաբաթ, անհրաժեշտության դեպքում նաև նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճատև ազդեցությամբ ձևերի օգտագործում,
- վարենիկլինի օգտագործման երկարաձգում 12-ից մինչև 24 շաբաթ,
- բուպրոպիոնի օգտագործման երկարաձգում,
- դեղերի համակցում:

Նախկին ծխողների մոտ քրոնիկ ծխախոտային կախվածության բուժումը լայնորեն ուսումնասիրվել է, թեև դեռևս մնում է որպես մարտահրավեր:<sup>10</sup> 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):<sup>10</sup> Անհրաժեշտ են նոր հետազոտություններ՝ նախկին ծխողների մոտ ծխախոտային կախվածության բուժմանը և ախտադարձի կանխարգելմանն ուղղված նոր ռազմավարությունների գնահատման 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, 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.

### ԳԼՈՒԽ 3: Ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն



*«Ծխողների ներգրավումը սկսվում է մի պարզ հարցով.  
Ներկայումս ծխախոտ օգտագործու՞մ եք:»*

### 3.0 Ծխախոտի օգտագործման դադարեցմանն ուղղված համառոտ խորհրդատվություն

Առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետները պետք է բոլոր հիվանդներին ծխելը թողնելու առնվազն համառոտ խորհրդատվության տրամադրեն:

#### 3.1 Ընդհանուր առաջարկություններ

Բժշկական ծառայություններ տրամադրողների կողմից ծխելը դադարեցնելուն ուղղված հասակ, բայց համառոտ խորհրդատվությունը զգալիորեն բարձրացնում է հիվանդների՝ ծխելը թողնելու մոտիվացիան և ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները:<sup>1,2</sup> Բժշկի և հիվանդի միջև կոնտակտի տևողության վերաբերյալ հետազոտությունները փաստում են, որ բժիշկների կողմից տրամադրվող նվազագույն խորհրդատվությունը (3-5 րոպե) մեծացնում է ծխելուց երկարատև հրաժարվելու հավանականությունը:<sup>1,2</sup> Հաստատված է, որ, ծխելը թողնելու աջակցության տրամադրումն՝ անկախ ծխելը թողնելու պատրաստակամությունից, ավելի արդյունավետ է, քան հիվանդների կողմից բժշկական ցուցումներով ծխելը թողնելու փորձերի կապակցությամբ 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 էական առողջապահական ազդեցություն ունենալ:

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

#### *Առաջարկություններ*

Բոլոր բժիշկները պետք է բոլոր ծխողներին խորհուրդ տան դադարեցնել ծխելը: Գիտական փաստերը վկայում են, որ բժշկի կողմից 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 մասնագետների կողմից ծխողին տրամադրված համառոտ խորհրդատվությունը (3-5 րոպե) զգալիորեն մեծացնում է ծխելուց հրաժարվելու /զրկանքի ցուցանիշները (A մակարդակի ապացույց):

Բոլոր ծխողներին ծխելը թողնելուն ուղղված աջակցության տրամադրումը ընդունելի 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 մասնագիտացած ծառայություններին կամ ծխելը թողնելուն: Ծխախոտային կախվածությամբ

հիվանդներին, ովքեր ցանկանում են թողնել ծխելը, խորհուրդ տալ օգտագործել նիկոտինի փոխարինական միջոցներ կամ նշանակել դեղորայք, ապա բուժման մասին հատուկ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն տրամադրել:

### 3.3 Խորհուրդներ թերապևտներին

Բոլոր թերապևտները կամ ընտանեկան բժիշկները պետք է պարբերաբար ծխող հիվանդներին խորհուրդ տան թողնել ծխելը, առաջարկեն ծխելը թողնելու աջակցություն և խորհուրդ տան օգտագործել ծխելը դադարեցնելու հասանելի դեղամիջոցներ: Խորհուրդ է տրվում հիվանդների ծխելու վարքագծի մասին նշել բժշկական քարտերում և, եթե հարկավոր է, ուղեգրել հիվանդին մասնագիտացված բուժման կամ խորհրդատվության (A մակարդակի ապացույց):

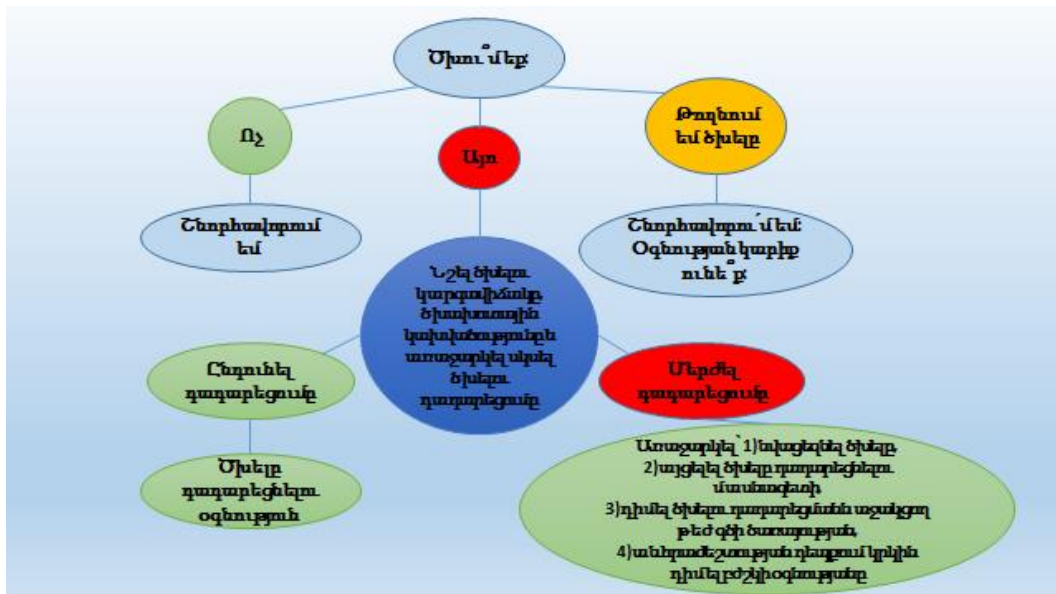
Բոլոր ընտանեկան բժիշկները և բուժքույրերը պետք է անցած լինեն ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվություն տրամադրելու վերապատրաստում և պատրաստ լինեն աջակցել հիվանդների ծխելը թողնելու փորձերին և խորհուրդ տան համապատասխան բուժում (A մակարդակի ապացույց):

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 միաձայն չի կիրառվում, սակայն, ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվության ծրագիրը պետք է նախատեսվի որպես առողջության առաջնային պահպանման օղակի գործառնության 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, մինչև ժամանակ բարձրացնում է ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները:<sup>1,2</sup> Բազմաթիվ ծխողներ չեն կարողանում թողնել ծխելը առանց բժշկական օգնության: Մոլի ծխողների մեծ մասը, ովքեր ունեն ծխելու հետ կապված հիվանդությունների զարգացման բարձր ռիսկ, ամենից շատն ունեն որակյալ բուժման կարիք:

Տես Նկար 3.1

**Նկար 3.1 Նվազագույն խորհրդատվությունն առողջության առաջնային պահպանման օղակում**



### 3.4 Խորհուրդներ հիվանդանոցում բուժում ստացող հիվանդներին

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հիվանդանոցում բուժում ստացող հիվանդների շրջանում իրականացված ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտություններն արդյունավետ են ոչ միայն ծխելու հետ կապված հիվանդությունների, այլ նաև այլ հիվանդությունների բուժման դեպքում:<sup>4</sup>

Խորհուրդ է տրվում, որպեսզի հիվանդանոցի բոլոր բուժաշխատողները բացահայտեն հիվանդանոցում բուժվող բոլոր ծխող հիվանդների ծխելու կարգավիճակը և ծխելը դադարեցնելու համառոտ խորհրդատվություն տրամադրեն (A մակարդակի ապացույց):

Հիվանդները պետք է տեղեկացված լինեն հիվանդանոցների «ծխից ազատ» կարգավիճակի մասին (C մակարդակի ապացույց):

Ներկայումս խորհուրդ է տրվում, որ հիվանդանոցում բուժվող ծխող հիվանդներին որակավորված բժշկական անձնակազմի կողմից տրամադրվի աջակցություն՝ ծխելու ցանկությունը և զրկանքը կառավարելու, ինչպես նաև ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ (A մակարդակի ապացույց) Բարձր ինտենսիվությամբ միջամտությունները, որոնք որպես աջակցող շփում տրամադրում են դուրս գրվելուց հետո առնվազն 1 ամսվա ընթացքում, ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման համար ամենաարդյունավետն են (A մակարդակի ապացույց):

### 3.5 Խորհուրդներ հղի կանանց համար

Խորհուրդ է տրվում, որ հղի կանանց հետ առնչվող բոլոր բուժաշխատողները (գինեկոլոգներ, մանկաբարձներ, բուժքույրեր և թերապևտներ) գնահատեն բոլոր հղիների ծխելու կարգավիճակը և տրամադրեն 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 անբարենպաստ ազդեցությունը առավել շատ է հղիության երկրորդ և երրորդ եռամսյակներում (B մակարդակի ապացույց):<sup>5</sup>

### 3.6 Խորհուրդներ պլանային վիրահատությամբ հիվանդների համար

Ծխախոտի օգտագործումը կրկնապատկում է բարդությունների ռիսկը, ինչպիսիք են վերքի ապաքինումը, ոսկրերի և սպիերի ապաքինումը, վարակների հաղթահարումը և այլ կողմնակի ազդեցությունները:<sup>6,7</sup>

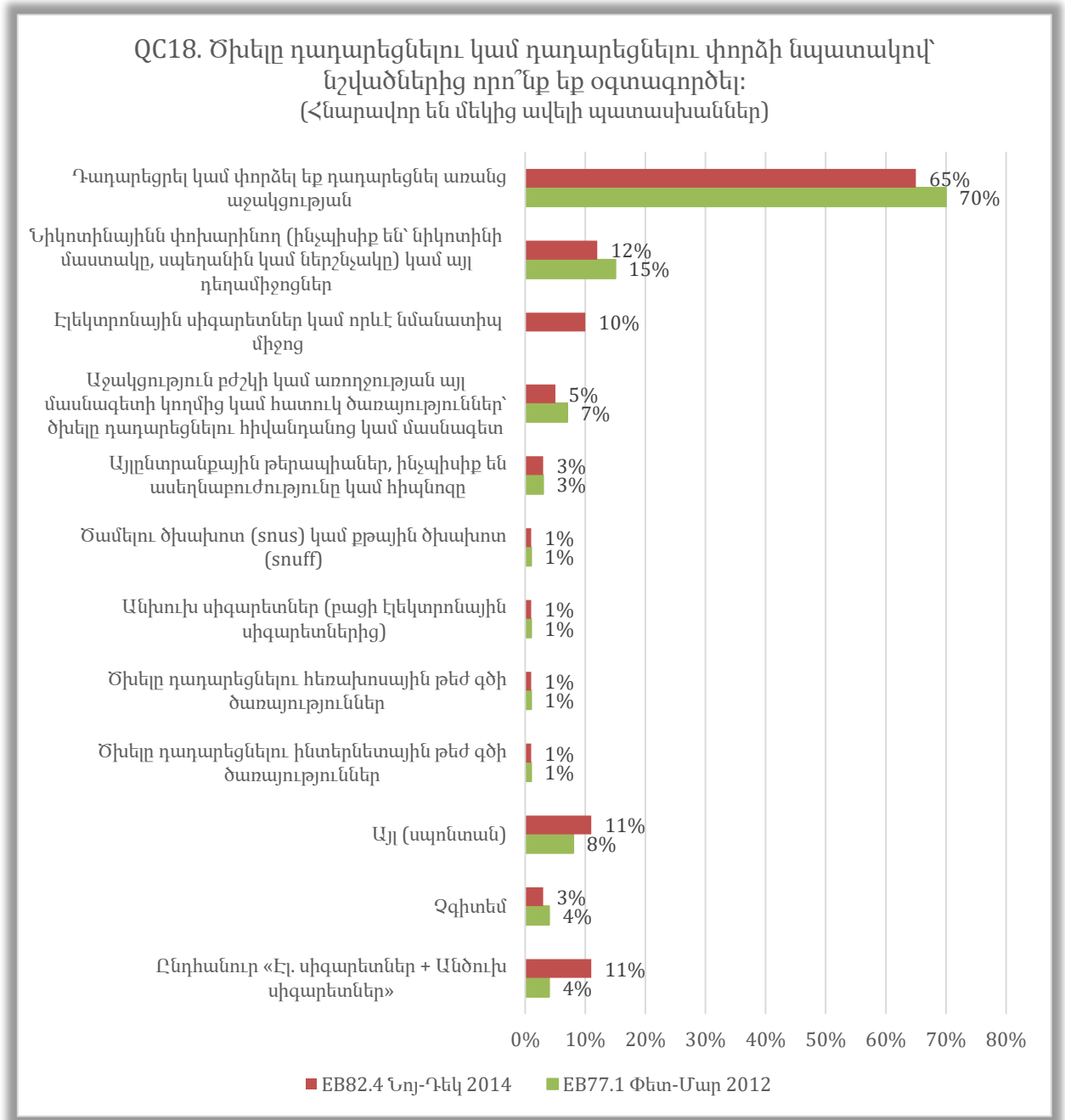
Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ շտապ վիրահատությունից հետո ծխելու դադարեցումը և չծխելու կարգավիճակի պահպանումը 6 շաբաթների ընթացքում կիսով չափ նվազեցնում է բարդությունների հավանականությունը:<sup>6,8</sup>

Բոլոր հիվանդներին խորհուրդ է տրվում պլանային վիրահատություններից 6-ից 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 ապաքինման գործընթացի ավարտը (երեք շաբաթ փոքր և երեք ամիս օրթոպեդիկ վիրահատությունների համար)՝ այլ ռիսկերը հաղթահարելու նպատակով (A մակարդակի ապացույց):<sup>6,8</sup>

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. Näsell 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.

## ԳԼՈՒԽ 4: Ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ միջամտություններ



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

## 4.0 Ծխախոտային կախվածության բուժման ստանդարտ միջամտություններ

### 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 և ներկայումս, այս մոտեցման 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 թվով 4 մոլորությունների, որոնք հաճախ են հնչում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բժշկական աջակցության դերի վերաբերյալ:

*«Ծխողների մեծամասնությունը թողնում են ծխելը առանց որևէ օգնության, այսպիսով աջակցության տրամադրումը կարող է անհրաժեշտ չլինել»:*

Սա ճիշտ չէ, քանի որ այն փաստը, որ ծխողների մեծամասնությունը թողնում են ծխելը առանց աջակցության, չի նշանակում, որ դա ծխելը դադարեցնելու ամենաարդյունավետ մեթոդն է: Հայտնի է, որ առանց աջակցության ծխելը դադարեցնելու փորձերի թիվը շատ ավելին է, բայց դրանք չորս անգամ պակաս արդյունավետ են, քան աջակցության առկայության պարագայում:

*«Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված աջակցության խթանումը կարող է ստիպել ծխողներին մտածել, որ նրանք կախվածություն ունեն, այսպիսով քչերը կփորձեն թողնել ծխելը»:*

Սա սխալ է, քանի որ փաստերը վկայում են, որ ծխողները, ովքեր հավատում են, որ նրանք 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 մոտավորապես յոթ ծխողներից մեկը (14,6%) բուժում ստանալուց մեկ տարի անց եղել է ածխածնի մոնօքսիդի օգնությամբ վավերացված ծխելը դադարեցնող: Նմանատիպ արդյունքներ<sup>4</sup> գրանցվել են նաև այլ կլինիկական հետազոտություններում:

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

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

Միջամտությունների համապատասխան համակցումն 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 ծախս-արդյունավետ միջոցառում է՝ համեմատած առողջապահության ոլորտի այլ միջոցառումների հետ<sup>6</sup>, ուստի բժշկական այցերի միջոցով յուրաքանչյուր ծխողին բացահայտելը պարտադիր է, 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 մինչ այդ չեն ստացել համապատասխան համառոտ խորհրդատվությունից կամ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված որևէ այլ միջամտություն:

Ծխողների միայն փոքր չափաբաժինն է տեղեկացված շարունակական ծխելու ռիսկերի մասին և քչերն են ստացել ծխելը դադարեցնելու նվազագույն բանավոր խորհուրդներ, ինչպես նաև դեղաբուժություն կամ խորհրդատվություն:

Երկրները պետք է իրատեսական նպատակներ սահմանեն՝ որպես թիրախ ընտրելով ծխելը դադարեցնելու ծառայություններից օգտվող մարդկանց թիվը և ծխելը հաջողությամբ դադարեցնողների ցուցանիշները: Այս թիրախները պետք է արտացոլեն տեղային բնակչության ժողովրդագրական պատկերը: Ծառայությունների նպատակը պետք է լինի ծխող կամ որևէ այլ կերպ ծխախոտ օգտագործող տեղային բնակչության տարեկան առնվազն 5%-ի բուժումը, որը բնորոշվում է որպես ծխելը թողնելու օրվանից հետո երեք և չորս շաբաթ ծխախոտի չօգտագործում՝ չորս շաբաթում ապահովելով ածխածնի մոնօքսիդի մոնիթորինգով վավերացված առնվազն 35% հաջողության ցուցանիշ:

Հաջողությունը վավերացվում է չորրորդ շաբաթում՝ CO-ի մոնիթորինգի մեթոդով՝ 7 մկգ-ից ցածր ցուցանիշի արձանագրությամբ: Սա չի նշանակում, որ չորս շաբաթ անց բուժումը 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 բժիշկներն 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 միայն սեփական կամքի ուժի օգնությամբ հիվանդների ծխելը դադարեցնելու արդյունքները շատ համեստ են: Թեև ծխողների մեծամասնությունն (80-ից մինչև 90%) ուզում է թողնել ծխելը,<sup>9,10</sup> նախորդ 12 ամիսների ընթացքում ծխախոտ օգտագործողների միայն 30% է ծխելը թողնելու լուրջ փորձեր ձեռնարկում և այս փորձերը հաջողված են միայն 5% դեպքերում:<sup>11</sup>

Ավելին, ծխողները շատ հաճախ չեն օգտագործում ապացուցողական գիտության փաստերով հիմնավորված բուժում և ծխելը թողնելու չօժանդակվող փորձերի մոտավորապես 90-ից 95%-ը ավարտվում է անհաջողությամբ:<sup>12</sup> Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ բարձր տարածվածություն ունի պացիենտների կողմից դեղերին և խորհրդատվությանը չհետևելու երևույթը, որն իր հերթին նվազեցնում է ծխելը հաջողությամբ դադարեցնելու հնարավորությունները: 5 Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հիվանդները հաճախ ընդունում են առաջարկվող դեղերի չափաբաժնի 50%-ը և կատարում են տրված ցուցումների միայն կեսը:<sup>13</sup>

Առողջապահության բոլոր բնագավառի մասնագետների համար առաջնահերթ պետք է համարվի հիվանդների կողմից ծխախոտի օգտագործմանն անդրադարձնալը: Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է պատրաստ լինեն բուժել ծխախոտային կախվածությունը այնպես, ինչպես նրանք կբուժեին որևէ այլ քրոնիկ 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):

Պարբերական/հերթական բժշկական այցերի ընթացքում թերապևտներն առնվազն տարին մեկ անգամ ծխող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տան ամբողջապես դադարեցնել ծխելը, նշանակել նիկոտինային կախվածության բուժում և ուղեգրել ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կենտրոն: Բժշկական այս գործողությունները պետք է նշվեն հիվանդների բժշկական քարտերում (A մակարդակի ապացույց):

Բոլոր այն դեպքերում, երբ ծխող հիվանդը հայտնվում է հիվանդանոցում, բուժող բժիշկներից նա պետք է նույն խորհուրդներ ստանա, ինչ և տրամադրում են թերապևտները՝ ծխելը թողնելու համառոտ խորհուրդ/ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն, նիկոտինային կախվածության համար դեղաբուժության նշանակում կամ ուղեգիր դեպի ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված խորհրդատու/կենտրոն (A մակարդակի ապացույց):

#### 4.1.2 Ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ մոտեցում

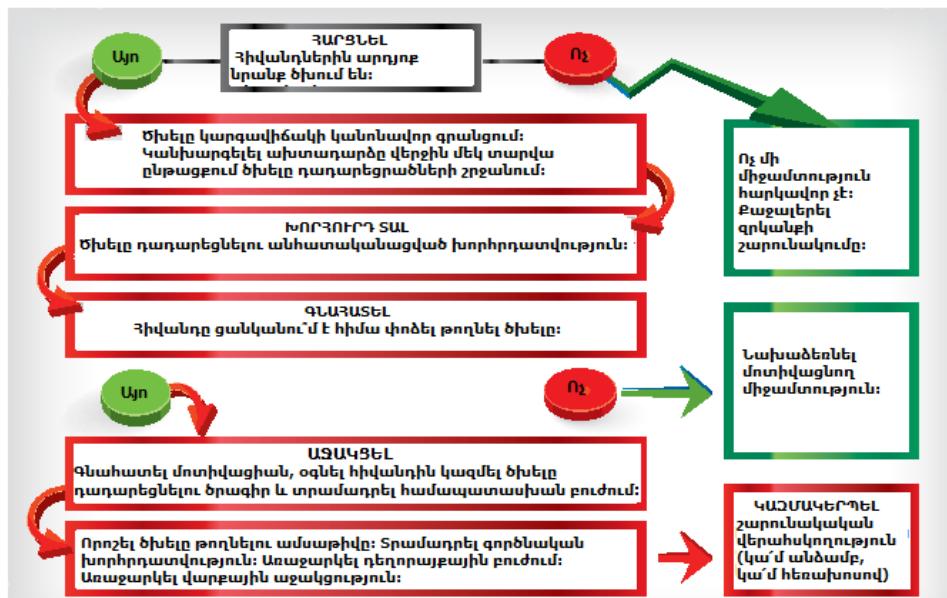
##### Հինգ «A»-երը (The 5As)

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

1. հարցնել բոլոր հիվանդների ծխելու կարգավիճակի մասին (Ask),
2. խորհուրդ տալ հիվանդներին դադարեցնել ծխելը (Advise),
3. գնահատել ծխելը դադարեցնելու պատրաստակամությունը (Assess),
4. աջակցել ծխելուց հրաժարվելու փորձին, ներառյալ վարքային խորհրդատվության տրամադրում և ծխելը դադարեցնելու առաջնային դեղորայքի նշանակում (Assist)
5. կազմակերպել շարունակական վերահսկողություն (Arrange):

Հինգ «A»-երի մոդելը ապացուցողական տվյալների վրա հիմնված ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ մոտեցում է: Հինգ «A»-երի մեթոդաբանությունը կիրառվել ծխելը դադարեցնելու բազմաթիվ ծրագրերում: Նկար 4.1-ը ներկայացնում է 5 «A»-երի ալգորիթմը:

**Նկար 4.1 Բուժհաստատություններում ծխախոտային բուժման տրամադրման 5 «A»-երի ալգորիթմը**



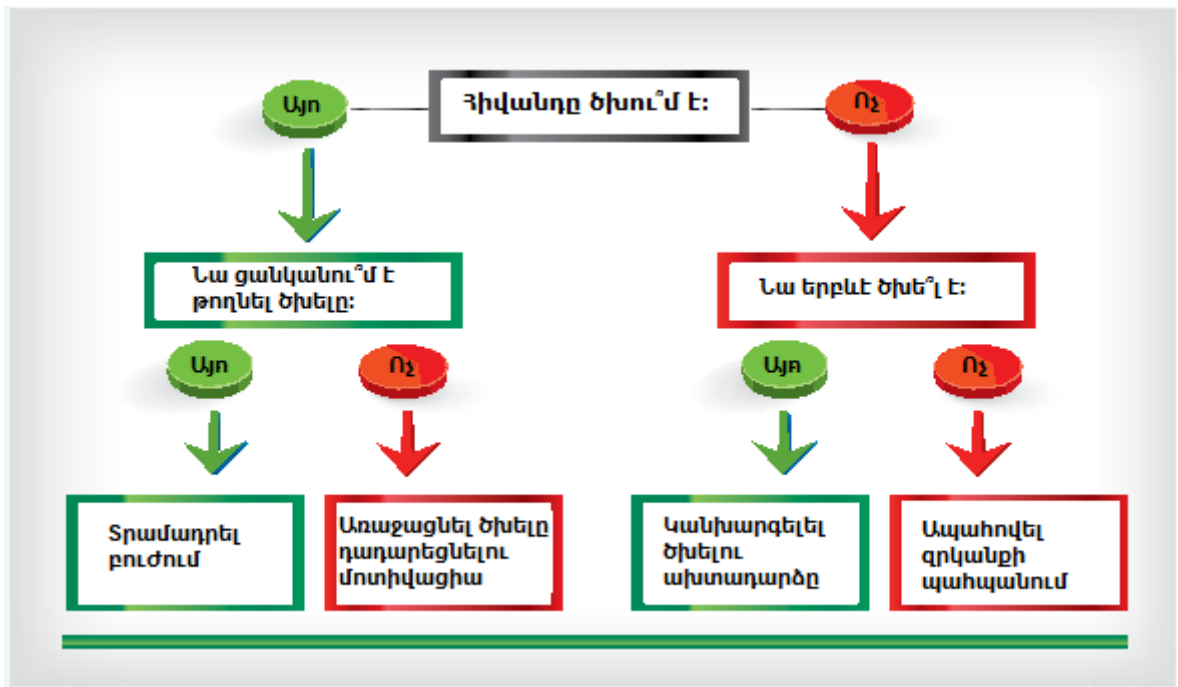
Բժիշկները յուրաքանչյուր այցի ժամանակ հիվանդին պետք է հարցնեն ծխելու իր կարգավիճակի մասին և այն գրանցեն հիվանդի բժշկական քարտում:

Բժիշկը բոլոր ծխող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տա թողնել ծխելը, գնահատի հիվանդի ծխելը թողնելու պատրաստակամությունը և ծխելը թողնելու փորձի ընթացքում

աջակցի հիվանդին, եթե համապատասխան վերապատրաստման փորձ ունի կամ ուղեգրի ծխող հիվանդին ծխելը դադարեցնելու 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 (Նկար 4.2):

**Նկար 4.2 Ծխելու դադարեցման գործելակերպն առավել հաճախ հանդիպող իրավիճակներում**



Այս իրավիճակներից յուրաքանչյուրի համար խորհուրդ տրվող մոտեցումները նկարագրված են ստորև:

Գնահատման պահին դեղորայքային բուժման և կոգնիտիվ-վարքաբանական խորհրդատվություն տրամադրել ծխելը թողնել ցանկացող յուրաքանչյուր հիվանդի:

Գնահատման պահին ծխելը թողնել չցանկացող հիվանդների դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել մոտիվացնող հարցազրույցի ռազմավարություն, որի հիմնական նպատակն է խրախուսել ծխելը թողնելը, խթանել նախնական ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան, որքան հնարավոր է արագ խթանել մոտ ապագայում ծխելը դադարեցնելու որոշման կայացումը: 14 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-անալիզի արդյունքներ փաստում են, որ մոտիվացնող հարցազրույցը, ի տարբերություն հակիրճ խորհրդատվության կամ սովորական խնամքի, 30%-ով բարձրացնում է ծխելը դադարեցնելու վեց-ամսյա ցուցանիշները: 32 հետազոտությունների արդյունքներ վկայում են, որ  $\geq 2$  ժամ վերապատրաստում անցած բժիշկ խորհրդատուների կողմից մոտիվացնող հարցազրույցի տրամադրման արդյունքում հիվանդների մոտ ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները եղել են մոտավորապես 8%, մինչդեռ հակիճ խորհրդի կամ սովորական գործելակերպի պարագայում նույն ցուցանիշը եղել է ընդամենը 2%:<sup>16</sup> Բացի այդ, ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշներն ավելի բարձր են եղել, երբ ծխողները մեկի փոխարեն ստացել են երկու կամ ավելի խորհրդատվական հանդիպում և, երբ հանդիպումները տևել են 20 րոպեից ավել:

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 թվականի ուղեցույցն օգտագործել է մոտիվացնող հարցազրույցի բաղադրիչները:<sup>14</sup>

### ***Օգնել չմոտիվացված ծխողներին թողնել ծխելը***

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

Հանրային առողջապահության տեսանկյունից՝ անկախ մոտիվացիայից ծխախոտային կախվածության բուժումը շատ ավելի արդյունավետ է, քան միայն մոտիվացված ծխողների փոքր մասնաբաժնի բուժումը: Եթե բժշկի աջակցությամբ հիվանդը հաջողությամբ դադարեցնում է ծխելը, ապա հիվանդի կողմից ի սկզբանե մոտիվացված չլինելն արդեն իսկ դառնում է անկարևոր:

### ***Հինգ «Ռ»-երի ռազմավարությունը***

Հինգ «Ռ»-երի խորհրդատվությունն ուղղված է ծխելը թողնելուն առնչվող անհատական պատճառներին, շարունակական ծխելու հետ կապված ռիսկերին, ծխելը թողնելու օգուտներին, և ծխելը հաջողությամբ թողնելու խոչընդոտներին: Հինգ «Ռ»-երի ռազմավարությունը կիրառվում է այն դեպքում, երբ ծխողը չի ցանկանում անմիջապես թողնել ծխելը: Այն ներառում է<sup>14</sup>

Կարևորություն/ակտուալություն (Relevance). հիվանդի հետ քննարկման ժամանակ բժիշկը պետք է փորձի պատասխանել հետևյալ հարցին. «Ինչու՞ 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 քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության սրացումները) և երկարատև (անպտղություն, քաղցկեղ) ռիսկեր

Օգուտներ (Rewards).-բժիշկը հիվանդին պետք է ցույց տա 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:

Մոտիվացնող հարցազրույցի մեթոդները հիմնված են ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիայի բարձրացմանն ուղղված՝ ստորև ներկայացված միջամտությունների վրա:<sup>19</sup>

Բաց հարցերի միջոցով բացահայտել ծխելու նկատմամբ հիվանդի վերաբերմունքը («Որքա՞ն կարևոր է ձեզ համար թողնել ծխելը):

Լսելու հայելային արտացոլման տեխնիկայի կիրառում («Ի՞նչ էք կարծում ծխելն օգնում 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, ես պարտաստ եմ Ձեզ օգնել:»)

Հիվանդների ներկայիս վարքագծի և նրանց արժեքների միջև հակասությունների առաջացում («Դուք ասում եք, որ Ձեր ընտանիքը շատ կարևոր է ձեզ համար: Ի՞նչ եք կարծում, Ձեր ծխելն ազդում է ձեր կնոջ և երեխաների վրա:»)

Փոփոխության նկատմամբ հետևողականության ձևավորում («Ես փորձում եմ օգնել Ձեզ խուսափել սրտի կաթվածից/ինֆարկտից, ինչը պատահել է ձեր հոր հետ:»)

Հոգատար/ապրումակցող վերաբերմունք («Դուք անհանգստացած եք հնարավոր արստիներտային ախտանշաններից:»)

Տեղեկատվություն տրամադրելու թույլտվության հարցում («Համաձայն եք ինձ հետ միասին սովորել մի քանի վարքային տեխնիկաներ, որոնք կօգնեն ձեզ դիմակայել այն իրավիճակներին, որոնք ստիպում են ձեզ ծխել:»)

Պարզ լուծումների տրամադրում օրինակ՝ հեռախոսահամար (ծխելը դադարեցնելուն աջակցող անվճար թեժ գիծ, վարքագծի փոփոխության վերաբերյալ խորհուրդներ պարունակող թռուցիկներ և այլն):

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

#### 4.1.3 Ծխելու կրճատումը

Ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ մոտեցման ձախողման դեպքում, խորհուրդ է տրվում քաջալերել ծխողներին ինքնուրույն կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման օգնությամբ «հնարավորին չափ շատ» նվազեցնել ամենօրյա ծխախոտի քանակը:<sup>20</sup>

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

#### ***Վերջերս ծխելը դադարեցրած ծխախոտ օգտագործողները***

Ծխելը թողնելուց հետո նախկին ծխողներից շատերը խոցելի են ախտադարձի բարձր ռիսկի իմաստով՝ հատկապես բուժման ավարտից հետո առաջին երեքից վեց ամիսների ընթացքում: Հետևաբար, բժիշկներին խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պարբերաբար հարցնել, արդյոք նրանք երբեմն ծխում են կամ ունենում են ծխելու ցանկություն: Նախկին ծխողների մոտ ախտադարձի հնարավորությունն առավել մեծ է ծխելը դադարեցնելու օրվանից երկու շաբաթների ընթացքում և աստիճանաբար նվազում է առաջիկա շաբաթների ընթացքում: Այս ռիսկի հանրավորինս վաղ գնահատմանն օգնում են հետևյալ հարցերը՝

«Դեռևս ունե՞ք ծխելու կարիք/ցանկություն»:

«Որքա՞ն բարդ է Ձեզ համար զերծ մնալ ծխելուց»:

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

Վերջերս ծխելը հաջողությամբ դադարեցրած անձանց համար խորհուրդ է տրվում քաջալերել զրկանքի պահպանումը, շնորհավորել յուրաքանչյուր փոքր հաղթանակի համար և զգուշորեն վերահսկել ախտադարձի ռիսկերը: Նրանք պետք է շարունակեն ստանալ համապատասխան աջակցություն՝ իրենց չծխելու կարգավիճակը պահպանելու և ախտադարձը կանխարգելելու նպատակով, մասնավորապես՝ վարքային-կոգնիտիվ խորհրդատվություն:<sup>9</sup>

Այն դեպքում, երբ հիվանդների մոտ նկատվում են զրկանքի ախտանշաններ կամ ծխելու բարձր ցանկություն, խորհուրդ է տրվում ուղեգրում մասնագիտացված կենտրոն՝ ավելի ինտենսիվ խորհրդատվության նպատակով: Առողջության առաջնային պահպանման

հաստատություններում առանց հատուկ մասնագիտական օգնության հնարավոր է իրականացնել պատշաճ շարունակական հսկողություն միայն այն հիվանդների համար, ովքեր դադարեցրել են ծխելն ու չեն զգում 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 բացահայտելու հետագայում ծխելը դադարեցնելու փորձերի հնարավորությունները, սակայն ծխախոտային կախվածություն ունեցող բոլոր հիվանդները պետք է ծխելու դադարեցման բուժում ստանան՝ անկախ իրենց մոտիվացիայի մակարդակից (C մակարդակի ապացույց):

#### **4.1.4 Ծխելուց և ծխախոտային կախվածությունից բուժման արդյունավետությունը (Աջակցել)**

### ***Խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման համակցումը***

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

2012 թվականին իրականացված 38 հետազոտությունների մետա-անալիզի արդյունքները ցույց են տվել, որ խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման համակցված տրամադրումը զգալիորեն բարձրացնում է բուժման արդյունքները (10%-25%), հատկապես բազմաթիվ խորհրդատվական հանդիպումներ տրամադրելու պարագայում:<sup>23</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>23</sup>

### ***Առաջարկություններ***

Ծխելը դադարեցնելու համար խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման համակցումն ավելի արդյունավետ է, քան դրանցից յուրաքանչյուրի առանձին տրամադրումը: Հետևաբար,

հնարավորության դեպքում, ծխելը թողնել փորձող հիվանդներին պետք է տրամադրվի և՛ դեղորայքային բուժում և՛ խորհրդատվություն (A մակարդակի ապացույց):

Հստակ կապ գոյություն ունի խորհրդատվական հանդիպումների քանակի (երբ դա համակցված է դեղորայքային բուժման հետ) և ծխելու գրկանքի հաջողության հավանականության միջև: Հետևաբար, ի լրումն դեղորայքային բուժման, բժիշկները ծխելը թողնել փորձող հիվանդներին պետք է խորհրդատվական բազմաթիվ հանդիպումներ տրամադրեն (A մակարդակի ապացույց):

#### 4.1.5 Հետևողական աջակցություն (Կազմակերպել)

Ծխելը դադարեցրած հիվանդների երկարատև և հետևողական վերահսկումը չափազանց կարևոր է: Հիվանդի ծխելու կարգավիճակը պետք է ստուգվի յուրաքանչյուր հերթական այցի ժամանակ: Մեզում, արյան մեջ, թքում կամ մազերում կոտինինի չափումը նույնպես օգտակար տեղեկություն է տալիս օրգանիզմում ծխախոտի ազդեցության մասին, սակայն կոտինինի ցուցանիշների նշանակությունը քննարկելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել նիկոտինային փոխարինական բուժումը, քանի որ դեղորայքային նիկոտինը գումարվում է ծխախոտից ստացված նիկոտինին, եթե հիվանդը դեռ շարունակում է ծխել:<sup>19,24</sup>

#### *Բուժման հետևողականություն*

Ծխելը դադարեցնելու հաջողության կարևոր գործոն է նաև համակցված բուժման (դեղորայքային բուժում և խորհրդատվություն) վերահսկումը: Մետա-անալիզի 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 թերթևացնել գրկանքի հոգեբանական ախտանշանները: 14 Ավելին, դեղորայքային բուժումը հիվանդներին օգնում է հաղթահարել ծխելը թողնելու սուր փուլը, երբ գրկանքի ախտանշանները վառ են արտահայտված են, մինչդեռ վարքային թերապիան օգնում է հաղթահարել երկարատև գրկանքի պահպանումը: Հետևաբար, երկու բուժումների համակցումը կարող է բարելավել յուրաքանչյուր մեթոդի արդյունավետությունը:<sup>14</sup>

Ծխողներից շատերը կարող է 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 խորհրդատվություն: Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դեղորայքին բուժմանը չհետևելը տարածված մոտեցում է և կապված է այն համոզմունքների հետ, որ դեղորայքը վտանգավոր է, ոչ արդյունավետ և չպետք է օգտագործվի, եթե անհատն ունի ախտադարձ:

Ծխելը դադարեցնելու դեղորայքին բուժմանը չհետևելը հանգեցնում է ծխելը թողնելու անհաջողության, ուստի բժիշկը պետք է հիվանդի հետ քննարկի ծխելը դադարեցնելու դեղերի հետ կապված անհանգստությունները և խրախուսի նրանց հետևել նշանակված ռեժիմին:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժման հասանելի դարձնելը և բուժման խոչընդոտները նվազեցնելը նշանակալիորեն բարձրացնում է բուժման ընդունումը: Օրինակ, երբ բուժումը հետաձգվում է և իրականացվում է այլ վայրում, ծխողների պակաս քան 10 տոկոսն են նախաձեռնում այն, մինչդեռ հիվանդների ավելի քան մեկ երրորդ մասը դիմում են ,եթե առաջարկվող բուժումը հասանելի է:<sup>25</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>26</sup>

Այլ կեպ ասած, չկա ծխելը դադարեցնելու հրաշագործ բաղադրատոմս: Յուրաքանչյուր մեթոդը ընդունելի է, եթե դրա արդյունքում կդիտվի ծխախոտային գրկանք և, առողջական ակնհայտ օգուտ: Այս առումով, ծխելը դադարեցնելուն ուղղված օգնության դիմած հիվանդի

հետ բժշկի խորհրդատվության ձևը չափազանց կարևոր է: Բժիշկը պետք է հաշվի առնի, որ շատ հաճախ ծխելը դադարեցնելու կենտրոն եկած ծխողները՝ հատկապես ամբուլատոր հիվանդները, իրենց հիվանդներ չեն համարում և նույնիսկ չեն գիտակցում, որ տառապում են կախվածությունից և, որ դեղորայքային բուժման կարիք ունեն: Շատերի կարծիքով նրանք պարզապես «թուլության», «կամքի ուժի պակաս», «վատ սովորության» կամ այլ խնդիր ունեն:

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

### ***Առաջարկություններ***

Հստակ կապ գոյություն ունի խորհրդատվական հանդիպումների 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 արդյունավետ դեղորայք օգտագործել (A մակարդակի ապացույց):

Ծխելը թողնել ցանկացող բոլոր ծխողներին բժիշկը պետք է տրամադրի ամենաքիչը չորս խորհրդատվական հանդիպումներ: Ապացուցվել է, որ սա բարձրացնում է երկարատև զրկանքի պահպանման հնարավորությունը (A մակարդակի ապացույց):

Նիկոտինային կախվածության համար իրականացված խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման համակցումն ավելի արդյունավետ է, քան երկու մեթոդներից յուրաքանչյուրի առանձին կիրառումը: Այդ պատճառով խորհուրդ է տրվում հնարավորության դեպքում համակցել 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):

### **4.1.6 Առողջապահական համակարգերի մոտեցումը ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության բուժման հարցերում**

Ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու համար հետևողական և արդյունավետ միջամտությունը պահանջում է առողջապահական համակարգերի աջակցություն: Ծխողները զգալիորեն ավելի հակված են ծխելը թողնելու փորձին, երբ բժշկական ապահովագրությունը հաստուցում է/վճարում է ծխախոտային բուժումը:<sup>27</sup> Ծխելը դադարեցնելու առողջական օգուտի և ծախս-արդյունավետության շնորհիվ, ներկայումս ավելի շատ ապահովագրական կազմակերպություններ են նախատեսում հաստուցել ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված ծխելը դադարեցնելու բուժումը, օրինակ՝ 2010 թվականին Մեդիքեր (Medicare) ամերիկյան կազմակերպությունը ընդլայնեց ոչ միայն ծխելու հետ կապված հիվանդություն ունեցողներին, այլ բոլոր ծխողներին (4 միլիոն մարդ) տրամադրվող խորհրդատվության ծածկույթը:

Բժիշկների և բուժանձնակազմի կողմից ծխողներին համակարգված կերպով բացահայտելու և բուժելու խթանման նպատակով էլեկտրոնային բժշկական քարտերի օգտագործումը կապված է ծխելու կարգավիճակի գրանցման բարձր ցուցանիշների հետ և կարող է բարձրացնել նաև ծխելը դադարեցնելու բուժման կիրառությունը:<sup>28</sup> Բժիշկների վերապատրաստումը և նրանց կողմից կատարված աշխատանքին տրված հետադարձ կապը, բուժում իրականացնող անձնակազմի նվիրվածությունը և ծխելը դադարեցնելու աջակցություն տրամադրող ազգային թեժ գծերի մասին տեղեկացնող ծրագրերի առկայությունը, ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները բարձրացնող լրացուցիչ գործոններ են:

Ամբողջ աշխարհում առողջապահական համակարգերը, ելնելով իրենց առկա տեղային հնարավորություններից և միջոցներից, փորձում են ծխողների ծխելը դադարեցնելու համար առնվազն տարրական պայմաններ ապահովել՝ ծխողների բացահայտում, ծխելը թողնելուն ուղղված խորհրդատվության տրամադրում, բուժման հասանելիության ապահովում: Գոյություն ունեն գիտական ապացույցներ առ այն, որ ծխելը հաջողությամբ դադարեցնելուց ցուցանիշներն ավելի բարձր են, երբ առողջապահական համակարգը տրամադրում է անվճար բուժում:<sup>29</sup>

#### **4.1.7 Ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների տեսակները**

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

##### **4.1.7.1 Նվազագույն միջամտություն (Համառոտ խորհրդատվություն)**

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

Համառոտ խորհրդատվությունը «ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բանավոր ցուցումների ամբողջություն է, որը տրվում է բժշկական տեսանկյունից ծխելու վնասակար ազդեցության մասին տեղեկության հետ միասին»: Այլ մեթոդներից առանձին կիրառելու դեպքում այն շատ փոքր ազդեցություն ունի: Ըստ ցուցանիշների՝ 40 ծխողներից միայն մեկն է հաջողությամբ թողնում ծխելը միայն խորհրդատվության միջոցով:<sup>30</sup> Խորհրդատվությունն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես հիմնական, համակարգված միջամտության տրամադրում բոլոր հիվանդներին, որին հաջորդում է ուղեգրումը դեպի մասնագիտացված կենտրոն: Այս դեպքում այն դառնում է բավականին ազդեցիկ միջամտություն:

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

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

##### **4.1.7.2 Ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված անհատական միջամտություններ**

Որպես 2-րդ մակարդակի միջամտություն, ծխողներն իրենց վերապատրաստված բժշկից, բուժքրոջից կամ, առկայության դեպքում, հոգեբանից, պետք է ծխախոտային կախվածության բուժման համար մասնագիտացված անհատական բուժում ստանան: Որպես այլընտրանք, հիվանդները կարող են ուղեգրվել ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կենտրոններ, եթե վերջինս հասանելի է համայնքում:

Բուժումը բաղկացած է նիկոտինամոլության բուժման համար ապացուցված արդյունավետությամբ դեղորայքից և անհատապես տրամադրվող կոգնիտիվ-վարքաբանական խորհրդատվական հանդիպումներից:

Մասնագետները «խորհրդատվություն» տերմինը օգտագործում են ծխելը թողնելու բուժման ընթացքում հիվանդին տրված հատուկ կոգնիտիվ-վարքաբանական աջակցությունը

բնորոշելու համար: 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)) կողմից տրամադրված 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 և, նույնիսկ կարող է նվազագույն խորհրդատվություն տրամադրել: Հոգեբանն օժանդակում է միջամտությանը՝ ավելացնելով հոգեբանական աջակցության բաղադրիչներ և կոգնիտիվ-վարքաբանական տեխնիկաներ:

Որպես օպտիմալ ձև, ծխելը դադարեցնելու անհատական ռազմավարությունները համակցում են խորհրդատվությունը (այսինքն՝ ծխելը թողնելու առաջարկությունները) դեղորայքային բուժումը (վարենիկլին, բուպրոպիոն, նիկոտինային փոխարինող բուժում և այլն) և կոգնիտիվ-վարքաբանական թերապիան: Բուժումը սովորաբար բաղկացած է 9-12 շաբաթվա ընթացքում իրականացվող մի քանի (ամենաքիչը չորս) 20-45 րոպե տևողությամբ հանդիպումներից:

Առաջին խորհրդատվության 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 որպես ծխելը թողնելու հաջողության հնարավորությունների և ախտադարձի ռիսկերի գնահատման հնարավորություն:

Ստանդարտ բուժման 9-12 շաբաթների ընթացքում, անկախ նշանակված բուժումից, խորհուրդ է տրվում բոլոր հիվանդների նկատմամբ հետևողական լինել (նշանակելով առնվազն երկու այց): Այցերի ընթացքում անհրաժեշտ է համոզվել, որ հիվանդը հետևում է ճիշտ բուժմանը, դեղորայքային բուժման դեպքում ստանդարտ չափաբաժիններին, ստուգել, արդյոք առկա են 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 կանխարգելել ձախողումներն 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, հետևաբար խորհուրդ է տրվում այն նախատեսել ծխելը թողնելու թիրախ հանդիսացող օրվանից անմիջապես հետո:

Մասնագետների մեծամասնությունը խորհուրդ են տալիս ծխելը թողնելու օրը նշանակել բուժման երկրորդ շաբաթվա ընթացքում: Սակայն, կախված բժշկի փորձառությունից և ծխողի անձնային առանձնահատկություններից, պետք է նշել, որ մասնագետը կարող է առաջարկել ծխելը թողնելու մեկ այլ ամսաթիվ, օրինակ՝ 3-ից 6 շաբաթների ընթացքում:

Բուժման վերջնական խորհրդատվությունը տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ բուժումն ավարտվում է, սովորաբար սկզբնական խորհրդատվությունից երկու կամ երեք ամիս հետո, 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 ճանապարհին հանդիպած բոլոր դժվարին իրավիճակները պետք է գնահատվեն: Անհրաժեշտ է կրկին ստուգել զրկանքի ախտանշանները և դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունները: Միևնույն ժամանակ, հիվանդը, որը դադարեցրել է ծխելը, 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 համար ամենաառաջարկվող մոտեցումն է: Շաբաթական այցելություններով ինտենսիվ ծրագրերը, բժշկի հետ անհատական խորհրդատվությունները և դեղորայքային բուժման օգտագործումը կարող են բարձրացնել մոտիվացված ծխողների ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը, և այս աջակցությունը կարող է հեշտությամբ տրամադրվել ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված կենտրոնների կողմից: Այնուամենայնիվ, քանի որ ծխելը ներառում է նիկոտինային կախվածության գործոնը, ապա ծխելը թողնելու ակնկալվող ցուցանիշը կարող է լինել մինչև 25-ից 40%-ը:<sup>7</sup>

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված ծխելը դադարեցնելու ծառայությունները ծախս-արդյունավետ են: ԱՄՆ առողջապահական ազգային ծառայությունների ծխելը դադարեցնելու կլինիկայի հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ մասնագիտացված կլինիկաներում՝ նիկոտինային փոխարինող բուժման կամ վարենիկլինի հետ համակցված բուժման հնարավորությամբ ծխողներին աջակցության տրամադրումն ավելի արդյունավետ է, քան առողջության առաջնային պահպանման օղակում աջակցության տրամադրումը կամ միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման տրամադրումը:<sup>31</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](http://www.nice.org.uk).
- 7 Gratziou C., Tønnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
- 8 Gratziou 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., Muhlig 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, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub2.
  - 23 Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub2.
  - 24 Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, Am J Epidemiology 2000; 151: 251-258.
  - 25 Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, Prev. Med. 2004;38:412-20.
  - 26 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.]
  - 27 Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, Eur.Respir.Mon 2008, 42, 57-60.
  - 28 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.
  - 29 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.
  - 30 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 Ias,i, 2010, www.srp.ro.
  - 31 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

Ուղեցույցի այս բաժնում ներկայացված են ծխելը դադարեցնելու գործընթացում կիրառվող երկու արդյունավետ տեխնիկաներ՝ կոգնիտիվ-վարքաբանական խորհրդատվություն և մոտիվացնող հարցազրույց:

### 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 ձախողվում են, կամ երբ ծխողն իրեն առանց մասնագիտական աջակցության անկարող է զգում թողնել ծխելը, նրան հոգեթերապևտիկ միջամտություն է ցուցվում: Բուժման առաջարկված բաղադրիչները բխում են վարքային թերապիայի մեթոդներից: Հոգեդինամիկ տեխնիկաների կիրառմամբ ծխախոտային

կախվածության բուժման արդյունավետությունը դեռևս ամբողջապես ապացուցված չէ՝ ոլորտում համապատասխան հետազոտությունների պակասի պատճառով: Ծխելը դադարեցնելու ծրագրերը հիմնված են այն ենթադրության վրա, որ հոգեբանական կախվածությունն առաջանում է օպերանտ և կլասիկ պայմանավորվածությամբ, իսկ կոգնիտիվ գործընթացները՝ սեփական անձնական արժեքները, ծխողի համար ծխախոտ օգտագործելու անհատական իմաստը քիչ դեր ունեն ծխելու վարքագծի պահպանման գործում: Նմանատիպ ծրագրերը համակցում են հոգեբանական ուսուցումն ու մոտիվացնող տեխնիկաները վարքային-թերապևտիկ բաղադրիչների հետ: Այս միջամտությունները կարող են տրամադրվել ինչպես խմբակային, այնպես էլ անհատական բուժման միջոցով: Մեծ կիրառություն է գտել մի մոդել, ըստ որի, ծխելը դադարեցնելու 6-ից 12 հիվանդներից բաղկացած խմբի բուժումը կազմակերպվում է է 90-ից 120 րոպե տևողությամբ 6-ից 10 հանդիպումներից բաղկացած միասնական բուժման ծրագրով:<sup>1</sup>

Հոգեբանական աջակցությունն իրականացվում է համակարգված և ստանդարտացված մոտեցմամբ: Այն սկսվում է հիվանդի հոգեբանական բնութագրի գնահատման գործընթացով՝ անհատական կերպով աջակցելով հիվանդներին գնահատելու ծխելու «օգուտները» համեմատելով «թերությունների» հետ, գնահատելու սեփական ծխախոտային կախվածությունը, և կյանքի հեռանկարների վրա դրա ազդեցությունը (Աղյուսակ 4.1, Աղյուսակ 4.2):

**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:

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

Բժիշկ-հիվանդ համագործակցության միջոցով կազմվում է ծխելը դադարեցնելու անհատական ծրագիր: Առաջին քայլը ներառում է ծխելը դադարեցնելու օրվա համաձայնեցում: Այդ օրվանից սկսած հիվանդը չպետք է պահի ծխախոտ իր գրպանում, պայուսակում, ճամպրուկում, տանը և այլն: Սա անհրաժեշտ է, քանի որ, գիտական ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ ծխելու անհագ ցանկությունը տևում է ընդամենը յոթ րոպե: Եթե նույնիսկ յոթ րոպեներից հետո ծխելու անհագ ցանկությունը շարունակում է ակտիվ մնալ, այն ավելի հանդուրժելի/տանելի է դառնում:<sup>1</sup>

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

բոլոր ընկերներին, ընտանիքի անդամներին և այլն տեղեկացնել նրա ծխելը թողնելու նախաձեռնության մասին,

թղթի վրա գրել ծխելը թողնելու նրա պատճառները և այդ թուղթը փակցնել տեսանելի վայրում՝ սառնարանի դռան վրա, լոգարանում, համակարգչի մոնիտորի վրա և այլն,

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> Տե՛ս Աղյուսակ 4.3:

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

Բուժման ընթացքում օժանդակության բաղադրիչներ	Օրինակներ
<b>Քաջալերել 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 արտահայտեք մտահոգություն և օժանդակելու պատրաստակամություն Հարցրեք հիվանդին ծխելը թողնելու վերաբերյալ իր վախերի և հակասական զգացումների մասին
<b>Քաջալերել հիվանդին խոսելու ծխելը թողնելու ընթացքի մասին</b>	Հարցրեք ծխելը դադարեցնել ցանկացող մարդուն իր ծխելը թողնելու պատճառների, ծխելը թողնելու վերաբերյալ իր մտահոգության կամ անհանգստության, ունեցած հաջողության կամ թողնելու ընթացքում հանդիպած դժվարությունների մասին

**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, Bucures, ti 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 օգուտների վերաբերյալ դրականը գնահատելու հմտությունների ստեղծում:

Բուժման այս մեթոդի նպատակն է՝ փոխել անհատի դժվար հարմարվող վարքը և այն դարձնել ավելի ձկուն: Ծխելը ձեռքբերովի վարքագիծ է, որը ժամանակի ընթացքում վերածվում է կախվածության միջոցով պահպանվող սովորության, որի վրա ներգործում են միջավայրի ազդակները:<sup>1</sup> Հաշվի առնելով այս փաստը՝ ծխելը դադարեցնելու կենտրոններում ԿՎԹ-ի օգտագործումն օգնում է ծխողներին սովորել նկատել սեփական ծխելու վարքագիծը և ինքնագնահատում իրականացնել, հաշվի առնելով, որ այս տեխնիկան մշակվել է տազնապայնության և դեպրեսիայի բուժման մեխանիզմներից (այսպես կոչված կոգնիտիվ վարքային թերապիա), որը փորձում է փոխել ծխելու և իր անձի վերաբերյալ մտածողության սովորական ձևն ու զգացողությունները, ինչպես նաև խրախուսում ու խորհուրդներ է տրամադրում ծխելու ցանկությունը նվազեցնելու և կառավարելու եղանակների վերաբերյալ:<sup>2</sup>

Խորհրդատվությունը հնարավորություն է տալիս նաև հիվանդներին զգուշացնել ծխելը թողնելու խոչընդոտների և դժվարությունների մասին և քաջալերել նրանց պլանավորելու ծխելու պահանջից խուսափելու և դիմակայելու համար 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 քաշ ավելացնելու վախը:

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

ԿՎԹ-ի միջոցով ծխողը ձեռք կբերի գործնական հմտություններ՝ ծխել հրահրող իրավիճակների հաղթահարման համար և կօգտվի հոգեբանական և 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 որոշակի բուժական ռազմավարության հետ: Կոգնիտիվ-վարքային 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 հավաստի գիտելիքներ չունեն այն մասին, թե ինչ է տեղի ունենում իրենց գլխուղեղում, երբ ծխում են և թե որոնք են ծխելը թողնելու դժվարության պատճառները, նույնիսկ, երբ նրանք շատ մոտիվացված են: Մասնագետի հետ գլխուղեղի վրա նիկոտինի ազդեցության և նիկոտինային կախվածության դրսևորման մասին քննարկումը կարող է զգալիորեն բարձրացնել հիվանդների ծխելը դադարեցնելու նախաձեռնությունը:<sup>4,5,6</sup> Միջամտությունը նաև թույլ է տալիս ծխելը դադարեցնելու գործընթացի վերաբերյալ մտահոգությունների և վախերի խորին վերլուծություն կատարել և հնարավորություն է ստեղծում հիվանդի հետ համաձայնեցնել համապատասխան բուժական ռազմավարությունը:

### ***ԿՎԹ-ի արդյունավետությունը***

Խորհրդատվության տարբեր տեսակների և վարքային թերապիայի արդյունավետության և զրկանքի գնահատված ցուցանիշների մասին 64 հետազոտությունների մետա-անալիզը ցույց է տվել, որ զրկանքի ցուցանիշների վիճակագրորեն նշանակալի աճ են գրանցել խորհրդատվության հետևյալ կատեգորիաներում՝ (1) գործնական խորհրդատվության

տրամադրում, ինչպիսիք են՝ խնդիրների լուծումը/հմտությունների ուսուցանումը/սթրեսի կառավարումը, (2) բժշկի հետ ծխողի անմիջական կոնտակտի ժամանակ աջակցության տրամադրում (ներբուժական սոցիալական աջակցություն), (3) միջամտություն ծխողներին տրամադրվող սոցիալական աջակցությունը բարձրացնելու նպատակով (արտաբուժական սոցիալական աջակցություն), և (4) ծխելու նկատմամբ տհաճություն առաջացնող ընթացակարգեր (արագ ծխել, արագ փչել (puffing)):<sup>7</sup> Տե՛ս Աղյուսակ 4.4:

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

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

***Ինչպե՞ս 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 կամ նպաստում են ծխախոտի օգտագործմանը, կամ կարող են հանդես գալ որպես ծխելը դադարեցնելու արգելքներ: Երբեմն, երբ վերոնշյալ այս գործոնների կարևորությունը հաշվի առնված չէ, հիվանդը կարող է դժվարությամբ հասնել երկարատև զրկանքի, և այս գործընթացը կարող է երկարաձգվել տարիներ և նույնիսկ տասնամյակներ: Այսպիսով, ֆիզիկական և հոգեբանական կախվածություններից զատ, հարկավոր է անդրադառնալ նաև վարքային կախվածությանը, քանի որ այս ասպեկտը կարող է լրջորեն խանգարել որոշ ծխողների:

Ներկայումս հաստատված է, որ ծխելը նիկոտինամոլության առաջնային դրսևորումն է: Ծխողների կողմից նիկոտինի ընդունման պահանջը կախված է վերջիններիս անհատական

առանձնահատկություններից և հենց ծխողներն են ներշնչման և արտաշնչման միջոցով կարգավորում իրենց կողմից ընդունվող նիկոտինի ցանկալի չափաբաժինը:

### ***Առաջարկություններ***

ԿՎԹ-ն որպես արդյունավետ մեթոդ պետք է ներառվի ծխելը դադարեցնելու բոլոր տեսակի բժշկական միջամտություններում (B մակարդակի ապացույց):

Հետևյալ երկու տեսակի խորհրդատվությունները և վարքային թերապիան նպաստում են ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի առավել բարձր ցուցանիշների՝ (1) ծխողներին գործնական խորհրդատվության (խնդիրների լուծման հմտություններ/հմտությունների ուսուցանում) տրամադրումը և (2) որպես բուժման բաղադրիչ՝ աջակցության և խրախուսանքի տրամադրումը (B մակարդակի ապացույց):

Խորհրդատվության այս բաղադրիչները պետք է ներառվեն ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների մեջ (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.
- 2 West R., New Approaches to Smoking Cessation, [http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm?ID\\_Dis=8&ID\\_Cou=23&ID\\_Art=1598](http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm?ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598) 16/09/2006
- 3 Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, N Engl J Med. 2011;365:1222-31.
- 4 Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dependance au tabac, Guide Pratique 2009.
- 5 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.
- 6 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).
- 7 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 հետազոտող հետազոտությունների իրականացումը չափազանց կարևոր է:

### ***Ի՞նչ է մոտիվացնող հարցազրույցը***

Մոտիվացնող հարցազրույց (ՄՀ) մեթոդը մշակվել է ամերիկացի հոգեբան Վիլիամ Ռ. Միլլերի կողմից 1980-ականներին՝ չարաշահման խնդիրներով հիվանդների հետ աշխատանքի արդյունքում: Միլլերը ցույց է տվել, որ ըմբռնումով լսելը կարող է նվազեցնել ակտիվալիս կախվածությամբ հիվանդների կողմից ակտիվալի ընդունումը: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ դիմադրությունն ու ժխտումը հոգեբանական երևույթներ են, որոնք առաջանում են այցելուի և խորհրդատուի միջև: ՄՀ վերաբերող առաջին գիրքը հրատարակվել է Միլլերի և համահեղինակ բրիտանացի հոգեբան Ստեֆեն Ռոլլինիքի կողմից 1991թ.-ին:<sup>1</sup> Ռոլլինքը հետազայում մշակեց և ներկայացրեց առողջապահական ոլորտում կիրառելու նպատակով մշակված 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-ը այժմ կիրառվում է տարբեր երկրներում ակտիվալի, ծխախոտի չարաշահումների բուժման համար: Այն կիրառելի է նաև այն մարդկանց համար, ովքեր կարիք ունեն սննդակարգի ու

Ֆիզիկական ակտիվության վարքագծային փոփոխությունների: ՄՀ-ը լայնորեն կիրառվում է նաև խաղամուրացության հետ կապված խնդիրների դեպքում, քրեական համակարգում, և այլն:

ՄՀ-ը խորհրդատուին հնարքներ է տրամադրում այցելուի/հիվանդի կողմից սեփական վարքը փոփոխելու հավանականությունը մեծացնելու համար: ՄՀ-ը մեթոդը փորձում է ուղղորդել անհատի վարքագծի փոփոխությունը, խթանել նրանց 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 կողմից տրված տեղեկատվության 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<sup>1</sup>***

*Ապրումակցման դրսևորում:* Խորհրդատուն հիվանդին հասկանալու ակնհայտ հետաքրքրություն է դրսևորում, որն իրականացնում է դատողությունների և ամփոփումների միջոցով:

*Ընդգծել հակասությունները:* Խորհրդատուն օգնում է հիվանդի ուշադրությունը բևեռել ներկա իրավիճակի վրա, ինչպես նաև ընդգծում է այն բացը, թե ինչպիսին կարող էր լինել այդ իրավիճակը, եթե հաշվի առնվեր 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:* Խորհրդատուն աջակցում է հիվանդների ինքնավստահությանը՝ մատնանշելով հաճախորդի/հիվանդի կողմից սեփական վարքագծի փոփոխության ունակությունը: Խորհրդատուն ցույց է տալիս, որ գնահատում է հիվանդի ջանքերը:

### ***ՄՀ-ի որոշ կարևոր առանձնահատկություններ***

*Թույլտվություն խնդրել:* Ծխախոտի մասին երկխոսությունը հիվանդների կողմից հազվադեպ է վիրավորական թվում, սակայն, միշտ խելամիտ մոտեցում է այն սկսելուց առաջ թույլտվություն խնդրել:

*Երկմտություն:* Երկմտությունը փոփոխության բնականոն փուլերից է: Փոփոխություն իրականացնելու համար մշտապես առկա են դեմ և կողմ մոտեցումներ, որի արդյունքները կարող են երևալ հեռավոր ապագայում: Խորհրդատուն պետք է նպատակ ունենա օգնել հիվանդին՝ արտահայտելու վարքագծի փոփոխության իր 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 փոփոխության:

*Ամրապնդել դրական խոսքն ու վարքը:* Հիվանդն ավելի հակված կլինի փոփոխության, եթե առանձնացվեն և ամրապնդվեն նրա վարքի դրական կողմերը կամ մտքերը:

*Արտացոլել լսածը և տեսածը:* Ըստ էության, խորհրդատուն արտացոլում է այն, ինչ հիվանդն է ասում կամ մտածում: Արտացոլումը չի նշանակում հիվանդի հետ համաձայնություն, այլ հուշում է հիվանդին, որ խորհրդատուն լսել է իրեն: Այս հմտությունը օգնում է հիվանդին լսել ինքն իրեն:

*Ամփոփել ասվածը/Արդյունքների ամփոփում:* Ամփոփումը քննարկման/ խորհրդատվության հատուկ ձև է: Ամփոփումները հիվանդին հիշեցնում են քննարկման հիմնական կետերի, գործողությունների ծրագրի և հիվանդի՝ գործողություն կատարելու սեփական պատճառների մասին: Երբ հիվանդը դանդաղում կամ դադարում է խոսել, ամփոփումը, որպես կամուրջ, կարող է օգնել նրան շարունակել, ուղղորդելով հարցազրույցի թեման: Այն կարող է նաև հիշեցնել հիվանդին իր ասածները կամ մատնանշել իր ասածների միջև կապը:

### ***Մոտիվացնող հարցազրույցը կլինիկական պրակտիկայում***

ՄՀ-ը շատ առումներով չի համապատասխանում ավանդական բժշկության մեջ կիրառվող խորհրդատվությանը: ՄՀ-ն նվազեցնում է «սպիտակ խալաթով փորձագետի» հեղինակությունը, ով խոսում է հիվանդի հետ և ասում նրան ինչ անել: ՄՀ-ն ավելի հավասարազոր դիրքից է հիվանդին «պարի» հրավիրում, որտեղ հիվանդը և խորհրդատուն «պարահրապարակով» իրար պահում և քայլ առ քայլ հետևում են միմյանց: Դերերը փոխվել են: Առողջապահության ոլորտի որոշ մասնագետներ հիվանդների հետ առանց քննադատելու և ըմբռնմամբ զրուցելու բնատուր հմտություն ունեն, որն օգնում է հեշտությամբ կիրառել ՄՀ-ն:

Ավելի հաճախ, այնուամենայնիվ, առողջապահության ոլորտի մասնագետները վերադառնում են հին սովորույթներին և սկսում են հրամայել հիվանդներին: Հետևաբար, ՄՀ-ին տիրապետելու համար բազմաթիվ վերապատրաստումներ են անհրաժեշտ, և կարևոր է խորհրդատվության գործընթացի պահպանման փորձագիտական վերահսկողությունը:

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

*Արագ ներգրավում (ԱՆ):* Արագ ներգրավումը ՄՀ-ի հակիրճ և պարզեցված տարբերակն է՝ զբաղված բժշկի կողմից օգտագործման համար:<sup>2</sup> 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:* Հարց 1. Որքա՞ն կարևոր է ձեզ համար թողնել ծխելը 0-ից 10 սանդղակում (0=բոլորովին կարևոր չէ, և 10=շատ կարևոր է): Պատասխանը ուղղորդում է դեպի հաջորդող քննարկում: Խորհրդատուն հաջորդիվ կարող է «հրահրել» հիվանդին՝ ասելով «Ես ավելի փոքր թիվ էի մտածում»: Մա հաճախ հանգեցնում է քննարկման, որտեղ հիվանդը զբաղեցնում է առաջատար դիրք և ցանկանում է համոզել խորհրդատուին, որ վերջինիս ենթադրությունը սխալ էր:

*Ինքնավստահություն:* Ինքնավստահությունը կարող է կախված լինել նախկին փորձերի հաջողություններից և ձախողումներից, մյուսների ձեռքբերումներից, գիտելիքներից և աջակցությունից: Ինչպես և նախորդ դեպքում, հիվանդը 0-ից 10-ը սանդղակում գնահատում է ծխելը հաջողությամբ թողնելու իր հնարավորությունները (կամ միևնույն սանդղակը բառերով արտահայտած): Եթե հիվանդը իր հնարավորությունները գնահատում է 0-ից բարձր, խորհրդատուն պետք է հարցնի, թե ինչու հիվանդը չընտրեց ավելի ցածր թիվ: 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 հնարավորությունները ավելի մեծացնելու համար»: Կամքն ու վարքը փոխելու ունակությունը երկու տարբեր, բայց մոտիվացիային փոխկապակցված ասպեկտներ են,

որոնք հաճախ դժվար են տարբերվում իրարից: Որոշ հիվանդներ կարող են ավելի հեշտորեն բացատրել ցանկության բացակայությունը, քան ընդունել, որ ունեն ինքնավստահության ցածր մակարդակ: Մյուսների համար կարող է լինել հակառակը («Ես ցանկանում եմ, բայց չի՛ ստացվի»): Կարևոր է, որ խորհրդատուն կարողանա հասկանալ հիվանդի ասածի իրական նշանակությունը:

### ***Արդյունավետության ապացույցները***

Քոբրեյնի համագործակցության 2015 թվականի ամփոփիչ հոդվածում ներկայացված է 1997-ից 2014 թվականներին հրապարակված 16,000 ծխողների ծխելը դադարեցնելու բուժման փորձն ուսումնասիրող 28 հետազոտությունների նույնականացման արդյունքը՝ ցուցադրելով ՄՀ-ի և համառոտ խորհրդատվության կամ սովորական խնամքի համեմատական արդյունավետությունը:<sup>3</sup> Հետազոտությունները ներառել են ՄՀ կազմակերպման տարբերակներ՝ 10-ից 60 րոպե տևողությամբ մեկից վեց հանդիպումների ընթացքում: Մետանալիզը ցույց է տվել, որ ՄՀ-ն՝ համեմատած համառոտ խորհրդատվության կամ սովորական խնամքի հետ, գրանցել է ծխելը թողնելու համեստ, բայց հավաստի բարձրացում (ՀՌ 1.26, 95% ՀՄ 1.16-ից 1.36): Ենթախմբերի վերլուծությունները ցույց են տվել, որ ՄՀ-ն արդյունավետ է եղել, երբ տրվել է առողջության առաջնային պահպանման բժիշկների (ՀՌ 3.49, 95% ՀՄ 1.53-ից 7.94) և խորհրդատուների (ՀՌ 1.25, 95% ՀՄ 1.15-ից 1.63) կողմից, և երբ հանդիպումների տևողությունն ավելի երկար է եղել (յուրաքանչյուր հանդիպումը 20 րոպեից ավել) (ՀՌ 1.69, 95% ՀՄ 1.34-ից 2.12): Հանդիպումների թվի մեծացումը բարձրացնում է արդյունավետությունը, համեմատած ՄՀ եզակի խորհրդատվության հետ, սակայն, երկու դեպքերում էլ դիտվում են են դրական արդյունքներ: Վերահսկողական հեռախոսազանգերի օպտիմալ քանակի վերաբերյալ ներկայումս չկան հստակ ապացույցներ: ՄՀ-ն ուսումնասիրող ապացույցները միջին որակի են և որոշակի զգուշությունը արդարացված է՝ հետազոտության հատկանիշների հետերոգենության պատճառով:

Բավարար գիտական ապացույցներ չկան «արագ ներգրավման» խորհրդատվության մեթոդի արդյունավետության վերաբերյալ, սակայն, բժիշկները պնդում են, որ դրանք օգտակար են զբաղված կլինիկական գործընթացում, և որ այդ մեթոդի կիրառությունն էլ ավելի ընդունելի է դարձնում վարքագծի փոփոխության մասին քննարկումները:

### ***Առաջարկություններ***

Մոտիվացնող հարցազրույցը կամ իր 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 ներառյալ՝ անհատական խորհրդատվություն, հեռախոսային պրոակտիվ խորհրդատվություն, խմբային խորհրդատվություն, համացանցի միջոցով իրականացվող խորհրդատվություն և ինքնօգնություն:

##### 4.2.4.1 Ծխելը դադարեցնելու անհատական խորհրդատվություն

30 հետազոտություններ ներառող մետա-անալիզը բացահայտել է, որ հակաձխախոտային այսպիսի անհատական խորհրդատվությունն ավելի արդյունավետ է, քան պարզ խորհրդատվությունը (13.9% v. 10.8%,  $ZN = 1.39$ ,  $ZU 1.24-1.57$ ):<sup>1</sup> 35 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-անալիզի համաձայն, ծխախոտից հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները զգալիորեն բարձրացել են, երբ ավելացել է խորհրդատվության տևողությունը, մասնավորապես՝ 14%՝ 1-ից 3 ընթացքում, 19%՝ 4-ից 30 ընթացքում, 27%՝ 31-ից 90 ընթացքում տրամադրված խորհրդատվության դեպքում և ընդամենը՝ 11%՝ առանց որևէ խորհրդատվության ( որոշ հետազոտություններ խորհրդատվության հետ մեկտեղ ներառել են նաև դեղորայքային բուժում, որը զգալիորեն նպաստել է հաջողության այս ցուցանիշներին): Հաջողված խորհրդատվությունը ավելացնում է ծխելը թողնելու մոտիվացիան՝ հիվանդի ծխախոտի օգտագործման գինն ու ռիսկերը 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, որտեղ ծխողների խումբը տեղեկություն, խորհրդատվություն, խրախուսում և վարքային միջամտության են ստանում (օրինակ՝ կոգնիտիվ վարքային թերապիա):<sup>2</sup> Խմբային թերապիայի կազմակերպման առաջարկվող տարբերակը ծխելը թողնելու փորձի առնվազն առաջին չորս շաբաթների ընթացքում շաբաթը մեկ հանդիպում կազմակերպելն է (այսինքն՝ ծխելը թողնելու օրվան հաջորդող չորս շաբաթների համար): Սովորաբար, խմբային խորհրդատվությունը համակցվում է դեղորայքային բուժման հետ:

Գոյություն ունի խմբային խորհրդատվություն իրականացնելու երկու մոտեցում: Մեկը ուսուցողական (scholastic) մոտեցումն է, երբ առողջապահության ոլորտի մասնագետները հանդես են գալիս որպես ուսուցիչներ և տեղեկություն են տալիս ծխախոտային զրկանքին հասնելու և պահպանելու մասին: Մյուս մոտեցումը ձգտում է խմբի անդամների միջև ձևավորել փոխադարձ աջակցության՝ զրկանքին հասնելու համար:

Քոքրեյնի համագործակցության ամփոփիչ հոդվածը ներկայացրել է խմբային թերապիայի և ինքնօգնության ծրագրերի արդյունավետությունը համեմատող 16 հետազոտությունների տվյալների վերլուծություն:<sup>3</sup> Խմբային ծրագրի կիրառման դեպքում գրանցվել է ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշի բարձրացում ( $Z\Phi (OR) 1.98$ , 95%  $ZU 1.60$ -ից  $2.46$ ): Այնուամենայնիվ, խմբային թերապիայի՝ միևնույն ինտենսիվությամբ իրականացված անհատական խորհրդատվության համեմատ արդյունավետության առավելությունը բավարար ապացուցողական հիմնավորում չունի: Առկա են սահմանափակ քանակությամբ ապացույցներ, որ խմբային թերապիայի գույակցումը բուժման այլ ձևերի հետ, ինչպիսիք են առողջապահության ոլորտի մասնագետի խորհրդատվությունը կամ նիկոտինային փոխարինական բուժումը, նպաստում է արդյունավետության բարելավմանը:

Հիմնական անձնակազմի և ծխելը դադարեցնելու երեք տեսակի ծառայությունների (մասնագիտացված թիմ, համայնքային բուժաշխատողներ և երկուսի համակցումը) կողմից

իրականացված խորհրդատվության արդյունավետությունը ուսումնասիրող հետազոտական աշխատանքները ցույց են տվել, որ ծառայության կառուցվածքը, աջակցության մեթոդը, ներգրավված առողջապահության մասնագետները և դեղորայքային բուժումը կարևոր դեր են խաղում ծխելը հաջողությամբ թողնելու գործընթացում:<sup>4</sup> Խմբային աջակցությունը հանգեցրել է ծխելը թողնելու ավելի բարձր ցուցանիշների, քան անհատական խորհրդատվությունը (64.3% փակ խմբերի և 42.6% մասնագետների կողմից տրամադրված անհատական աջակցությունը): Ծառայությունները պետք է հարմարեցված լինեն հիվանդների անհատական կարիքներին, իրականացվեն հիվանդի ցանկությամբ, և ապահովեն տարբեր ծառայությունների հասանելիություն՝ ներառյալ խմբային խորհրդատվությանը:<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 մեկ ժամ տևողությամբ հինգ վերահսկող այցերով հանդիպումներ մեկ ամսվա ընթացքում: Ինտենսիվ աջակցությունը պետք է ներառի դեղորայքային բուժման օգտագործման առաջարկ կամ խրախուսանք և օգտագործման վերաբերյալ պարզ խորհրդատվություն ու ցուցումներ:<sup>5</sup> Խմբային խորհրդատվությունը պետք է իրականացվի հատուկ վերապատրաստված խորհրդատուների կողմից, ովքեր կարող են օգնել ծխողներին համագործակցության հարցերում՝ կիսելու գրկանքի ու խոչընդոտների նկատմամբ ունեցած իրենց վախերը, մինչև ժամանակ սովորելով մեկը մյուսի փորձից: Այն կարելի է նաև 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 համապատասխանելու նպատակով՝ անհրաժեշտ է նրանց առաջարկել խմբային կամ անհատական խորհրդատվություններ: Խմբային թերապիայից առաջ անհրաժեշտ է հիվանդների մոտ ստուգել հիմնական հոգեկան խանգարումների առկայությունը: Խմբային բուժման բացառման չափանիշ կարող է լինել անձի խանգարումները կամ ընդգծված հոգեպաթոլոգիկ առանձնահատկությունները (օրինակ՝ նարցիսական կամ հիսթերիկ խանգարումները, տագնապը, սոցիալական ֆոբիաները, խիստ մանիպուլյատիվ վերաբերմունքը, շիզոֆրենիկ վարքագիծը կամ այնպիսի մի շարք խնդրահարույց դեպքերը, որոնք հանդիպում են մի շարք կախվածությունների դեպքում): Խմբային թերապիայի կիրառության ամենից տարածված մոդելները սովորաբար բաղկացած են 5-10 հանդիպումներից երկուսից երեք ամսվա բուժման ժամանակահատվածում:

### ***Առաջարկություններ***

Խմբային խորհրդատվությունն արդյունավետ է ծխելը դադարեցնելու համար: Խմբային միջամտության մեջ սոցիալական աջակցության և կոգնիտիվ վարքային բաղադրիչների տեսակների ներառումը չի ազդում նրա արդյունավետության վրա (A մակարդակի ապացույց):

Խմբային խորհրդատվությունն իր արդյունավետության տեսանկյունից նման է անհատական խորհրդատվությանը: Խմբային կամ անհատական բուժման ընտրության գործընթացում 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 և ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գիծ

Շատ երկրներում գոյություն ունի անվճար հեռախոսային ծառայություն, որը հայտնի է որպես «Ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գիծ» կամ «Ծխելու դադարեցմանն օգնության թեժ գիծ»: Այս հեռախոսահամարով զանգահարած հիվանդները կարող են տեղեկություն ստանալ ծխելը դադարեցնելու տեղական կենտրոնների հասանելիության մասին, ինչպես նաև ծխելը թողնելու վերաբերյալ նվազագույն կամ ամբողջական խորհրդատվություն ստանալ:<sup>1</sup> Կոգնիտիվ-վարքային թերապիա տրամադրելու համար հեռախոսի օգտագործումը նման է ավանդական դեմ առ դեմ կոնտակտի կառուցվածքին, սակայն, ավելի ճկուն է:

Ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գծի կարևոր առավելությունը վերջինիս մատչելիությունն է: Հեռախոսային խորհրդատվության ժամանակ հնարավոր է փոփոխել խորհրդատվության ժամանակը՝ հաշվի առնելով մասնակիցների զբաղվածությունը: Զանգերը կարող են կազմակերպել հարմար ժամերի, այդ թվում՝ ընդմիջումների /լանչի/ ընթացքում, երեկոյան կամ շաբաթ օրը: Մասնակիցները կարող են զանգել տնից կամ իրենց բջջային հեռախոսից և աջակցություն ստանալ, որը կօգնի իրենց առօրյա կյանքում կիրառել ստացած գիտելիքներն ու հմտությունները: Հեռախոսազանգերը հիմնականում տևում են 20-25 րոպե, սակայն այս տևողությունը հարաբերական է և կարող է հարմարեցվել մասնակիցների պահանջներին:<sup>2</sup>

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

Ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գծերը նաև առաջարկում են նախաձեռնող զանգեր, որոնք բնորոշվում են որպես հեռախոսային խորհրդատվություն, որում կոնտակտները նախաձեռնվում են ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գծի խորհրդատուի կողմից՝ ծխելը դադարեցնելու միջամտություն տրամադրելու նպատակով:

«Ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գծերի» ծառայությունների արդյունավետությունն ուսումնասիրվել է մեծ թվով ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություններով:<sup>3,4</sup> 70 հետազոտությունների արդյունքներն ամփոփող Քոքրեյնի համագործակցության կողմից հրատարակված մետա-անալիզը ցույց է տվել, որ ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գծերի նախաձեռնությամբ բազմաթիվ զանգերը ծխելը դադարեցնելու գործընթացում բարձրացրել է ծխելու զրկանքի ցուցանիշները (ՀՌ 1.37, 95% CI 1.26-ից 1.50):<sup>4</sup> Առնվազն երկու զանգը բարձրացնում են ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը: Այնուամենայնիվ, դեռ հաստատված չէ, թե արդյոք զանգերի քանակի ավելացումը (երկուսից ավելին) շարունակում է բարձրացնել ծխելը թողնելու ցուցանիշները, թե ոչ: Ծխելու դադարեցմանն աջակցող արագ արձագանքման թեժ գծերը, որոնք պատասխանում են միայն զանգահարողների հրատապ խնդրանքներին, նույնպես արդյունավետ են ծխելը թողնելու բարձրացման համար՝ համեմատած ինքնօգնության հետ (ՀՌ 1.27, 95% ՀՄ 1.20-ից 1.36):

Այսպիսով, փաստերը վկայում են, որ ծխելու դադարեցմանն աջակցող թեժ գծերը ոչ միայն աջակցություն են տրամադրում նրանց, ովքեր փնտրում են այն, 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 երկու հեռախոսազանգերը կարևոր են ծխելը թողնելու ցուցանիշների բարձրացման համար: Երկուսից ավելի զանգերի արդյունավետությունը դեռ պարզ 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 նյութեր**

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 թռուցիկի օրինակ, որն օգնում է ծխողներին ծանոթանալ ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածության բուժման մասին հիմնական հասկացություններին:

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

#### ***Ինչու՞ օգտագործել ծխախոտ***

Այնուամենայնիվ, որն է ծխելը շարունակելու հիմնավորումը, չնայած՝ ծխախոտ օգտագործելու հետևանքով առաջացած հիվանդացության և մահացության դեմ մղվող հսկայական պայքարի:

Կարո՞ղ ենք ենթադրել, որ ծխողները չեն անհանգստանում իրենց առողջության մասին կամ մտածում են, որ «այդ վնասակար ազդեցություններն ինձ չեն պատահի»:

Նրանք չէ՞ն կարողանում ամբողջապես ընկալել ուսումնական նյութերում ներկայացված վնասակար ազդեցությունները: Գուցե դա մեկ ա՛յլ բան է, որ չնայած վտանգների մասին տեղեկացվածությանը, նրանք անկարող են թողնել ծխելը:

Մա կարող 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 ինտենսիվությունը շատ բարձր է: Այն ավելի ուժեղ է կամ նման է հերոինից կամ կոկաինից առաջացած կախվածությանը և շատ ավելի ուժեղ է, քան

ավոտից, կանեփից կամ լիզերգինային դասի կիսասինթետիկ հոգեմետ նյութերից (LSD) առաջացած կախվածությանը:

Ծխախոտի քրոնիկ օգտագործումը կամ ավելի պարզ կերպ ասած՝ «ծխելը», բոլոր հոգեբուժական բժշկական կազմակերպությունների կողմից ճանաչվել է որպես առանձին հիվանդություն, որն առաջացնում է ֆիզիկական և հոգեբանական քրոնիկ հիվանդություն, այսինքն՝ ծխախոտային կամ նիկոտինային կախվածություն:

Ծխախոտի օգտագործումը հիմնականում ազատ կամքի դրսևորում չէ, այլ նիկոտինային կախվածության արդյունք: Բոլոր ծխախոտային արտադրատեսակների մեջ առկա է ուժեղ կախվածություն առաջացնող թմրանյութ:<sup>5</sup>

Ապացուցված է, որ ծխախոտի քրոնիկ ազդեցությունն առաջացնում է մի շարք հիվանդություններ և մահ՝ ծխախոտում առկա բազմաթիվ տոքսինների և քաղցկեղածին միացությունների պատճառով:

Նիկոտինային կախվածության բարձրացման նպատակով՝ ծխախոտ արտադրողներն օգտագործում են բազմաթիվ ռազմավարություններ՝ հավելումներ, անուշաբույր նյութեր, ֆիլտրող հատկություններ և այլն:

Ծխախոտ արտադրողները մշտապես ներդրումներ են կատարում շուկայում նոր հաճախորդների՝ խոցելի կատեգորիաներին գրավելու համար (երեխաներ, երիտասարդներ):

Ծխախոտային արդյունաբերությանը հակադարձելու ամենարդյունավետ միջոցներից է գիտական ապացույցների վրա հիմնված գիտելիքների և հմտությունների տարածումը:

### ***Ծխախոտի օգտագործման անհատական հետևանքները<sup>5</sup>***

Ծխախոտ օգտագործող յուրաքանչյուր երկուսից մեկը վաղաժամ կմահանա՝ ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված հիվանդությունից:

Ծխախոտի օգտագործումը կանխարգելելի մահվան հիմնական պատճառն է:

Ծխախոտի օգտագործմամբ պայմանավորված մահերի ավելի քան կեսը գրանցվում են 35-ից 65 տարեկան մարդկանց շրջանում:

Ամբողջ աշխարհում մահացության այս թիվը համարժեք է օրական հիսուն խոշոր ավիավթարների:

Ծխախոտի օգտագործմանը բաժին են ընկնում՝ թոքի քաղցկեղից մահացության 87%-ը, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության 82%-ը, ՍԱՀ-ի (սիրտ-անոթային հիվանդություններ) դեպքերի 21%-ը և ինսուլտի դեպքերի 18%-ը:

Ապացուցված է, որ ծխախոտի օգտագործումը հղիության ընթացքում բարդություններ է առաջացնում:

Ծխախոտի օգտագործումը հանգեցնում է բերանի, մազերի և հագուստի 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 օգտագործումն այլ թմրանյութերի օգտագործմանը տանող ուղի է, քանի որ ծխախոտային կախվածությունը մարդուն դարձնում է ավելի հակված այլ վտանգավոր թմրանյութեր փորձելուն:

### ***Ծխախոտի օգտագործման հետևանքները ծխողի ընտանիքի, ընկերների և գործընկերների համար***

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 դեպքերի:

Երկրորդային ծխի քրոնիկ ազդեցության ենթարկված նորածինները և երեխաները ունեն սաթմայի, այլ շնչառական հիվանդությունների, նորագոյացությունների և այլ առողջական խնդիրների ռիսկի բարձրացման հավանականություն: Այս հիվանդությունները հանգեցնում են հոսպիտալացումների և դպրոցից բացակայությունների հաճախության բարձրացման:

Ծխախոտի ծխի ազդեցությունը հղիության ընթացքում և հետծննդյան շրջանում բերում է ցածր քաշով նորածինների ծնվելուն, բարձրացնում է նորածնային հանկաճամահության համախտանիշի ռիսկը:

Երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկված չծխող մեծահասակները նույնպես հակված են ունենալ շնչառական հիվանդություններ: Ծխողների զուգընկերները սրտային հիվանդությունների և թոքի քաղցկեղի ավելի բարձր ռիսկ ունեն:

### ***Ծխախոտի օգտագործման դադարեցման օգուտները***

#### *Կարճաժամկետ օգուտներ.*

20 րոպե հետո կարգավորվում են զարկերակային ճնշումն ու սրտի զարկերի հաճախությունը:

8 ժամ հետո կարգավորվում են արյան ածխածնի մոնօքսիդի և թթվածնի մակարդակները:

24 ժամ հետո ածխածնի մոնօքսիդը հեռացվում է օրգանիզմից. թոքերը սկսում են մաքրվել լորձից և ծխախոտի մնացորդներից, սրտի կաթվածի հավանականությունը նվազում է:

48 ժամ հետո նիկոտինը հեռանում է օրգանիզմից, նյարդային վերջույթները սկսում են վերաճել, բարելավվում է հոտի ու համի զգայությունները:

#### *Երկարաժամկետ օգուտներ.*

- բարելավված շնչառություն,
- ավելի շատ ֆիզիկական էներգիա,
- մաշկի ավելի լավ գույն,

Ծխախոտի հետ կապված հիվանդությունների հաճախականության նվազում, ինչպիսիք են՝

- թոքի քաղցկեղը,
- էմֆիզեման,
- թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները,
- հանկաճամահությունը սրտի կաթվածից,
- սիրտ-անոթային հիվանդությունները (ՄԱՀ),
- աթերոսկլերոզը (անոթների նեղացում),
- ինսուլտը,
- քրոնիկ բրոնխիտը:

### ***Ծխելը թողնելու նախապատրաստում***

Որքան լավ եք պատրաստված թողնել ծխելը, այնքան ավելի մեծ է հաջողության հավանականությունը:<sup>6</sup> Որոշ առաջարկություններ .

Ծխելը թողնելու դրական որոշում կայացրե՛ք:

Պատրաստե՛ք պատճառների ցանկ, այդ թվում՝ անձնական պատճառներ, բժշկական ազդեցություններ, առողջական օգուտներ, ֆինանսական առավելություններ և ուրիշների հանդեպ պարտավորություններ:

Ամեն առավոտ ինքներդ Ձեզ մի քանի անգամ կրկնեք այս պատճառներից որևէ մեկը:

Մկսեք ֆիզիկապես կոփել ձեզ թեթև վարժությունների միջոցով: Շատ հանգստացեք և ավելի շատ հեղուկներ խմեք:

Մահմանե՛ք ծխելը թողնելու թիրախային ամսաթիվ առաջիկա երկու շաբաթների ընթացքում:

Բացահայտե՛ք ծխելը թողնելու խոչընդոտները: Ի՞նչը այն դժվար կդարձնի: Ի՞նչ իրավիճակներ են ձեզ ստիպում ծխախել: Ի՞նչ կարող եք անել դա փոխելու համար:

Կազմե՛ք ցուցակ այն անձանց, ովքեր կարող են աջակցել ծխելը թողնելու Ձեր մտադրություններին, օրինակ՝ ընտանիքը, ընկերները և գործընկերները: Քննարկե՛ք Ձեր ծրագրերը նրանց հետ:

Եթե այս մարդկանց մեջ կան ծխողներ, խնդրե՛ք նրանց Ձեր ներկայությամբ գերծ մնալ ծխախոտի օգտագործումից, կամ, ավելի լավ է, խնդրե՛ք նրանց Ձեզ հետ միասին թողնել ծխելը:

Խուսափեք այն վայրերից, որտեղ սովորաբար ծխել էք, հեռացրե՛ք այն ամենը, ինչ հիշեցնում է սիգարետների մասին՝ կրակայրիչները, մոխրամանները կամ լուցկիները:

Մաքրե՛ք ձեր տունն ու ավտոմեքենան, փորձեք որքան հնարավոր է վերացնել ծխախոտի հոտը:

Կազմե՛ք անելիքների, նախասիրությունների և հետաքրքրությունների ցանկը, որոնք ձեր միտքը կշեղեն ծխելուց:

Տեղեկացե՛ք զրկանքի ախտանշանների և դրանք հաղթահարելու եղանակների մասին:

Պատրաստ եղեք ծխելը թողնելու դժվարություններին: Ծանոթացե՛ք «զրկանքի համախտանիշի» բնորոշմանը:

Նիկոտինային զրկանքը բաղկացած է նիկոտինի մատակարարման հանկարծակի կանգով պայմանավորված ախտանշաններից: Նիկոտինային զրկանքը կարող է դրսևորվել ծխելը դադարեցնելու առաջին 4-ից 12 ժամերից հետևյալ ախտանշաններով.

- ծխելու սուր/անվերահսկելի կարիք (անհագ ցանկություն),
- դյուրագրգռություն,
- անհանգստություն, բարկություն, տագնապի զգացումներ,
- հոգնածություն,
- ախորժակի ավելացում, հատկապես քաղցրի նկատմամբ, քաշի ավելացում,
- կենտրոնանալու դժվարություններ/վատ հիշողություն,
- դեպրեսիա,
- գլխացավեր,
- անքնություն,
- գլխապտույտ:

*Թերապիաներ, որոնք օգնում են թողնել ծխելը*

Խորհրդատվությունը և դեղորայքային բուժումը արդյունավետ են ծխախոտային կախվածության բուժման համար:

Դեղորայքային բուժումը կարևոր է և ընդգրկում է դեղերի լայն առաջարկներ, ներառյալ տարբեր ձևերով օգտագործվող նիկոտինային փոխարինողներից (մաստակ, սպեղանի, նեքթային ցողացիր, ներշնչակ, ենթալեզվային հարեր) մինչև հակադեպրեսանտներ, նիկոտինի ընկալիչի անտագոնիստներ և այլն:

Ծխելը թողնելու դեղորայքի մասին հարցնեք ձեր բժշկին կամ դեղագետին:

Դեղորայքային տարբեր թերապիաների համակցումը կարող է կիրառվել առողջապահության ոլորտի մասնագետի կողմից: Բուժման տևողությունը կարող է երկարաձգվել, և կողնակի ազդեցություններից խուսափելու համար դեղաչափերը կարող են փոփոխվել:

Թռուցիկները, պաստառները, բրոշյուրները, տարբեր ուսումնական և ինքնօգնության գրավոր կամ գովազդային նյութերը, համացանցային միջոցների կամ հեռախոսային թեժ գծերի հետ միասին կարող են օգտակար լինել:

Կոգնիտիվ-վարքային թերապիան մեթոդ է, որը ծխողի մոտ փորձում է փոխել ծխելու և իր վերաբերյալ մտածելակերպի և զգացումների ավանդական ձևը և տրամադրել խրախուսանք և խորհուրդներ՝ ծխելու ցանկությունը նվազեցնելու և վերահսկելու եղանակների մասին:

Ծխելը դադարեցնելու անհատական օպտիմալ ռազմավարությունները համակցում են ծխելը թողնելու խորհրդը (ծխելը դադարեցնելու առաջարկությունը) դեղորայքային բուժման

(վարենիկլին, բուպրոպիոն, ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ և այլն) և կոգնիտիվ-վարքային թերապիայի հետ:

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

<b>Ծխելուց խուսափելու վարքային ռազմավարությունների/խորհուրդների օրինակներ</b>
Սովորե՛ք մերժել առաջին ծխախոտը:
Դեն նետե՛ք «ծխելու պարագաները»՝ կրակայրիչը, լուցկին, ծխախոտի տուփը:
Փոխե՛ք Ձեր առօրյան:
Խուսափե՛ք սուրճի, կոլայի կամ թեյի օգտագործումից:
Երբ ծխելու ցանկություն եք զգում, խմե՛ք մեկ բաժակ ջուր կամ մրգային բնական հյութ:
Օրվա ընթացքում սնվեք 3-ից 5 անգամ:
Նախաճաշին օգտագործեք բնական հյութ, կաթնամթերք, միս, ձու: Զգուշացե՛ք առավոտյան սուրճին հաջորդող «անփոխարինելի» ծխախոտից:
Ճաշին և ընթրիքին օգտագործեք մրգեր և բանջարեղեն:
Քնելուց առաջ մեկ բաժակ ջուր կամ թեյ խմեք:
Խուսափե՛ք ուտել ճաշերի միջև ընկած ժամանակահատվածում, ինչպես նաև սահմանափակե՛ք քաղցրավենիքի օգտագործումը՝ խմորեղեն, քաղցրավենիք, շոկոլադ:
Օրական 2 լիտրից ավելի ջուր խմե՛ք:
Ֆիզիկական վարժություններ կատարե՛ք՝ քայլեք դրսում, սովորեք հանգստանալու մեթոդներ:
Սկսե՛ք զբաղվել նոր սպորտաձևով:
Խուսափե՛ք ծխողների հետ շփումից և ծխելու ցանկություն առաջացնող իրավիճակներից:
Խնայե՛ք այն գումարը, որը սովորաբար ծախսում էիք ծխախոտ գնելու համար, փոխարենը ինքներդ Ձեզ նվեր գնեք:

***Ինքնօգնության նյութերի արդյունավետությունը***

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

Ընդհանուր թվով 2000 մեծահասակների շրջանում իրականացված հետազոտությունը 13 էջանոց ծխելն ինքնուրույն թողնելու ուղեցույցը (վերահսկող խումբ) համեմատել է 1) 28 էջանոց «Ազատ և Մաքուր» ծխելը ինքնուրույն թողնելու ուղեցույցի հետ, 2) «Ազատ և Մաքուր»

ծխելն ինքնուրույն թողնելու ուղեցույցի և ծխողի ընտանիքին ու ընկերներին ցուցաբերված սոցիալական աջակցության հետ 3) «Ազատ և Մաքուր» ծխելն ինքնուրույն թողնելու ուղեցույցի, ծխողի ընտանիքին ու ընկերներին ցուցաբերված սոցիալական աջակցությանը և մասնագետներին չորս հեռախոսազանգի հետ:<sup>7</sup>

Ապացուցվել է, որ «Ազատ և Մաքուր» հեռախոսային խորհրդատվություն տրամադրող ծրագիրը, ինքնօգնության նյութերի հետ միասին, արդյունավետ է ծխելն ինքնուրույն թողնել ցանկացողներին աջակցելու համար: Ինքնօգնության ուղեցույցների և ծխողի ընտանիքին ու ընկերներին սոցիալական աջակցություն տրամադրելու ռազմավարությունը հավաստիորեն չի բարձրացրել ծխելը թողնելու հավանականությունը:<sup>7</sup> Համաձայն ծխելը դադարեցնելու գործընթացում ինքնօգնության բրոշյուրների արդյունավետությունն ուսումնասիրող մետա-անալիզի եզրակացության՝ 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 դադարեցնել ցանկացող անհատների կարիքներին, ավելի արդյունավետ են, քան ընդհանուր բնույթի նյութերը:<sup>2</sup>

***Առաջարկություններ***

Անհրաժեշտ է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված նյութերը/տեղեկությունը 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):439-48.

#### 4.2.4.5 Համակարգչի/համացանցի օգնությամբ իրականացվող միջամտություններ

Համակարգչի կամ համացանցի միջոցով իրականացվող միջամտությունները ծխող բնակչության մեծ մասին, հատկապես երիտասարդների համար առավել հասանելի են և մատչելի: Նման միջամտությունները կարող են օգտագործվել որպես առանձին կամ լրացուցիչ բուժում՝ հիվանդից տեղեկություններ հավաքելու, ինչպես նաև հետադարձ կապ ստանալու կամ առաջարկություններ անելու համար: Ներկայիս համակարգչային ծրագրերի օգնությամբ կարելի է ծխելը թողնելու ծրագրի մշակել ու այն վերահսկել, տալիս կրկնել հետադարձ գնահատումը, ինչպես նաև, էլեկտրոնային հիշեցում- նամակների ուղարկել:

Վարքագծի փոփոխության փուլերի վրա հիմնված համակարգչով գեներացված ծրագիրը բնակչության շրջանում և աշխատավայրում կիրառելու արդյունքների հետազոտությունները տվել են դրական արդյունքներ: Դեռահասների շրջանում իրականացված՝ համակարգչային ինտերակտիվ միջամտությունից, բժշկի կողմից ստանալով խորհրդից, համառոտ մոտիվացնող հարցազրույցից և հեռախոսային խորհրդատվությունից (ստուգիչ խումբը ավելի շատ մրգեր և բանջարեղեններ ուտելու մասին տեղեկությունն էր ստացել) բաղկացած ծրագրի ուսումնասիրությունները համակցված միջամտության հասանելիության շնորհիվ ցույց են տվել դրական արդյունքներ:<sup>1</sup>

Վերջին հետազոտությունները ցույց են տվել, որ համացանցի օգնությամբ ստանալով ծխելը դադարեցնելու ծրագրերը կարող են օժանդակել ծխելը դադարեցնելուն, սակայն, հաստատուն արդյունքներ չեն գրանցել և ապացույցներն ունեն սխալի հավանականություն:<sup>2</sup> Համացանցի միջոցով իրականացվող միջամտության ծրագրերը, որոնք ստանալով են անհատական աջակցություն և ինտերակտիվ են, կարող են ավելի արդյունավետ լինել, քան ստատիկ կայքերը: Համացանցը կարող է նաև լրացուցիչ օգուտ ունենալ այլ միջամտությունների հետ համակցված կիրառման դեպքում, ինչպիսիք են Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կամ այլ դեղորայքով բուժումը: Համացանցի միջոցով ստանալով ծխելը դադարեցնելու նորարարական միջամտությունները կարող են ավելի գրավիչ լինել երիտասարդների ու ծխող կանանց համար, թեև կարող են քիչ գրավիչ լինել դեպրեսիա

ունեցող ծխողների 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. Civljak 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 քրոնիկ 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 երկու կատեգորիայի՝ առաջին և երկրորդ շարքի դեղամիջոցներ:

Առաջին շարքի դեղերն արդյունավետ են ծխախոտային կախվածության բուժման համար, ունեն անվտանգության բարձր մակարդակ և հաստատված են դեղերի եվրոպական գործակալության կողմից ( European Medicines Agency ): Ծխախոտային կախվածություն բուժող յուրաքանչյուր բժշկի համար առաջին շարքի դեղերը պետք է լինեն առաջնային ընտրություն: Ծխելը դադարեցնելու համար հաստատված առաջին շարքի դեղերին են պատկանում նիկոտինային փոխարինական բուժումը, վարենիկլինը և բուպրոպիոնը (Տե՛ս Աղյուսակ 4.6):

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

Վերջին մի քանի տարիների ընթացքում ծխելը թողնելու համար օգտագործվող դեղերի արդյունավետության վերաբերյալ գրանցվել է զգալի առաջընթաց: Ի հավելումս մոնոթերապիային, ծխելը թողնելու հաջողության բարձրացման համար կարող են համակցվել բազմազան դեղորայքային թերապիաներ: Ապացուցված է, որ լրացուցիչ միջոցառումները, ինչպիսիք են բուժման երկարաձգումը, կողմնակի ազդեցություններից խուսափելու նպատակով դեղաչափերի հարմարեցումը և դեղերի համակցումը, բարձրացնում են բուժման արդյունավետությունը:

**Աղյուսակ 4.6 Ծխելը դադարեցնելու առաջին շաբթի դեղամիջոցներ (հարմարեցված է Մ. Ս. Տիտրից)<sup>1</sup>**

<b>ԾՆԱՆՈՏՍՅՈՒՆ ԿԱՆՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂԱՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ</b>		
<b>ԴԵՂԱՍԻՋՈՑ</b>	<b>ԴԵՂԱՉԱՓ</b>	<b>ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ</b>
<b>ԲՈՒՊՐՈՊԻՈՆ</b>	Առաջին 3 օրը՝ 150մգ ամեն առավոտ, չորրորդ օրվանից մինչև բուժման ավարտը՝ 150մգ x 2/օրական	Սկսել ծխելը թողնելուց 1-2 շաբաթ առաջ; Օգտագործել 2-6 ամիս:
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՄԱՍՏԱԿ</b>	2մգ՝ հիվանդը ծխում է $\leq 24$ սիգարետ/օր, 4մգ՝ հիվանդը ծխում է $\geq 24$ սիգարետ/օր, Առաջարկվող դեղաչափը՝ 8-12 մաստակ/օր:	Օգտագործել մինչև 12 շաբաթ:
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՆԵՐՇՆՉԱԿ</b>	6-16 քարթրիջ (cartridge)/օր, մի քարթրիջը (cartridge) 80 ներշնչումների միջոցով կարող է մատակարարել 4մգ նիկոտին	Օգտագործել մինչև 6 ամիս, վերջում նվազեցնել:
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ՝ ԲԵՐԱՆՈՒՄ ԼՈՒԾՎՈՂ ՀԱԲԵՐ</b>	Առկա է 1, 2 և 4մգ դեղաչափերով. սկզբում 1 հատ ամեն 1-2 ժամում, ապա նվազեցնել, դեղաչափն ընտրել 2մգ, եթե ծխում է արթնանալուց 30ր հետո կամ ավելի ուշ, և 4մգ՝ եթե առավոտյան արթնանալուց հետո ծխում է մինչև 30 րոպեի ընթացքում:	Օգտագործել 3-6 ամիս:
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՆԵՐՔԹՍՅՈՒՆ ՑՈՂԱՅԻՐ</b>	Սկզբում 0.5մգ/քթանցք 1-2 դեղաչափ/ժամ: Սահմանափակում՝ 8-40 դեղաչափ/օր:	Օգտագործել 3-6 ամիս:
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՍՊԵՂԱՆԻ</b>	Առկա են 7, 14, 21մգ/24 ժամ (կամ 10/15/25մգ /16 ժամ) դեղաչափերով: Եթե հիվանդը ծխում է $\geq 10$ սիգարետ/օր, ընտրել 21մգ/օր դեղաչափը՝ 1 շաբաթվա համար, հաջորդ 2 շաբաթների համար՝ 14մգ/օր, շարունակել հաջորդ 2 շաբաթների համար՝ 7մգ/օր: Եթե հիվանդը ծխում է $< 10$ սիգարետ/օր, սկսել 14մգ/օր դեղաչափով 6 շաբաթների ընթացքում, շարունակել 7մգ/օր հաջորդ 2 շաբաթների համար:	Ամեն առավոտ օգտագործել նոր սպեղանի 8-12 շաբաթ:
<b>ՎԱՐԵՆԻՎԼԻՆ</b>	Առաջին 3 օրը՝ 0.5մգ ամեն առավոտ, ապա՝ 4-7 օր 0.5մգ օրը երկու անգամ, ապա՝ 8-րդ օրվանից մինչ բուժման ավարտը՝ 1մգ օրը երկու անգամ:	Սկսել ծխելը թողնելուց 1 շաբաթ առաջ և օգտագործել 3-6 ամիս:
<b>ՀԱՄԱԿՑՎԱԾ ԲՈՒԺՈՒՄՆԵՐ.</b> <b>Ծխելը դադարեցնելու համար սննդի և դեղորայքի վարչության (FDA) կողմից հաստատվել է միայն բուսրոպիոնի + նիկոտինի սպեղանիի համակցումը</b>		
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՍՊԵՂԱՆԻ + ԲՈՒՊՐՈՊԻՈՆ</b>	Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին	Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՍՊԵՂԱՆԻ + ՆԵՐՇՆՉԱԿ</b>	Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին	Հետևել վերոնշյալ դեղերի առանձին ցուցումներին
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՍՊԵՂԱՆԻ + ԲԵՐԱՆՈՒՄ ԼՈՒԾՎՈՂ ՀԱԲԵՐ</b>		
<b>ՆԻԿՈՏԻՆԻ ՍՊԵՂԱՆԻ + ՄԱՍՏԱԿ</b>		
<b>Մաս 2</b>		

**Առաջին շաբթի դեղերի արդյունավետությունը**

Տարբեր դեղերի արդյունավետությունն ուսումնասիրող 83 ռանդոմիզացված հետազոտությունների մետա-անալիզը (հաշվի առնելով բուժումից հետո զրկանքի վեց ամիս

ցուցանիշը) ցույց է տվել, որ ծխելը դադարեցնելու դեղերի մեծամասնությունը (նիկոտինի սպեղանի, մաստակ, բերանում լուծվող հաբ, ներքթային ցողացիք, ներշնչակ և բուպրոպիոնի երկարատև օգտագործումը) մոտավորապես կրկնապատկել են զրկանքին հասնելու հավանականությունը (Տե՛ս Աղյուսակ 4.7):<sup>1</sup> Պատահականության սկզբունքով ընտրված պլացեբո խմբի հիվանդների վեց ամիսների ընթացքում ծխախոտից հրաժարվելու/ զրկանքի ցուցանիշը եղել է 14%, ինչը ավելի ցածր է , քան դեղորայքային բուժում ստացած հիվանդներինը ( 19% կամ 26%): Նշված հետազոտությունների մի մասը ներառում են նաև խորհրդատվություն, ուստի արդյունավետության այս ցուցանիշները արտացոլում են նաև խորհրդատվության որոշակի ազդեցությունը:

Վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող համակցված բուժման (նիկոտինի սպեղանիին գումարած նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճաժամկետ ձևերը, ինչպիսիք են նիկոտինի 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 եղել, 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 նիկոտինի սպեղանու կամ բուպրոպիոնի կիրառության արդյունքների հետ:<sup>2,3</sup>

Քոքրեյնի համագործակցության կողմից ներկայացված երկրորդ, վերջին մետա-անալիզը, որն ուսումնասիրում էր ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման արդյունավետության ապացույցները, հանգել էր նմանատիպ եզրակացության:<sup>4</sup> Արդյունավետության տեսանկյունից, համակցված նիկոտինային փոխարինող բուժմամբ (օրալ+սպեղանի) և վարենիկլինովի թերապիաները ցուցաբերում են միանման արդյունավետություն և զերազանցում 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 համակցված բուժման արդյունավետությունը**

Դեղաբուժություն	Զրկանքի OR (95% ՀՄ)	Զրկանքի ցուցանիշ (95% ՀՄ)
Պլացեբո	1.0	13.8
<b>Մոնոթերապիա</b>		
Նիկոտինի սպեղանի	1.9 (1.7 - 2.2)	23.4 (21.3 - 25.8)
Բարձր չափաբաժնով սպեղանի	2.3 (1.7 - 3.0)	26.5 (21.3 - 32.5)
Նիկոտինի ներշնչակ	2.1 (1.5 - 2.9)	24.8 (19.1 - 31.6)
Նիկոտինի մաստակ	1.5 (1.2 - 1.7)	19.0 (16.5 - 21.9)
Բուպրոպիոն	2.0 (1.8 - 2.2)	24.2 (22.2 - 26.4)
Վարենիկլին	3.1 (2.5 - 3.8)	33.2 (28.9 - 37.8)
<b>Համակցված թերապիա</b>		
Սպեղանի+Ներշնչակ	2.2 (1.3 - 2.6)	25.8 (17.3 - 36.5)
Սպեղանի+Մաստակ	2.6 (2.5 - 5.2)	26.5 (28.6 - 45.3)
Սպեղանի+Բուպրոպիոն	2.5 (1.9 - 3.4)	28.9 (23.5 - 25.1)
Սպեղանի (երկարաժամկետ՝ >14 շաբաթ) + նիկոտինային փոխարինող բուժում (մաստակ կամ ներքթային ցողացիք)	3.6 (2.5 - 5.2)	36.5 (28.6 - 45.3)

### 4.3.1 Նիկոտինային փոխարինող բուժում

#### 4.3.1.1 Ցուցումներ

Նիկոտինային փոխարինող բուժումն առաջարկված է որպես ծխելը դադարեցնելու առաջին շարքի բուժում՝ մոտիվացված և չմոտիվացված ծխողների համար:

Այն կարող է օգտագործվել նաև ծխելու հաճախականությունը նվազեցնելու համար, երբ ծխելը թողնելը հնարավոր չէ կամ ընդունելի չէ ծխախոտ օգտագործողի կողմից:

#### 4.3.1.2 Ազդման մեխանիզմը

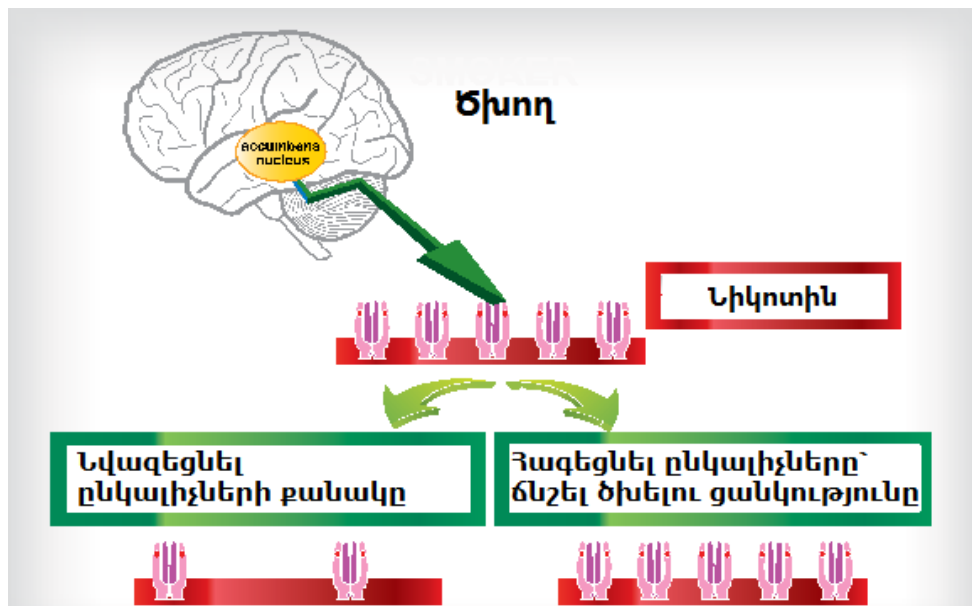
Ծխախոտ ծխելով կամ ծամելով և նիկոտինային փոխարինող բուժմամբ մատակարարվում է միևնույն նիկոտինը, սակայն, գլխուղեղին հասնելու կինետիկան արմատապես տարբեր է և զգալիորեն փոխում է ազդեցությունները:

Նիկոտինային փոխարինող բուժումն ունի երկու նպատակ՝

1. խթանել նիկոտինի ընկալիչները՝ վերացնելու ծխելու անվերահսկելի ցանկությունը և զրկանքի ախտանշանները. արդյունքը դիտվում է անմիջապես,
2. նվազեցնել նիկոտինի ընկալիչների քանակը. այս կրճատումը տևում է շաբաթներ և նվազեցնում է ծխախոտային կախվածությունը:

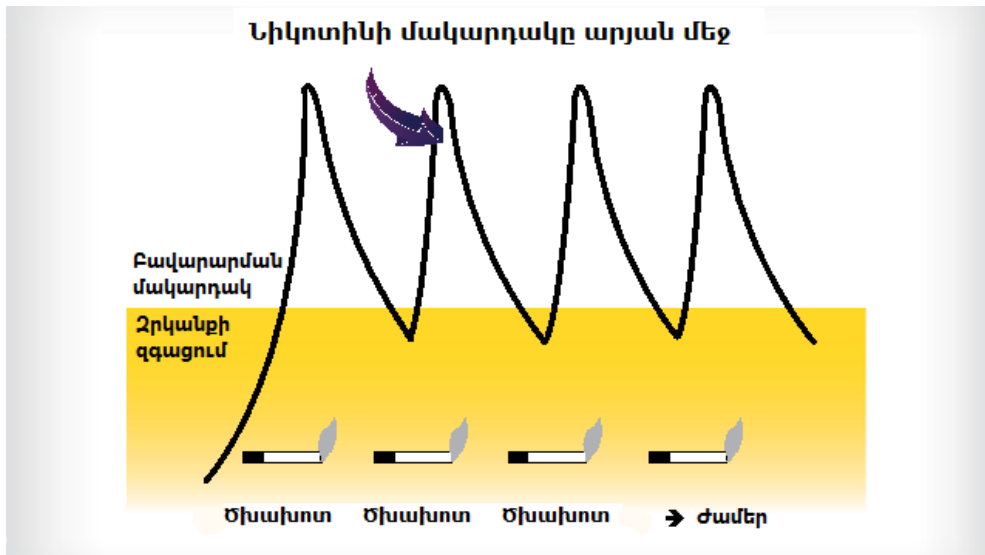
Տե՛ս Նկար 4.3:

Նկար 4.3 Նիկոտինային փոխարինող բուժման երկու նպատակները՝ նվազեցնել զրկանքի ախտանշանները (սուր) և նվազեցնել կախվածությունը՝ նիկոտինի ընկալիչների քանակի կրճատման միջոցով (քրոնիկ)



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

Նկար 4.4 Նիկոտինի մակարդակն արյան մեջ՝ նիկոտինի պարբերաբար օգտագործման դեպքում



Նիկոտինի ազդեցության հետևանքով տեղի է ունենում գլխուղեղի ներգրավված տեղամասի ընկալիչների զգայնության նվազում և նրանց քանակի շատացում, այսպիսով, առաջանում է մեկ այլ ծխախոտ ծխելու անհրաժեշտություն: Ծխողները ավելի շատ նիկոտինի ընկալիչներ ունեն, քան չծխողները, ինչը բացատրում է նիկոտինի նկատմամբ ծխողների բարձր հանդուժողականությունը, ինչպես նաև նրանց 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 առաջային ծածկի հատվածի անհամեմատ վառ «լուսավորվածությունը»: Նիկոտինային փոխարինող բուժման դեպքում գլխուղեղին նիկոտինի մատակարարումը շատ ավելի դանդաղ է ընթանում, քան սիգարետ ծխելու դեպքում, ինչի հետևանքով չեն առաջանում կոնցենտրացիայի պիկեր: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը խթանում է նիկոտինի ընկալիչները՝ նվազեցնելով կամ հեռացնելով նիկոտինի կարիքը, ինչպես նաև աստիճանաբար նվազեցնում է ընկալիչների քանակը, որոնք նիկոտինային փոխարինող բուժման կիրառության երեք ամիսների ընթացքում կվերադառնան իրենց նորմալ քանակին:

Մակայն, այս կառուցվածքները պահպանում են ծխելու հիշողությունը և բջջաթաղանթում կարող են շատ արագ բազմապատկվել, եթե ծխելը վերսկսվի: Հետևաբար ծխախոտային կախվածությունը քրոնիկ ախտադարձային հիվանդություն է:

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

Ինչպես բոլոր քրոնիկ հիվանդությունների բուժումը, այնպես էլ ծխախոտային կախվածության բուժումը եղել է վերջին 40 տարիներին իրականացված բազմաթիվ ռանդոմիզացված հետազոտությունների ուսումնասիրման առարկա:

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

Քոբրեյնի համագործակցությունն առանձնացրել է նիկոտինային փոխարինող արտադրատեսակների վերաբերյալ 150 հետազոտություններ: Իրականացված 117 հետազոտությունները, որոնք ներառել են ավելի քան 50,000 մասնակիցներ, համեմատել են

ծխելը դադարեցնելու նպատակով նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր տեսակների կիրառման արդյունավետությունը՝ առանց նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցների կիրառության պլացեբո կամ վերահսկվող (ստուգիչ) խմբի հետ:<sup>6</sup> Նիկոտինային փոխարինող բուժման բոլոր տեսակների համար ընդհանուր գրկանքի հարաբերական ռիսկը (ՀՌ) եղել է 1.60 (95% հավաստիության միջակայք [ՀՄ]՝ 1.53-ից 1.68)՝ վերահսկվող խմբի համեմատ:<sup>6</sup> Նիկոտինային փոխարինող բուժման առանձին տեսակների համար ՀՌ-ն եղել է՝

- 1.49 (95% ՀՄ 1.40-ից 1.60, 55 հետազոտություններ) նիկոտինի մաստակի համար,
- 1.64 (95% ՀՄ 1.52-ից 1.78, 43 հետազոտություններ) նիկոտինի սպեղանու համար,
- 1.95 (95% ՀՄ 1.61-ից 2.36, 6 հետազոտություններ) բերանում լուծվող հաբերի համար,
- 1.90 (95% ՀՄ 1.36-ից 2.67, 4 հետազոտություններ) նիկոտինի ներշնչակի համար,
- 2.02 (95% ՀՄ 1.49-ից 2.73, 4 հետազոտություններ) նիկոտինի ներքթային ցողացրի համար,
- 2.48 (95% ՀՄ 1.24-ից 4.94, 1 հետազոտություն) նիկոտինի բերանային ցողացրի համար:

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

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

Կախվածության բարձր մակարդակ ունեցող ծխողների դեպքում 4 մգ մաստակի կիրառությունն ակնհայտ 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 շուկայում առկա նիկոտինային փոխարինող բուժման բոլոր ձևերը (մաստակ, տրանսդերմալ սպեղանի, ներքթային ցողացիր, ներշնչակ և ենթալեզվային հաբեր) կարող են աջակցել ծխողների՝ ծխելը թողնելու փորձերին և բարձրացնել նրանց հաջողության հնարավորությունները: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը բարձրացնում է ծխելու գրկանքի ցուցանիշները 50-ից 70%-ով՝ անկախ տեսակից և դեղաչափից:<sup>6</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետությունը լիովին անկախ չէ ծխողին տրամադրվող աջակցության ինտենսիվությունից: Որքան շատ աջակցություն է տրվում, այնքան մեծ է օգուտը, սակայն, նիկոտինի փոխարինողները արդյունավետ են նույնիսկ օգնության բացակայության պայմաններում:

### ***Նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցումը այլ դեղորայքային բուժման հետ***

Քոքրեյնի համագործակցությունը ցույց է տվել, որ նիկոտինի սպեղանու համակցումը օրալ տարբերակների հետ ավելի արդյունավետ է, քան նիկոտինային փոխարինող բուժման առանձին տեսակների օգտագործումը:

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է համակցվել օրալ և տրանսդերմալ տեսակների հետ,

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է համակցվել բուպրոպիոնի կամ նրտրիպտիլինի հետ,

Ներկայիս կլինիկական պրակտիկայում ծխելը դադարեցնելու համար կիրառվող ուղեցույցները խորհուրդ չեն տալիս համակցել նիկոտինային փոխարինող բուժումը վարենիկլինի հետ: Մրա հիմնական պատճառն այն է, որ նիկոտինային փոխարինող բուժումը նման է ծխախոտի նիկոտինին և արգելակվում է վարենիկլինի կողմից:

Այն հիվանդների համար, ովքեր վարենհիկլինի մոնոթերապիայից 2-ից 6 շաբաթ հետո շարունակում են ծխել, այդ սիգարետները նիկոտինային փոխարինող բուժումով փոխարինելու հակացուցումներ չկան: Վերջին կլինիկական հետազոտության տվյալները վկայում են, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենհիկլինի համակցումը կարող է օգտակար լինել, սակայն, արդյունքները տարաբնույթ են:<sup>4</sup> Այս մոտեցման կիրառության արդյունավետությունը հաստատող լրացուցիչ հետազոտություններ են հարկավոր՝ այն որպես ստանդարտ գործելակերպ առաջարկելու համար: Այնուամենայնիվ, վարենհիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցման դեպքում անհրաժեշտ է հետևել մոնոթերապիայի դեպքում առկա ցուցումներին:

**4.3.1.4 Նիկոտինային սպեղանի**

Սպեղանին ստեղծվել է մաստակի օգտագործման դժվարություններից խուսափելու համար: Այն նիկոտինի ավելի կայուն կոնցենտրացիաներ մատակարարելու առավելություն ունի, ավելի նպատակահարմար է ծխելը դադարեցնելու համար, սակայն նիկոտինի անհապաղ կարիքը բավարարելու համար ավելի քիչ նպատակահարմար է, քան նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ տարբերակները:

Սպեղանու մեջ պարունակվող նիկոտինն աստիճանաբար ներծծվում է մաշկի և ենթամաշկային հյուսվածքի միջոցով և տեղաշարժվում է դեպի արյուն և գլխուղեղ: Նույնիսկ երբ նիկոտինի սպեղանին հեռացվում է, այն շարունակվում է տարածվել մաշկից դեպի գլխուղեղ:

Մաշկի տեղային ռեակցիայից խուսափելու նպատակով անհրաժեշտ է ամեն օր փոխել սպեղանին կացնելու վայրը՝ թևերի, ուսերի և կրծքավանդակի հատվածում:

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

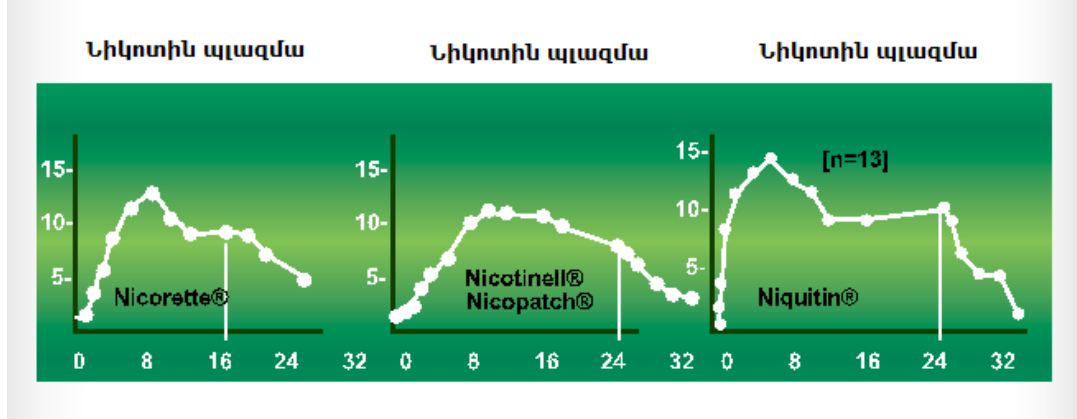
**Աղյուսակ 4.8 Նիկոտին մատակարարող 16 և 24 ժամանոց սպեղանիների՝ նիկոտինի մատակարարման կոնցենտրացիաների համեմատական աղյուսակ**

	0,3մգ/ժ	0,6մգ/ժ	0,9մգ/ժ	1,6մգ/ժ
16 ժամ	5մգ	10մգ	15մգ	25մգ
24 ժամ	7մգ	14մգ	21մգ	

**Սպեղանու տեսակը**

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

**Նկար 4.5 Նիկոտինի կինետիկան 24 ժամվա ընթացքում՝ տարբեր սպեղանիների դեպքում**



Աղբյուր՝ Benowitz 1993<sup>7</sup>

**Ինչպե՞ս օգտագործել սպեղանիները**

Ամեն առավոտ լոգանքից առաջ կամ հետո սպեղանին կպցվում է մարմնին (ուշադիր լինելով չօգտագործել մակերեսային ակտիվ նյութեր, որոնք նվազեցնում են նիկոտինի կլանումը): Օգտագործողը պետք է խուսափի սպեղանին բարձր ճնշման ենթարկվող հատվածներում կպցնելուց: Եթե սպեղանին պոկվում է օրվա ընթացքում, ապա նույն սպեղանին հնարավոր է շարունակել կիրառել՝ այն ամրացնելով կաշուն ժապավենի միջոցով:

**Սպեղանիների ընդհանուր տանելիությունը**

Ինչպես բոլոր նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցներին, այնպես էլ սպեղանիներին բնորոշ է հեշտ տանելիություն բարձր աստիճանի նիկոտինային կախվածությամբ ծխողների կողմից, ովքեր սովորաբար չեն ունենում կողմնակի ազդեցություններ, նույնիսկ բազմաթիվ սպեղանիների օգտագործման դեպքում, մինչդեռ չծխողների մոտ նույնիսկ մեկ սպեղանին կարող է լուրջ կողմնակի ազդեցություններ ունենալ: Այդ կողմնակի ազդեցությունները կախված են նիկոտինի չափաբաժնից և էապես կապված են գրկանքի ախտանշանների հետ:

Սպեղանիներին բնորոշ կողմնակի ազդեցություններից մեկը մաշկի ալերգիան է: Տարածված կողմնակի ազդեցություն է սպեղանին կպցնելու տեղում մաշկի կարմրությունը, որը հաճախ ուղեկցվում է գրգռվածությամբ: Կաշուն սպեղանիներից ալերգիա ունեցող հիվանդների մոտ հնարավոր է լինեն ավելի լուրջ ալերգիկ ռեակցիաներ: Բժիշկները պետք է հարցնեն կաշուն սպեղանիների նկատմամբ ալերգիայի հնարավորության մասին: Եթե ախտանշանները մեղմ են, հնարավոր է փոխել սպեղանու բրենդը, քանի որ տարբեր սպեղանիներ ունեն տարբեր կաշուն նյութեր:

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

**4.3.1.5 Նիկոտինի օրալ փոխարինում**

Շուկայում կան նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ օգտագործման շատ տարբերակներ:

Գոյություն ունեն նիկոտինային փոխարինող բուժման չորս օրալ տարբերակներ՝

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

Նիկոտինի փոխարինման բոլոր այս տեսակները ներծծվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի միջոցով: Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթով նիկոտինի ներծծումը տեղի է ունենում միայն չեզոք pH-ի պայմանում, հետևաբար օգտագործողը նիկոտինային

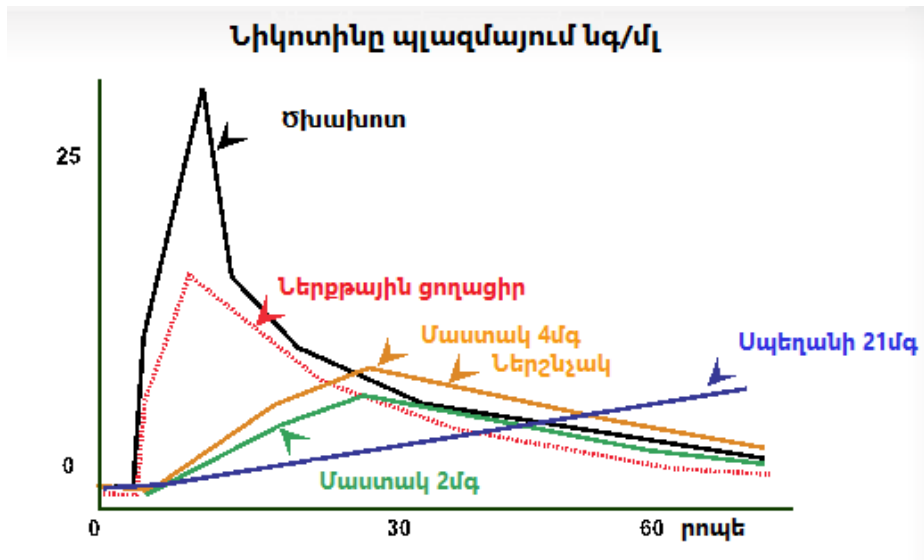
փոխարինող բուժման օրալ տարբերակի ընդունումից 30 րոպե առաջ պետք է խուսափի ուտելուց կամ խմելուց՝ հատկապես գազավորված ըմպելիքներ (որոնք թթվային են):

Պետք է հնարավորինս նվազեցվի կուլ տրվող՝ ստամոքս գնացող թթի քանակը, քանի որ այն կարող է առաջացնել գրգռում կամ զկրտոց: Մաստակի օգտագործման ժամանակ թթարտադրության ավելացումը և թթի կուլ տալը հատկապես բնորոշ են նախկինում մաստակ չօգտագործած կամ արագ ծամող անձանց:

### Օրալ նիկոտինի կենսահասանելությունը

Նիկոտինը բերանի խոռոչի լորձաթաղամթից սկսում է ներծծվել ծամելու ընթացքում և շարունակվում է ներծծվել ծամելը դադարեցնելուց մի քանի րոպե հետո (ընդհանուր առմամբ՝ 15-ից 30 րոպե) (Նկար 4.6):

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



Այսպիսով, օրալ ընդունման դեպքում զարկերակային արյան մեջ նիկոտինի կոնցենտրացիայի աճն ավելի դանդաղ է, քան ծխախոտի կամ ներթափային ցողացրի օգտագործման պարագայում: Նախընտրելի է արյան մեջ նիկոտինի կայուն կոնցենտրացիայի պահպանումը, իսկ նիկոտինի մաստակարարման հանկարծակի կրճատման դեպքում նիկոտինի քանակի լրացումը օրալ նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցով: Մաստակի օգտագործման դեպքում հնարավոր է, որ արյան մեջ նիկոտինի կոնցենտրացիան մի քանի րոպեով գերազանցի ընկալիչները բավարարելու համար նիկոտինի անհրաժեշտ մակարդակը, որը կարող է առաջացնել այդ ընկալիչների զգայունության նվազում և նոր ընկալիչների առաջացում, որոնք կարող են որոշակի ժամանակով պահպանվել: Դրանով է բացատրվում այն փաստը, որ որոշ հիվանդներ ծխելը թողնելուց վեց ամիս կամ մի տարի կամ ավելի երկար ժամանակի ընթացքում դժվարանում են դադարեցնել մաստակի օգտագործումը: Միանգամայն սխալ է պնդել, որ 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 դեպքում, որոնք ապահովում են նիկոտինի դեղակինետիկայի աստիճանական կորագիծ և նպաստում են կախվածության ռեգրեսիային, թերևս օրվա որոշակի ժամանակահատվածներում ծխելու անհագ ցանկությունների առաջացման գնով:

Մաստակում պարունակվող ամբողջ նիկոտինը չի անցնում բերանի խոռոչ և 2 մգ դեղաչափով մաստակի դեպքում 1,5մգ-ից քիչ քանակ է անցնում բերան և արյուն: Օրգանիզմ ներմուծվող նիկոտինի քանակը կախված է մաստակի բրենդից (բոլոր ձևերը 1,5մգ-ից 2մգ մաստակներ են՝ գրեթե կենսակլիվալենտ 2մգ-ին): Անհատական տարբերությունները մեծապես կախված են ծամելու ձևից: Տարբեր արտադրողների սպեղանիների՝ նիկոտինի ներծծման կինետիկ տարբերությունները ավելի մեծ են, համեմատած օրալ ձևերի հետ, թեև օրալ ձևերն անհամեմատ ավելի հաստատուն կոնցենտրացիաներ են ապահովում սիգարետների համեմատ: Նույնիսկ, միևնույն արտադրանքի սիգարետի օգտագործումը օրվա մի պահից մյուսը կարող է հանգեցնել նիկոտինի 1-ից 5-ը տատանվող չափաբաժինների:

Գործնականում այս կինետիկ փոփոխությունները այնքան էլ կարևոր չեն, քանի որ օրալ ձևերի դեղաչափերը որոշում է հիվանդը՝ ընդունելով անհագ ցանկությունը չեզոքացնելու համար անհրաժեշտ քանակ:

Ամեն դեպքում, հիվանդին պետք է զգուշացնել, որ նիկոտինի մաստակը չպետք է օգտագործվի ծամելու մաստակի նման, այլ ընդհակառակը, ծամվի դանդաղ և առանց թուրքը կուլ տալու:

### ***Մաստակ***

Գոյություն ունեն 2մգ և 4մգ դեղաչափերով մաստակներ: 2մգ-անոց մաստակը ցուցված է ցածր և միջին կախվածությամբ ծխողներին, 4մգ-անոցը՝ 7 և ավելի միավորով բարձր կախվածությամբ ծխողներին: Մաստակն ունենում է կամ չեզոք համ, կամ համեմված է անանուխով, դարչինով, նարնջով կամ այլ մրգերի համերով:

Մաստակի ծամելը որոշակի հմտություն է պահանջում՝ արդյունավետ լինելու և այնպիսի կողմնակի ազդեցություններից խուսափելու համար, ինչպիսիք են բերանի ցավերը, ծնոտի, ստամոքսի ցավերը կամ զկրտոցը: Մաստակը ծամվում է մեկ կամ երկու անգամ, հետո 3 րոպե թողնվում է այտի տակ, ապա ծամվում է թուրքում մեկ անգամ 20 րոպեների ընթացքում: Ավարտելուց հետո մաստակը պետք է դնել նետել երեխաների համար անհասանելի տեղում, քանի որ այննիկոտին պարունակող միջոց է:

### ***Ենթալեզվային հաբեր***

Ենթալեզվային հաբերը 2մգ-անոց փոքր չպատիճավորված հաբեր են, որոնք պետք է դրվեն լեզվի տակ: Դրանք կարող են առաջացնել այրող զգացողություն, սակայն անհամ են: Ծամելու կամ հաբերը ծծելու կարիք չկա, որի շնորհիվ առատ թքարտադրություն (որը կարող է առաջացնել զկրտոց) չի դիտվում: Դրանք բերանում հալվում են 15-30 րոպեների ընթացքում:

### ***Բերանում լուծվող հաբեր***

Բերանում լուծվող հաբերն առկա են 1-ից 4մգ դեղաչափերով: Բերանի խոռոչում այս հաբերի ներծծումն իրականանում է ավելի արագ, քան մաստակի դեպքում: Բերանում լուծվող հաբերի օգտագործումը շատ պարզ է, քանի որ նրանք թաղանթապատ են: Դրանք պետք է ծծել դանդաղ՝ առանց ծամելու:

### ***Ներշնչակներ***

Ներշնչակը բաղկացած է ծխափող հիշեցնող (holder) սպիտակ պլաստիկ խողովակից, որը բացվում է նիկոտինի քարթրիջի (cartridge) տեղադրման համար: Ներշնչման ժամանակ, ինչպես դա անում են ծխողները ծխախոտի պարագայում, նիկոտինի փոքր քանակությունն անցնում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթ, որտեղ այն ներծծվում է: Քարթրիջները (cartridge) պարունակում են 10մգ նիկոտին: Որոշ մոլի ծխողներ տուփն օգտագործում են մեկ ժամվա ընթացքում, մյուսները միևնույն ներշնչակը կարող են օգտագործել ամբողջ օրվա ընթացքում

և նույնիսկ մինչ երեկո չվերջացնել քարթրիջը (cartridge): Փոխարինման այս ձևը պահպանում է ծխախոտ ծխելու ժեստը և նիկոտինի ընդունումը:

**Ներքթային ցողացիք**

Դեղատոմսով վաճառվող ներքթային ցողացիքները հասանելի են որոշ երկրներում: Ներքթային ցողացիքները բավական արդյունավետ են զրկանքի ախտանշանների ճնշման գործում: Դրանք ունեն երկու հիմնական թերություններ. առաջին՝առաջացնում են ներքթային գրգռում (երբեմն ուժեղ), երկրորդ՝ նիկոտինը կտրուկ է հասնում գլխուղեղին, զրեթե նույնքան արագ, որքան սիգարետի դեպքում, որով բացատրվում է այս միջոցների նկատմամբ կայուն կախվածությունը:

**4.3.1.6 Նշանակման ցուցումներ**

**Հնարել նիկոտինային փոխարինող բուժման սկզբնական դեղաչափերը**

Ծիւելը դադարեցնելու բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է ապահովել նիկոտինի կոնցենտրացիայի մոտավորապես նույն մակարդակը, որը ստացվում է ծխելիս (80-90%): Այս քանակը սկզբում դժվար է որոշել, քանի որ ծխելու դեպքում որոշ ծխողների մոտ նիկոտինային կախվածությունը 10 անգամ ավելի բարձր է, քան մյուսների մոտ:

Նիկոտինային փոխարինող միջոցների սկզբնական դեղաչափը կարելի է հեշտությամբ որոշել ծխախոտի օրական քանակի և առավոտյան արթնանալուց հետո առաջին սիգարետը ծխելու ժամանակի միջոցով (Աղյուսակ 4.9):<sup>8</sup> Ցածր կախվածության մակարդակ ունեցողների համար կարող է չպահանջվել դեղորայքային բուժում, սակայն ուժեղ կախվածություն ունեցողների համար կարող են պահանջվել երկու սպեղանիներ՝ համակցված օրալ ձևերի 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 այն կարող է անբավարար լինել:

Նիկոտինի բարձր դեղաչափի անհրաժեշտության դեպքում ամենահաճախ առաջարկվող մեթոդը սպեղանիների և օրալ ձևերի կամ մեկից ավելի սպեղանիների համակցումն է:

Պահպանվող անհագ ցանկությունը մեղմացնելու համար, հնարավոր է սպեղանու և օրալ ձևերի համակցումն այնպես, ինչպես որ արվում է քաղցկեղով հիվանդների ցավը թեթևացնելու համար, ովքեր ստանում են երկարաժամկետ մորֆին, այնուհետև հիվանդներին հնարավորություն է տրվում լրացուցիչ դեղաչափերի միջոցով թեթևացնել ցավը: Քանի դեռ հիվանդն ունի անհագ ցանկություն, սպեղանիների և օրալ ձևերի համակցումը վտանգավոր չէ: Համակցված նիկոտինային փոխարինումն ավելի քիչ վտանգավոր է, քան սիգարետների և սիգարետների համակցումը:

**Աղյուսակ 4.9 Նիկոտինային փոխարինական բուժման սկզբնական դեղաչափերի որոշումը (աղբյուր՝ INPES, Ֆրանսիա)<sup>8</sup>**

Առավոտյան արթնանալուց հետո առաջին ծխախոտը ծխելու ժամանակը	Միգարետների օրական քանակը			
	<10 սիգարետ/օր	10-19 սիգարետ/օր	20-30 սիգարետ/օր	>30 սիգարետ/օր
<5 րոպե		Բարձր դեղաչափով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ	Բարձր դեղաչափով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ	Բարձր դեղաչափով 2 սպեղանի (1.8 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ

<30 րուպե		Բարձր դեղաչափով սպեղանի (0.9 մգ/ժ)	Բարձր դեղաչափով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ	Բարձր դեղաչափով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ
<60 րուպե արթնանալուց հետո	Ոչ մի դեղորայք կամ ՆՓԲ	Օրալ ՆՓԲ	Բարձր դեղաչափով սպեղանի (0.9 մգ/ժ)	Բարձր դեղաչափով սպեղանի (0.9 մգ/ժ) +/- օրալ ՆՓԲ
>60 րուպե 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		

Իհարկե, նիկոտինի կոնցենտրացիաները, մեզի կոտինինը կամ արտաշնչված CO-ի մակարդակները երբեմն կարող են օգնել դեղաչափի ավելի ստույգ որոշման հարցում, սակայն այս աղյուսակը առաջարկում է դեղաչափեր, որոնք մեծամասամբ ընդունելի են լինում որպես վերջնական որոշված դեղաչափեր:

***Դեղաչափի հարմարեցումը 24-72 ժամ հետո***

Օրալ նիկոտինային փոխարինողների տարբեր դեղաչափերի առկայությունը նիկոտինի դեղաչափի արագ հարմարեցման հնարավորություն է տալիս, սակայն ծխողները հաճախ հապաղում կամ վախենում են նիկոտինային դեղորայքից, չնայած նրան, որ տարիներ շարունակ ծխախոտի միջոցով ստացել են նիկոտինի բարձր չափաբաժիններ: Ծխողները հաճախ տասնամյակներ շարունակ նիկոտինային ընկալիչների բավարարման համար նիկոտինի կոնցենտրացիաների ադապտացման նպատակով իրականացնում են նիկոտինի կոնցենտրացիաների տիտրումը՝ 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 նշաններ***

Ծխելու անհագ ցանկության առկայության պարագայում բացառվում է նիկոտինի գերդոզավորումը: Ծխելու ցանկության բացակայությամբ հիվանդների մոտ գերդոզավորումը դրսևորվում է չափից շատ ծխած լինելու տպավորությամբ, որն ուղեկցվում է սրտխառնոցով և սրտխփոցով: Այս նշանները ժամանակավոր են և բուժումը դադարեցնելուց մի քանի ժամվա ընթացքում արագ դադարում են: Բուժումը վերսկսվում է նվազեցված դեղաչափերով:

***Թերդոզավորման նշանները***

Թերդոզավորմամբ ծխողների մոտ դիտվում են՝

- ծխելու անհագ ցանկություն,
- ծայրահեղ նյարդայնություն իրենց շրջապատի նկատմամբ,
- ուտելու անհագ ցանկությունը, որը նրանց ստիպում է հաճախակի ուտել,
- քնելու դժվարություններ,
- հաճախ շարունակում են ծխել մի քանի սիգարետներ:

Հաճախ օգտակար է ծխողներին ուղղորդել դեղաչափերի կանոնավոր հարմարեցման.

- Տեղեկություններ տրամադրելով, որպեսզի նրանք շատ դեպքերում կարողանան դեղաչափերը ինքնուրույն հարմարեցնել, կամ
- Խնդրելով նրանց զանգահարել բժշկին՝ ծխելը թողնելուն հաջորդող 24-72 ժամերի ընթացքում,

Նրանց խորհուրդ տալով զանգել ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն տրամադրող թեժ գծերին կամ ծխելը դադարեցնելու այլ աջակցության, ուլքեր կարող են օգնել հարմարեցնել դեղաչափը և տրամադրել ավելի շատ խորհուրդներ:

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

#### **4.3.1.7 Հակացուցումներ**

Նիկոտինի փոխարինման հակացուցումներ չկան, բացառությամբ ակերզիայի 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-ից կամ 15 տարեկանից ցածր տարիքի հիվանդների շրջանում, վերջին ժամանակներում սրտանոթային պատահարներ ունեցած հիվանդներին և հղիներին նշանակելու դեպքերում: Զգուշավորությունը պետք է հավասարակշռվի ծխելու հետ կապված ռիսկի հետ՝ հատկապես այս պայմաններում (ծխախոտ օգտագործողների 50%-ը մահանում են ծխախոտի հետ կապված հիվանդություններից):

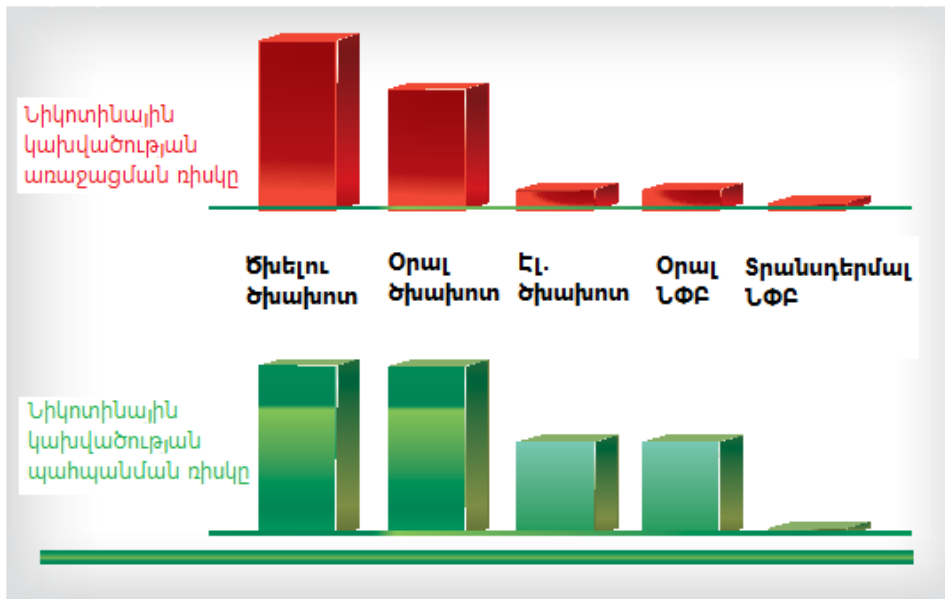
#### **4.3.1.8 Կողմնակի ազդեցություններ, նախազգուշական միջոցներ, զգուշացումներ, դեղերի փոխազդեցություններ**

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 փոխարինողներից կախվածության ռիսկը**

Նիկոտինային փոխարինող բուժումից կախվածությունն ձեռք բերելու ռիսկը շատ փոքր է: Նիկոտինի օրալ ընդունման ձևերի օգտագործումից որոշ ժամանակ հետո նիկոտինի կոնցենտրացիայի կորագիծն արյան մեջ շատ կարճ ժամանակով գերազանցում է ծխելու դեպքում կոնցենտրացիայի բարձրացումը, որը կարող է բերել ծխելը դադարեցնելուց հետո որոշ ծխողների մոտ կախվածության պահպանմանը: Կախվածության ռիսկը ծխախոտի օգտագործման դեպքում ամենաբարձրն է: Այն ավելի ցածր է էլեկտրոնային ծխախոտի և նույնիսկ ավելի ցածր նիկոտինային փոխարինման օրալ ձևերի դեպքում և գրեթե բացակայում է նիկոտինային սպեղանիների դեպքում (Նկար 4.7):

**Նկար 4.7 Կախվածության առաջացման ռիսկը և կախվածության պահպանումը՝ ըստ նիկոտինային միջոցների**



ՆՓԲ- նիկոտինային փոխարինող բուժում

Առողջական լուրջ խնդիրներ չեն դիտվել նիկոտինային մաստակ երկարատև (ամիսներով կամ տարիներով) օգտագործողների շրջանում: Մաստակ օգտագործողները որոշ ժամանակ հետո սովորաբար ինքնուրույն հրաժարվում են մաստակի օգտագործումից:

***Նիկոտինային փոխարինող բուժման ռիսկերը***

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է ունենալ կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են՝ ալերգիկ կամ ոչ ալերգիկ ռեակցիաները: Երբեմն դժվար է տարբերակել՝ արդյոք դիտված կողմնակի ազդեցությունները կապված են ծխելու կարգավիճակի և (այսինքն՝ զրկանքի ախտանշաններ) ապրելակերպի փոփոխության հետ, թե պայմանավորված են դեղերով:

Նիկոտինային փոխարինող միջոցների նկատմամբ ալերգիկ ռեակցիաներն ավելի տեսական, քան գործնական բնույթ են կրում և հիմնականում դրանք բացառություններ են: Այնուամենայնիվ, որոշ ալերգիկ ռեակցիաներ կարող են դիտվել սպեղանու օգտագործման դեպքում, հատկապես, եթե կաշուն հավելյալ նյութեր են օգտագործվում: Նմանատիպ զանգատների 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 փոխարինական բուժման կիրառումը միշտ ավելի անվտանգ է, քան ծխելը:

#### Աղյուսակ 4.10 Նիկոտինի կողմնակի ազդեցությունները

Տարածված կողմնակի ազդեցություններ (յուրաքանչյուր 100 օգտագործողներից 1 և ավել անհատների մոտ)։

- գլխացավ,
- գլխապտույտ,
- զկրտոց,
- կոկորդի ցավ,
- բերանի խոռոչի գրգռում կամ չորություն,
- սրտխառնոց, փսխում, մարսողական խանգարումներ

Ոչ տարածված կողմնակի ազդեցություններ (յուրաքանչյուր 1000 օգտագործողներից 1 և ավել անհատների մոտ)

- Սրտխփոց

Հազվադեպ հանդիպող կողմնակի ազդեցություններ

- Սրտի ռիթմի հանգարումներ

#### ***Բուժման կողմնակի ազդեցությունների՝ ծխելը դադարեցնելու ախտանշանների հետ համեմատություն***

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

- Ծխելը դադարեցնելու ընթացքում շատերի մոտ դիտվում են տարբեր աստիճանների արտահայտվածության դեպրեսիայի նշաններ: Դեպրեսիայի առկայությունը կապված չէ ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոցների օգտագործման հետ, այլ պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ծխելը թողնելը կարող է խթանել (ապաքողարկել) թաքնված դեպրեսիան: Եթե հիվանդն անցյալում տառապել է դեպրեսիայով, 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 ըստ համապատասխան ուղեցույցների:
- Քնի խանգարումը և քնի որակի փոփոխությունները հանդիպում են ծխողների մեծամասնության մոտ, ովքեր թողել են ծխելը՝ անկախ ծխելը թողնելու դեղամիջոցների օգտագործումից: Այս փոփոխություններն ունեն ծանրության տարբեր աստիճաններ: Դրանք պահանջում են առնվազն քնի խանգարման ծանրության գնահատում: Մղձավանջների առկայությունը հնարավոր դեպրեսիայի ահազանգ կարող է լինել: Եթե մղձավանջերը դիտվում են սպեղանի օգտագործողների մոտ, ապա խորհուրդ է տրվում գիշերային քնի ընթացքում հեռացնել սպեղանիները:

#### ***Առաջարկություններ***

- Նիկոտինային փոխարինական բուժումը դիտվում է որպես ծխելը դադարեցնելու համար արդյունավետ դեղորայքային բուժում: (A մակարդակի ապացույց):
- Օրալ նիկոտինային փոխարինող բուժման և նիկոտինային սպեղանիների համակցումը բարձրացնում է ծխելը թողնելու հաջողությունը: (A մակարդակի ապացույց):
- Ապացուցված է, որ 14 շաբաթներից ավել նիկոտինային փոխարինող բուժման երկարաձգված օգտագործումը բարձրացնում է ծխելը թողնելու հաջողությունը (A մակարդակի ապացույց):

#### **4.3.2 Բուժումը բույրոպիոնով**

Բույրոպիոնն առաջին ոչ-նիկոտինային դեղամիջոցն է, որի արդյունավետությունն

ապացուցված է նիկոտինային կախվածության բուժման համար: Բուսպրոպիոնն ամբողջ աշխարհում հայտնի է 1997 թվականից, իսկ Եվրոպայում՝ 2000 թվականից: Այն հասանելի է միայն դեղատոմսով: Այս դեղամիջոցը երկար ժամանակ ԱՄՆ-ում օգտագործվել է շիզոֆրենիայի և այլ հիվանդությունների բուժման համար: Այս դեղամիջոցն օգտագործող շատ հիվանդներ ակամայից թողնում էին ծխելը և Լինդա Ֆերրին, ով այդ հիվանդներին բուժող բժիշկն էր, սկսեց ուսումնասիրել այս դեղամիջոցի արդյունավետությունը ծխելը դադարեցնելու համար: Հետագայում ստեղծվեց և վաճառքի հանվեց դանդաղ արտադրվող և երկարատև ազդեցությամբ դեղահաբի տեսակը: Քանի որ բուսպրոպիոնը ԱՄՆ-ում 1989 թվականից՝ օգտագործվում էր որպես հակադեպրեսանտ, դրա բացասական ազդեցությունները լավ ուսումնասիրված և փաստագրված են:<sup>10</sup> Ինչպես և այլ հակադեպրեսանտների կիրառության դեպքում, բուսպրոպիոնով բուժման դեպքում ևս առավել տարածված կողմնակի ազդեցություններից են բերանի չորությունը, անքնությունը և գլխացավերը: Այս դեղամիջոցն օգտագործողները պետք է տեղեկացված լինեն կողմնակի ազդեցությունների մասին:

### ***Ազդեցության մեխանիզմը***

Լաբորատոր փորձակումներով (in-vitro) ցույց է տրվել, որ բուսպրոպիոնը նմանակում է սիգարետից ստացվող նիկոտինի ազդեցությունը՝ արգելափակելով հակախոլիներգիկ նիկոտինային ընկալիչները և խոչընդոտելով նորադրենալինի և դոֆամինի վերակլանումը նյարդային վերջույթներում:<sup>11</sup> Ենթադրվում է, որ այս մեխանիզմով է պայմանավորված նիկոտինային զրկանքի ախտանշանների նվազեցումը: Նիկոտինային կախվածության համար բուսպրոպիոնի արդյունավետությունը հակադեպրեսանտ ազդեցությունից անկախ հատկություն է, քանի որ այդ դեղամիջոցը ծխելը թողնելու բուժական ազդեցություն ունի նաև դեպրեսիա չունեցող հիվանդների մոտ:<sup>12</sup>

Բուսպրոպիոնը նպաստում է նիկոտինային զրկանքի որոշ ախտանշանների, մասնավորապես դեպրեսիայի վերացմանը, որի շնորհիվ այն խորհուրդ է տրվում որպես ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ միջոց: Բուսպրոպիոնն օգնում է նվազեցնելու ծխելու ցանկությունը: Ծանր նիկոտինային կախվածությամբ ծխողներին բուսպրոպիոնի տարամադրումը համեմատաբար նվազեցնում է զրկանքի հետ կապված դեպրեսիայի ախտանշանները: Բուսպրոպիոնը, համեմատած պլացեբոյի, կրկնապատկում է ծխելը դադարեցնելու հաջողությունը և երկու սեռերի համար ունի նմանատիպ ազդեցություն:<sup>12</sup>

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

### ***Բուսպրոպիոնի արդյունավետության կլինիկական ապացույցները***

44 ուսնդումիզացված հետազոտությունների մետա-անալիզը փաստում է նիկոտինային կախվածության բուժման գործընթացում բուսպրոպիոնի արդյունավետությունը և եզրակացնում, որ պլացեբոյի հետ համեմատած՝ բուսպրոպիոնը զգալիորեն բարձրացնում է ծխախոտից երկարատև 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 բուսպրոպիոնով բուժված հիվանդների 27%-ը 6 ամիս հետո եղել են ծխախոտից ազատ, համեմատած պլացեբո խմբի 16%-ի հետ:<sup>14</sup> Պլացեբոյի համեմատ, բուսպրոպիոնի և վարքային թերապիայի համակցումը կրկնապատկել է բուժման հաջողությունը:<sup>15</sup> Դոֆամինի ընկալիչի D2 գենի DRD2 Taq1 A2/A2 գենոտիպ ունեցող ծխողների ենթախմբերում բուսպրոպիոնով

բուժման խմբում հաջողությունը 3 անգամ ավել է եղել պլացեբոյի համեմատ:<sup>16</sup> Բուպրոպիոնը նաև նվազեցրել է ծխելու անհագ ցանկությունը և նվազեցրել է ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը:<sup>17</sup>

### ***Ցուցումներ***

Բուպրոպիոնը ծխախոտային կախվածության բուժման առաջին շաբթի դեղամիջոց է, որի արդյունավետությունն ապացուցված է ծխախոտային կախվածության բուժման գործընթացում: Բուպրոպիոնը վաճառվում է միայն բժշկի կողմից տրված դեղատոմսով՝ ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիա ունեցող բոլոր հիվանդներին, ովքեր չունեն հակացուցումներ: Միննույն ժամանակ, այն արդյունավետ այլընտրանք է այն հիվանդների համար, ովքեր չեն կարողանում ընդունել նիկոտինային փոխարինող բուժում, անհաջողության են կրել նիկոտինային փոխարինող բուժման ժամանակ կամ նախընտրում են ոչ նիկոտինային թերապիաներ:

Որպես ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ դեղամիջոց՝ բուպրոպիոնը ցուցված է հետևյալ իրավիճակներում.

- ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումից խուսափելու համար. բուպրոպիոնը կարող է օգտագործվել ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումով մտահոգված ծխողների համար: Այսպիսով, Հեյսը և համահեղինակները (Hays et al.), իրենց հետազոտությունում ցույց են տվել բուպրոպիոնով բուժման կուրսի ավարտից մեկ տարի հետո պլացեբոյի համեմատ քաշի ավելի լավ վերահսկողություն, զուգակցված ծխելուց հրաժարվելու բարձր ցուցանիշների հետ:<sup>18</sup>
- Ծխելու ախտադարձը կանխելու համար (այն հիվանդների մոտ, ովքեր անցել են բուպրոպիոնի յոթ շաբաթյա կուրս և դադարեցրել են ծխելը, շարունակում են բուպրոպիոնով բուժումը մինչև 52 շաբաթներ՝ ծխելու ախտադարձի կանխարգելման համար):
- Ալկոհոլային կախվածություն ունեցող հիվանդների վերականգնման ընթացքում ծխելու ախտադարձի կանխման նպատակով:
- Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ տառապողների համար: Չնայած նրան, որ Գարսիա Ռիոն և համահեղինակները (Garcia Rio et al.) վարկած են առաջարկել, համաձայն որի՝ բուպրոպիոնը կարող է վնասել թոքերի վենտիլացիոն պատասխանը հիպօքսիայի և հիպերկապնիայի նկատմամբ, ինչը կարող է վատթարացնել թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության ընթացքը, այնուամենայնիվ, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ տառապողների շրջանում իրականացված ոչ մի հետազոտություն չի փաստում այդ վնասակար ազդեցությունը:<sup>19</sup>

### ***Կլինիկական օգտագործումը***

Բուպրոպիոնը հասանելի է 150մգ-անոց 28 հաբերից բաղկացած տուփերով: Առաջին երեք օրը հիվանդները ամեն առավոտ խմում են բուպրոպիոնի 150մգ դեղահատը, այնուհետև բուժման կուրսի մնացած 7-ից 9 կամ 12 շաբաթների ընթացքում՝ 150մգ օրը երկու անգամ (նվազագույնը 8 ժամ ինտերվալով): Նախնական բուժման սևողության երկարաձգվող կարող է նպաստել ավելի տևական ծխախոտային զրկանքի: Երկարատև թերապիայի համար 150մգ բուպրոպիոնի օգտագործումը պետք է դիտարկել ծխելը թողնելուց հետո մինչև վեց ամիս:<sup>20</sup>

Բուպրոպիոնով բուժումը պետք է սկսեն ծխելը թողնելուց 1-ից 2 շաբաթ առաջ: Նրանք բուժման երկրորդ շաբաթվա ընթացքում պետք է սահմանեն ծխելը թողնելու ամսաթիվը և սկսեն բուպրոպիոնի օգտագործումը՝ չնայած նրան, որ դեռ ծխում են: Համարվում է, որ բուժումը սկսելուց մեկ կամ երկու շաբաթ հետո բուպրոպիոնի մակարդակը պլազմայում հասնում է հաստատուն մակարդակի, և հիվանդը կարող է ծխելը դադարեցնելու փորձ անել: Ապացուցվել է, որ բուժմանը զուգահեռ ծխելը նշանակալիորեն չի ազդում բուպրոպիոնով

դեղաբուժության վրա: Ըստ որոշ հեղինակների, եթե հիվանդին չի հաջողվում դադարեցնել ծխելը մինչ սահմանված օրը, ապա պետք է խորհուրդ տալ հետաձգել դադարեցումը մինչև բուժման երրորդ կամ չորրորդ շաբաթը՝ մինչև գրկանքին հասնելը:<sup>20</sup>

### ***Նշանակման վերաբերյալ ցուցումներ***

*Օխելը դադարեցնելու նշանակված օրվան նախորդող օրերի ընթացքում ծխելը դադարեցնելը*։ Ապացուցված է, որ որոշ հիվանդների մոտ դիտվում է ծխելու ցանկության կորուստ կամ օգտագործվող ծխախոտի քանակն ինքնաբերաբար նվազեցվում է ավելի վաղ ժամկետներում, նախքան ծխելը թողնելու սահմանված օրը:

*Դեղաչափի մասին տեղեկություն*։ անքնության առկայության դեպքում խորհուրդ է տրվում երեկոյան դեղաչափն ընդունել ցերեկը:

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

### ***Հակացուցումներ***

Բուսրոպիոնով բուժման հակացուցումները հետևյալն են.

- 18-ից ցածր տարիք,
- Հղիություն, կրծքով կերակրում (հղի ծխողների մոտ ծխախոտային կախվածության բուժման համար բուսրոպիոնի օգտագործման արդյունավետությունն ապացուցված չէ),
- Բուսրոպիոնի կողմնակի ազդեցությունները չեն ուսումնասիրվել կրծքով կերակրող հիվանդների մոտ,
- Բուսրոպիոնի կամ նրա ոչ ակտիվ բաղադրիչների նկատմամբ գերզգայունություն,
- Նախկին կամ ներկայիս ցնցումային (կոնվուլսիվ) խանգարումներ, գլխի և գլխուղեղի ուռուցքներ, ցնցման բժշկական պատմություն կամ ցնցման բարենպաստ պայմաններ,
- Ուտելու (սնվելու) խանգարումներ,
- Երկբևեռ (բիպոլար) խանգարումներ,
- Ալկոհոլի քրոնիկ օգտագործման գրկանք, լյարդի ծանր անբավարարություն, լյարդի ցիռոզ,
- Վերջին երկու շաբաթների ընթացքում ՄԱՕ-ի (մոնոամինօքսիդազ) ինհիբիտորների օգտագործում, բենզոդիազեպինի օգտագործման պատմություն:

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

#### ***Հիմնական կողմնակի ազդեցությունները***

Բուսրոպիոն ստացող հիվանդների մոտ կլինիկական հետազոտությունների վերլուծությունը բացահայտել է հետևյալ կողմնակի ազդեցությունները՝ համեմատած պլացեբոյի հետ:<sup>1</sup> Բուսրոպիոն ստացող հիվանդների մոտ ամենից հաճախ դիտվող կողմնակի ազդեցություններն են՝

- անքնություն,
- գլխացավ,
- բերանի չորություն:

Բերանի չորությունը և գլխացավը մեղմացնելու համար խորհուրդ է տրվում օրական խմել երկուսից երեք լիտր հեղուկ: Անքնությունից խուսափելու համար խորհուրդ է տրվում բուսրոպիոնի առաջին հաբն ընդունել առավոտյան, որքան հնարավոր է շուտ, որպեսզի երեկոյան ընդունվող երկրորդ հաբը հնարավոր լինի ընդունել ավելի շուտ՝ նախընտրելի է քնելուց առնվազն 4 ժամ առաջ: Անքնությունը կարելի է նվազեցնել նաև բուսրոպիոնի դեղաչափը մինչև 150մգ/օրական դարձնելու միջոցով:

Բուսպրոպիոնի օգտագործմամբ ծխելը դադարեցնելու բուժման վերաբերյալ 2001-2004 թվականներին իրականացված ֆրանսիական հետազոտության հեղինակները բուսպրոպիոնով բուժվող 698,000 հիվանդների շրջանում նկատել են 1682 կողմնակի ազդեցություններ՝ Ֆրանսիայում դեղամիջոցի վաճառքի առաջին երեք տարիների ընթացքում:<sup>21</sup> Այս 1682 կողմնակի ազդեցություններից 28%-ը գրանցվել են որպես սուր կողմնակի ազդեցություններ, որոնցից են.

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

Դեպքերի մանրակրկիտ վերլուծությունից հետո ապացուցվեց, որ նյարդային/հոգեբանական ռեակցիաների 66%-ի և նյարդային ռեակցիաների գրեթե 50%-ի դեպքում առկա էին նախատրամադրող ռիսկի գործոններ:<sup>21</sup>

### ***Այլ կողմնակի ազդեցություններ***

Գլխապտույտը, զարկերակային բարձր ճնշումը, կրծքավանդակի ցավը, տազնապի/դեպրեսիայի համախտանիշը, մտավոր ունակությունների/կարողությունների նվազումը, տեսողական խանգարումը և հազվադեպ՝ ցնցումը, նույնիսկ մաշկի ալերգիկ ռեակցիաները նկարագրվում են որպես բուսպրոպիոնի օգտագործմամբ պայմանավորված կողմնակի ազդեցություններ: Ամենամտահոգիչ կողմնակի ազդեցությունը ցնցումն է. այն դիտվում է շատ հազվադեպ (1:1000) և, որպես կանոն, դրան նպաստում են նախապայման հանդիսացող ռիսկի գործոնները, ինչպիսիք են՝ գլխուղեղի արյան շրջանառության խանգարումները, գանգուղեղային վնասվածքները, էպիլեպսիան, ուտելու խանգարումները, ցնցման շեմը (threshold) նվազեցնող 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 սինդրոմը (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH)), որոնք հոգեմետ ազդեցությանը բնորոշ բարդություններ են:<sup>23</sup>

### ***Օգտագործման զգուշավորություն***

Տարեցների, ինչպես նաև երիկամային և լյարդային անբավարարությամբ հիվանդների շրջանում խորհուրդ է տրվում կիսով չափ նվազեցնել բուսպրոպիոնի դեղաչափը, այսինքն՝ 150մգ բուսպրոպիոն/օրական: Վարորդներին և այն հիվանդներին, ովքեր գործ ունեն զգոնություն պահանջող սարքավորումների հետ, նախքան այդ գործողությունները կատարելը խորհուրդ է տրվում ստուգել բուսպրոպիոնի հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները, քանի որ դեղամիջոցի կողմնակի ազդեցությամբ կարող են դիտվել գլխապտույտ, ուշադրության կենտրոնացման խանգարումներ:

Քանի որ բուսպրոպիոնով բուժվող հիվանդների մոտ դիտվել է զարկերակային ճնշման (ՁՃ) բարձրացում, հարկավոր է ՁՃ ուշադիր մոնիթորինգ, հատկապես այն դեպքում, երբ օգտագործվում են թերապևտիկ համակցումներ, ինչպես օրինակ՝ բուսպրոպիոնի և նիկոտինի սպեղանիների համակցումը:

Բուսպրոպիոն, ինչպես նաև ծխելը դադարեցնելու այլ դեղամիջոցներ օգտագործող բոլոր հիվանդները պետք է վերահսկվեն հետևյալ կատեգորիաների ախտանշանների համար՝ վարքային խանգարումներ, բարկություն, հուզմունք, վատ տրամադրություն, սուլիցիդալ մտքեր/փորձեր և վարքային անոմալ մտքեր: Նման ախտանշաններ ի հայտ գալու դեպքում հիվանդները պետք է անմիջապես դադարեցնեն բուսպրոպիոնի օգտագործումը և կապ հաստատեն իրենց բժշկի հետ:<sup>24</sup> Եվրոպական դեղերի գործակալություն (EMEA) ու սննդի և

դեղերի վարչությունը (FDA) խորհուրդ են տալիս, որ հիվանդներն իրենց բժիշկներին պատմեն նախկինում ունեցած կամ ներկայում առկա հոգեկան որևէ հիվանդության մասին՝ նախքան դեղամիջոցի ընդունումը, իսկ բժիշկներին ցուցվում է այս դեղամիջոցի նշանակելիս վերահսկել տրամադրության և վարքի փոփոխությունների վաղ հայտնաբերման ուղղությամբ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելել սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կայքը «սն-տուփ» նախագրուշացումների համար:<sup>25,26</sup>

- Բուլարոպիոն նշանակելուց առաջ բժիշկը պետք է ստուգի բուլարոպիոնի կիրառության դեպքում զգուշավորություն պահանջող հետևյալ ասպեկտները. Դեղամիջոցների/ նյութերի ընդունում, որոնք կարող են բարձրացնել ցնցումայնության ռիսկը՝ նվազեցնել շեմբային սահմանները (convulsive threshold.)՝ հոգեմետ դեղամիջոցները, հակադեպրեսանտները, տրամադրը, մեթիլքսանտինները, համակարգային ազդեցությամբ ստերոիդները, հակահիստամինային միջոցներ, քինոլոնների խմբի հակաբիոտիկները, հոգե-խթանիչ (psycho-stimulating) կամ անորեքսիկ (anorexic) նյութերը:
- ալկոհոլի չարաշահման նախապատմությունը,
- շաքարային դիաբետի կամ գանգի և գլխուղեղի վնասվածքների անամնեզ:

Բուլարոպիոնի հետ փոխազդող դեղամիջոցների միաժամանակյա օգտագործման դեպքում նույնպես խորհուրդ է տրվում լինել ավելի ուշադիր: Զգուշություն է պահանջվում այն դեղամիջոցների օգտագործման դեպքում, որոնք դրդում կամ արգելակում են 2D6 կամ P450 ֆերմենտը: Մինևույն ժամանակ խորհուրդ է տրվում չափել ՋՃ-ը, ինչպես նաև թեոֆիլինի (theophylline), տակրինի (tacrine), քլոզապինի (clozapine), իմիպրամինի (imipramine), ֆլուվոքսամինի (flvoxamine) և պենտազոցինի (pentazocyne) կոնցենտրացիաները, քանի որ դրանք կարող են բարձրանալ բուլարոպիոնի հետ միաժամանակյա օգտագործման դեպքում: Բուլարոպիոնի հետ ընդունումը բարձրացնում է որոշ դեղամիջոցների արյան տիտրը, օրինակ՝ որոշ հակադեպրեսանտներ (իմիպրամին (imipramine), պարոքսետին (paroxetine) և դեզիպրամին (desipramine), որոշ հոգեմետ դեղամիջոցներ (ռիսպերիդոն (risperidone), թիորիդազին (thioridazine), մետրոպրոլոլը, պրոպաֆենոն (propafenone) հակա-առիթմիկ դեղամիջոցը: Խորհուրդ է տրվում նաև զգուշանալ բուլարոպիոնի հետ հետևյալ դեղամիջոցների օգտագործման դեպքում՝ ցիկլոֆոսֆամիդ (cyclophosphamide), կարբամազեպին (carbamazepine), վալպրոատ (valproate), լևոդոպա (levodopa) և ամանտադին (amantadine):<sup>1</sup>

***Բուլարոպիոնի ընդունման ընդհատման համար ցուցումներ՝***

- ցնցումների առաջացում,
- շիճուկային հիվանդության ախտանշաններ՝ հոդերի կամ մկանային ցավեր, ջերմության բարձրացում,
- անաֆիլատիկ ռեակցիաներ կամ գերզգայունություն՝ մաշկի կարմրություն, ցան, ցավեր/կոկորդի սպազմ, հևոց, այտուցներ:

***Բուլարոպիոնով բուժման ծախս-արդյունավետությունը***

Օխելու դադարեցման առաջին շաբթի ոչ-նիկոտինային դեղամիջոցներով բուժման մոդելների (վարենիկլին և բուլարոպիոն) ծախս-արդյունավետությունն ուսումնասիրող համակարգված վերլուծությունը ցույց է տվել վարենիկլինի առավելությունը բուլարոպիոնի նկատմամբ՝ ծախս-արդյունավետության տեսանկյունից:<sup>27</sup> Մակայն, արդյունքների մեկնաբանության ժամանակ պետք է հաշվի առնել այդ մոդելների կիրառելիությունը կլինիկական պրակտիկայում և ծախս-արդյունավետության եզրակացության վրա փոփոխականների ազդեցությունը:<sup>27</sup>

### ***Առաջարկություններ***

- Բուպրոպիոնն 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 թվականին: Վարենիկլինը վաճառվում է դեղատոմսով:

#### **4.3.3.1 Ազդեցության մեխանիզմը**

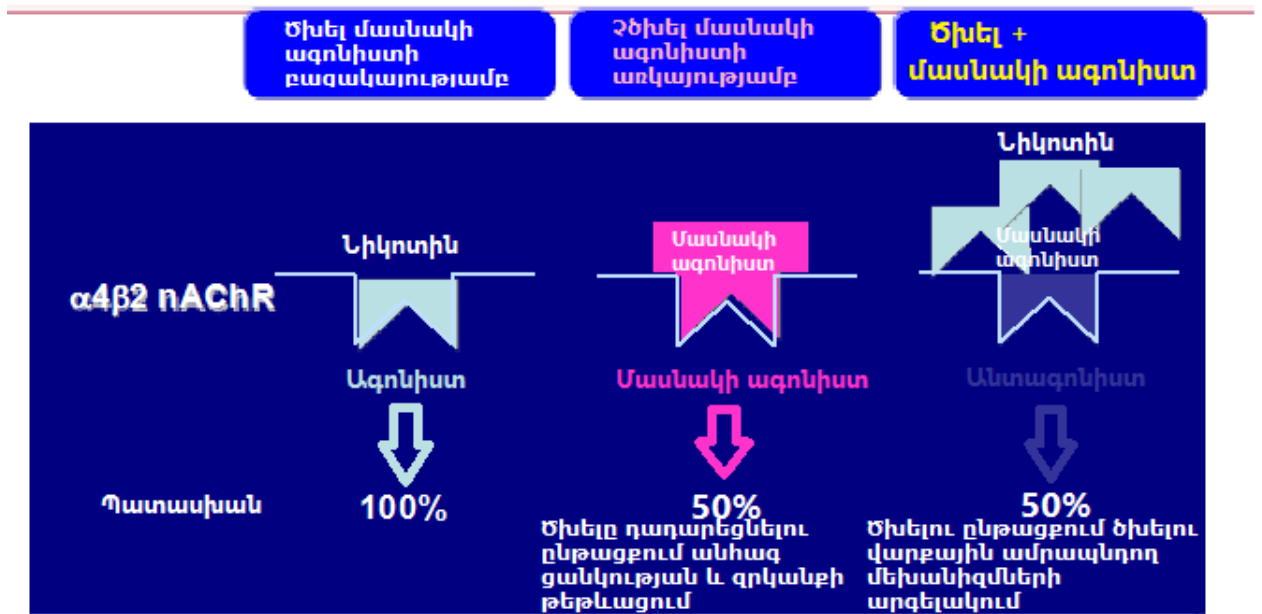
Ծխախոտային կախվածության բուժման ընթացքում վարենիկլինի ազդեցության մեխանիզմը հասկանալու համար նախ անհրաժեշտ է քննարկել ծխախոտային կախվածության խթանման մեջ նիկոտինի ունեցած դերը: Նիկոտինն ազդում է գլխուղեղի վենտրալ տեզմենտային հատվածի սահմանում նիկոտինի նեյրոնային ացետիլխոլինային ընկալիչների վրա (nAChR)՝ առաջացնելով դոֆամինի արտազատում դեպի սահմանակից կորիզը (nucleus accumbens), որն էլ ամրապնդում է նիկոտինի կարիք ունենալու վարքագիծը: Վենտրալ տեզմենտային հատվածում այս ընկալիչների ակտիվացումը տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ արյան մեջ նիկոտինի մակարդակը բավարար է:<sup>28</sup>

Վենտրոնական նյարդային համակարգում ացետիլխոլինային ռեցեպտորների (AChR) նիկոտինային ենթատեսակները հիմնականում ալֆա4բետա2 ( $\alpha 4\beta 2$ ) և ալֆա7 տարբերակներն են: Սրանցից առաջինը կենտրոնական նյարդային համակարգում ամենատարածվածն է՝ կազմելով 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 և գլխավոր կենսամոլեկուլային թիրախն է:<sup>29</sup> Ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոցների համար որպես պոտենցիալ թիրախ ճանաչվել է  $\alpha 4\beta 2$  ընկալիչը, հատկապես նրանց համար, որոնք այս ընկալիչի հանդեպ ունեն մասնակի ազոնիստական ազդեցություն:<sup>30</sup>

Վարենիկլինը մշակվել է այնպես, որպեսզի մեզոլիմբային դոֆամինային համակարգում մեծ խնամակցություն ունենա  $\alpha 4\beta 2$  nAChR-ի հետ 31 և գործի որպես  $\alpha 4\beta 2$  nAChR-ի ընտրովի մասնակի ազոնիստ:<sup>28</sup> Բացի այդ, այն ունի ընկալիչ-կախյալ գործելակերպ, գործելով 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 քիչ-արդյունավետ մասնակի ազոնիստ և ալֆա7 nAChR-ի բարձր-արդյունավետ 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 և նպաստում է զրկանքին: Նիկոտինի ալֆա4 բետա2 նեյրոնային ացետիլխոլինային ընկալիչների նկատմամբ մասնակի անտագոնիզմի շնորհիվ արգելակվում է նիկոտինի կապումը այս ռեցեպտորների հետ՝ հանգեցնելով ծխելուց ստացվող հաճույքի նվազեցման (Տե՛սՆկար 4.8):

Ապացուցվել է, որ վարենիկլինը նվազեցնում է ծխելու ցանկություններ ցույց են տվել, որ պլացեբո խմբի համեմատ, ծխելու անհագ ցանկությունը հավաստիորեն ցածր է այն մասնակիցների մոտ, ովքեր ստացել են վարենիկլին (համեմատած պլացեբոյի հետ  $P=0.001$ ):<sup>24</sup> Վարենիկլինի  $\alpha 4\beta 2$  nAChR նկատմամբ ունեցած մասնակի անտագոնիստական հատկության շնորհիվ վարենիկլին ստացող ծխողների մոտ ծխելուց բավարարվածությանը զգացումը հավաստիորեն ավելի ցածր է, քան պլացեբո խմբի ծխողների մոտ:<sup>24</sup>

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



**4.3.3.2 Վարենիկլինի արդյունավետության կլինիկական ապացույցները Արդյունավետությունը առողջ չափահասների մոտ**

Մետա-անալիզը տվյալներ է հավաքվել կլինիկական 15 հետազոտություններից, որոնք ներառել են կա՛մ վարենիկլին, կա՛մ պլացեբո ստացող 12,233 մասնակիցներ: Ավելի քան 9-24 շաբաթներ շարունակվող զրկանքի վերաբերյալ վերլուծությունները ցույց են տվել 2.27 (95% ՀՄ՝ 2.02-2.55) ռիսկի հարաբերակցություն (ՀՌ)՝ ի օգուտ օրական երկու անգամ 1.0մգ վարենիկլինի:<sup>32</sup>

Քոքրեյնի համագործակցության կողմից հրատարակված մետա-անալիզը ցույց է տվել վարենիկլինի առավելությունը նիկոտինային փոխարինող բուժման մոնոթերապիայի՝ միայն մեկ տեսակի նշանակման (ՀԳ (OR) 1.57, 95% ՀՄ՝ 1.29-ից 1.92), ինչպես նաև բուպրոպիոնի (ՀԳ 1.59, 95% ՀՄ՝ 1.29-ից 1.96) համեմատ, սակայն վարենիկլինով բուժումը հավաստիորեն ավելի արդյունավետ չի եղել, քան համակցված բուժումը (ՀԳ 1.06, 95% ՀՄ՝ 0.75-ից 1.48):<sup>4</sup>

Մետա-անալիզում ընդգրկված են նաև երեք հետազոտություններ, որոնք համեմատում են վարենիկլինի արդյունավետությունը հաստատուն-արտազատմամբ բուպրոպիոնի հետ: Այս հետազոտությունները ապացուցվել է վարենիկլինի առավելությունը բուպրոպիոնի նկատմամբ ծխախոտից կայուն հրաժարվելու 52րդ շաբաթում (ՀՌ 1.59, 95% ՀՄ՝ 1.29-1.96):<sup>4</sup>

Գոնսալեսի (Gonzalesetal.) և Ժորենբեյի (Jorenbyetal.) կողմից իրականացված ծխելը դադարեցնելու համար վարենիկլինի, բուպրոպիոնի և պլացեբոյի հարաբերական արդյունավետությունը ուսումնասիրող III փուլի հետազոտությունների ընդհանուր վերլուծության արդյունքում, պարզել է, որ 9-ից 12 շաբաթների համար շարունակական զրկանքի ընդհանուր ցուցանիշները վարենիկլինի համար եղել են հավաստիորեն ավելի բարձր՝ համեմատած բուպրոպիոնի և պլացեբոյի հետ (համապատասխանաբար 44.0%, 29.7% և 17.7%, երկու համեմատությունների դեպքում էլ՝ P=0.001):<sup>31</sup>

Նմանատիպ այլ վերլուծության մեջ, որը գնահատել է ծխողների մոտ վարենիկլինի, բուպրոպիոնի և պլացեբոյի ազդեցություններն անհազ ցանկության և զրկանքի ախտանշանների վրա, Վեսթը (Westetal.) գտել է, որ բոլոր մասնակիցների մոտ անհազ ցանկությունները հավաստիորեն նվազել են վարենիկլինի կամ բուպրոպիոնի դեպքում (երկու դեպքում էլ՝ P=0.001)՝ համեմատած պլացեբոյի հետ, և վարենիկլինի դեպքում՝ համեմատած բուպրոպիոնի հետ (P=0.008): Վարենիկլինը կամ բուպրոպիոնը հավաստիորեն

արգելակում են բացասական գրկանքի համախտանիշը՝ համեմատած պլացեբոյի հետ: Ավելին, վարենիկլինոլ բուժված հիվանդների մոտ ծխելուց ստացած գոհունակությունը հավաստիորեն ավելի ցածր է՝ համեմատած բույրոպիոնոլ բուժված հիվանդների հետ:<sup>33</sup>

Միասին վերցրած, այս բոլոր կլինիկական տվյալները ապացուցում են վարենիկլինի առավելությունը վարենիկլինի պլացեբոյի, նիկոտինային մոնոթերապիայի և բույրոպիոնի համեմատ: Վարենիկլինը ոչ միայն հավաստիորեն նվազեցնում է ծխելու անհագ ցանկությունները և գրկանքի ախտանշանները, այլև հավաստիորեն նվազեցնում է նիկոտինից հոգեկան գոհացման զգացողությունը և հետաձգում ծխելու ախտադարձը:<sup>34</sup>

### ***Տեսական բուժման արդյունավետությունը***

Հաստատված է, որ վարենիկլինոլ ավելի երկար բուժումը 6-ից 12 ամիսների գրկանքի ցուցանիշի առումով ավելի արդյունավետ է, քան կարճատև բուժումը: Երկարատև բուժումը գնահատող հետազոտության մեջ, 12 շաբաթ բաց-պիտակներով վարենիկլինոլ բուժում ստացող և ծխելու գրկանքին հասած մասնակիցները պատահականության սկզբունքով բաժանվել են 2 խմբի և հետազոտությունը շարունակվել է ևս 12 շաբաթ. 1 խումբը շարունակել է ստանալ օրական 1մգ վարենիկլին, իսկ մյուս խումբը՝ պլացեբո դեղամիջոցներ: Բուժման ավարտական փուլում (հետազոտության 24-րդ շաբաթ) ակտիվ բուժում ստացող մասնակիցների 71%-ը եղել է ծխից ազատ՝ համեմատած պլացեբո ստացող մասնակիցների 50% արդյունքի հետ (ՀԳ 2.48, 95% ՀՄ՝ 1.95-3.16): Հետագա 52 շաբաթներում, վարենիկլին ստացած մասնակիցները ունեցել են ծխելու գրկանքի հավաստիորեն ավելի բարձր ցուցանիշներ՝ համեմատած պլացեբո ստացած մասնակիցների հետ (13-52 շաբաթներ շարունակական գրկանքի 44%-ը 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-շաբաթանոց կուրսն ավելի արդյունավետ է այն ծխողների համար, ովքեր բուժման սկզբում ունեցել են ծխելու գրկանքին հասնելու դժվարություններ:<sup>36</sup> Գոյություն ունեն նաև գիտական ապացույցներ այն մասին, որ վարենիկլինը լավ տանելի է երկար ժամանակահատվածում (երեքից վեց ամիսներից ավելի, մինչև մեկ տարի) և բուժման երկարաձգումը կանխում է ախտադարձը:

Վարենիկլինոլ երկարատև բուժման անվտանգությունը և արդյունավետությունը (վեց ամիս) նույնպես ապացուցվել է՝ մեկ այլ հետազոտությամբ, որում ընդգրկված 377 չափահաս ծխողը մասնակիցները ռանդոմիզացվել են վարենիկլինի (1մգ օրական երկու անգամ) կամ պլացեբոյի խմբերում՝ 52 շաբաթների համար: Դեղամիջոցը լավ հանդուրժելի է եղել: Վարենիկլինոլ բուժված մասնակիցների համար 52-րդ շաբաթում յոթ-օր սկզբունքով գրկանքի ցուցանիշը 37% է եղել, համեմատած 8%-ի հետ՝ պլացեբո խմբի համար:<sup>37</sup>

Մեկ այլ հետազոտություն գնահատել է, թե որքանով են ծխողները, ում չի հաջողվել թողնել ծխելը նշանակված օրը կամ ձախողել են նշանակված օրվանից հետո, ի վերջո հասնում հաջողության՝ շարունակական բուժման միջոցով: Մա իրականացվել է երկու նմանատիպ հետազոտությունների՝ վարենիկլինն ընդդեմ բույրոպիոնի և պլացեբոյի, ընդհանուր տվյալների երկրորդային վերլուծությամբ: Բուժման վերջին չորս շաբաթներում (9-12-րդ շաբաթներ) շարունակական գրկանքի հասած ծխողների մոտ բացահայտվել են ծխելը թողնելու երկու հաջող օրինաչափություններ. ծխելը անմիջապես թողնողներ, ովքեր թողնում են ծխելը նշանակված օրը (8-րդ օր) և շարունակաբար մնում են ծխից ազատ 2-ից 12 շաբաթների ընթացքում և ծխելը դանդաղ թողնողներ, ովքեր ծխախոտից հրաժարվում են գրկանքինախնական նշանակված օրվանից որոշ ժամանակ ավելի ուշ՝ երկրորդ շաբաթում, հնարավոր է ունեցել են ձախողումներ և վերականգնվել են գրկանքը հետազոտության 9-րդ շաբաթում: Ծխելը անմիջապես թողնողների համեմատ, ծխելը դանդաղ թողնողները «հետաձգել» են շարունակական գրկանքին հասնելը մինչ բուժման ավարտը: Այս տվյալները աջակցում են այն առաջարկությանը, որ անկախ բուժման վաղ շրջանում ունեցած անհաջողությանը, բուժումն առանց ընդհատման պետք է շարունակել այն ծխողների համար,

ովքեր մոտիվացված են շարունակելու ծխելը թողնելու գործընթացը:<sup>38</sup>

***Արդյունավետությունը թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունով (ԹՔՕՀ) հիվանդների մոտ***

Տաշկինը և համահեղինակները (Tashkin et al.) ապացուցել են, որ վարենիկլինն արդյունավետ դեղորայքային միջոց է, որը լավ տանելի է թեթև և միջին ծանրության թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների մոտ: Շարունակական զրկանքի ցուցանիշը 9-ից 12 շաբաթներում կազմել է 42.3% ընդդեմ 8.8% պլացեբոյի, իսկ 9-ից 52-րդ շաբաթների ընթացքում այս ցուցանիշը եղել է 18.6% ընդդեմ 5.6% պլացեբո խմբի: Ի լրումն վարենիկլինի վերաբերյալ նախկինում հայտնի հետազոտությունների, նոր տվյալներ են հայտաբերվել նաև վերջինիս համեմատաբար անվտանգ լինելու վերաբերյալ (2.8% ծանր կողմնակի ազդեցություններ վարենիկլի խմբում համեմատած 4.4% պլացեբո խմբում):<sup>39</sup>

***Արդյունավետությունը սրտային հիվանդություններով հիվանդների մոտ***

Ռիգոտին և Փայփը (Rigotti and Pipe et al.) 2010 թվականին հրապարակել են իրենց հետազոտության արդյունքները, որն ուսումնասիրում էր վարենիկլինի արդյունավետությունն ընդդեմ պլացեբոյի՝ սիրտ-անոթային հիվանդություններով 714 ծխողների մոտ:<sup>40</sup> Հեղինակները գտել են, որ վարենիկլինով բուժման դեպքում շարունակական զրկանքի ցուցանիշներն ավելի բարձր են ինչպես 9-12-րդ շաբաթներում (47.0% ընդդեմ 13.9%), այնպես էլ 9-52-րդ շաբաթներում (19.2% ընդդեմ 7.2%):

***Արդյունավետությունը ՄԻԱՎ հիվանդների մոտ***

Բազմակենտրոն փորձնական բաց հետազոտության մեջ ՄԻԱՎ-ով վարակված ծխողների համար օգտագործվել է 1.0 մգ վարենիկլին՝ օրը երկու անգամ, 12 շաբաթ տևողությամբ՝ առաջին շաբաթում դեղաչափի քանակի նվազեցմամբ (տիտրմամբ): Կողմնակի ազդեցությունները և զրկանքի ցուցանիշները համեմատելի են եղել ՄԻԱՎ-բացասական ծխողների շրջանում իրականացված ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունների տվյալների հետ: Այս հետազոտության մեջ ՄԻԱՎ-ով վարակված ծխողների շրջանում վարենիկլինը եղել է անվտանգ և, ըստ երևույթին, արդյունավետ, չնայած հաճախակի են դիտվել կողմնակի ազդեցություններ (հատկապես սրտխառնոց): Վարենիկլին ստացող ՄԻԱՎ-դրական ծխողների համար խորհուրդ է տրվում լրացնել ֆերմենտների և արյան ճնշման մանրակրկիտ մոնիթորինգ:<sup>41</sup>

***Արդյունավետությունը հոգեկան խանգարումներով հիվանդների մոտ***

COMPASS հետազոտությունը համեմատել է ծխելը դադարեցնելու միջոցառումների արդյունավետությունը հոգեբուժական հիվանդություններ ունեցող ծխողների և ստուգիչ խմբերում:<sup>42</sup> Բոլոր հիվանդները ստացել են վարենիկլին խորհրդատվություն և վարենիկլին, սահմանվել է հսկողություն՝ ծխելը թողնելուց հետո վեց ամիսների ընթացքում: Հոգեբուժական հիվանդությունները ներառել են հիվանդների բժշկական քարտերում առկա տազնապի, դեպրեսիայի, պսիխոտիկ կամ երկբևեռ խանգարումների գրառումները: Երկու խմբերում էլ գրանցվել են զրկանքի նմանատիպ ցուցանիշներ: Հոգեբուժական հիվանդություն ունեցող հիվանդներն ավելի հակված են եղել տազնապին և դեպրեսիային: Կողմնակի ազդեցությունները գնահատվել են որպես միջին կամ ավելի պակաս ինտենսիվության: Ընդհանուր առմամբ, այս հետազոտության մեջ հոգեկան խանգարման ախտորոշում ունենալը չի կանխատեսել/պայմանավորել բուժման ավելի վատ արդյունք կամ ավելի ծանր կողմնակի ազդեցություններ:<sup>42</sup>

Անթենելի (Anthenelli et al.) կողմից արված մեծ բազմակենտրոն ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը համեմատել է 12 շաբաթ վարենիկլինով բուժումը պլացեբոյի

հետ՝ ներկայիս կամ անցյալում եղած ծանր դեպրեսիայի համար բուժում ստացած ծխողների շրջանում (n=525):<sup>43</sup> Հետազոտությունը գնահատել է զրկանքը, ինչպես նաև տրամադրության և տագնապի մակարդակի փոփոխությունները: Հետազոտությունը պարզել է, որ ներկայում կամ անցյալում ծանր դեպրեսիայի կապակցությամբ կայուն բուժում ստացած ծխողների շրջանում վարենիկլինով բուժման 9-րդ և 52-րդ շաբաթների միջև ընկած ժամանակահատվածում բարձրացրել է ծխելու դադարեցման ցուցանիշը՝ առանց դեպրեսիայի կամ տագնապի ավելացման (20.3% ընդդեմ 10.4%,  $Z_{9}$ ՝ 2.36, [ՀՄ՝ 1.40-ից 3.98],  $P<0.001$ ): Այս հետազոտությունը որոշ սահմանափակումներ ունի, քանի որ հիվանդների զգալի մասը դուրս են մնացել շարունակական վերահսկողությունից, ինչը սահմանափակում է հնարավոր եզրակացություններ անելու հնարավորությունը: Այս հետազոտության մեջ չեն ներգրավվել չբուժված դեպրեսիայով, համակցված հոգեկան հիվանդություններով հիվանդները, և տրամադրությունը կարգավորող և հոգեմետ դեղամիջոցներ ընդունող հիվանդները:

Վարենիկլինի առավելությունը պլացեբոյի նկատմամբ չի հաստատվել մետա-անալիզով, որը ամփոփել է շիզոֆրենիայով հիվանդների շրջանում վարենիկլինի արդյունավետությունը պլացեբոյի հետ համեմատող յոթ հետազոտություններ (n=352):<sup>44</sup> Շիզոֆրենիայով հիվանդների մոտ վարենիկլինը եղել է լավ տանելի և խմբերում չի դիտվել նյարդահոգեկան խնդիրների աճ: Ընտրանքի փոքր չափի պատճառով անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ՝ շիզոֆրենիայով հիվանդների համար վարենիկլինի օգտագործման հետագա ուսումնասիրման համար:

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

Վարենիկլինի արդյունավետությունը և անվտանգությունը գնահատվել է անծուխ ծխախոտ օգտագործողների բուժման հետազոտության 431 մասնակիցների շրջանում (213 վարենիկլին, 218 պլացեբո):<sup>45</sup> Շարունակական զրկանքի ցուցանիշը 9-ից 12-րդ շաբաթներում ավելի բարձր է եղել վարենիկլին օգտագործողների խմբում, քան պլացեբո խմբում (59% ընդդեմ 39%): Պլացեբոյի նկատմամբ վարենիկլինի առավելությունը պահպանվել է մինչև վերահսկողության 14-րդ շաբաթ (շարունակական զրկանքի ցուցանիշը 9-26-րդ շաբաթներում եղել է 45%-ն ընդդեմ 34%): Հեղինակները եզրակացրել են, որ վարենիկլինը կարող է օգնել անծուխ ծխախոտը թողնելու հարցում և համեմատաբար անվտանգ է: Մեկ այլ հետազոտության շրջանակներում էբբերտը (Ebbert et al.) նկատել է, որ վարենիկլինը կարող է արդյունավետ լինել անծուխ ծխախոտի օգտագործման նվազեցման և անծուխ ծխախոտի զրկանքին հասնելու հարցերում՝ այն անծուխ ծխախոտ օգտագործողների շրջանում, ովքեր չունեն ծխելը թողնելու պլաններ, սակայն հետաքրքրված են իրենց անծուխ ծխախոտի օգտագործման նվազեցմամբ:<sup>46</sup>

#### ***4.3.3.3 Վարենիկլինի համակցումն այլ դեղորայքային թերապիաների հետ***

Վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինական բուժման համակցումը կարող է օգտակար լինել մոլի ծխողների համար, քանի որ վարենիկլինը դեղաչափի հետագա բարձրացումը չի կարող ամբողջությամբ հազեցնել նիկոտինի ընկալիչները: <sup>24</sup> Ոչ ամբողջապես հազեցած ընկալիչները կարող են հանգեցնել նիկոտինի անհազ ցանկության: Հավելյալ նիկոտինային փոխարինական բուժումը կարող է հանգեցնել ընկալիչների ավելի ամբողջական հազեցման, ինչը կարող է օգնել ծխելու ցանկության թուլացման հարցում:

Այս հնարավոր ազդեցությունը գնահատվել էր Մայո կլինիկայում բուժման ութ-օրյա ծրագրի ընթացքում (Ռոչեսթեր, ԱՄՆ): Հետազոտության առաջին խումբը (n=135) ավարտել էր բուժման ծրագիրը վարենիկլինի արտադրությունից առաջ և ստացել էր «սովորական խնամք», որը բաղկացած էր նիկոտինի սպեղանու թերապիայից և/կամ հաստատուն-արտազատմամբ (sustained-release) բուպրոպիոնից: Նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճատև ազդեցությամբ ձևերը օգտագործվել էին ըստ պահանջի՝ նիկոտինի զրկանքի սուր

ախտանշանները բուժելու նպատակով:<sup>47</sup> Երկրորդ խումբը (n=104) ավարտել էր բուժման ծրագիրը սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից վարենիկլինի հաստատումից հետո և ստացել էր վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինական բուժման համակցում: Նիկոտինի սպեղանին նիկոտինային փոխարինող բուժման հիմնական տեսակն էր և հաճախ լրացվում էր նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճատև ազդեցությամբ տեսակներով: Հիվանդների մոտ երեք քառորդը օգտագործել էր նիկոտինային փոխարինող բուժման մեկից ավելի տեսակներ: Երկու խմբերի միջև վեց ամիս հետո ծխելու 30 օր զրկանքի ցուցանիշների միջև հավաստի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել: Կարևոր է նշել, որ համակցված բուժում ստացող հիվանդների մոտ գրանցված կողմնակի ազդեցությունների աճ չի դիտվել: Այս հետազոտության գլխավոր սահմանափակումները եղել են ընտրանքի փոքր չափը և հետազոտության չվերահսկվող դիզայնը:<sup>47</sup>

Երեք նոր ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություններ ուսումնասիրել են համակցված բուժման արդյունավետությունը:<sup>48,49,50</sup> Հայեկի (Hajek et al.) հետազոտության մեջ չի հայտնաբերվել ծխելու զրկանքի աճ այն հիվանդների շրջանում, ովքեր ռանդոմիզացվել են վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցման խումբ՝ համեմատած նրանց, ովքեր ստացել են միայն վարենիկլին: Այնուամենայնիվ, այս հետազոտությունը ունի սահմանափակում՝ իր ընտրանքի չափի պատճառով (n=117):<sup>48</sup> Ռամոնի (Ramon et al.) կողմից իրականացված ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտության մեջ 341 օրական առնվազն 20 սիգարետ ծխողները ռանդոմիզացվել են 2 խմբեր. 1 խումբը 12 շաբաթ շարունակ ստացել է վարենիկլին և նիկոտինային սպեղանի, իսկ 2-րդ խումբը՝ վարենիկլին և պլացեբո սպեղանի: Երկու խմբերն էլ ստացել են վարքային աջակցություն:<sup>49</sup> Ընդհանուր առմամբ, վարենիկլին + նիկոտինային փոխարինող բուժման խմբում եղել է զրկանքի փոքր, բայց վիճակագրորեն ոչ հավաստի աճ: Ենթավերլուծությունը համակցված թերապիա ստացողների խմբում ցույց է տվել 24 շաբաթվա ընթացքում զրկանքի հավաստիորեն ավելի բարձր ցուցանիշ այն անհատների մոտ, ովքեր ծխել են 29 կամ ավելի սիգարետներ (ՀԳ 1.46, 95% ՀՄ՝ 1.2-ից 2.8): Երկրորդ ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը (n=435), որը նույնպես համեմատել է վարենիկլինի մոնոթերապիայի արդյունավետությունը նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ համակցված վարենիկլինի արդյունավետության հետ, ցույց է տվել, որ 12 շաբաթ հետևողական դիտարկման ընթացքում համակցված թերապիան կապված է ծխելու զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշների հետ՝ (1.85, 95% ՀՄ՝ 1.25-3.14, P=0.004):<sup>50</sup> Հեղինակները համակցված թերապիա ստացողների խմբում գրանցել են նաև սրտխառնոցի, քնի խանգարման, դեպրեսիայի, մաշկային ռեակցիաների և փորկապության ավելի բարձր հաճախություն, սակայն միայն մաշկային ռեակցիաների հաճախականության տարբերությունն է եկել վիճակագրորեն հավաստի:

Անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցված բուժման արդյունավետության և հատուկ ենթախմբերի հիվանդներին այս բուժման առաջարկման հնարավորության հետագա ըմբռնման համար: Հաշվի առնելով ներկայումս հասանելի ապացույցների սահմանափակ լինելը՝ համակցված բուժումը կարող է դիտարկվել այն հիվանդների համար, ովքեր մոնոթերապիաների միջոցով դժվարանում են հասնել լիարժեք դադարեցման:

### ***Առաջարկություններ***

- Վարենիկլինի՝ նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ համակցված օգտագործման հակացուցումներ չկան (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենիկլինի համակցումը կարող է օգտակար լինել հատկապես ծխախոտի մոլի օգտագործողների համար, սակայն արդյունքները հակասական են: Այս մոտեցման արդյունավետությանն աջակցող լրացուցիչ հետազոտությունների իրականացման անհրաժեշտություն կա: (C մակարդակի ապացույց):

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

Ապացուցված է վարենիկլինի արդյունավետությունը, երբ այն համակցված է վարքային թերապիայի հետ: Հեռախոսային պրոակտիվ խորհրդատվության, համացանցի միջոցով առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների տրամադրման և վարքային խորհրդատվության կամ երկուսի համակցության՝ վարենիկլինի հետ համատեղ նշանակման արդյունավետությունն ուսումնասիրվել է Սվենի (Swan et al.) կողմից: Հեղինակները եզրակացրել են, որ հեռախոսային խորհրդատվությունը ծխելը դադարեցնելու վաղ շրջաններում ունի բուժման ավելի մեծ առավելություն և բարձրացնում է դեղամիջոցների նկատմամբ հետևողական լինելը, սակայն վեց ամսվա կտրվածքով արվածում հետազոտությունները այս մեթոդների արդյունավետության տարբերություն չեն ցույց տալիս: Ենթադրում է, որ յուրաքանչյուր միջամտություն խոստումնալից է, երբ օգտագործվում է վարենիկլինի հետ համակցված:<sup>51</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 շաբթի դեղամիջոց է:

#### **4.3.3.6 Կլինիկական օգտագործումը**

Վարենիկլինը օգտագործվում է խմելու դեղահաբերի ձևով և երկու փուլերով՝ անկախ սննդի ընդունումից (կարող է օգտագործվել ուտելուց առաջ և հետո):<sup>1</sup>

Նախնական փուլ. Գոյություն ունեն առաջին երկու շաբաթվա համար նախատեսված չափաբաժնով հաբերի տուփեր, որոնք նշանակվում է հետևյալ կերպ. բուժման 1-3 օրերի համար՝ 1 հաբ 0.5 մգ/օրական, հետո 4-7 օրերի համար՝ 1 հաբ 0.5 մգ x 2/օրական, և 8-14 օրերի համար 1 հաբ 1 մգ x 2/օրական:

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

Հիվանդը սկսում է վարենիկլինի օգտագործումը, հետո առաջին շաբաթվա ընթացքում, նախընտրելի է 8-ից 14-րդ օրերի միջև ընկած ժամանակահատվածում, սահմանվում է ծխելը թողնելու օր: Եթե ծխելը դադարեցնելու փորձը չի հաջողվում, բուժումը շարունակվում է և հիվանդը փորձում է դադարեցնել ծխելը մեկ ուրիշ օր՝ մինչև հաջողության հասնելը:

#### **4.3.3.7 Հակացուցումներ**

Վարենիկլինը նշանակման հակացուցումները քիչ են, մասնավորապես՝ գերզգայունությունը ակտիվ նյութի 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 հետևյալ կերպ՝ թեթև (կրեատինինի հեռացումը >50 և <80 մլ/րոպե) կամ միջին ծանրության (կրեատինինի հեռացումը ≥30-≤50 մլ/րոպե) երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների համար դեղաչափի նվազեցման անհրաժեշտություն չկա: Ծանր աստիճանի երիկամային անբավարարությամբ (կրեատինինի հեռացումը <30 մլ/րոպե) հիվանդների համար առաջարկվող դեղաչափը 0.5 մգ-ն է՝ օրական երկու անգամ:<sup>11</sup> Դեղամիջոցը առաջին 3 օրվա

ընթացքում պետք է ընդունել 0.5 մգ օրը մեկ անգամ, ապա դարձնել 0.5 մգ օրը երկու անգամ: Հիմնվելով ոչ բավարար ապացույցների վրա, երիկամային հիվանդության վերջնական փուլերում գտնվող հիվանդներին վարենիկլինով բուժումը խորհուրդ չի տրվում:

***Տրանսպորտային միջոցների վարորդները և ծանր տեխնիկայի օպերատորները***

ԱՄՆ-ի սննդի և դեղերի վարչության 2007 թվականի զեկույցները վարորդների և ծանր տեխնիկայի օպերատորների շրջանում, ինչպես նաև այնպիսի հաստատությունում, որտեղ լուրջ վնասվածքներից խուսափելու համար անհրաժեշտ է զգոնություն և շարժիչների վերահսկում, վարենիկլինի օգտագործման հետ կապված անվտանգության որոշ մտահոգություններ ձևավորեցին: 2008 թվականի մայիսին ԱՄՆ դաշնային motor carrier անվտանգության և դաշնային ավիացիոն վարչությունները հայտարարել են, որ օդաչուների, օդային երթուղիների կառավարման կարգավարների, բեռնատարների և ավտոբուսների վարորդների համար այս դեղամիջոցի ընդունումն արգելված է:<sup>34</sup> Ուստի, վարորդներին հարցնելը, արդյոք վարենիկլինի օգտագործումն ազդում է նրանց ներկայիս գործունեության վրա, նախագգուշական միջոց է: Վարենիկլինը տրանսպորտային միջոցներ վարելու կարողության կամ սարքավորումների օգտագործման վրա կարող է ունենալ փոքր, միջին և զգալի ազդեցություն (գլխապտույտ և քնկոտություն): Հիվանդներին պետք է խորհուրդ տալ չերթնեցնել, գործ չունենալ սարքավորումների հետ, չներգրավվել ռիսկային գործողությունների մեջ, մինչ կհամոզվեն, որ այս դեղամիջոցը չի ազդում նրանց նմանատիպ գործողությունների անվտանգ իրականացման կարողության վրա:

***4.3.3.9 Տանելիությունը և անվտանգությունը***

Վարենիկլինը սովորաբար հեշտ տանելի է: Առավել հաճախ գրանցվող կողմնակի ազդեցությունները՝ բուպրոպիոնի կամ պլացեբոյի հետ համեմատած, ներկայացված են Աղյուսակ 4.11-ում:<sup>52</sup>

**Աղյուսակ 4.11 Վարենիկլինի, բուպրոպիոնի և պլացեբոյի օգտագործման կողմնակի ազդեցությունների համեմատություն**

	Վարենիկլին	Բուպրոպիոն	Պլացեբո
Սրտխառնոց	28%	9%	9%
Անքնություն	14%	21%	13%
Գլխացավ	14%	11%	12%

***Սրտխառնոց***

Սրտխառնոցը եղել է առավել հաճախ հանդիպող թեթևից մինչև միջին աստիճանի կողմնակի ազդեցության ախտանշանը (ընդհանուր հանդիպման հաճախությունը 24.4%-52.0%), որն ավելի բարձր հաճախականությամբ հանդիպել է վարենիկլինի, քան պլացեբոյի խմբում: Հաճախակի դրսևորվող սրտխառնոցի գանգատներ սկսվել 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 հետազոտություններում, վարենիկլինով բուժվող հիվանդների մոտ սրտխառնոցի պատճառով բուժման ընդհատման ցուցանիշը եղել է 5%: Այն դեպքում, երբ այս կողմնակի ազդեցությունը չի դիտվում, հիվանդները պետք է տեղեկացված լինեն, որ սրտխառնոցը նվազում է ինքնաբերաբար բուժումը սկսելուց մեկ շաբաթ անց, ընդ որում, սրտխառնոցից կարելի է խուսափել՝ դեղամիջոցն ընդունելով ուտելու ժամանակ կամ ընդունումից հետո որոշ ժամանակով հանգստի ապահովման միջոցով:

Վարենիկլինի օրական 2 անգամ 1մգ պահպանողական դեղաչափի 6 շաբաթից ավել շարունակական օգտագործումը նպաստում է աղեստամոքսային համակարգի կողմից կողմնակի ազդեցությունների առաջացմանը: Վարենիկլինով բուժվող ամեն հինգերորդ հիվանդի մոտ դիտվում է սրտխառնոցի մեկ դեպք, իսկ փորկապություն և որովայնի փքվածքության մեկ դեպք դիտվում է համապատասխանաբար ամեն 24 և 35 հիվանդներից մեկի մոտ:<sup>53</sup>

### ***Անքնություն***

Կլինիկական հետազոտություններում վարենիկլինի օգտագործմամբ պայմանավորված մեկ այլ հաճախ գրանցվող (14.0%-37.2%) կողմնակի ազդեցություն է անքնությունը: Ընդհանուր առմամբ, անքնությունը դիտվում է վարենիկլինով բուժման առաջին չորս շաբաթների ընթացքում և աստիճանաբար նվազում է շարունակական բուժմանը զուգընթաց: Լայնածավալ մի հետազոտության արդյունքներ փաստում են, որ վարենիկլինի օգտագործմամբ պայմանավորված անքնության դեպքերը հանդիպել են 19.1%, իսկ պլացեբոյի դեպքում՝ 9.5%, վկայելով, որ անքնությունը ծխելը դադարեցնելու փորձի ընթացքում կարող է լինել նիկոտինի զրկանքի տարածված ախտանշան:<sup>34</sup>

### ***Սրտանոթային հիվանդություններ***

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

Սայնի (Singh et al.) կողմից իրականացված համակարգված վերլուծությունը և մետա-անալիզը հրապարակվել է 2011 թվականին: Այս հեղինակավոր աշխատության հեղինակները բարձրացրել են վարենիկլինի օգտագործման անվտանգությանը վերաբերող որոշակի մտահոգություններ՝ համեմատած պլացեբոյի հետ:<sup>54</sup> Սայնի այս մետա-անալիզը և արված եզրակացությունները գրականության մեջ լայնորեն քննադատվել են՝ տվյալների վերլուծության ոչ համապատասխան տեխնիկայի կիրառման պատճառով:

Այս վերլուծությանը հաջորդել են երկու մետա-անալիզներ: Միլսի (Mills et al.) կողմից կողմից իրականացված մետա-անալիզը՝ օգտագործելով վիճակագրական համապատասխան մեթոդ վկայում է, որ վարենիկլինը և ծխելը դադարեցնելու այլ թերապիաները չեն բարձրացնում սրտանոթային վտանգավոր պատահարների առաջացման ռիսկը:<sup>55</sup> Եվրոպայի դեղերի գործակալության (EMA) կողմից իրականացված գրեթե նույնանման տվյալների երկրորդ մետա-անալիզը ցույց չի տվել ռիսկի հավաստի ավելացում և, նաև փաստում է, որ ծխելը դադարեցնելու համար վարենիկլինի օգտագործման օգուտը մնում է բարձր և չի սահմանափակում դեղամիջոցի օգտագործումը:<sup>56</sup>

Վարենիկլին օգտագործող հիվանդների մոտ սրտանոթային պատահարների առաջացման ռիսկի բարձրացմանն աջակցող տվյալներ չկան, սակայն, այս պահին չի կարող բացառվել դրանց առաջացման հնարավորությունը: Խորհուրդ է տրվում, որ բժիշկները տեղեկացնեն հիվանդներին վարենիկլինի օգտագործման հետ կապված սրտանոթային հիվանդությունների ռիսկի որոշ բարձրացման մասին: Այնուամենայնիվ, այս ռիսկերը պետք է կշռադատվեն՝ դեղամիջոցի ծխելը դադարեցնելու հայտնի օգուտները հաշվի առնելով:

### ***Նյարդահոգեկան ազդեցություններ***

Մի քանի զեկույցների վրա հիմնվելով, 2007 թվականին սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) առաջ է քաշել վարենիկլինի անվտանգության մասին նախկին անհանգստությունը՝ ընդգծելով վարենիկլինի օգտագործումից առաջ նախապես գոյություն ունեցող հոգեկան հիվանդության հայտնաբերման անհրաժեշտությունը և տրամադրության կամ վարքի

փոփոխության մոնիթորինգի կարևորությունը: 2008 թվականի մայիսին սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) թարմացրեց զգուշացումը, պահանջելով, որ բոլոր հիվանդները մանրակրկիտ հետազոտվեն և իրենց բժիշկներին անմիջապես հայտնեն վարենիկլինոլ բուժման ընթացքում կամ դրանից հետո տրամադրության կամ վարքի որևէ փոփոխության, կամ նախկինում ունեցած հոգեկան հիվանդության սրացման մասին: Անվտանգության այս մտահոգությունը հետագայում ընդգծվել է ավելի նոր կլինիկական զեկույցների մեջ: Մեծ Բրիտանիայում վարենիկլինոլ բուժման ընթացքում հիվանդների 5%-ի (2006-ի դեկտեմբերից ընդհանուր 2682 հիվանդներից) մոտ գրանցել են հոգեկան տարբեր ազդեցություններ, ներառյալ քնի խանգարումները (1.6%), տազնապը (1.2%), դեպրեսիան (1.0%), տարօրինակ երազները (1.0%), տրամադրության փոփոխությունները (0.6%) և ինքնասպանության դեպքերը (n=5):<sup>34,57</sup>

Նախնական զեկույցից հետո, մի քանի հետազոտություններ ուսումնասիրել են վարենիկլինի օգտագործման և նյարդահոգեկան դեպքերի միջև պոտենցիալ կապը: 2010 թվականի հրապարակված հետազոտությունը վերանայել է հոգեբանական խանգարումների հանդիպման հաճախությունը և հարաբերական ռիսկը, որոնք գրանցվել են ծխելը դադարեցնելու համար վարենիկլինի օգտագործման մասին 10 ռանդոմիզացված, պլացեբո-վերահսկվող հետազոտություններում:<sup>58</sup> Քնի խանգարումներից բացի այլ հոգեբանական խանգարումներ դիտվել են վարենիկլինոլ բուժվող հիվանդների 10.7%-ի մոտ՝ համեմատած պլացեբո ստացածների 9.7%-ի հետ, հարաբերական ռիսկը՝ 1.02: Վարենիկլինի խմբում  $\geq 1$  հանդիպելու հաճախականությունն ունեցող հոգեկան խանգարումների հարաբերական ռիսկը՝ պլացեբոյի համեմատ հետևյալն է. 0.86 տազնապի 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 սուիցիդալ վարքի կամ մտքերի դեպքեր չեն գրանցվել, սակայն, իրենց դիզայնի տարբերության պատճառով այս վերլուծության մեջ չընդգրկված երեք այլ հետազոտություններ գրանցել են սուիցիդալ մտքերի երկու դեպքեր և սուիցիդի միայն մի դեպք:

Մեյերի (Meyer) կողմից 2013 թվականին իրականացված մեծ հետազոտությունը ուսումնասիրել է վարենիկլինի սկսնակ օգտագործողների շրջանում նյարդահոգեկան հոսպիտալացումների դեպքերի (n=19,933) թիվը՝ համեմատած նիկոտինային սպեղանու սկսնակ օգտագործողների հետ (n=15,867): Հետազոտության ընտրանքում ներառվող մասնակիցների մի մասն անամնեզում ունեցել են նյարդահոգեկան հիվանդություններ, իսկ մյուսը՝ մասը՝ ոչ: 30-ից 60 օրերի ընթացքում նիկոտինային սպեղանու հետ համեմատած վարենիկլինոլ բուժվող հիվանդների շրջանում հետազոտությունը չի գտել նյարդահոգեկան պատճառներով հոսպիտալացումների ցուցանիշի բարձրացում:<sup>59</sup>

Թոմասը և այլոք (Thomas et al.) Անգլիայում հետազոտել են դեպրեսիայի, ինքնավնասման և սուիցիդի ռիսկերը 119 546 հիվանդների շրջանում:<sup>60</sup> Հեղինակները եզրակացրել են, որ չկան ապացույցներ, որ վարենիկլին օգտագործողները ունեն դեպրեսիայի, սուիցիդի կամ ինքնավնասման ավելի մեծ ռիսկ՝ համեմատած նիկոտինային փոխարինող բուժում ստացողների հետ:

Քոքրեյնի համագործակցության 14 հետազոտություններ ներառող մետա-անալիզը վարենիկլինի և պլացեբոյի խմբերում նյարդահոգեկան պատահարների հավաստի տարբերություն չի գտել (ՀՌ՝ 0.53, 95% ՀՄ՝ 0.17-ից 1.67):<sup>4</sup>

Այսպիսով, չկան համոզիչ ապացույցներ, որ վարենիկլինը կապված է նյարդահոգեկան խանգարումների առաջացման բարձր ռիսկի հետ, սակայն, դրա հնարավորությունը չի կարելի բացառել: Վարենիկլին օգտագործող հիվանդների շրջանում խորհուրդ է տրվում բուժման վաղ շրջաններում սկսել տրամադրության ու տարօրինակ վարքի փոփոխությունների մոնիթորինգ:

Սննդի և դեղերի վարչությունը (FDA) 2015 թվականի մայիսին կրկին թարմացրել է

վարենիկլինի պիտակը, որպեսզի ներառի նաև այլոցի հետ փոխազդեցության հնարավորությունը, ցնցման հազվադեպ ռիսկը, և տրամադրության, վարքի կամ մտածելու վրա կողմնակի ազդեցությունների մասին հետազոտությունների տվյալները: Պիտակը ներառում է հետևյալ պնդումը՝ «Չանտիքսի հետազոտությունները ցույց չեն տվել նյադահոգեկան կողմնակի ազդեցությունների ռիսկի բարձրացում, այնուամենայնիվ նյարդահոգեկան կողմնակի ազդեցությունների ոչ բոլոր հնարավոր տեսակներն են ուսումնասիրվել և այդ հետազոտությունների իրականացման որոշ սահմանափակումները խոչընդոտ են հանդիսանում վստահելի եզրակացություններ անելու համար:»<sup>61</sup>

### ***Այլ կողմնակի ազդեցություններ***

Վարենիկլինոլ բուժման ընթացքում գրանցվել են նաև այլ կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են՝ որովայնային ցավը, փորկապությունը, չափազանցված և տարօրինակ երազները, քնի խանգարումները, գլխապտույտը, բերանի չորությունը, բարձր ախորժակը, քաշի ավելացումը և գլխացավը, որոնք պլացեբոյի հետ համեմատած սովորաբար կրկնակի հաճախ են դիտվում:<sup>62</sup> Այս կողմնակի ազդեցությունները եղել են մեղմից մինչև միջին արտահայտվածության և կարճատև հիմնականում դրսևորվելով թերապիայի առաջին շաբաթվա ընթացքում: Այս կողմնակի ազդեցությունների պատճառով վարենիկլինի ընդհատումը դիտվել է մասնակիցների 2%-ի մոտ:<sup>34</sup>

Վարենիկլինի և այլ դեղամիջոցների հետ փոխազդեցությունները հայտնի չեն: Իր հերթին, փոխազդեցությունների որոշ ազդեցություններ վարենիկլինի թերապևտիկ ազդեցության արդյունքում ծխելը դադարեցնելու հետևանք են: Նույն պատճառով, CYP1A2 տեսակի կառուցվածքի ֆերմենտային ինդուկցիայի առկայությունը պահանջում է վերանայել թեոֆիլինի, վարֆարինի, ինսուլինի և այլ դեղամիջոցների դեղաչափերը:<sup>11</sup>

Բուժման վերջում վարենիկլինը ընդհատումը հիվանդների փոքր խմբում (բուժում ստացողների մոտ 3%) կարող է առաջացնել ավելացված դյուրագրգռություն, ծխելու ցանկություն, անքնություն կամ դեպրեսիվ տրամադրություն:

### ***Առաջարկություն***

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

### **4.3.4 Բուժումը կլոնիդինով**

Կլոնիդինը հիմնականում օգտագործվում է որպես հակահիպերթենզիվ դեղամիջոց, սակայն այն նվազեցնում է կենտրոնական սինապթիկ ակտիվությունը խթանելով ալֆա2-ադրեներգիկ ընկալիչները: Կլոնիդինը արդյունավետորեն ճնշում է նիկոտինի գրկանքի սուր ախտանշանները, ինչպիսիք են լարվածությունը, դյուրագրգռությունը, տագնապը, ծխելու անհագ ցանկությունները և հոգնածությունը:<sup>63</sup>

Կլոնիդինը չի հաստատվել որպես ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոց և երկրորդ շաբաթի դեղամիջոց է համարվում: Բժիշկները պետք է տեղեկացված լինեն այս դեղամիջոցի և նրա կողմնակի ազդեցությունների հետ կապված հաստուկ զգուշացումներին: ԱՄՆ GuidelinePanel-ուղեցույցերի հարցերով զբաղվող կազմակերպությունը խորհուրդ է տալիս կլոնիդինը դիտարկել որպես երկրորդ շաբաթի դեղամիջոց կլոնիդինով բուժման դադարեցման հետ կապված զգուշացումների, այս դեղամիջոցի ազդեցության ստուգման հետազոտություններում օգտագործված դեղաչափերի տարբերությունների և սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից հաստատված չլինելու պատճառով: Այսպիսով, ծխախոտի օգտագործման դադարեցման բուժման նպատակով կլոնիդինը պետք է օգտագործվի բժշկի վերահսկողությամբ այն հիվանդների մոտ, ովքեր հակացուցումների պատճառով չեն կարող օգտագործել առաջին շաբաթի դեղամիջոցներ կամ չեն կարողացել դադարեցնել ծխելը օգտագործելով առաջին շաբաթի դեղամիջոցներ:<sup>1</sup>

### ***Արդյունավետությունը***

Վեց կլինիկական հետազոտությունների արդյունքներն ամփոփող Քոքրեյնի համագործակցության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ կլոնիդինի օրալ կամ տրանսդերմալ օգտագործումն ավելի արդյունավետ է, քան պլացեբոն: Այնուամենայնիվ, այս եզրակացությունը հիմնված է սակավաթիվ հետազոտությունների վրա, որոնցում կան սխալի հնարավորություններ:<sup>64</sup> Կլոնիդինը ավելի արդյունավետ է կին ծխողների մոտ, թեև ընդհանուր առմամբ կանայք ավելի բացասաբար են արձագանքում ծխելը դադարեցնելու բուժմանը:<sup>65</sup>

### ***Կողմնակի ազդեցությունները***

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

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

Հղի ծխողների շրջանում ծխելը դադարեցնելու համար կլոնիդինը արդյունավետությունը հաստատված չէ:

Կլոնիդինի՝ կրծքով կերակրող հիվանդների ծխելը դադարեցնելու համար կիրառությունը չի ուսումնասիրվել:

Այն հիվանդները, ովքեր ներգրավված են պոտենցիալ 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%), շլմածությունը (սեդացիան) (10%) և փորկապությունը (10%):

Որպես հակահիպերթենզիվ դեղամիջոց՝ կարելի է ենթադրել, որ կլոնիդինը կարող է իջեցնել զարկերակային ճնշումը հիվանդների մեծամասնության մոտ: Հետևաբար, այս դեղամիջոցի օգտագործման ժամանակ բժիշկները պետք է հետևեն ՋՃ ցուցանիշներին:

Անդրադարձ հիպերտոնիա. կլոնիդինի թերապիայի կտրուկ ընդհատման ժամանակ, երբ դեղաչափը չի նվազեցվում աստիճանաբար՝ 2-ից 4 օրերի ընթացքում, կարող է դիտվել զարկերակային ճնշման կտրուկ բարձրացում, հուզմունք, շփոթություն և դող:

### ***Առաջարկություններ կլինիկական օգտագործման համար***

Կլոնիդինը վաճառքում առկա է միայն դեղատոմսով՝ 1մգ խմելու հաբերի կամ տրանսդերմալ սպեղանուձներով: Կիրառությունն սկսում են ծխելը թողելու նշանակված օրը կամ դրանից մի քանի օր առաջ (օրինակ մինչև 3 օր առաջ):

Դեղաչափ: Եթե հիվանդը օգտագործում է տրանսդերմալ կլոնիդին, ամեն շաբաթվա սկզբում նա պետք է պարանոցից գոտկատեղ ընկած համեմատաբար սակավամազ հատվածում տեղադրի նոր սպեղանի: Օգտագործողները չպետք է կտրուկ ընդհատեն կլոնիդինի թերապիան: Նախնական դեղաչափը, որպես կանոն կազմում է 0.10 մգ օրալ կամ 0.10 մգ/օրը տրանսդերմալ՝ անհրաժեշտության դեպքում ամեն շաբաթ ավելացնելով 0.10 մգ/օր: Բուժման տևողությունը տատանվում է 3-ից 10 շաբաթ:<sup>1</sup>

### ***Առաջարկություն***

- Կլոնիդինը ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ միջոց է, սակայն բնորոշ են

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 փոխհարաբերությունը ենթադրում է, որ հակադեպրեսանտ դեղամիջոցները կարող են կարևոր դեր խաղալ ծխելը դադարեցնելու մեջ: Մի քանի հակադեպրեսանտներ, այդ թվում դոքսեպինը, նորտրիպտիլինը և մոկլոբեմիդը, արդյունավետ են եղել ծխելը դադարեցնելու համար: Նորտրիպտիլինը եռացիկլ հակադեպրեսանտ է, որն ծխելը դադարեցնելու համար նույնքան արդյունավետ է եղել, ինչպես բուպրոպիոնը և նիկոտինային փոխարինող բուժումը: Ծխելը դադարեցնելու մեջ նորտրիպտիլինի ազդեցությունը հակադեպրեսանտ ազդեցությունից անկախ է, հետևաբար ծխելը դադարեցնելու նպատակով նրա կիրառումը չպետք է դիտարկել միայն դեպրեսիայի ախտանշանների պատմությամբ հիվանդների համար:<sup>66</sup>

#### ***Արդյունավետությունը***

Որպես մոնոթերապիա՝ նորտրիպտիլինի օգտագործմամբ վեց հետազոտությունների մետա-անալիզը ցույց է տվել զգալի երկարատև օգուտ:<sup>12</sup> Պլացեբոյի հետ համեմատած, նորտրիպտիլինը մոտավորապես կրկնապատկում է ծխելու գրկանքի ցուցանիշները: Այս դեղամիջոցը հաստատված չէ ծխելը դադարեցնելու համար և միայն խորհուրդ է տրվում որպես երկրորդ շարքի բուժում:<sup>12</sup>

Նորտրիպտիլինի արդյունավետությունը՝ համեմատած բուպրոպիոնի, ինչպես նաև նորտրիպտիլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցված օգտագործման արդյունավետությունը, շարունակում են մնալ անհասկանալի: Նորտրիպտիլինով ծխախոտային կախվածության բուժումը շատ երկրներում լիցենզավորված չէ:

#### ***Կողմնակի ազդեցություններ***

Նորտրիպտիլինի հետ կապված կողմնակի ազդեցությունները, ինչպիսիք են հակախոլիներգիկ ազդեցությունները (բերանի չորություն, մշուշված տեսողություն, փորկապություն և միզակապություն), H1-հիստամինային ընկալիչների դրդումը (շմամությունը (սեղացիան), քնկոտություն, քաշի ավելացում) և ալֆա1-անդրեներգիկ ընկալիչների վրա ունեցած ազդեցությունները (օրթոստատիկ հիպոտոնիա) որոշ հիվանդների մոտ կարող են դժվար տանելի լինել:<sup>67</sup>17 հետազոտություններից ստացված տվյալները առաջարկում են, որ նորտրիպտիլինը 75 մգ -ից մինչև 100 մգ չափաբաժիններում չի առաջացնում լուրջ կողմնակի ազդեցություններ, երբ օգտագործվում է սիրտ-անոթային հիվանդություններ չունեցող հիվանդների մոտ:<sup>68</sup>

Հիվանդների ուշադիր վերահսկողություն պետք է սահմանվի հայտնի կողմնակի ազդեցությունների՝ փորկապության, շմամության (սեղացիայի), միզակապության և սրտային խնդիրների, վաղ հայտնաբերման ուղղությամբ: Նորտրիպտիլինի գերդոզավորումը կարող է մահացու լինել: Նորտրիպտիլինի օգնությամբ ծխելը դադարեցնելու բուժման վերաբերյալ հետազոտությունները լուրջ կողմնակի ազդեցությունների մտահոգության առիթ չեն տվել, սակայն այդպիսի հետազոտություններում ներգրավված անձանց թիվը համեմատաբար փոքր է եղել: Մա հանգեցնում է նորտրիպտիլինի՝ որպես առաջին շարքի թերապիա օգտագործման վերաբերյալ անհամաձայնության:<sup>69</sup>

#### ***Դեղաչափը***

Նորտրիպտիլինի օգտագործումը պետք է սկսել այն ժամանակ, երբ հիվանդը դեռ ծխում է, իսկ ծխելը դադարեցնելու թիրախային օրը նախատեսված է բուժման սկզբից 10-ից 28 օր հետո: Նախնական դեղաչափը 25 մգ/օրական է, այնուհետև այն աստիճանաբար

բարձրանալով դառնում է 75-ից 100 մգ/օրական՝ 10 օրից 5 շաբաթ տևողությամբ: Առավելագույն դեղաչափը կարող է շարունակվել մինչև 8-- 12 շաբաթ: Կտրուկ ընդհատման պատճառով գրկանքի ախտանշաններից խուսափելու համար անհրաժեշտ է բուժման վերջում դեղաչափը աստիճանաբար նվազեցնել: Բուժումը ավելի քան երեք ամիս երկարաձգելու դեպքում որևէ օգուտի վերաբերյալ ապացույցները սահմանափակ են:

### ***Նորտրիպտիլինի կիրառության գործնական հարցեր***

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

Միտ-անոթային հիվանդություններով մարդիկ պետք է զգուշորեն օգտագործեն նորտրիպտիլինը, քանի որ այն կարող է ազդել սրտի հաղորդչականություն վրա: Եռացիկլիկ հակադեպրեսանտները հակացուցված են սրտամկանի ինֆարկտից անմիջապես հետո՝ վերականգնողական փուլում և առիթմիայի դեպքում:

Բավարար ապացույցներ չկան նորտրիպտիլինի օգտագործումը հղի կանանց կամ 18 տարեկանից ցածր երիտասարդ ծխողներին առաջարկելու համար: Ապացույցները սակավաթիվ են նաև նորտրիպտիլինի օգտագործումը ծխելու ախտադարձը կանխարգելելու նպատակով առաջարկելու համար: Նորտրիպտիլինի երկարատև օգտագործումը խորհուրդ չի տրվում:

Նիկոտինային փոխարինող բուժման, բուպրոպիոնի, նորտրիպտիլինի և համակցված թերապիաների արդյունավետությունը համեմատող և բուժման հաջողության գործոնները բնութագրող Պրադոյի և համահեղինակների կողմից (Prado et al.) իրականացրած հետազոտության արդյունքները համահունչ են Վագենայի (Wagena et al.) մետա-անալիզի արդյունքներին,<sup>70</sup> և վկայում են, որ նորտրիպտիլինը բուժման կարևոր տարբերակ է՝ հաշվի առնելով իր արդյունավետությունը (համեմատած առաջին շաբթի տարբերակների հետ), անվտանգությունը և, հատկապես, ոչ թանկարժեքությունը և մեծ հասանելիությունը: Նրանց կարծիքով, հաշվի առնելով ծխախոտի համաճարակի գլոբալ սպառնալիքը, հատկապես տնտեսապես ոչ հարուստ երկրներում, նորտրիպտիլինի ներառումը ծխելը դադարեցնելու դեղաբանական ցանկում կարող է խոստումնալից քայլ լինել դեպի բուժման ավելի լայն հասանելիությանը՝ հատկապես զարգացող երկրներում: Հիմնվելով այս արդյունքների վրա՝ հեղինակները առաջարկում են նորտրիպտիլինը ներառել ծխելը դադարեցնելու առաջին շաբթի դեղամիջոցների ցանկում: Այնուամենայնիվ, այս զեկույցի հիմնական սահմանափակումն այն է, որ այն ռետրոսպեկտիվ հետազոտության տեսակ է՝ չվերահսկվող և ոչ ռանդոմիզացված, իսկ բուժման ռեժիմների հասանելի տարբերակները ընտրվել էին ինքնուրույն՝ հիվանդների կողմից, կամ առողջապահության համակարգում դեղամիջոցների առկայության հիման վրա:<sup>70</sup>

Բժիշկները պետք է տեղեկացված լինեն կողմնակի ազդեցությունների մասին և, որ Նորտրիպտիլինը, որպես ծխախոտային կախվածության բուժման դեղամիջոց, չի հաստատվել Եվրոպայի դեղերի վարչության ու սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից: Այս դեղամիջոցը ծխախոտի օգտագործման բուժման համար պետք է օգտագործվի միայն բժշկի նշանակումով և վերահսկողությամբ՝ այն հիվանդների համար, ովքեր հակացուցումների պատճառով չեն կարող օգտագործել առաջին շաբթի դեղամիջոցներ կամ պարզապես չեն կարողացել թողնել ծխելը՝ օգտագործելով առաջին շաբթի դեղամիջոցներ:

### ***Առաջարկություն***

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

### 4.3.6 Ցիտիզին

Ցիտիզինը բնական ալկալոիդ է, որը ստացվել է ցիտիզոն լաբուորում և սոֆորա տետրապտերա բույսերի սերմերից: Ցիտիզինի ազդեցության մեխանիզմով նման է վարենիկլինին: Որպես նիկոտինի ազդեցությունների ամրապնդման պաստասխանատու ալֆա4բետա2 նիկոտինային ագոնիստային ընկալիչների մասնակի ագոնիստ, այն կապվում է այդ ընկալիչների հետ՝ արգելափակելով նիկոտինի կապումն ընկալիչներին, այսպիսով՝ նվազեցնելով ծխախոտի օգտագործման հետ կապված բավարարվածությունը և մեղմացնելով գրկանքի ախտանշաններն ու ծխելու անհագ ցանկությունը:<sup>32,71,72</sup>

Տաբեքսը հասանելի է 1.5 մգ ցիտիզին պարունակող օրալ հաբերի տեսքով և 1964 թվականից արտադրվել ու վաճառվել է բուլղարական Սոֆարմա դեղաբանական կազմակերպության կողմից:<sup>73</sup> Շատ տասնամյակներ տաբեքսը ծխախոտի դադարեցման համար լայնորեն կիրառվել է նախկին սոցիալիստական երկրներում՝ Բուլղարիայում, Հունգարիայում, Լեհաստանում, Գերմանիայի Դեմոկրատական Հանրապետությունում, Սովետական միությունում՝ հանդիսանալով մարդկության պատմության մեջ այս նպատակի համար հաստատված առաջին դեղամիջոց: Սակայն, ցիտիզինի լիցենզավորումը և օգտագործումը աշխարհի մյուս մասերում տասնամյակներ շարունակ չի զարգացել, մասնակիորեն ապացույցների պակասի, ավելի ուշ ճիշտ կլինիկական գործելակերպի (GCP) համար անհրաժեշտ համապատասխան հետազոտություններ չլինելու պատճառով:<sup>71,74,75</sup>

Ծխելու դադարեցման բուժման համար հասանելի, ընդունելի, արդյունավետ, անվտանգ և մատչելի դեղամիջոցի որոնումը վերջերս կրկին մեծացրեց ցիտիզինի նկատմամբ հետաքրքրությունը:

Հետազոտությունները ցիտիզինը համարում են նիկոտինի հիմքով արտադրատեսակների և հակադեպրեսանտների այլընտրանք, հատկապես ցածր և միջին եկամտով խմբերում և այն մշակույթներում, որտեղ բնական ծագումով դեղամիջոցները լայն կիրառություն ունեն:<sup>75</sup> Ցիտիզինի 25-օր կուրսը հինգից տասնհինգ անգամ ավելի էժան է, քան 25-օր տևողությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժումը:<sup>74</sup>

Դրոյստանում 2008 թվականին հրապարակվել է ծխելը դադարեցնելու համար ցիտիզինի կիրառության արդյունավետության կրկնակի կույր, ռանդոմիզացված, պլացեբո վերահսկվող հետազոտությունը՝ ծխախոտային միջին կախվածություն ունեցող աշխատողների մոտ (n=171): Ցիտիզին ստացող հիվանդների խմբում հիվանդների 10.6%-ը 26-րդ շաբաթում եղել է ծխախոտից ազատ՝ համեմատած պլացեբո խմբի 1.2% հետ:<sup>71</sup>

Ռուսաստանի Դաշնությունում Տաբեքսը ծխելը դադարեցնելու համար պաշտոնապես գրանցվել է 1999 թվականին և վաճառվում է առանց դեղատոմսի: Թերապևտիկ արդյունավետության և անվտանգության մասին առաջին ռանդոմիզացված վերահսկվող կրկնակի կույր հետազոտությունը հրապարակվել է 2009 թվականին (n=196): Տաբեքս կիրառող և պլացեբո խմբերում ծխելը դադարեցնելու առումով որևէ ազդեցություն չի եղել մասնակցների համապատասխանաբար 13% 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 ազատ մասնակիցների թիվը՝ 50% և 37.5%, համապատասխանաբար: Կողմնակի ազդեցություններ չեն գրանցվել մասնակիցների համապատասխանաբար 70% և 84%-ի մոտ:<sup>76</sup>

Քոբրեյնի համագործակցության մետա-անալիզը առանձնացրել է միայն երկու հետազոտություններ, որոնք ստուգել են ցիտիզինի արդյունավետությունը՝ որպես ծխելը դադարեցնելու թերապիա:<sup>32</sup> Ծխելը դադարեցնելու ընդհանուր հարաբերական ռիսկը համեմատած ստուգիչ խմբի եղել է 3.98 (95% ՀՄ2.01-ից 7.87):

Ուոլքերի (Walker et al.) ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը համեմատել է ցիտիզինը նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ: Հետազոտությունը գտել է մեկ ամիս շարունակական գրկանքի հավաստիորեն բարձր ցուցանիշ ցիտիզինի խմբում (ՀԳ 1.5; 95% ՀՄ, 1.2-ից 1.9; P=0.003):<sup>77</sup> Այս տարբերությունները եղել են վիճակագրորեն հավաստի նաև 6-

րդ ամսում: 6-ամսյա հսկողության ընթացքում խմբերի միջև որևէ տարբերություն չի գրանցվել ըստ ծխախոտից հրաժարվելու/զրկանքի 7-օրյա գնահատման արդյունքների: Ենթախմբերի վերլուծությունը արձանագրել է 1-ամսյա զրկանքի ցուցանիշը հավաստիորեն բարձր իզական սեռի մասնակիցների շրջանում, և զրկանքի ոչ հավաստի տարբերություն՝ հետազոտության արական սեռի մասնակիցների շրջանում: Կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են սրտխառնոցը, փսխումը և քնի խանգարումները, համեմատած նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ, ցիտիզինի խմբում ավելի հաճախ են դիտվել:

Արտադրողի կողմից առաջարկվող Տաբեքսոլ բուժման սխեման հետևյալն է. դեղաչափը սկսվում է 1 հաբից (1.5 մգ) 2 ժամը մեկ (օրական մինչև 6 հաբ) 1-ից 3 օրերի ընթացքում: Ծխելը պետք է նվազեցվի, հակառակ դեպքում կզարգանան նիկոտինի գերդոզավորման ախտանշաններ: Անցանկալի ազդեցությունների դեպքում բուժումն ընդհատվում է, և հաջորդ փորձը կարող է սկսել երկուսից երեք ամիս հետո: Դրական պատասխանի դեպքում հիվանդը 4-ից 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-ից 16-րդ օրերից սկսած, օրական դեղաչափն իջեցվում է մինչև 4 հաբ (1 հաբ ամեն 3 ժամը մեկ), հետո 17-ից 20-րդ օրերից սկսած՝ օրական մինչև 3 հաբ (1 հաբ ամեն 5 ժամը մեկ), որին 21-ից 25-րդ օրերից սկսած հաջորդում է օրական 1-ից 2 հաբը (1 հաբ ամեն 6-ից 8 ժամը մեկ), որից հետո միայն ընդհատել բուժումը:

Ցիտիզինի առաջարկվող դեղաչափերի ուսումնասիրությանն ուղղված հետազոտությունները շատ քիչ են գրանցել կողմնակի ազդեցություններ, ինչպես և նիկոտինային փոխարինող բուժման դեպքում:<sup>74,76,78</sup> Ըստ Եվրոպայի «Անվտանգության հարցերի պարբերական թարմացման» մասնագետների (Periodic Safety Update authorities in Europe)՝ ցիտիզինի միլիոնավոր սպառողների կողմից լուրջ կողմնակի ռեակցիաների վերաբերյալ անվտանգության ազդանշաններ չեն եղել:<sup>78</sup>

Ցիտիզինի գերդոզավորումը նման է նիկոտինային թունավորման՝ առաջացնելով սրտխառնոց, փսխում, կլոնիկ ցնցումներ, տախիկարդիա, բերրի լայնացում, գլխացավ, ընդհանուր հոգնածություն, շնչառական կաթված:<sup>79</sup>

### **Առաջարկություն**

- Ցիտիզինը բարձրացնում է ծխելը թողնելու ցուցանիշները, սակայն, ապացույցները սահմանափակվում են երեք հետազոտություններով (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 Iasi, 2010, [www.srp.ro](http://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 smoking cessation: 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/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/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, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4. 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., McIvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix/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. 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.
  46. Ebbert J.O., M.Sc., 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.
  47. 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.
  48. 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.
  49. 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.
  50. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Irusen 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.
  51. 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.

52. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther.* 2009;31:463– 491.
53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. 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)
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
62. 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.
63. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2009;3:287-308.
64. 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.
65. 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.
66. 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)
67. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(5):433-40.
68. 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.
69. [http://www.treatobacco.net/en/page\\_36.php](http://www.treatobacco.net/en/page_36.php)
70. 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.
71. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation.* 2008;3(1):57-62.
72. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep.* 2006;58(6):777-798.
73. [www.tabex.bg](http://www.tabex.bg)
74. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553-1559.
75. 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 cytisine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011;11:880.
76. Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovannoe 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.

77. 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.
78. 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.
79. Musshoff F, Madea B. Fatal cytisine 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 համակցված դեղորայքային բուժում: Առաջին շաբթի դեղամիջոցների որոշ համակցումներ ավելի արդյունավետ են, քան մոնոթերապիաները, դրանք են՝ նիկոտինի սպեղանու երկարաժամկետ (այսինքն՝ 14 շաբաթ և ավելի) համակցումը նիկոտինի մաստակի կամ նիկոտինի ներքթային ցողացրի հետ, նիկոտինի սպեղանու և նիկոտինի գազային ներշնչակի, և նիկոտինի սպեղանու և բուպրոպիոնի համակցումները:<sup>1,2</sup> Դեռևս անհասկանալի է, թե արդյոք համակցված թերապիայի առավելությունը պայմանավորված է երկու տեսակի մատակարարման համակարգերի գործարկմամբ, թե այն հանգամանքով, որ երկու մատակարարման համակարգերը հակված են արյան մեջ հանգեցնել նիկոտինի ավելի բարձր կոնցենտրացիաների: Համակցված դեղորայքային բուժումը կամ բարձր դեղաչափով նիկոտինային փոխարինող բուժումն ավելի արդյունավետ են մեղմացնում նիկոտինի զրկանքի ախտանշանները, հատկապես ավելի բարձր կախվածությամբ ծխողների մոտ:<sup>1</sup>

Իրականում մասնագետները հաճախ են համակցում դեղամիջոցները: Ծանր ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին ցուցված է համակցված բուժում՝ երեք կամ ավելի դեղամիջոցների միաժամանակյա կիրառմամբ: Դեղամիջոցների նկատմամբ նախնական մասնակի պատասխանի դեպքում կարող է լինել դեղամիջոցների ռեժիմների հետագա հարմարեցման կարիք: Օրինակ, եթե հիվանդը նվազեցրել է ծխելը, օգտագործելով 1 մգ վարենիկլին օրական երկու անգամ և հեշտությամբ է տարել դեղամիջոցը, դեղաչափը կարող է բարձրացվել մինչև 1 մգ օրական երեք անգամ: Հնարամտություն է պահանջվում նաև այն դեպքերում, երբ հիվանդները դադարեցրել են ծխելը՝ օգտագործելով նիկոտինային սպեղանի և կարճատև ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժում, սակայն վաղ երեկոյան ունենում են զրկանքի ախտանշանների ուժեղացում. ուշ կեսօրին 14 մգ նիկոտինային սպեղանի ավելացնելով կարելի է նվազեցնել երեկոյան ժամերին զրկանքի ախտանշանների զարգացումը:<sup>2,3</sup>

Վարենիկլինով բուժման նախնական փուլում վատ վերահսկվող զրկանքի ախտանշաններն ավելի լավ հաղթահարելու համար Հարթը և համահեղինակները (Hurt et al.) 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 համակցումը

##### 4.4.1.1 Համակցված դեղորայքային բուժման ընդհանուր սկզբունքները

Ծխողների շրջանում զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման համար գնահատվել են համակցված դեղորայքային բուժման երկու հիմնական տեսակներ՝ (1) նիկոտինային

փոխարինող բուժման տարբեր կիրառության ձևերի և դեղակինետիկ պրոֆիլների օգտագործմամբ թերապիա (օր՝ նիկոտինային սպեղանի և նիկոտինի մաստակ), և (2) երկու տարբեր ազդման մեխանիզմով դեղամիջոցների համակցմամբ թերապիա, ինչպիսին է բուլբոպրոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցումը:

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

Համակցված դեղաբուժությունը շարունակում է մնալ հակասական և քիչ օգտագործվող: Ծխելը դադարեցնելու համար միայն տարբեր տեսակի նիկոտինային փոխարինող բուժումների (այսինքն՝ մեկից ավելի նիկոտինային փոխարինող բուժման կուրսեր), ինչպես նաև բուլբոպրոպիոնի և նիկոտինային սպեղանու համակցումներն են հաստատվել սննդի և դեղերի վարչության (FDA) կողմից:

#### ***4.4.1.2 Համակցված նիկոտինային փոխարինող բուժում (ՆՓԲ)***

Նկարագրված են նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցումների երկու տեսակներ՝ հաջորդական և միաժամանակյա: Հաջորդական թերապիայի դեպքում զրկանքին հասնելու համար տրամադրվում է նիկոտինի նախնական կայուն չափաբաժին (այսինքն՝ նիկոտինի սպեղանի) , որից հետո ախտադարձը կանխարգելելու համար կիրառվում են ընդհատվող դեղաչափեր՝ ըստ պահանջի: Համենայն դեպս, հաջորդական թերապիային աջակցող տվյալները քիչ են:

Բազմակի նիկոտինային փոխարինող բուժման (այսինքն՝ միաժամանակյա թերապիա) օգտագործման վերաբերյալ համեմատաբար ավելի 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 ցողացիք): Համակցումը բարձրացնում է նիկոտինի սպեղանիով բուժվողների հակվածությունը բուժման կուրսի պահպանմանը, քանի որ կարճաժամկետ ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժման ինքնաընդունման միջոցով օգնում է ծխողներին պայքարել ծխելու սուր ցանկությունների և զրկանքի ախտանշանների դեմ:<sup>6</sup>

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

Կիլլենը և համահեղինակները (Killen et al.) կրկնակի կույր հետազոտությամբ ուսումնասիրել են ծխելը դադարեցնելու բուժման արդյունավետությունը, որը համակցել է տրանսդերմալ նիկոտինային փոխարինական թերապիան հակադեպրեսանտ պարոքսետինի հետ: Ծխողները պատահականության սկզբունքով ընդգրկվել են երեք խմբերից մեկում՝ տրանսդերմալ համակարգ և պլացեբո, տրանսդերմալ համակարգ և 20 մգ պարոքսետին, տրանսդերմալ համակարգ և 40 մգ պարոքսետին: Տրանսդերմալ բուժումը տրամադրվել է 8 շաբաթ, իսկ պարոքսետինը կամ պլացեբոն՝ 9 շաբաթ: Հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ զրկանքի ցուցանիշները խմբերի միջև հավաստիորեն չեն տարբերվել, սակայն հետևողական մասնակիցների ենթախմբի վերլուծությունը ցույց է տվել, որ վերահսկողության շրջանի 4-րդ շաբաթում մասնակիցների զրկանքի ցուցանիշները

պարոքսետինի խմբում ավելի բարձր են եղել, քան և ստուգիչ խմբում:<sup>7</sup>

### ***Նիկոտինային սպեղանի + մաստակ***

Սպեղանին օգտագործվում է ամեն օր, և այն կարող է օգտագործվել նաև նիկոտինի մաստակի հետ համակցված: Օրալ նիկոտինային փոխարինող բուժման կարճաժամկետ ազդեցություն ունեն և անհրաժեշտության դեպքում կարող են օգտագործվել անհագ ցանկությունները թուլացնելու համար: Կարճաժամկետ ազդեցությամբ օրալ նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է օգտագործվել ամեն օր կամ ընդմիջումներով:

Նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային մաստակի համակցումը գնահատող հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ծխելու զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման գործընթացում համակցումն իր արդյունավետությամբ գերազանցում է մոնոթերապիային՝ 12-ից 24-րդ շաբաթում:<sup>8,9</sup> Համեմատվել են համակցված բուժման և նիկոտինային սպեղանու մոնոթերապիայի արդյունավետությունը 12 և 24 շաբաթների ընթացքում. 12-շաբաթվա ընթացքում ցույց է տրվել համակցված բուժման արդյունքում ավելի բարձր զրկանքի ցուցանիշ՝ 34%, համեմատած սպեղանու մոնոթերապիայի խմբի 24% ցուցանիշի հետ, իսկ 24-շաբաթյա բուժման ընթացքում համակցված բուժման արդյունավետությունը՝ 28%, համեմատած մոնոթերապիայի՝ 15% հետ:<sup>10</sup> Նիկոտինային մաստակի և սպեղանու համակցումն ավելի քան երեքից վեց ամիս տևողությամբ պետք է դիտարկվի ծանր և/կամ երկարատև նիկոտինային զրկանքի ախտանշաններով հիվանդների համար, երբ չկան այլ դեղաբանական լուծումներ:<sup>11</sup>

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

Նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային ցողացիրի համակցված բուժման արդյունավետությունն ընդդեմ մոնոթերապիայի գնահատելու նպատակով 1384 ծխողների շրջանում ռանդոմիզացված բաց հետազոտություն է իրականացվել: 6-րդ շաբաթում ծխելու զրկանքի ցուցանիշները հավաստիորեն ավելի բարձր են եղել համակցված բուժման խմբում, համեմատած յուրաքանչյուրով մոնոթերապիայի ցուցանիշներին:<sup>12</sup> Պլացեբո-վերահսկվող մի այլ հետազոտություն ցույց է տվել, որ նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինի ներքթային ցողացրի համակցված բուժում ստացող խմբում ծխելու զրկանքի հասնելու արդյունավետությունը գերազանցել է նիկոտինային սպեղանի և պլացեբո ներքթային ցողացիր կիրառող խմբում գրանցված արդյունքներին՝ կարճաժամկետ (6 շաբաթ և 3 ամիս) և երկարաժամկետ (12 ամիս) վերահսկման փուլերում:<sup>13</sup>

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

400 մասնակիցներով պլացեբո-վերահսկվող ռանդոմիզացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ նիկոտինային սպեղանու և ներշնչակի համակցման դեպքում դիտվել են ծխելու զրկանքի հավաստիորեն ավելի բարձր ցուցանիշներ 6-ից 12 շաբաթներում՝ համեմատած միայն ներշնչակի հետ: Հիվանդները ներառվել են խումբ 1-ում (n=200), որոնք ստացել են ներշնչակ և սպեղանի (ստանալով 15 մգ նիկոտին ամեն 16 ժամը մեկ) 6 շաբաթ, ապա ներշնչակ և պլացեբո սպեղանի 6 շաբաթ, ապա միայն ներշնչակ 14 շաբաթ և խումբ 2-ում (n=200), որոնք ստացել են նիկոտինային ներշնչակ և պլացեբո սպեղանի 12 շաբաթ, ապա ներշնչակ 14 շաբաթ:<sup>14</sup>

Ընդհանուր առմամբ, նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցումները հեշտ տանելի են, իսկ կողմնակի ազդեցությունները նույնն են, ինչ և յուրաքանչյուրի առանձին կիրառության դեպքում:<sup>2,3</sup>

### ***Նիկոտինային սպեղանի + բուպրոպիոն***

Բուպրոպիոնի համակցումը նիկոտինային սպեղանու հետ ավելի արդյունավետ է, քան միայն սպեղանին, քանի որ նրանք ունեն ազդեցության տարբեր մեխանիզմներ:<sup>7</sup> Խորհուրդ է

տրվում սկսել բույրոպիոնի ստանդարտ դեղաչափերով բուժում 2 շաբաթվա ընթացքում, և ծխելը թողնելու նշանակված օրն ավելացնել նիկոտինի սպեղանին: Բույրոպիոնը պետք է օգտագործվի 7-ից 12 շաբաթ: Նիկոտինային սպեղանիով բուժման օպտիմալ տևողությունը համակցված բուժման սխեմայում 3-ից 6 ամիս է:<sup>11</sup>

Չորս խմբերով, կրկնակի կույր, պլացեբո վերահսկվող հետազոտության տվյալներով՝ համակցված թերապիայի դեպքում (նիկոտինային սպեղանի և բույրոպիոն) զրկանքի ցուցանիշը 12-րդ ամսում եղել է 35.5%՝ համեմատած միայն բույրոպիոնի 30.3%-ի, միայն նիկոտինի սպեղանու 16.4%-ի և պլացեբոյի 15.6%-ի հետ:<sup>11</sup> Ժորենբայր և համահեղինակները (Jorenby et al.) պատահականության սկզբունքով մասնակիցներին ներառել են երեք խմբերում՝ միայն բույրոպիոն, միայն նիկոտինային սպեղանի, և բույրոպիոնի և սպեղանու համակցում: 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% նիկոտինի սպեղանու խմբում, 30.3% միայն բույրոպիոնի խմբում ( $P < 0.001$ ), և 35.5% համակցում ստացած խմբում ( $P < 0.001$ ): Ջրկանքի ցուցանիշները համակցված թերապիայի դեպքում ավելի բարձր են եղել, քան միայն բույրոպիոնի դեպքում, սակայն, տարբերությունը վիճակագրորեն հավաստի չի եղել:<sup>15</sup>

Ընդհանուր առմամբ, մասնագիտական գրականության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բույրոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցված թերապիան բարձրացնում է կարճատև զրկանքի ցուցանիշները: ԱՄՆ-ի հանրային առողջապահության ծառայությունների մետա-անալիզը ցույց է տալիս բույրոպիոնի և նիկոտինի սպեղանու համակցման դեպքում երկարատև զրկանքի ցուցանիշները ( $\geq 6$  ամիս) բարձրացնելու ոչ-հավաստի տեղեկաց՝ համեմատած միայն նիկոտինի սպեղանու հետ [ՀԳ 1.3, 95% ՀՄ՝ 1.0-1.8]:<sup>1</sup> Քոքրեյնի համագործակցության վերջին ակնարկը նույնպես հանգել է նույն եզրակացությունը:<sup>16</sup>

Պլացեբո-վերահսկվող հետազոտությունը գնահատել է ծխողների շրջանում բույրոպիոնի (300 մգ) համակցման արդյունավետությունը նիկոտինի սպեղանու (21 մգ), նիկոտինի մաստակի (2մգ) և կոգնիտիվ վարքային թերապիայի հետ: Բույրոպիոնի ավելացումը բարձրացրել է ծխելու նվազեցման ցուցանիշը ( $\geq 50\%$ )՝ 12-ից 24-րդ շաբաթում և ծխելու շարունակական զրկանքը՝ 8-րդ շաբաթում:<sup>17</sup>

1700 ծխողներ ընդգրկող հետազոտությունում բույրոպիոնի և նիկոտինի ներշնչակի համակցված թերապիան գերազանցել է առանձին վերցրած երկու միջոցների արդյունավետությանը:<sup>18</sup>

Առաջնային բուժօղակում իրականացված ծխելը դադարեցնելու արդյունավետության մեծ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ բույրոպիոնը և բերանում լուծվող հաբերի համակցումը գերազանցել է բոլոր մոնոթերապիաների ցուցանիշները (այսինքն՝ բերանում լուծվող հաբ, սպեղանի, բույրոպիոն):<sup>19</sup>

### ***Նորտրիպտիլին + նիկոտինային փոխարինող բուժում***

Նորտրիպտիլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցված նշանակման արդյունավետությունը միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ համեմատող հետազոտությունների մետա-անալիզը վկայում է, որ չկան բավարար ապացույցներ այն մասին, որ համակցված բուժումը բարձրացնում է ծխելու զրկանքը (ՀՀ 1.21, 95% ՀՄ՝ 0.94-1.55):<sup>16</sup>

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

Տե՛ս նաև բաժին 4.3.3.3: Դեղակինետիկ տվյալների<sup>20</sup> վրա հիմնվելով՝ Էբբերտը և համահեղինակները (Ebbert et al.)<sup>21</sup> առաջ են քաշել հետևյալ վարկածները. (1) վարենիկլինը ամբողջությամբ չի հազեցնում նիկոտինի ագետիլիտիային ընկալիչները՝ հանգեցնելով ոչ լիարժեք «գոհացման» պատասխանի և ծխելու շարունակական մղման թերի արգելակման, (2)

վարենիկլինը թերի է փոխարինում ծխելու դոֆամինային ազդեցությանը՝ հանգեցնելով ծխելու շարունակական ցանկության: Այդ պատճառով հեղինակները գտել են, որ որոշ ծխողներ, ի հավելումս վարենիկլինի, կարող են ունենալ նիկոտինային փոխարինող բուժման կարիք՝ զրկանքը և ծխելու ցանկությունը նվազեցնելու համար, որը ծխողներին թույլ կտա հասնել ամբողջական զրկանքի: Մեյոյի հիվանդանոցի Նիկոտինային կախվածության կենտրոնում կիրառվում է ծխելը դադարեցնելու 8 օրյա ներհիվանդանոցային բուժման ծրագիր՝ վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցված թերապիայով, որի հեղինակները վարենիկլին օգտագործող ծխողների զրկանքի ախտանշանների մեղմացման համար խորհուրդ են տալիս օգտագործել նիկոտինային փոխարինող բուժում: Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ համակցված թերապիայի խմբում կողմնակի ազդեցությունների աճ չի դիտվել՝ համեմատած նույն ծրագրում միայն վարենիկլինով բուժվող հիվանդների խմբի հետ: Սակայն, այս հետազոտության արդյունքները կարող են չհամապատասխանել այլ հիվանդների խմբերին և պետք է մեկնաբանվեն զգուշությամբ:

Կլինիկական հետազոտություն է իրականացվել պարզելու, թե ինչու ծխելը դադարեցնելու հավանականությունը ավելի բարձր է դեղամիջոցների համակցմամբ բուժման դեպքերում, համեմատած մոնոթերապիա կամ պլացեբո բուժման հետ: Ծխելը դադարեցնելու վեց դեղաբուժական ծրագրերով (պլացեբո, նիկոտինի սպեղանի, նիկոտինի բերանում լուծվող հաբեր, բուպրոպիոն, նիկոտինային սպեղանի և նիկոտինի բերանում լուծվող հաբեր, բուպրոպիոն և նիկոտինի բերանում լուծվող հաբեր) ռանդոմիզացված 1504 ներկայիս ծխողներից հավաքված տվյալները ենթադրում են, որ համակցված բուժումները նպաստում են զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշների՝ համեմատած մոնոթերապիաների հետ, քանի որ ավելի շատ են ճնշում զրկանքի ախտանիշները, ծխելու անհագ ցանկությունը և սպասելիքները ծխելուց:<sup>22</sup>

Լոհը, Փայփը և համահեղինակները (Loh, Piper et al.) պատասխանել են այն հարցին, արդյոք համակցված դեղորայքային բուժումը պետք է կանոնավոր կերպով օգտագործվի բոլոր ծխողների համար, թե որոշ ծխողների համար համակցված բուժումը մոնոթերապիաների համեմատ կարող է լրացուցիչ առավելություններ չունենալ: Նրանք եզրակացրել են, որ համակցված դեղորայքային բուժումը հիմնականում ավելի արդյունավետ է եղել, քան մոնոթերապիան, բացառությամբ ծխողների մի խմբի (ցածր նիկոտինային կախվածությամբ ծխողներ), ովքեր համակցված բուժումից մեծ օգուտ չեն ստացել: Այս ծխողների շրջանում մոնոթերապիայի նախընտրությունը կարող է հիմնավորվել՝ հաշվի առնելով համակցված բուժման ծախսերը և կողմնակի ազդեցությունները:<sup>23</sup>

Երեք ռանդոմիզացված վերահսկվող, նոր հետազոտություններ ուսումնասիրել են համակցված բուժման արդյունավետությունը:<sup>24-26</sup> Հայեկը և համահեղինակները (Hajek et al.) ռանդոմիզացված հիվանդների շրջանում արված հետազոտությամբ ցույց են տվել, որ վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցման խմբում ծխելը դադարեցնելու արդյունավետությունը չի գերազանցում միայն վարենիկլին ստացող խմբում գրանցվող արդյունավետությանը, սակայն, այս հետազոտությունը սահմանափակ է իր ընտրանքի չափի պատճառով (n=117):<sup>24</sup> Ռամոնի և համահեղինակների (Ramon et al.) կողմից իրականացված ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունում 341 ծխողներ, ովքեր օրական ծխել են 20 և ավելի սիգարետներ, ռանդոմիզացվել են վարենիկլին գումարած նիկոտինային սպեղանի կամ վարենիկլին գումարած պլացեբո սպեղանի խմբերում՝ 12 շաբաթ: Երկու խմբերն էլ ստացել են վարենիկլին աջակցություն:<sup>25</sup> Ընդհանուր առմամբ, վարենիկլինի + նիկոտինային փոխարինող բուժման խմբում եղել է զրկանքի մի փոքր, սակայն վիճակագրորեն ոչ հավաստի աճ: Ենթավերլուծությունը 24 շաբաթ համակցված թերապիա ստացող, 29 և ավելի սիգարետներ օգտագործող ծխողների շրջանում գրանցել է հավաստիորեն բարձր զրկանքի ցուցանիշներ (ՀԳ՝ 1.46, 95% ՀՄ՝ 1.2-ից 2.8): Երկրորդ ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունը (n=435), որը նույնպես համեմատել է վարենիկլինի մոնոթերապիան՝ նիկոտինային փոխարինող բուժման հետ համակցված

վարենիկլինի հետ, ցույց է տվել, որ համակցված 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> Հեղինակները համակցված 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 համակցված բուժման արժեքը և հիվանդների հատուկ ենթախմբերին այն առաջարկելու հնարավորությունը հետազոտում ավելի լավ հասկանալու համար: Հաշվի առնելով ներկայումս առկա ապացույցների սակավությունը՝ համակցված բուժումը կարող է դիտարկվել միայն այն հիվանդների համար, ովքեր մոնոթերապիայի միջոցով դժվարանում են հասնել ամբողջական զրկանքի:

### ***Վարենիկլին + բուպրոպիոն***

Քանի որ, վարենիկլինի և բուպրոպիոնի ազդեցության մեխանիզմները տարբեր են, ապա դրանք հաճախ օգտագործվում են համակցված, հատկապես այն ծխողների համար, ովքեր նախկինում ծխելը դադարեցնելու համար օգտագործել են բուպրոպիոնի մոնոթերապիա, սակայն, այդ ընթացքում ունեցել են դժվարություններ: Այս համակցման փորձնական հետազոտությունը ցույց է տվել գերազանց արդյունավետություն և բարձր տանելիություն՝ առաջարկելով, որ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի համակցումը 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 շաբաթի դեղամիջոցների հինգ համակցումներ, սակայն, այդ բոլոր հինգ համակցումների օգտագործման առաջարկություններ անելու համար չկան բավարար ապացույցներ: Ներկայումս ԱՄՆ սննդի և դեղերի վարչության կողմից (FDA) հաստատվել է միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր տեսակների համակցումը, ինչպես նաև նիկոտինի սպեղանու ու բուպրոպիոնի համակցումը:<sup>23</sup> Բժիշկները, այնուամենայնիվ, ծխելը դադարեցնել ցանկացող հիվանդների շրջանում կարող են դիտարկել դեղամիջոցների այս համակցումների օգտագործումը:
- Դեղամիջոցների արդյունավետ համակցումներն են՝
  - Երկարատև (>14 շաբաթ) նիկոտինային սպեղանի և այլ նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբերակներ (մաստակ, ցողացիր) (A մակարդակի ապացույց),
  - Նիկոտինային սպեղանի և նիկոտինի ներշնչակ (B մակարդակի ապացույց),
  - Նիկոտինի սպեղանի և բուպրոպիոն (A մակարդակի ապացույց),
- Վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցման համար հակացուցումներ չկան (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենիկլինը համակցումը հատկապես օգտակար է ծխախտի մոլի օգտագործողների համար, սակայն, արդյունքները տարաբնույթ են: Այս մտտեցման արդյունավետությանն աջակցող 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 Ias, i, 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, Dakhil 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, Iruken 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

Սպացուցված է, որ որոշ հիվանդների մոտ օգտակար է բուժման առաջարկվող տևողությունից ավելի երկար բուժումը:

##### *Երկարաձգված նիկոտինային փոխարինական բուժում*

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

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

Ռանդոմիզացված հետազոտություններից մեկում 568 մասնակիցներ պատահականորեն բաշխվել են առանձին խմբերում՝ 8 շաբաթ 21 մգ նիկոտինի սպեղանու, 16 շաբաթ պլացեբո և երկարաձգված բուժման խմբերում (21 մգ նիկոտինի սպեղանի 24 շաբաթ): Արդյունքները վկայում են, որ նիկոտինի սպեղանին 24 շաբաթում բարձրացրել է կենսաքիմիական եղանակով հաստատված շարունակական զրկանքի հասնելու արդյունավետությունը, նվազեցրել է ախտադարձի ռիսկը և բարձրացրել է ձախողումից հետո զրկանքի վերականգնման հավանականությունը՝ համեմատած 8 շաբաթվա ընթացքում նիկոտինային սպեղանու կիրառության արդյունավետության հետ:<sup>3</sup>

Նիկոտինի մաստակը և սպեղանին կարող են օգտագործվել ավելի քան վեց ամիս շարունակ, լավ արդյունքներով, հասկապես այն հիվանդների շրջանում, որոնց բնորոշ է զրկանքի ախտանշանների շարունակականությունը:

Մանրի և դեղերի վարչությունը (FDA) հաստատել է, որ ռիսկերի բացակայության շնորհիվ նիկոտինային փոխարինական բուժումը հնարավոր է նշանակել վեց ամիս և ավել տևողությամբ: Նիկոտինի 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 փոխարինողների չափաբաժինը, այնքան քիչ է քաշի ավելացումը):<sup>1</sup>

Շատ քիչ մարդիկ կարող են իրական կախվածություն ձեռք բերել նիկոտինին փոխարինող միջոցներից: Սակայն, անշուշտ, որոշ նախկին ծխողներ կարող են շարունակել օգտագործել դրանք մինչև մեկ տարի և նույնիսկ ավելի երկար, քանի որ նրանք վախենում են ձախողելուց

և ծխելու վերադարձից:<sup>1</sup> Հետազոտություններից մեկի շրջանակներում ընդհանուր թվով 402 մասնակիցներ, ավարտելով խմբային խորհրդատվություն, նիկոտինային փոխարինող բուժում և բուսրոպիոն պարունակող 12 շաբաթական բուժման ծրագիրը, անկախ ծխելու կարգավիճակից, պատահականորեն ներառվել են հետևյալ խմբերում՝ (1) ստանդարտ բուժում (առանց հետագա բուժման), (2) երկարաձգված նիկոտինային փոխարինող բուժում (նիկոտինի մաստակի հնարավորություն 40 շաբաթ), (3) երկարաձգված կոգնիտիվ վարքային թերապիա (11 կոգնիտիվ վարքային սեսիաներ 40 շաբաթվա ընթացքում), կամ (4) երկարաձգված կոգնիտիվ վարքային թերապիա գումարած երկարաձգված նիկոտինային փոխարինող բուժում (համակցված՝ 11 կոգնիտիվ վարքային սեսիաներ գումարած 40 շաբաթ նիկոտինի մաստակի հնարավորություն): Հեղինակները համաձայնել են, որ երկարատև բուժումը բերում է զրկանքի բարձր և կայուն ցուցանիշների:<sup>4</sup>

### ***Երկարաձգված բուժում վարենիկլինով***

Վարենիկլինով 12 շաբաթ և ավելի երկար տևողությամբ բուժումը անվտանգ է, հեշտ տանելի է և երաշխավորում է երկարաժամկետ զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշ՝ հարաբերականորեն նվազեցնելով ախտադարձի ռիսկը: Վարենիկլինը կարող է օգտագործվել որպես արդյունավետ դեղամիջոց նիկոտինային կախվածության բուժման համար՝ 24 շաբաթ տևողությամբ՝ հատկապես այն հիվանդների համար, ում մոտ ծխելու ցանկությունը վերադառնում է բուժման 12 շաբաթից հետո: Վարենիկլինը առաջին դեղամիջոցն է, որն ախտադարձի դեմ ունի հավաստի երկարաժամկետ ազդեցություն: Ըստ Թոնսթեդի՝ (Tonsted et al.) վարենիկլինով բուժման խմբի մասնակիցների 70.6%-ը դադարեցրել է ծխելը 13-24-րդ շաբաթում՝ համեմատած պլացեբո խմբի 49.8%-ի հետ, 25-52-րդ շաբաթում չեն ծխել մասնակիցների համապատասխանաբար 44% և 37.1% :<sup>5</sup>

### ***Երկարաձգված բուժում բուսրոպիոնով***

Զրկանքի ցուցանիշների բարելավման և ախտադարձի կանխարգելման նպատակով բուսրոպիոնով ստանդարտ 7-9 շաբաթ տևողությամբ բուժումը կարելի է երկարաձգել: Ռանդոմիզացված, պլացեբո վերահսկվող հետազոտությունում 784 առողջ ծխողներ յոթ շաբաթ շարունակ օգտագործել են 300 մգ բուսրոպիոն, որից հետո մի խմբի մասնակիցները շարունակել են բուսրոպիոնի ընդունումը լրացուցիչ 45 շաբաթների ընթացքում, մյուսները ընդգրկվել են պլացեբո խմբում: Բուսրոպիոնի խմբում 52-րդ շաբաթում դիտվել է զրկանքի 55.1% ցուցանիշ՝ համեմատած 42.3% պլացեբո խմբի հետ: Այս ցուցանիշը վերահսկողության շրջանի 78-րդ շաբաթում չի փոխվել (47.7% բուսրոպիոնի խմբում, 37.7% պլացեբո խմբում,  $p=0.034$ ), սակայն, հետազոտության վերջին այցի ժամանակ 104-րդ շաբաթում տարբերությունը դարձել է ոչ հավաստի (41.6% բուսրոպիոնի խմբի և 40.0% պլացեբո խմբի համար): Ախտադարձերը բուսրոպիոնի խմբում միջինում դիտվել են 156-րդ օրը, իսկ պլացեբո խմբում 65-րդ օրը ( $p=0.021$ ), փաստ, որը անհերքելիորեն բուսրոպիոնով երկար բուժման կուրսերի օգտին է:<sup>6</sup>

Կոքսը և համահեղինակները (Cox et al.) բուսրոպիոնով 7 շաբաթ բուժում ստացած զրկանքով պացիենտներին ռանդոմիզացրել են մեկ տարի շարունակական բուսրոպիոն ստացող խմբում և պլացեբո խմբում:<sup>7</sup> Բուսրոպիոնի երկարաձգված բուժման վերջում բերել է զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշների՝ համեմատած պլացեբոյի հետ, սակայն, մեկ տարի շարունակական վերահսկողության շրջանում տարբերություններ չեն դիտվել: Քիլլենը և այլոք (Killen et al.) ծխողներին 12 շաբաթ բուժել են բուսրոպիոնի, նիկոտինի սպեղանու և ախտադարձի կանխարգելման շաբաթական թրեյնինգների ծրագրով:<sup>8</sup> Հետո բոլոր մասնակիցներին առաջարկել են ախտադարձի կանխարգելման չորս սեսիաներ և լրացուցիչ 14 շաբաթ ակտիվ կամ պլացեբո բուսրոպիոնի օգտագործում: Բուժման մեկ տարվա կտրվածքով այդ ծրագրերի արդյունավետության միջև տարբերություններ չեն դիտվել:

Անհրաժեշտության դեպքում դեղորայքային բուժումը կարող է երկարաձգվել սովորաբար

խորհուրդ տրվող ժամկետների համեմատ: Հայտնի է, որ գրկանքի ցուցանիշների վրա ամենամեծ ազդեցություններն 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 Ծխելու դադարեցմանն աջակցող այլ միջամտությունների հասանելի ապացույցներ

Գոյություն ունեն ծխելու դադարեցմանն 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 արդյունքներ չգրանցած միջամտությունները նկարագրված են ստորև:

##### ***Պատվաստուկներ (Vaccines)***

Ներկայումս երեք տեսակի հականիկոտինային 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 չկան ծխելու դադարեցմանն օժանդակող պատվաստուկների օգտագործմանն աջակցող ապացույցներ: Հետագա հետազոտությունների իրականացման անհրաժեշտություն կա:<sup>3</sup>

##### ***Արծաթի ացետատ (Silver acetate)***

Ծխելու դադարեցման համար նախատեսված արծաթի ացետատի արդյունավետությունը

գնահատող ռանդոմիզացված հետազոտությունների վերլուծությունը փաստել է , որ այն գրեթե չի աջակցում ծխելը դադարեցնելուն: <sup>4</sup>

#### ***Նիկոբրևին (Nicobrevin)***

Ծխելու դադարեցմանն օժանդակող պատենտավորված միջոց հանդիսացող նիկոբրևինի ազդեցությունը գնահատող երկարատև ռանդոմիզացված հետազոտությունների վերլուծությունը չի գտել որևէ ապացույց, որ նիկոբրևինը կարող է օժանդակել ծխելու դադարեցմանը:<sup>5</sup>

#### ***Լոբելին (Lobeline)***

Ծխելու դադարեցմանն աջակցելու համար տնտեսապես հասանելի դեղամիջոց հանդիսացող, նիկոտինի մասնակի ազոնիստ լոբելինի հետազոտությունների վերլուծությունը չի գտել որևէ դրական ապացույց, որ լոբելինը կարող է օժանդակել ծխելու երկարաժամկետ դադարեցմանը:

#### ***Անքսիոլիտիկներ (Anxiolitics)***

Ծխելու դադարեցմանն օժանդակող անքսիոլիտիկներով (դիազեպամ (diazepam), դոքսեպին (doxepin), մեպրոբամատ (meprobamate), օնդանսետրոն (ondansetron)) և բետա-պաշարիչներով (մետոպրոլոլ (metoprolol), օքսրենոլոլ (oxprenolol) և պրոպանոլոլ (propranolol)), բուժման արդյունավետությունը գնահատող վերլուծությունը նույնպես չի գտել որևէ ապացույց, որ վերջիններս կարող են օժանդակել դադարեցմանը, սակայն հնարավոր ազդեցությունը բացառված չէ:<sup>7</sup>

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

Օփիոդ անտագոնիստների՝ նալոքսոնի (naloxone) և նալտրեքսոնի (naltrexone) կողմից ծխելու երկարատև դադարեցմանն աջակցող հետազոտությունների վերլուծությունը չի գտել որևէ հստակ փաստ, որ վերոնշյալ դեղամիջոցները նպաստում են ծխելը դադարեցնելուն:<sup>8</sup>

#### ***Մեկամիլամին (Mecamylamine)***

Նիկոտինային փոխարինող բուժում հետ համակցված նիկոտինի անտագոնիստ մեկամիլամինի օգտագործմամբ հետազոտությունների վերլուծությունն առաջարկում է առավել լայնածավալ հետազոտությունների իրականացում:<sup>9</sup>

#### ***Գաբապենտին (Gabapentin)***

Ծխախոտային կախվածության բուժման նպատակով սովորական դեղաչափերով օգտագործվող գաբապենտինը ծխախոտի օգտագործման դադարեցման ցուցանիշների փոփոխություն չի արձանագրել:<sup>10</sup>

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

Երեք հետազոտությունների ակնարկը, որոնք որոշել են արդյոք ընտրողական CB1 ընկալիչի անտագոնիստները (ներկայումս ռիմոնաբանտ (rimonabant) և տարանաբանտ (taranabant)) ավելացնում են ծխելը դադարեցնող մարդկանց քանակը և գնահատել են դրանց ազդեցությունը ծխելը դադարեցնելու հաջողությունից կախված քաշի փոփոխման վրա, գտել է որոշ դրական ապացույցներ, սակայն այս դեղամիջոցների մշակումը արտադրողների կողմից 2008 թվականին դադարեցվել է:<sup>11</sup>

#### ***Գլյուկոզայի հաբեր***

Ծխելու դադարեցմանն օժանդակող գլյուկոզայի հաբերի ռանդոմիզացված հետազոտության նպատակն էր՝ գնահատել գլյուկոզայի հաբերի հնարավոր ազդեցությունը վեց-ամիս տևող շարունակական զրկանքի ցուցանիշների բարելավման ուղղությամբ: Արդյունքները ցույց են տվել, որ գլյուկոզի հաբերի կիրառությունը, հավաստի առավելություն չի ունեցել ցածր կալորիականությամբ պլացեբո հաբերի համեմատ: Սակայն, հետազոտողները պնդել են, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման կամ բուպրոպիոնի հետ համակցված ազդեցության հնարավորությունն արժանի է հետագա հետազոտության:<sup>12</sup>

#### ***Ոչ դեղաբանական միջամտություններ***

#### ***Չուզրնկերոջ աջակցությամբ միջամտություններ***

Չուզրնկերոջ մասնակցությամբ ծխախոտի օգտագործման երկարատև դադարեցմանը հասնելու համար 57 հասանելի հոդվածների վերլուծությունը չի հանգեցրել հստակ եզրակացությունների և առաջարկել է լրացուցիչ հետազոտությունների իրականացում:<sup>13</sup>

#### ***Ֆինանսական դրդապատճառներ***

Ծխելու դադարեցմանը նախատրամադրող մրցակցության, նյութական կամ ֆինանսական դրդապատճառների 17 հետազոտությունների վերլուծությունը չի հայտնաբերել ծխելու երկարատև դադարեցման ցուցանիշների բարձրացման հստակ ապացույցներ:<sup>14</sup>

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

Ծխելը դադարեցնելու համար ֆիզիկական ակտիվության մեթոդների կիրառությունն ուսումնասիրող 20 հետազոտություններից միայն մեկ հետազոտությունն է ցույց տվել ֆիզիկական ակտիվության դրական ազդեցություն՝ մեկ տարի տևողությամբ վերահսկողական շրջանում: Մյուս վերանայված հետազոտություններն ունեցել են թերություններ: Հետևաբար ֆիզիկական ակտիվության վրա հիմնված ծխելը դադարեցնելու ծրագրերի նոր հետազոտությունների իրականացման կարիք կա:<sup>15</sup>

#### ***Հիպնոթերապիա***

Հիպնոթերապիայի՝ որպես ծխելու դադարեցմանն օժանդակող մեթոդի, արդյունավետության մասին 11 ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտությունների վերլուծությունը 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***

Ծխելու դադարեցման համար 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 և խորհուրդ է տրվում իրականացնել հետազոտություններ՝ օգտագործելով հաճախակի կամ շարունակական խթանում:<sup>17</sup>

#### ***Ավերսիվ խթանումներ***

Արագ ծխելու և ծխելու դադարեցման այլ տհաճություն առաջացնող մեթոդների, ինչպես նաև ավերսիվ խթանման մակարդակից կախված հնարավոր դեղաչափ-պատասխան ազդեցության արդյունավետության մասին 25 հետազոտությունների վերլուծությունը չի հայտնաբերել բավարար ապացույցներ, որպեսզի գնահատվի արագ ծխելու կամ այլ տհաճություն առաջացնող մեթոդների արդյունավետությունը կամ այն, թե արդյոք գոյություն ունի ավերսիվ խթանման դեղաչափ-պատասխան կապ:<sup>18</sup>

#### ***Առաջարկություններ***

- Ոչ ավանդական թերապիաների արդյունավետությունը, ինչպիսիք են հիպնոզը, ասեղնաբուժությունը, բուսաբուժությունը, հոմեոթերապիան, հստակ չի ապացուցվել և այս թերապիաները մասնագետների կողմից խորհուրդ չեն տրվում:
- Քանի որ ոչ ավանդական թերապիաները հիմնականում անվտանգ են, ապա բուժաշխատողներին խորհուրդ չի տրվում արգելել հիվանդներին դիմել նաև այս մեթոդների օգնությանը, քանի որ ծխելը թողնել ցանկացող հիվանդները կարող են հրաժարվել նաև ավանդական բժշկության մեթոդներից:
- Ավանդական և ոչ ավանդական մեթոդների համակցումն 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, Vangeli 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, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub4.
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 են էլեկտրոնային սիգարետներում օգտագործվող հեղուկ պարունակող միանգամյա օգտագործման քարթրիջներ՝ նիկոտինից ազատ և նիկոտին պարունակող տարբերակներով: Էլեկտրոնային սիգարետները շուկայում հաճախ գովազդվում են որպես սիգարետների այլընտրանքային տարբերակ կամ ծխելը դադարեցնելու միջոց:

Այնուամենայնիվ, գոյություն ունեն մտահոգություններ, որ էլեկտրոնային սիգարետն այժմ դարձել է ծխախոտի փոխարինող՝ չծխելու համար նախատեսված վայրերում օգտագործելու համար: Միանգամյա օգտագործման քարթրիջների շնորհիվ էլեկտրոնային ծխախոտը դարձել է ավելի խնայողական, քան սովորական սիգարետները: Երիտասարդների կողմից

Էլեկտրոնային սիգարետների օգտագործումը Եվրոպայում օրեցօր ավելի մեծ տարածում է գտնում:<sup>2</sup>

### ***Արդյունավետությունը***

Քոբրեյնի համագործակցության կողմից իրականացված համակարգված վերլուծությունն ուսումնասիրել է ծխելու զրկանքի կամ ծխելու նվազեցման մեջ էլեկտրոնային սիգարետների արդյունավետության վերաբերյալ հասանելի ապացույցները:<sup>3</sup> Վերլուծությունն առանձնացրել է 13 հետազոտություններ, որոնցից 11-ը կոհորտային հետազոտություններ են: Երկու ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություններն օգտագործել են ցածր նիկոտինի պարունակությամբ էլեկտրոնային սիգարետների հին մոդելներ, սակայն այս հետազոտությունները ունեն մի քանի մեթոդական սահմանափակումներ: Արդյունքները վկայում են, որ նիկոտին պարունակող էլեկտրոնային սիգարետ օգտագործող մասնակիցներն ավելի հակված են եղել ծխելը կիսով չափ նվազեցնելու՝ համեմատած պլացեբո էլեկտրոնային սիգարետ օգտագործողների հետ (ՀՌ՝ 2.29, 95% ՀՄ՝ 1.05-ից 4.96, պլացեբո 4% և էլեկտրոնային սիգարետ 9%):<sup>3</sup> Բուլենը և համահեղինակները (Bullen et al.) 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, և երկուսն էլ գերազանցել են առանց նիկոտինի էլեկտրոնային սիգարետի արդյունավետությունը:<sup>4</sup>

Օխելու նվազեցման վերաբերյալ առկա սահմանափակ ապացույցները ենթադրում են, որ նիկոտին պարունակող էլեկտրոնային սիգարետների միջոցով մարդիկ կարողացել են նվազեցնել սիգարետների օգտագործումը առնվազն կիսով չափ՝ համեմատած պլացեբո էլեկտրոնային սիգարետների հետ (ՀՌ՝ 1.31, 95% ՀՄ՝ 1.02-ից 1.68, 2 հետազոտություններ, պլացեբո՝ 27% և էլեկտրոնային սիգարետ՝ 36%):<sup>3</sup> Կոհորտային հետազոտություններից ստացվել են նմանատիպ արդյունքներ: Պոլոզան և համահեղինակները (Polosa et al.) Իտալիայում ծխելը թողնել չցանկացող ծխողների շրջանում փորձարկել են էլեկտրոնային սիգարետները, որոնց 6 ամսյա կիրառության արդյունքում գրանցել են օրական ծխած սիգարետների քանակի զգալի նվազեցում՝ 22.5% և հաստատուն զրկանքի ցուցանիշներն 12.5%:<sup>5</sup> Այս հետազոտությունները նույնպես ունեցել են մեթոդական սահմանափակումներ:

Լաբորատոր հետազոտությունները նույնպես հայտնաբերել են, որ էլեկտրոնային սիգարետները ծխողների մոտ արդյունավետ են ծխելու անհազ ցանկությունների զսպման համար:<sup>6,7</sup>

Օխելու դադարեցման մեջ էլեկտրոնային սիգարետների արդյունավետությունը գնահատող կլինիկական հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա:

### ***Անվտանգությունը***

Էլեկտրոնային սիգարետից ստացվող ընդհանուր կախյալ կոշտ մասնիկների արտանետումները մոտավորապես 60 մկգ/մ<sup>3</sup> են, 10-15 անգամ ցածր, քան սովորական սիգարետներինը:<sup>8</sup> Էլեկտրոնային սիգարետների կոշտ մասնիկների առանձին ֆրակցիաների (PM<sub>1,2,5,7,10</sub>) խտությունը ավելի ցածր է (տատանվելով 6-ից 21 անգամ)՝ քան սովորական սիգարետների ծխի մասնիկներինը, սակայն, ներշնչած օդում դրանց պարունակությունը մի փոքր գերազանցում է արտաքին օդի որակի ԱՀԿ ուղեցույցի արժեքները:<sup>1</sup>

Էթիլեն գլիկոլից կամ գլիցերոլից առաջացած ծխանման գոլորշին շարունակական ազդեցության 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 համահեղինակները (Lerner et al.) գտել են, որ էլեկտրոնային սիգարետների աերոզոլների/հյութերի ազդեցությամբ թոքերի բջիջներում և հյուսվածքներում առաջացնում է չափելի օքսիդատիվ և բորբոքային պատասխաններ, որոնք կարող են հանգեցնել անսպասելի առողջական հետևանքների:<sup>10</sup>

Վերջին երեք համակարգված ակնարկները եղել են էլեկտրոնային սիգարետների անվտանգության մասին:<sup>3,11,12</sup> Ֆարսալինոսը և Պոլոսան (Farsalinos Polosa) վերանայել 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 շարունակական ծխելու հավաստի ռիսկի հետ:<sup>11</sup> Պիսինգերը և Դոսինգը (Pisinger and Dossing) վերանայել են էլեկտրոնային սիգարետների օգտագործման առողջական հետևանքների վերաբերյալ 76 հետազոտություններ: Հեղինակները եզրակացրել են, որ հարաբերականորեն քիչ թվով հետազոտությունների և գոյություն ունեցող հետազոտությունների մեթոդական խնդիրների, ինչպես նաև հրապարակված հետազոտությունների արդյունքների հակասությունների և երկարաժամկետ հետևողականության պատճառով էլեկտրոնային սիգարետների անվտանգության մասին հստակ եզրակացություններ չեն կարող արվել:<sup>12</sup> Հեղինակները, չնայած ապացույցների անբավարարությանը, նշել են, որ 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 ծխելու դադարեցման համար:(B մակարդակի ապացույց):
- Չկան հաճախակի կամ ծանր կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ ապացույցներ, սակայն, նմանապես, չկան նաև ծխելու դադարեցման համար արդյունավետության ապացույցներ, այսպիսով, հաշվի առնելով հետազոտությունների բացակայությունը, առողջապահության 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:

### ***Գրականություն***

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. McRobbie H, Bullen X, Hartmann-Boyce J, and P Hajek. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014. Issue 2, Art. No. CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub
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, Kougias 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 հետազայում 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 ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշը: Այս պնդումը հաստատող տվյալներ չկան. նույնիսկ հակառակ ազդեցությունն է դիտարկվել: Քոքրեյնի 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 հիվանդներին ծխելը դադարեցնելու համար կարելի է առաջարկել այս երկու մոտեցումներն էլ<sup>1</sup>: Հիվանդները, ովքեր չեն ցանկանում դադարեցնել ծխելը, բայց ում առաջարկվում է նվազեցնել ծխելը, ավելի հավանական է, որ մեկ տարուց չեն ծխի, քան նրանք, ում ոչ թե առաջարկվում է նվազեցնել ծխելը, այլ անմիջապես դադարեցնել՝ իբրև միակ լուծում<sup>3,4</sup>:

Ծխելու նվազեցումը սահմանվում է որպես ծխախոտի սկզբնական օգագործման համեմատ ծխելու 50%-ով պակասեցում՝ առանց ամբողջական զրկանքի<sup>1</sup>:

Սահմանափակ տվյալներ կան (փոքր հետազոտություններից, բնակչության ընտրված խմբերից, կարճ հետևողական ժամանակաշրջաններով) առ այն, որ ծխելն էականորեն պակասեցնելը կնվազեցնի որոշ սիրտ-անոթային ռիսկի գործոններ և կբարելավի շնչառական ախտանիշները: Ծխելու նվազեցումը կապված է ծխախոտային կենսամարկերների և առաջին անգամ ախտորոշված թոքի քաղցկեղի 25% նվազեցման, ինչպես նաև նորածինների քաշի մի փոքր, գրեթե աննշան, ավելացման տվյալների հետ: <sup>2</sup> Ծխելու նվազեցման արդյունքում թոքերի շնչառական ֆունկցիայի էական բարելավում չի դիտվել: <sup>5</sup>

Ծխելու նվազեցումն բուժական այլընտրանք է ծխելն ամբողջապես դադարեցնելուն՝ ծխելը վերջնականապես թողնելուն դեռևս անպատրաստ ծխողների համար: Նիկոտինային մաստակի օգտագործումը զուգակցված ծխախոտի նվազեցված օգտագործման հետ էականորեն իջեցրել է ածխածնի մոնօքսիդի բիոմարկերի կոնցենտրացիան: <sup>2</sup> Սրտային հիվանդների շրջանում ծխելու նվազեցման վերաբերյալ ռանդոմիզացված, վերահսկվող ROSCAP հետազոտությունը գնահատել է ծխելու նվազեցման ռազմավարության արդյունավետությունը՝ ծխախոտի ներգործության վնասակար ազդեցությունների նվազեցման տեսանկյունից: Նրանք, ովքեր կարողացել էին պակասեցնել ծխելը, հիմնականում տղամարդիկ էին, ովքեր ավելի շատ էին ծխախոտ օգտագործում՝ համեմատած ստուգիչ խմբի հետ: <sup>6</sup>

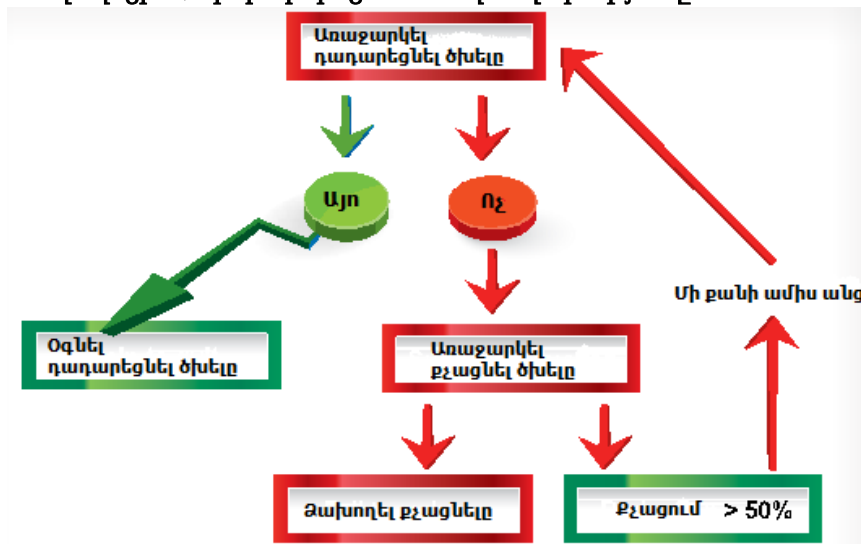
#### 4.6.1 Ծխելու նվազեցումը նիկոտինի փոխարինմամբ

Նիկոտինի փոխարինական բուժման միջոցով ծխելու նվազեցումը խորհուրդ է տրվում միայն նիկոտինային կախվածություն ունեցողներին, որոնց մոտ նիկոտինային ռեցեպտորների մեծ քանակը և դրանց զգայունության նվազեցումը էական գործոն են ծխախոտի սպառման համար: Այս ծխողները հիմնականում Fagerström սանդղակով գնահատվում են որպես 3-ից կամ նույնիսկ 6-ից բարձր միավոր ունեցողներ:<sup>4</sup> Նիկոտինային ուժեղ կախվածություն (Fagerström սանդղակով 7 կամ ավելի միավոր) և ծխելով պայմանավորված հիվանդություն ունեցողներին, ովքեր պատրաստ չեն թողնել ծխելը, պետք է համակարգված կերպով առաջարկել նվազեցնել օգտագործված ծխախոտի քանակը:

Սկզբնապես ծխելը դադարեցնել չցանկացող 2767 ծխողներ ներառող, ռանդոմիզացված, վերահսկվող յոթ հետազոտություններից բաղկացած մետա-անալիզը ցույց է տվել, որ բուժման սկզբից 6 ամիս անց զրկանքի ցուցանիշն էականորեն բարձր է եղել այն ծխողների շրջանում, ում ծխելը նվազեցնելու նպատակով 6 ամիս կամ ավելի երկար ժամանակաշրջանի համար նշանակվել է նիկոտինային փոխարինական բուժում (նիկոտինային մաստակ, ներշնչակ կամ սպեղանի), համեմատած համեմատական խմբի հետ՝ 9% և 5%: <sup>7</sup>

Նիկոտինային փոխարինական բուժումն օգտագործվում է իբրև փոխարինիչ, երբ օրվա ընթացքում օգտագործվող ծխախոտների քանակը նվազում է, և այդպիսով ծխախոտային արտադրատեսակների բացասական ազդեցություններն էլ է հավանականորեն նվազեցվում (չհաշված նիկոտինը): Ստացվում է, որ օրգանիզմը նիկոտին է ստանում առավել առաջադիմական եղանակով և կախվածության առաջացման պակաս վտանգով: Դեղորայքային նիկոտինը ավելացվում է այնքան, մինչև օրվա ընթացքում օգտագործվող ծխախոտի քանակը կրճատվի 50%-ով, և այնուհետև հնարավոր է ավելացնել՝ մինչև վերջնականապես ծխելը դադարեցնելը: (Նկար 4.9).

Նկար 4.9 «Նվազեցրու, որ դադարեցնես» ռազմավարությունը



#### 4.7.2 Ծխելու նվազեցումը վարենիկլինով

Էբբերտը և համահեղինակները (Ebbert et al.) վերջերս իրականացրած ուսումնական փորձի արդյունքները ցուցաբերում են վարենիկլինի օգտագործումը այն ծխողների շրջանում, ովքեր չեն կարողանում կամ չեն ցանկանում դադարեցնել ծխելը առաջիկա 30 օրերի ընթացքում, սակայն ցանկանում են նվազեցնել 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 վերահսկող ժամանակաշրջանի ավարտին՝ համեմատած պլացեբո խմբի հետ (12 ամիս անց՝ 27.0% վարենիկլինի խմբում և 9.9% պլացեբո խմբում; ռիսկի տարբերությունը՝ , 17.1% [95% ՀՄ, 13.3%-20.9%]; ՀԳ, 2.7 [95% ՀՄ, 2.1-3.5]):

#### Առաջարկություններ

- Ծխելու նվազեցումը բարձրացնում է հետագայում ծխելը դադարեցնելու փորձի հավանականությունը (A մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինական բուժումը խորհուրդ է տրվում իբրև «նվազեցրու, որ դադարեցնես» մոտեցման բաղադրիչ այն ծխողների շրջանում, ում մոտ առկա են նիկոտինային կախվածության բարձր ցուցանիշներ (A մակարդակի ապացույց):
- Համաձայն մեկ հետազոտության արդյունքների՝ վարենիկլինի օգտագործումն արդյունավետ է եղել իբրև «նվազեցրու, որ 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 զրկանքի ժամանակահատվածից հետո ծխախոտի օգտագործման վերսկսում և հանդիսանում է հիասթափեցնող, սակայն ծխախոտային կախվածության բուժման գործընթացում անխուսափելի մաս: Պիասեցկին (Piasecki), համարելով ախտադարձը որպես երկարաժամկետ բուժման անհաջողություն, ցույց է տալիս, որ դա տարածված է ծխելը դադարեցնողների շրջանում, քանի որ ծխելը դադարեցնելու հետագոտություններում ընդգրկված ծխողների մեծ մասը նշում են, որ անցյալում ունեցել են ծխելը դադարեցնելու փորձեր: Ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման ժամանակ մեծամասնությունը ձախողել է առնվազն մեկ անգամ,<sup>1,2</sup> և հիմնականում դա տեղի է ունեցել ծխելը դադարեցնելու օրվանից առաջին 24 ժամերի ընթացքում:

### *Վարքային ռազմավարություններ*

Ներկայումս տարածված են ախտադարձի կանխարգելման ծրագրերում երեք հիմնական ռազմավարություններ. (1) ծխելու անհաղթահարելի ցանկության հաղթահարում և կոգնիտիվ-վարքային տեխնիկաների կիրառություն՝ յուրաքանչյուր ձախողումից դասեր քաղելով; (2) սոցիալական աջակցության ռազմավարություններ՝ կենտրոնանալով ծխողի՝ ընտանիքի անդամների/ընկերների կողմից էմոցիոնալ աջակցության կարիքի վրա; (3) ապրելակերպի փոփոխման ռազմավարություններ, որոնց նպատակն է օգնել ծխողներին զարգացնելու նոր սոցիալական ինքնություններ՝ որպես ծխախոտից ազատ անհատներ:<sup>1,2</sup>

Ներկայումս սակավ են տվյալները առ այն, թե հատկապես վարքային որ միջամտությունների կիրառումը կարող է օգնել ծխելը հաջողությամբ դադարեցրած անհատների շրջանում ախտադարձի կանխարգելմանը: <sup>3</sup> Հատուկ անհատական կամ խմբային միջամտությունները արդյունավետություն չեն ցուցաբերել ախտադարձի կանխարգելման հարցում՝ անկախ դրանց տևողությունից և կոնտակտի ժամանակից: Նույնիսկ 8 շաբաթ տևող հեռախոսային խորհրդատվությունն անարդյունավետ է եղել ախտադարձի կանխարգելման հարցում:<sup>2,3</sup>

Ախտադարձի կանխարգելման արդյունավետ վարքային ռազմավարությունների հարցում ամենախոստումնալիցն այն միջամտություններն են, որոնք կենտրոնանում են ծխելը խթանող իրավիճակները հայտնաբերելու և դրանք հաղթահարելու վրա:<sup>3</sup>

Ծխողների խոցելի խմբերում, ինչպիսիք են, օրինակ, հետծննդաբերական շրջանում գտնվող կանայք, ազատագրվածները, ախտադարձի նվազեցման արդյունավետ միջամտություններ նախագծելու համար ախտադարձին նպաստող գործոնների բացահայտումը կարող է բարձրացնել մոտիվացնող հարցազրույցի և կոգնիտիվ վարքային թերապիայի արդյունավետությունը:<sup>5,6</sup>

### *Ղեկորային օգտագործում*

Վարենիկլինոլ երկարատև բուժումը կարող է արդյունավետ լինել բուժման սուր էպիզոդին կամ սկզբնական զրկանքին հաջորդող ախտադարձի կանխարգելման հարցում, սակայն այդ տվյալները ստացվել են ընդամենը մեկ հետազոտությունից: <sup>3</sup> Հայելը և համահեղինակները (Hayek et al) 2009թ. 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 ? : Հիվանդները պատահական ընտրանքի սկզբունքով բաշխվել են 2 խմբի՝ երեք ամիս վարենիկլին ստացող բուժման խումբ և երեք ամիս պլացեբո ստացող խումբ: Հեղինակները նշում են ախտադարձի ավելի բարձր ռիսկ այն հիվանդների մոտ, ովքեր թողել են ծխելը բուժման 11-րդ շաբաթում: Բուժման 11-րդ շաբաթում ծխելը դադարեցնողների շրջանում 52-րդ շաբաթում զրկանքի ցուցանիշը 5.7% էր, մինչդեռ բուժման վաղ փուլում ծխելը դադարեցնողների մոտ նույն ցուցանիշը հավասար էր 54.9%-ի: Այս փաստի հիմա 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 բուսրոպիոնի երկարատև օգտագործումը կարող է բարելավել ախտադարձի ցուցանիշները:<sup>3</sup> Մահմանափակ թվով հետազոտություններ գտել են, որ երկարատև նիկոտինային փոխարինական բուժումը կարող է արդյունավետ լինել ախտադարձի կանխարգելման հարցում, այնուամենայնիվ, լրացուցիչ հետազոտություններ են հարկավոր:<sup>3</sup>

Յապունթիչը և համահեղինակները (Japuntich et al.) հետազոտել են ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման 5 տեսակների (բուսրոպիոն, նիկոտինի բերանում լուծվող հաբեր, նիկոտինի սպեղանի, բուսրոպիոն և նիկոտինի բերանում լուծվող հաբեր, նիկոտինի սպեղանի և բերանում լուծվող հաբեր) արդյունավետությունը՝ ծխելը թողնելու փորձից 8 շաբաթների ընթացքում:<sup>8</sup> Հեղինակներն օգտագործել են Շիֆմանի և համահեղինակները (Shiffman et al.) կողմից առաջարկված մոտեցումը՝ գնահատելու ծխելը դադարեցնելու դեղամիջոցների ազդեցությունը ծխելու դադարեցման 3 առանցքային ցուցանիշների վրա՝ սկզբնական զրկանք, ձախողում, ձախողում-ախտադարձ անցում: Ամփոփելով հետազոտողները վարկած են առաջ քաշել, որ համեմատած պլացեբո խմբի հետ. (1) բուսրոպիոնը բարձրացնում է նախնական զրկանքի ցուցանիշները; (2) բերանում լուծվող նիկոտինային հաբերը նվազեցնում են ձախողման ռիսկը; (3) բուսրոպիոնը և նիկոտինային սպեղանիները նվազեցնում են ախտադարձի ռիսկը ձախողումից հետո; և (4) համակցված դեղորայքային բուժումը (բուսրոպիոն և բերանում լուծվող հաբ, սպեղանի և բերանում լուծվող հաբ) վերը նշված 3 առանցքային ցուցանիշների վրա ավելի դրական ազդեցություն են ունենում՝ համեմատած մոնոթերապիաների հետ: Այս հետազոտությունը բացահայտել է, որ ծխելու դադարեցման դեղամիջոցները բավականին արդյունավետ են սկզբնական զրկանքի խթանման և ձախողման ռիսկը նվազեցնելու հարցում, սակայն բավարար ապացույցներ չկան այն մասին, որ դրանք կանխարգելում են ձախողումից դեպի ախտադարձ փոխակերպումը: Համակցված դեղորայքային բուժումը մոնոթերապիայի համեմատ առավելություններ ունի սկզբնական զրկանքի խթանման և ձախողման կանխարգելման հարցում: Սկզբնական զրկանքի խթանման հարցում նիկոտինային սպեղանի և բերանում լուծվող հաբն առավել արդյունավետ են, քան բուսրոպիոնի և նիկոտինի բերանում լուծվող հաբերի համակցումը

Ծխելը դադարեցնելու փորձ կատարողների կամ վերջերս զրկանքի հասած անձանց մոտ ախտադարձի կանխարգելման հարցում ծախս-արդյունավետ դեղամիջոցներ են համարվում Բուսրոպիոնը, նիկոտինային փոխարինական բուժումը և վարենիկլինը: Ախտադարձի կանխարգելման նշված բուժման միջոցների առավել լայնածավալ կիրառումը կարող է եսպես 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 ընդգրկել կա՛մ ավելի բարձր դեղաչափեր, կա՛մ դեղորայքային բուժման ավելի երկարատև ժամանակահատված, կա՛մ ավելի հաճախակի ու ինտենսիվ վարքաբանական միջամտություններ: Այսպիսով, Բոլտը և համահեղինակները (Bolt et al.) մշակել են 6 հարց պարունակող WI-PREPARE հարցաշարը, որը կարող է հետազոտողների և բուժաշխատողների համար ախտադարձի հակվածությունը չափելու գործիք հանդիսանալ: Այն կարող է 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 միջամտություն կարող է ծխելը հաջողությամբ դադարեցնողներին օգնել խուսափելու ախտադարձից (B մակարդակի ապացույց):

- Վարենիկլինի երկարաժամկետ օգտագործումը կարող է կանխարգելել ախտադարձը: (B մակարդակի ապացույց):
- Բուպրոպիոնով երկարատև բուժումը հավանական չէ, որ կունենա կլինիկական կարևոր ազդեցություն (B մակարդակի ապացույց):
- Առկա են որոշակի նախնական ապացույցներ այն մասին, որ նիկոտինային փոխարինական 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 Հատուկ 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 հակացուցմներ, ինչպիսիք հանդիպում են, օրինակ հղիների և դեռահասների շրջանում:

Որոշակի նկատառումներ գոյություն ունեն բնակչության ռիսկային խմբերի հետ աշխատանքում, երբ բավարար ապացույցներ չկան, կամ երբ դեղորայքի արդյունավետությունը չի ապացուցվել (օրինակ՝ առանց ծխի ծխախոտ օգտագործողներ, չափավոր ծխողներ, և այլն): Հատուկ իրավիճակները և ռիսկի խմբերը քննարկվում են ստորև բերված ենթագլուխներում:

### 4.8.1. Առաջարկություններ հղի կանանց բուժման վերաբերյալ

Ծխախոտից հրաժարվելը չափազանց կարևոր է հղի կանանց համար: Դանիայում իրականացված կոհորտային հետազոտությունը ցույց է տվել, որ ծխելը հղիության ընթացքում կրկնապատկում է մեռելաճնության ռիսկը և կյանքի առաջին տարում նորածնի

մահվան ռիսկը: <sup>1</sup> Նորածինների ցածր քաշով ծնվելը պայմանավորված է ներարգանդային թթվածնաքաղցով, որի հիմնական պատճառը մոր կողմից ծխախոտի օգտագործումն է: Հղիության ընթացում ծխող կանանց մեծ մասի մոտ ծխելու ցանկությունը բավականին մեծ է լինում: <sup>1</sup>

Լավագույն տարբերակը հղիության ընթացքում ծխելը դադարեցնելն է՝ օգտագործելով բոլոր հասանելի միջոցները:

Ծխելը դադարեցնել չկարողացող հղի կանանց համար լավագույն տարբերակը հոգեբանական աջակցության և դեղորայքային բուժման հասանելիության ապահովումն է: Ծխախոտի օգտագործման նվազեցումը (ընդհուպ օրական մի քանի հատիկ) չի կարող համարվել ընդունելի նպատակ: Բուժման ընդունելի նպատակը ծխախոտից ամբողջական հրաժարվելն է/գրկանքը հղիության ամբողջ ընթացքում:

Բավարար ապացույցներ կան, որ վարքաբանական միջամտություններն արդյունավետ են հղի կանանց շրջանում ծխախոտային գրկանքի ցուցանիշները բարձրացնելու հարցում (ՀՌ 1.44, 95% ՀՄ 1.19 - 1.75).<sup>2</sup> Բացահայտվել է հավասարակիցների սոցիալական աջակցության միջամտությունների արդյունավետությունը (հինգ հետազոտությունների համար միջին ՀՌ 1.49, 95% ՀՄ 1.01 - 2.19).<sup>2</sup> Խոստումնալից ապացույցներ են առկա, որ խրախուսանքների վրա հիմնված միջամտություններն արդյունավետ են ծխելը դադարեցնելուն նպաստելու հարցում, չնայած հետագա ուսումնասիրություններն են անհրաժեշտ:<sup>2</sup>

Նիկոտինային փոխարինական բուժման վերաբերյալ համապատասխան տվյալներ չկան՝ ընդհանուր առաջարկություններ կատարելու համար:<sup>3</sup> Չկան համոզիչ գեկույցներ այն մասին, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման որոշակի հատուկ կողմնակի ազդեցություններն ավելի ծանր են, քան ծխելու հետևանքները:<sup>3</sup>

Գոյություն ունեն մեծաքանակ փորձարարական և կլինիկական ապացույցներ, որ նիկոտինը մի շարք ճանապարհներով վնասում է զարգացող պտղին<sup>4</sup>, սակայն չկան բավարար ապացույցներ, որ նիկոտինային փոխարինող բուժումն օգնում է հղիության ընթացքում ծխելը դադարեցնելուն: Ներկայումս կան հղի կանայք, ովքեր դադարեցրել են ծխելը, սակայն կրում են նիկոտինային սպեղանիներ՝ հավատալով նիկոտինային փոխարինական բուժման անվտանգությանը: Ավելին, նոր փաստեր կան այն մասին, որ ռիսկային վարքագծի համար բուժում առաջարկելն անուղղակիորեն խթանում է այդ վարքագիծը՝ հուսադրելով, որ ռիսկը կառավարելի է: <sup>5</sup>Նման հակասական տվյալները բացատրում են տարբեր մոտեցումների միջև առկա հակասությունները. նիկոտինային փոխարինական բուժումը հղիների շրջանում կիրառվում է Ֆրանսիայում, սակայն հակացուցված է Ռումինիայում:

Այն երկրներում, որտեղ նիկոտինային փոխարինող բուժման կիրառությունը հղի կանանց շրջանում թույլատրված է, 24- ժամյա սպեղանիների փոխարեն օգտագործվում են 16-ժամյա սպեղանիներ, քանի որ նիկոտինն ավելի դանդաղ է դուրս բերվում հղի կնոջ օրգանիզմից: Հնարավոր է նիկոտինի օրալ կիրառում սպեղանիների հետ զուգահեռ, կամ դադարեցումից հետո, երբ ծխելու անհաղթահարելի ցանկության է առաջանում:

Հղի կանանց ցուցված չեն և խորհուրդ չեն տրվում վարենիկլինը և բուպրոպիոնը:

### **Առաջարկություններ**

- Բոլոր հղիների ծխելու կարգավիճակը պետք է գնահատվի հղիության ողջ ընթացքում, և առաջարկվի աջակցություն՝ ծխելը դադարեցնելու հարցում (A մակարդակի ապացույց):
- Բոլոր ծխող հղի կանանց խորհուրդ է տրվում ինտենսիվ վարքաբանական/հոգեսոցիալական միջամտություններ (A մակարդակի ապացույց):
- ՆԹԲ միակ բուժումն է, որը փորձարկվել է հղի կանանց շրջանում: Որպես ծխելու դադարեցմանը նպաստող արդյունավետ ռազմավարություն, նիկոտինային

փոխարինող բուժման մասին ներկայումս առկա տվյալները բազմազան/հակասական են: Այնուամենայնիվ, նիկոտինային փոխարինող բուժման ռիսկը զգալիորեն ավելի փոքր է, քան շարունակական ծխելու հետևանքով պտղին հասցված ռիսկը:

#### Գրականություն

1. Kirsten Wisborg , Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurdur 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, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, Thomas J. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub4.
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 2012, Issue 9. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.
5. Bolton, L., Cohen, J., & Bloom, P. Does marketing products as remedies create 'Get out of jail free cards'? Journal of Consumer Research, 2006;33:71–81.
6. 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 կանխարգելմանն այս տարիքային խմբում:

Այս ասպարեզում գրականության ուսումնասիրությունը բազմաթիվ, սակայն միևնույն ժամանակ սահմանափակ արդյունավետությամբ մոտեցումներ է առաջարկում:<sup>1</sup> Դեռահասների շրջանում ծխախոտային կախվածության ոլորտում միջամտությունները ներառում են դեղորայքային բուժումը, վարքաբանական մոտեցումը (ինչպիսիք են դպրոցի կամ համայնքի վրա հիմնված ծրագրերը) և ծխախոտի դեմ պայքարի քաղաքականությունները: Այդ բոլոր միջամտությունները հակասական արդյունքներ են ցույց տվել: Պարզվում է, որ դեռահասների շրջանում ամենաէական թերապևտիկ ազդեցությունը ցույց են տվել 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 համակցում են դպրոցում տեղական համայնքի կողմից տրամադրվող աջակցությունը:<sup>2</sup>

Երիտասարդներին ծխելու դադարեցման վերաբերյալ խորհրդատվության տրամադրելիս պետք է հաշվի առնել, որ նրանք մեծամասամբ թերագնահատում են սեփական նիկոտինային կախվածությունը: Ամեն օր կամ առիթից առիթ ծխող դեռահասներին թվում է, որ նրանք 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 տարիքի 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 և 77%-ը ծխելը թողնելու լուրջ քայլեր են ձեռնարկել նախորդ տարվա ընթացքում:<sup>3</sup> Դեռահասների փորձերը հազվադեպ են պլանավորված: Նրանց մեծամասնությունը նախընտրում է դադարեցնել ծխելը՝ առանց որևէ մասնագիտական օգույթի դիմելու, սակայն հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ այն երիտասարդները,

ովքեր մասնակցում են ծխելը դադարեցնելու ծրագրերի, ծխելը դադարեցնելու հարցում երկու անգամ ավելի բարձր ցուցանիշ ունեն: <sup>4</sup>

### ***18 տարեկանից ցածր անձանց առաջարկվող խորհրդատվությունը և ծխելու դադարեցման բուժումները***

Չնայած դեռահասների շրջանում ծխելու բարձր տարածվածության և նրանց առողջությանը հասցված էական վնասներին՝ փոքրածավալ աշխատանքներ են իրականացվել այս տարիքային խմբին ուղղված ծխելու դադարեցման ծրագրեր մշակելու հարցում: Հետազոտական այս բնագավառը բացառապես կենտրոնացել է վարքաբանական/հոգեւոցիալական բուժումների վրա: Ըստ մի մետա-անալիզի արդյունքների՝ 12% զրկանքի ցուցանիշ է գրանցվել բուժմանը հաջորդող 3 ամիսների ընթացում՝ համեմատած ստուգիչ խմբի 7%-ի հետ: <sup>5</sup> Առայժմ միայն նախնական արդյունքներով, սակայն ցույց է տրվել հոգե-սոցիալական միջամտության մի տեսակի՝ ճգնաժամային կառավարման մեթոդի արդյունավետությունը, որը օպերանտային պայմանավորվածության վրա հիմնված վարքային բուժում է, ըստ որի ցանկալի վարքագծերը (ինչպիսին է ծխախոտային զրկանքը) ուղղակիորեն պարզևատրվում են (օրինակ՝ վաուչեր, կանխիկ գումար): Տվյալները ցույց են տալիս, որ ճգնաժամային կառավարումը որպես միակ մեթոդ, կամ համակցված կոգնիտիվ- վարքային թերապիայի հետ, կարող է արդյունավետ լինել՝ դեռահասներին ծխելը դադարեցնելու հարցում խրախուսելու համար: Մի հետազոտություն (n=28) հասկապես հուսադրող արդյունքներ է ցույց տվել, որտեղ մեկամսյա բուժման ավարտին ճգնաժամային կառավարում և կոգնիտիվ- վարքային թերապիա ստացող մասնակիցների 53%-ը հասել է ծխախոտային զրկանքի՝ համեմատած միայն կոգնիտիվ- վարքային թերապիա ստացող մասնակիցների 0%-ի հետ: <sup>6</sup> Այս պիլոտային տվյալների հիման վրա վերջերս իրականացված ավելի լայնածավալ հետազոտությունն (n=110). ուսումնասիրել է 3-շաբաթյա, օրական երկու անգամ իրականացվող ճգնաժամային կառավարման միջամտությունը առանձին կամ զուգակցված մոտիվացնող թերապիայի հետ՝ 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 մակարդակներ և ծխախոտային զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշներ (55% և 18%) են գրանցվել, քան ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման բուժում չստացողների մոտ:

Երիտասարդների շրջանում խորհրդատվության արդյունավետությունն ուսումնասիրող մետա-անալիզը ցույց է տվել, որ այս մեթոդը կրկնապատկում է երկարաժամկետ զրկանքի ցուցանիշները՝ համեմատած տարածված մոտեցման հետ (համառոտ խորհրդատվություն, ինքնօգնության նյութեր, և ուղղորդում դեպի ծխելու դադարեցման կենտրոններ) կամ համեմատած որևէ միջամտության բացակայության հետ: <sup>8</sup> Ընդհանուր առմամբ դեռահասների հետ աշխատանքում կարելի է կիրառել բուժման մի քանի տարբերակներ. անհատական հանդիպումներ՝ զուգակցելով հեռախոսային խորհրդատվության կամ ինտերնետային նամակների հետ, և խմբային հանդիպումներ: Դեռահասների խորհրդատվության ժամանակ անհրաժեշտ է ապահովել գաղտնիություն/ կոնֆիդենցիալություն: 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, ապա խորհուրդ է տրվում 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, ծնողների իրազեկումը իրենց երեխաներին երկրորդային ծխի ներգործությանը ենթարկելու ռիսկերի մասին կարող է նվազեցնել ներգործությունը, ինչպես նաև ծնողների շրջանում ծխելու ցուցանիշները:<sup>1,4</sup>

### ***Հատուկ դեռահասների համար նախագծված ծրագրեր***

Այս ծրագրերը ներառում են՝ ծխելու դադարեցման ծրագրեր դպրոցում, արդյունավետ կանխարգելման վերաբերյալ մեդիա քարոզարշավներ, ծխելու դադարեցման ինտերակտիվ ծրագրեր, ինչպիսին «*Դեռահասների ծխելու դադարեցման եվրոպական ծրագիրն*» է,<sup>11</sup> վիդեո դասընթացներ, ինչպիսին է Հոլանդական «*Ես չեմ ծխում*» ծրագիրը, պարզներ և խրախուսանքներ ենթադրող մրցութային ծրագրերը, ինչպիսին է «*Դադարեցրու և Շահիր*» մրցույթը դեռահասների համար<sup>11</sup>, «*N-O-T (Not on Tobacco)*», որը Թոքերի ամերիկյան ասոցիացիայի ծխելու դադարեցման կամավորական ծրագիրն է ավագ դպրոցների աշակերտների համար:<sup>12</sup>

### ***Հեռախոսային խորհրդատվություն***

Ծխելու դադարեցման թեժ գծերը դեռահասների համար ամենազայթակղիչն են, քանի որ հեշտ հասանելի են և մասնակի անանուն, և կարող են ներառել շարունակական հետևողականություն, որի ժամանակ խորհրդատուն է ստանձնում սկզբնական կոնտակտից հետո դեռահասին զանգահարելու նախաձեռնությունը: Օրինակ, Կալիֆոռնիայի ծխողների աջակցման թեժ գծի ընթացակարգի համաձայն՝ խորհրդատուներն աշխատում են, որ դեռահասներների 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 աշակերտներ ներառող հետազոտության մեջ ամեն շաբաթ նմանատիպ հեռախոսային խորհրդատվության մեթոդներ են օգտագործվել, որի արդյունքում ուսումնասիրվող խմբում նկատվել է բուժման բավականին լավ հետևողականություն (90%): Մեկ այլ նմանատիպ հետազոտության մեջ, որում տրամադրվել է ճանաչողական վարքային խորհրդատվություն և մոտիվացնող հարցազրույց ավագ դպրոցի 2151 աշակերտների, միջամտության խմբում 6 ամիս անց դիտարկվել է 21,8% զրկանքի ցուցանիշ, իսկ վերահսկող խմբում՝ 17,7 %:<sup>1</sup>

### ***Դեղորայքային բուժումը դեռահասների շրջանում***

Չնայած դեռահասների շրջանում նիկոտինի հանման և ծխելու ուժեղ ցանկության վերաբերյալ հստակ ապացույցներին՝ քիչ հետազոտություններ են կենտրոնացել դեռահասների մոտ ծխելու դադարեցման դեղաբանական մեթոդների ուսումնասիրության վրա:<sup>14,15,16</sup> Չնայած Մենդի և դեղերի գործակալության (FDA-ի) կողմից հաստատվել են չափահասների շրջանում ծխելու դադարեցման առաջին շարքի յոթ դեղամիջոցներ, այնուամենայնիվ, չկան բավարար ապացույցներ դրանցից որևէ մեկի՝ դեռահասների շրջանում ծխելը դադարեցնելու բուժման համար օգտագործելու վերաբերյալ: Ավելին, եվրոպական երկրների մեծամասնությունն օրենքով արգելում են այդ դեղամիջոցների նշանակումը դեռահասներին: Դեռահաս ծխողների շրջանում դեղամիջոցների փորձարկումը սահմանափակվում է նիկոտինային փոխարինական բուժմամբ և բուլբոլոնով:

Այս թեմայի շուրջ հրատարակված սակավաթիվ հետազոտությունները բացահայտել են, որ ծխելու դադարեցման օրվանից 12 շաբաթների ընթացքում զրկանքի ցուցանիշները էականորեն չեն տարբերվում նիկոտինային սպեղանիով բուժման և պլացեբո խմբերում:

Տարբերություններ չեն գտել նաև նիկոտինային մաստակի, նիկոտինային սպեղանու և պլացեբո խմբերում վերահսկիչ 6 ամիսների ընթացքում բուժման արդյունավետության միջև: Հետազոտական այս բոլոր խմբերում երիտասարդները, բուժման կամ պլացեբո խմբերում ընդգրկվելուց բացի, մասնակցել են նաև նվազագույնը 6 խորհրդատվական հանդիպումների:<sup>4,8</sup>

Նվազագույն վարքային բուժման հետ զուգակցված նիկոտինային սպեղանու օգտագործման վերաբերյալ չվերահսկվող, բաց պիտակներով հետազոտության (n=101) արդյունքում գրանցվել է զրկանքի արդյունավետության 11% ցուցանիշ, իսկ 6 ամսվա վերահսկողական ժամանակաշրջանի ավարտին՝ 5% ցուցանիշ:<sup>17</sup> Ճգնաժամային իրավիճակների կառավարում և կոգնիտիվ-վարքային բուժում ընդգրկող երկու խմբերի վերահսկվող մեկ այլ հետազոտություն (n=100) պարզել է, որ սպեղանին անվտանգ է դեռահասների օգտագործման համար, սակայն որևէ տարբերություն չի գտել սպեղանու և պլացեբո խմբերի արդյունավետության միջև (բուժման ավարտին համապատասխանաբար 28% և 24% զրկանքի կետային ցուցանիշը):<sup>18</sup> Նիկոտինային փոխարինող բուժման վերաբերյալ 120 երիտասարդ ծխողների ներառող ռանդոմիզացված հետազոտության արդյունքում Կիլենը և համահեղինակները (Killen et al.) բացահայտել են, որ բուժման ավարտին և 3 ամիս անց սպեղանի օգտագործողների 20,6 %-ը նշել է ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի առկայության մասին՝ համեմատած ծխախոտային մաստակ օգտագործողների 8,7%-ի և պլացեբո խմբի 5%-ի հետ: <sup>19</sup> Մուլքանը և համահեղինակները (Moolchan et al.) համեմատել են սպեղանին, մաստակը և պլացեբոն այն երիտասարդ ծխողների շրջանում(n=120), ովքեր ծխելու դադարեցման համար նաև ստացել են կոգնիտիվ-վարքային բուժում: Բուժումից 2 շաբաթ անց շարունակական զրկանքի են հասել երեք խմբերի ծխողների համապատասխանաբար 18%-ը, 7%-ը և 3%-ը: <sup>20</sup> Վերջերս կատարված պիլոտային հետազոտությունը (n=40) բացահայտել է բուժման նկատմամբ ցածր հետևողականություն և ծխելու դադարեցման արդյունքների տեսանկյունից էական տարբերությունների բացակայություն նիկոտինային ներքթային ցողացիք օգտագործողների և պլացեբո խմբի միջև: <sup>21</sup>

Երիտասարդների ծխելու դադարեցման հարցում նիկոտինային փոխարինող բուժման միջին արդյունավետության պատճառով որոշ հետազոտողներ կենտրոնացել են բուպրոպիոնի արդյունավետության ուսումնասիրման վրա: Հետազոտող խումբը բաց պիտակներով հետազոտության է արել, որտեղ բուպրոպիոնի կիրառումը զուգակցվել է երիտասարդ ծխողների հետ համառոտ խորհրդատվության հետ (n=16): Արդյունքում նկատվել է 31% զրկանքի ցուցանիշ բուժումից 4 շաբաթ անց: <sup>22</sup> Կիլենը և համահեղինակները (Killen et al.) համեմատել են օրական 150մգ բուպրոպիոնի և նիկոտինային սպեղանու համակցված բուժումը միայն նիկոտինային սպեղանու օգտագործմամբ բուժման հետ (n=211): Երկու խմբերում էլ բուժմանը զուգահեռ մասնակցել են նաև խմբային դասընթացի: Արդյունքում 26 շաբաթվա վերահսկողական ժամանակաշրջանի ավարտին դիտարկվել է 8% զրկանքի ցուցանիշ համակցված բուժման դեպքում և 7% ցուցանիշ՝ միայն նիկոտինային սպեղանու օգտագործման դեպքում: <sup>23</sup>

Ռանդոմիզացված խոշոր հետազոտության մեջ (n=312) Մուրամոտոն և համահեղինակները (Muramoto et al.) համեմատել են բուպրոպիոնի 300մգ/օր դեղաչափը, 150 մգ/օր դեղաչափը և պլացեբոն, որոնք բոլորն էլ զուգակցվել են շաբաթական 1 անհատական հակիրճ խորհրդատվության հետ: <sup>24</sup> Բուպրոպիոն 300մգ/օր (սակայն ոչ 150մգ/օր) օգտագործողների խմբում նկատվել է զրկանքի առավել բարձր ցուցանիշ՝ համեմատած պլացեբո խմբի հետ բուժման ավարտին (15% և 6%), ինչպես նաև 26 շաբաթ տևող վերահսկողական ժամանակահատվածի ավարտին (14% և 10%): Մեկ այլ 2X2 6 շաբաթ վերահսկման ժամանակահատվածով հետազոտության մեջ բուժվել ցանկացող 134 երիտասարդ ծխողներ ռանդոմիզացվել են՝ ստանալու բուպրոպիոն կամ ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման միջամտություն՝ համակցված և/կամ առանձին:

Հեղինակները մասնակիցների 30%-ի շրջանում, ովքեր ավարտել են բուժումը, գտել են զրկանքի 27% ցուցանիշ բուպրոպիոնի և ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման համակցման պարագայում, 8% ցուցանիշ առանց ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման բուպրոպիոնի օգտագործման պարագայում, 10% ցուցանիշ պլացեբոյի և ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման դեպքում, և 9% ցուցանիշ առանց ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման պլացեբոյի դեպքում:<sup>25</sup>

Վերջին շրջանում կատարված վերլուծությունների ամփոփումների և ԱՄՆ ուղեցույցների համաձայն, ներկայումս չկան բավարար ապացույցներ երիտասարդների շրջանում ծխելու դադարեցման համար դեղորայքային բուժման կիրառման համար: Կլինիկական ուղեցույցների համաձայն՝ երիտասարդ ծխողների բուժման հարցում նախընտրելի տարբերակը համապատասխան հոգեւոգիական ծառայություններ ուղղորդելն է (օր.՝ դպրոցի համ համայնքի աջակցությամբ իրականացվող ծրագրեր, անհատական կամ խմբային խորհրդատվություն): Չնայած այս միջամտությունների արդյունքում ծխելու դադարեցման համեմատաբար ցածր ցուցանիշներ են դիտարկվում, այնուամենայնիվ դրանք էականորեն բարձրացնում են ծխելը դադարեցնելու հավանականությունը՝ բուժման բացակայության համեմատ: Այնուամենայնիվ, դեղորայքային բուժման կիրառման դեպքում նշանակումները պետք է կատարվեն լուրջ մոնիտորինգի/մշտադիտարկմամբ և երիտասարդի ծխելու ցուցանիշները, ծխելը դադարեցնելու անհաջող փորձերը, ներկայիս մոտիվացիան հաշվի առնելով: Երիտասարդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման վերաբերյալ հետազոտությունների անորոշ արդյունքների պատճառով երիտասարդներին նման դեղորայքի նշանակումները լուրջ սահմանափակումներ ունեն:<sup>19</sup>

### ***Առաջարկություններ***

- Բժիշկներին խորհուրդ է տրվում 18 տարեկանից ցածր բոլոր հիվանդներին հարցնել ծխախոտի օգտագործման մասին և հստակ տեղեկատվություն 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: Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվությունը, որը տրամադրվում է մանկաբուժական ծառայություններում, ապացուցվել է, որ արդյունավետ է ծխող ծնողների մոտ զրկանքի համամասնության բարձրացման հարցում: Այս պատճառով, երեխաներին երկրորդային ծխի ներգործությունից պաշտպանելու համար, բժիշկներին խորհուրդ է տրվում գնահատել ծնողների ծխելու կարգավիճակը, ինչպես նաև նրանց խորհուրդ 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 Ias , i, 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., Duhig a.M., McKee SA, McMahan 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](http://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, Mencl 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 շնչատական, սիրտ-անոթային, հոգեկան առողջության, քաղցկեղային և ուղեկցող այլ հիվանդություններ ունեցող ծխողների բուժման վերաբերյալ***

Այն ծխողները, ովքեր ունեն ուղեկցող հիվանդություններ, ինչպիսիք են քաղցկեղը, սրտային հիվանդությունը, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը, դիաբետը և ասթման, ծխելու դադարեցմանն ուղղված բուժման կարևոր թիրախ են համարվում, քանի որ ծխելն էական դեր է խաղում այդ հիվանդությունների զարգացման և սրացման հարցում: Ծխախոտային կախվածության բուժման միջամտությունների և քրոնիկ հիվանդությունների կառավարման ծրագրերի համատեղ օգտագործումը կարող է արդյունավետ լինել բնակչության նման խմբերում ծխելու վերաբերյալ միջամտություններ իրականացնելիս:<sup>1</sup> Ծխելու դադարեցմանն ուղղված բուժումը արդյունավետ է տարբեր ուղեկցող

հիվանդություններ ունեցող ծխողների շրջանում, անգամ եթե որոշ դժվարություններ են ծագում;

### ***Միրտ-անոթային հիվանդություն***

Քրիչլին և Քեյպուելը (Critchley and Capewell) համակարգված ակնարկում բացահայտել են, որ սրտի իշեմիկ հիվանդություն ունեցողների շրջանում ծխելը դադարեցնելը կապված է բոլոր պատճառներից մահացության ռիսկի 36% նվազեցման հետ՝ անկախ հետազոտության մեջ առանձին տվյալների՝ սրտանոթային պատահարների, մասնակիցների տարիքի, սեռի, երկրի և ժամանակահատվածի հաշվառման առանձնահատկություններից:<sup>2</sup> Միրտ-անոթային հիվանդություն ունեցող հիվանդների շրջանում ծխելու դադարեցման բուժման հանգամանքներն առանձնահատուկ են, քանի որ հաճախ ստիպված են լինում դադարեցնել ծխելը՝ անսպասելի սրտանոթային վտանգավոր պատահարից անմիջապես հետո և շարունակել զրկանքը մինչև կյանքի վերջ: Այս հիվանդների շրջանում սրտաբանական խնդիրների առաջացումը ծխելը դադարեցնելու ամենաեական դրոշմապատճառն է, ուստի բժիշկները պետք է ծխելու դադարեցման համապատասխան աջակցություն իրականացնեն բոլոր սիրտ-անոթային հիվանդություններ ունեցողների շրջանում:<sup>3</sup>

Միրտ-անոթային հիվանդություն ունեցող ծխողների հետ աշխատանքում մի շարք նկատառումներ պետք է հաշվի առնել. (1) նրանց պետք է անպայման առաջարկել դադարեցնել ծխելը; (2) պետք է դադարեցնեն ծխելը սիրտ-անոթային հիվանդության սրացման փուլում և շարունակեն զրկանքը մինչև կյանքի վերջ և (3) նրանց մոտ նիկոտինային փոխարինող բուժման հակացուցում առկա է միայն սիրտ-անոթային 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:

Միրտ-անոթային հիվանդությունների որևէ ռիսկ ունեցող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տալ դադարեցնել ծխելը: Նման հիվանդների համար ցուցված է դիտարկել վարենիկլինի և/կամ նիկոտինային փոխարինական բուժման կիրառումը: Ներկայիս ապացույցների համաձայն, նիկոտինային փոխարինող բուժման որևէ բացասական ազդեցություն չունի սրտային հիվանդություն ունեցող հիվանդների առողջական վիճակի վրա, բացառությամբ սուր շրջանում կիրառության հակացուցման:<sup>3</sup> Վարենիկլինի կիրառությունն անվտանգ է այն հիվանդների բուժման համար, ովքեր ունեն սրտի իշեմիկ հիվանդություն, սակայն նախկինում չեն ունեցել դեպրեսիա կամ հոգեբուժական խնդիրներ: Միրտ-անոթային հիվանդություն ունեցողների շրջանում ծխելու դադարեցման համար վարենիկլինի օգտագործման մասին տվյալները նշված են 4.3.3.9 ենթավերնագրում: Վերջապես, բազմաբաղադրիչ ռազմավարություններ (դեղորայքային և հոգեառաջնային) 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 հիվանդություն***

Շխախոտի ծխի անմիջական ներգործությանը ենթարկվելիս շնչառական օրգաններն ամենախոցելի են: Այդ պատճառով թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն, թոքի քաղցկեղ, ասթմա, շնչառական վարակներ, ներհյուսվածքային և քնի շնչառական խանգարումներ ունեցող հիվանդներին պետք է խրախուսել դադարեցնել ծխելը:

### ***Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն (ԹՔՕՀ)***

Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների համար ծխելու

դադարեցումն ամենակարևոր բուժական միջամտությունն է: Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողները հիմնականում ունեն նիկոտինային կախվածության բարձր մակարդակ, ինչը պահանջում է ծխելու դադարեցման կանոնակարգված ծրագրեր՝ բաղկացած ինչպես դեղորայքային, այնպես էլ ոչ դեղորայքային միջամտություններից: Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների վերաբերյալ Քոքրեյնի ամփոփումը և Ժամանակակից գրականությունը ցույց են տալիս, որ ծխելու դադարեցման ծրագրերում դեղորայքային բուժման և հոգեառաջնային աջակցության համադրումը արդյունավետ է քրոնիկ օբստրուկտիվ թոքային հիվանդություն ունեցող ծխողների հետ աշխատանքում (A մակարդակի ապացույց):<sup>5</sup>

Հոգեառաջնային միջամտությունը բաղկացած է մի քանի ժամ տևող ծխելու դադարեցման կանոնակարգված ծրագրից, որը կենտրոնանում է ճանաչողական ասպեկտների և շնչառական սուբյեկտիվ կամ օբյեկտիվ տվյալների վրա, ինչպիսին օրինակ թոքերի շնչառական ֆունկցիան է: <sup>6</sup> Որոշ հետազոտություններ վերլուծել են, թե արդյոք հատուկ բառապաշարի օգտագործումը, ինչպիսին է օրինակ «ծխողի թոքը», կամ արտաշնչված ածխածնի մոնոքսիդի նվազման դիմաց վիճակախաղի տոմսերով շահագրգռումը, կամ թոքերի շնչառական ֆունկցիոնալ թեսթեր կատարելն ավելի ուժեղ ազդեցություն են ունենում խորհրդատվության արդյունավետության վրա: Ոչ մի էական տարբերություններ չեն արձանագրվել, երբ նշված միջամտությունները համեմատվել են սովորական խորհրդատվության հետ: Այնուամենայնիվ, դրանք որոշակի միտում ցույց են տվել՝ հոգուս ինտենսիվ միջամտության:

Այս հիվանդների ինքնարդյունավետությունը և ինքնագնահատականը բարձրացնելու լավագույն տարբերակը նրանց շարունակական աջակցություն առաջարկելն է: Թոքերի քրոնիկ 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 քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող յուրաքանչյուր հիվանդի բժիշկը պետք է հաճախակի խորհուրդ տա դադարեցնել ծխելը: Խորհուրդ է տրվում ամսական մեկ այց կատարել՝ այն համակցելով անհատական կամ խմբային ձևաչափով իրականացող վարքագծյին միջամտություններով:<sup>8</sup>

Թոքաբանական կլինիկայում իրականացված թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող հիվանդների շրջանում նիկոտինային փոխարինական բուժման չորս տարբեր ռեժիմներն ուսումնասիրող բաց, ռանդոմիզացված հետազոտությունը, 3 ակտիվ բուժումների պարագայում ցույց է տվել ընդամենը 5,6% հաջողության ցուցանիշ՝ 12 ամիսների ընթացքում:<sup>9</sup> Տոննեսոնը և համահեղինակները (Tonnesen et al.) գնահատել են ծխելու դադարեցման համար ենթալեզվային նիկոտինային հաբերի և երկու մակարդակների վարքային աջակցության արդյունավետությունը՝ քրոնիկ օբստրուկտիվ թոքային հիվանդություն ունեցողների շրջանում:<sup>10</sup> Նրանք բացահայտել են, որ զրկանքի ցուցանիշներն էականորեն բարձր են եղել ենթալեզվային նիկոտինային հաբեր ստացող խմբում պլացեբոյի համեմատ, չնայած նրան, որ չի նկատվել որևէ էական տարբերություն բարձր կամ ցածր վարքագծյին աջակցություն ստացող խմբերի միջև: Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող 7372 հիվանդների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման համակցումը ծխելու դադարեցմանն ուղղված խորհրդատվության հետ բերում է շարունակական զրկանքի առավել բարձր ցուցանիշների՝ համեմատած սովորական ծառայության հետ, միայն ծխելու դադարեցման խորհրդատվության հետ, և ծխելու դադարեցման խորհրդատվության և համատեղ հակադեպրեսանտի կիրառման հետ:<sup>11</sup>

Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող հիվանդներին ծխելը դադարեցնելու հարցում օգնելու համար կարելի է կիրառել նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր համադրություններ: Խորհուրդ է տրվում կիրառել նիկոտինային փոխարինող բուժման ներմուծման տարբեր եղանակներ ունեցող երկու տեսակների համադրությունը: Նիկոտինային փոխարինող բուժման տևողությունը մինչև 6 կամ 12 շաբաթ

երկարացնելը կարող է օգնել, որ ավելի շատ ծխողներ դադարեցնեն ծխել, քան բուժման սովորական տղողության դեպքում: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է օգնել, որ նվազեցվի օգտագործվող ծխախոտի գլանակների քանակը՝ մինչ ամբողջովին դադարեցումը: Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողները սովորաբար մոտիվացված չեն լինում ծխելը դադարեցնելու հարցում: Այս մոտեցումը կարող է օգնել բարձրացնելու սեփական մոտիվացիան և ծխելը դադարեցնելու հարցում ինքնարդյունավետությունը:<sup>8</sup>

Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների շրջանում բույրոպիոնով բուժման արդյունավետությունն ուսումնասիրող երեք կլինիկական հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ բույրոպիոնը պլացեբոյի համեմատ էականորեն ավելի արդյունավետ է եղել 6-ամսյա վերահսկման ժամանակահատվածում զրկանքի հասնելու հարցում (16% և 9%),<sup>12</sup> (27.9% և 14.6%)<sup>13</sup>: Պարզվել է նաև, որ բույրոպիոնը և նոստրիպտիլինը կարծես թե հավասարապես արդյունավետ են, սակայն բույրոպիոնն ավելի ծախս-արդյունավետ է պլացեբոյի և նոստրիպտիլինի համեմատ:<sup>14</sup> Խորհրդատվության հետ զուգակցված բույրոպիոնն 18.9%-ով (95% ՀՄ 3.6-26.4%) էականորեն ավելի արդյունավետ է եղել շարունակական զրկանքի հասնելու հարցում, քան պլացեբոն: Տարեկան սպիրոմետրիայի հետ զուգակցված ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ հակիրճ խորհրդատվությունը, որին հետևում է բժշկի կողմից անձնական նամակը, էականորեն ավելի բարձր զրկանքի ցուցանիշ է գրանցել թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների շրջանում, քան թոքերի նորմալ ֆունկցիա ունեցող ծխողների շրջանում:<sup>15</sup>

Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների բուժման համար վարենիկլինի անվտանգությունը և արդյունավետությունը գնահատվել է երկու հետազոտություններում՝ 1) թեթև կամ միջին ծանրության թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող և հոգեբուժական խնդիրներ չունեցող 504 հիվանդների բազմակենտրոն, կրկնակի կույր հետազոտությունը և 2) ծխելը դադարեցնելու բուժում ստացած սուր կամ շատ սուր թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող 472 ծխողների բաց հետազոտությունը: Առաջին հետազոտության մեջ 9-12 շաբաթներում շարունակական զրկանքի ցուցանիշը վարենիկլին օգտագործողների խմբում էականորեն ավելի բարձր է եղել (42.3%), քան պլացեբո խմբում (8.8%), իսկ 9-52 շաբաթներում՝ համապատասխանաբար 18.6% և 5.6%:<sup>16</sup> Երկրորդ հետազոտության մեջ, որտեղ բուժման ծրագիրը բաղկացած էր վարքագծային թերապիայից և դեղորայքային բուժումից (նիկոտինային փոխարինող բուժում, բույրոպիոն և վարենիկլին), 9-24 շաբաթներում շարունակական զրկանքի ցուցանիշը նիկոտինային փոխարինող բուժման, բույրոպիոնի և վարենիկլինի համար եղել է համապատասխանաբար 38.2%, 60.0% և 61.0%, իսկ վարենիկլինով բուժումն ավելի արդյունավետ է եղել, քան նիկոտինային սպեղանին՝ 61% և 44.1%, համապատասխանաբար:<sup>17</sup>

Հուգենդորնը և համահեղինակները (Hoogendoorn et al.) վերլուծել են թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների շրջանում շարունակական աջակցության ծրագրերի արդյունավետությունը և եզրակացրել, որ չնայած ծխելու դադարեցման նման ինտենսիվ ծրագրի բարձր գներին, ծրագրի տնտեսական օգուտները պետք է դիտվել երկարաժամկետ հեռանկարում:<sup>18</sup>

### **Առաջարկություններ**

- Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող բոլոր ծխողների շրջանում ծխելու դադարեցման համար պետք է կիրառվեն կամ նիկոտինային փոխարինողական բուժում, կամ վարենիկլին՝ անկախ հիվանդության ծանրությունից և օգտագործվող ծխախոտների քանակից (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը, վարենիկլինը և բույրոպիոնն արդյունավետ են և լավ են տարվում թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների

կողմից (A մակարդակի ապացույց):

### **Ասթմա**

Քանի որ ծխախոտի օգտագործումն ասթմային սրացման և վերահսկման վրա ազդող կարևոր գործոն է, ծխելու դադարեցումն առանցքային դեր է ստանում ասթմատիկ ծխողների պարագայում:<sup>19</sup> Ասթմատիկ ծխողների շրջանում ասթմատիկ ախտանիշներն ավելի սուր են արտահայտվում, անհետաձգելի դեղորայքի կարիք ավելի շատ է լինում, դիտվում է կորտիկոստերոիդների նկատմամբ ավելի բարձր ռեզիստենտականություն և ավելի վատ ընդհանուր առողջական կարգավիճակ, քան չծխող հիվանդների մոտ: Մի հետազոտության ուսումնասիրում էր, թե ինչպես է ծխելու դադարեցումը ազդում կորտիկոստերոիդային բուժում ստացող ասթմատիկ հիվանդների թոքի ֆունկցիայի և կյանքի որակի վրա: Պարզվել է, որ ասթմատիկ երկարաժամկետ ծխողների շրջանում ծխելը շարունակելը բերում է թոքերի շնչառական ֆունկցիայի էլ ավելի վատացման: <sup>20</sup>

Ասթմա ունեցող ծխողների շրջանում երկու բուժման ռազմավարություններ են խորհուրդ տրվում.

- Փսորել այնպիսի դեղորայք, որի թիրախը բորբոքային մեխանիզմի փոփոխումն է (թեոֆիլինը բարձրացնում է ցածր դեղաչափով ներշնչման կորտիկոստերոիդների ազդեցությունը, թեթևացնում է ախտանշանները և բարելավում 1 վայրկյանում ուժեղացված արտաշնչման օդի ծավալի ցուցանիշը (FEV1, (forcefully exhaled volume of air in one second); Ֆլուտիկազոն/սալմետերոլ համակցությունը կարգավորում է շնչուղիների հիպերռեակտիվականությունը և շնչուղիների տրամագիծը՝ համեմատած ֆլուտիկազոնի կրկնակի դեղաչափի հետ; Լեյկոտրիենի ռեցեպտորների անտագոնիստները ավելի շատ ազդում են օդափոխման բարելավման ուղղությամբ;
- Տրամադրել ծխելու դադարեցման ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված աջակցություն: Չկան բավարար ապացույցներ, որոնք կօգնեն հասկանալ, թե որոնք են ծխելու դադարեցման ամենարդյունավետ ծրագրերը ասթմայով հիվանդների համար: Վարքային տեխնիկաները և հեռախոսային խորհրդատվությունը ցույց են տվել իրենց արդյունավետությունը: Պետք է հաշվի առնել նիկոտինային փոխարինական բուժման ցողացիքների 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 ծխելու դադարեցման 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: Համեմատած չծխողների հետ՝ 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 մահացությունը: Հայտնի է, որ ծխելը բարձրացնում է տուբերկուլոզով հիվանդանալու ռիսկը, երբեք չծխելը կամ ծխելու դադարեցումն օգնում է ավելի լավ վերահսկել տուբերկուլոզը համայնքում: Քանի որ ծխելն էականորեն նվազեցնում է տուբերկուլոզի բուժման արդյունավետությունը, խորհուրդ է տրվում տուբերկուլոզի բուժման ծրագրերում ներառել ծխելու դադարեցումը: <sup>24</sup>

Տուբերկուլոզի դեմ միջազգային միությունը խորհուրդ է տալիս տուբերկուլոզով հիվանդ

ծխողներին հետ աշխատանքում օգտագործել ծխելու դադարեցման ABC մոտեցումը (Ask-հարցնել ծխելու կարգավիճակի մասին, Brief Advice-կարճ խորհուրդ, Cessation support-ծխելը դադարեցնելու աջակցություն): Այս երեք հեշտ քայլերը կարող են իրագործվել տուբերկուրոզով հիվանդ ծխողների հետ աշխատող ցանկացած առողջապահական մասնագետի կողմից, իսկ տվյալները պետք է գրանցվեն հիվանդի բժշկական պատմության մեջ:<sup>25</sup>

Մալագիայում տուբերկուրոզով հիվանդ և ծխող 120 հիվանդներ ներառող բազմակենտրոն, չտանդամիզացված, վերահսկվող հետազոտության ժամանակ, հիվանդները բաշխվել էին երկու խմբերի՝ սովորական SF-DOT (SF Ուղղակի դիտարկման ծրագիր) և լրացուցիչ ծխելու դադարեցման միջամտություն ստացող (SCI) (SCI-DOTS) խմբերի: Արդյունքում բացահայտվել է, որ տուբերկուրոզի բուժման ծրագրի շրջանակներում ծխելու դադարեցման համակցված բուժում ստացողները 6 ամսվա վերահսկողական ժամանակաշրջանում գրանցել են կյանքի որակի (ավելի լավ առողջությամբ պայմանավորված) ավելի բարձր ցուցանիշներ՝ արտահայտված EQ-5D միավորի էական աճով: Եվրոպայում կիրառվող EQ-5D գործիքը «կյանքի որակի» 5 մասից կազմված հարցաթերթ է, որի օգնությամբ SF հիվանդների ինքնագնահատման հիման վրա որոշվում է հիվանդության և բուժման ազդեցությունը նրանց ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարեկեցության և գործառնության վրա:<sup>26</sup>

### ***Քաղցկեղ***

Ծխելու դադարեցումը լուրջ մարտահրավեր է բնակչության այս բարդ խմբում: <sup>27</sup> Թոքի քաղցկեղ ունեցող հիվանդների մոտ ծխախոտային կախվածությունը բուժելիս պետք է հաշվի առնել հետևյալը.

- **Մոտիվացիա:** Ապացույցները ցույց են տալիս, որ թոքի քաղցկեղ ունեցողների մեծ մասը մոտիվացված են ծխելը դադարեցնելու հարցում: Չնայած թոքի քաղցկեղի ախտորոշումն ուժեղ դրդապատճառ է, այնուամենայնիվ թոքի քաղցկեղ ունեցող ծխողները ծխելը դադարեցնելու պատրաստակամության հարցում տարբեր մակարդակների վրա են:
- **Ստիգմա/խաբան/ և ինքնամեղադրում:** Էմպիրիկ ապացույցներ կան, որոնք ցույց են տալիս, որ թոքի քաղցկեղ ունեցող հիվանդները ստիգմատավորված են ընկալվում՝ անկախ նրանից ներկայումս ծխող են, թե ոչ:
- **Տրամադրության կառավարում:** Թոքի քաղցկեղի ախտորոշման հետևանքով հիվանդները հաճախ են ունենում հոգեբանական սթրես, բեռի և ստիգմայի էական զգացողություններ:
- **Ծխախոտի ծխից ազատ տներ:** Տվյալներ կան, որոնց համաձայն ծխից ազատ տուն ունենալը ուղղակիորեն կապված է ծխելը դադարեցնելուն հաջողության հետ:<sup>28</sup>

Քաղցկեղով հիվանդները կարող են ունենալ նիկոտինային 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: Այս առումով անհրաժեշտ են ավելի ինտենսիվ և հարմարեցված ծրագրեր, որոնք ներառում են 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, պարանոցի կամ թոքի քաղցկեղ ունեցող 145 հիվանդների շրջանում բուժքրոջ կողմից համակարգվող ծխելու դադարեցման ծրագիրը ցույց է տվել ցանկալի երկարաժամկետ հաջողության ցուցանիշներ (ծխելուց հրաժարվելու՝ զրկանքի 40% ցուցանիշ 6 ամսում): Ծրագիրն առաջին ամսում առավել ինտենսիվ է եղել և բաղկացած է եղել բժշկի խորհրդատվությունից, բուժքրոջ կողմից իրականացվող միջամտությունից և տարբեր դեղամիջոցների նշանակումից (բերանում հալվող նիկոտինային հաբեր, բուպրոպիոն, և այլ արտադրատեսակների համադրություններ): Ծրագիրը տևել է մեկ տարի, որպեսզի հնարավոր լինի հիվանդին աջակցել տարբեր ռիսկային իրավիճակներում, ինչպիսիք են՝

ծննդյան տարեդարձ, սթրեսային իրավիճակները և տոները: <sup>29</sup>

***Հոգեկան առողջության խնդիրներ, թմրամիջոցներ օգտագործողներ***

Հոգեբուժական խնդիրներն առավել տարածված են ծխողների շրջանում և այս հիվանդների մոտ ծխելու դադարեցման գործընթացն ավելի բարդ կարող է լինել: Ծխելու վարքագիծն առավել հաճախ է հանդիպում ակոհոլ և թմրամիջոցներ օգտագործողների շրջանում: Այս խմբին պատկանող ծխողներն ավելի հազվադեպ են բժշկի դիմում ծխելու դադարեցման 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 ունեցածներին), ավելի քիչ հավանական է, որ չծխող կլինեն ծխելը դադարեցնելուց հետո 8 շաբաթ անց, համեմատած նախկինում հոգեբուժական խնդիրներ չունեցող ծխողների համեմատ: Տագնապային խանգարում ունենալը նույնպես կապված է ծխելը դադարեցնելու 6 ամիս անց զրկանք ունենալու ցածր հավանականության հետ: Այս տվյալները կարող են հիմք ծառայել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ծխողների բուժման ծրագրերի մշակման համար:<sup>30</sup>

Կարևոր է նշել, որ հոգեբուժական խնդիրներ ունեցողների մոտ ծխախոտային կախվածության բուժումը չի վատթարացնում նրանց հոգեվիճակը, և նույնիսկ կարող է բարելավել տրամադրությունը:<sup>31-33</sup>

Քոքրեյնի համագործակցության մետա-անալիզն ուսումնասիրել է ծխելու դադարեցման միջամտությունները ներկայումս կամ անցյալում դեպրեսիա ունեցող անհատների շրջանում:<sup>34</sup> Ակնարկը ներառել է 49 հետազոտություններ և բացահայտել է, որ ծխելու դադարեցման ստանդարտ միջամտությանը տրամադրության կառավարման հոգեառաջնության բաղադրիչ ավելացնելն արդյունավետ է դեպրեսիա ունեցող (կամ անցյալում ունեցած) ծխողների շրջանում երկարաժամկետ զրկանքի հասնելու համար: Ակնարկը բացահայտել է, որ անամնեզում դեպրեսիա ունեցող ծխողների բուժման ծրագրում բուպրոպիոնի ավելացումն արդյունավետ է երկարաժամկետ զրկանքի հասնելու հարցում: <sup>34</sup> Դեղորայքային բուժումը տրամադրվել է ինտենսիվ խորհրդատվության հետ համատեղ: Հետազոտության պահին դեպրեսիա ունեցող մասնակիցների շրջանում որևէ ազդեցություն չի գրանցվել: Բավարար տվյալներ չկան նաև մասնակիցների կողմից ծխելը դադարեցնելու համար այլ հակադեպրեսանտ դեղորայքի կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման այլ միջոցների ընդունման վերաբերյալ: <sup>34</sup>

Հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ՝ լուրջ դեպրեսիա, շիզոֆրենիա և պսիխոզ ունեցող ծխողների հետ աշխատանքում խորհուրդ է տրվում երկարացնել բուժման տևողությունը, կիրառել համատեղ հոգեբանական կոգնիտիվ-վարքային տեխնիկաներ և դեղորայքային այնպիսի բուժում, որն օգնում է վերահսկել/նվազեցնել ծխելու ախտադարձը կամ սկզբնական հոգեբուժական սիմպտոմներ:<sup>35</sup>

Շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների հետ աշխատանքում ծխելու կարգավիճակը պետք է ներառվի կլինիկական գնահատման մեջ և ծխողներին առաջարկվի նիկոտինային փոխարինական բուժում:<sup>36</sup> Ծխախոտային կախվածության բուժման դեղորայքն այս խմբին պատկանող հիվանդների մոտ արդյունավետ է, սակայն ախտադարձի ռիսկը բարձր է: Քոքրեյնի համագործակցության մետա-անալիզը ցույց է տվել, որ շիզոֆրենիա ունեցող ծխողների բուժման գործընթացում բուպրոպիոնի 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՛ համակցված դեղորայքային բուժումը արդյունավետ են եղել, և նմանատիպ ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող ծխողների շրջանում չեն բարձրացրել հոգեբանական դիսթրեսը 6 ամիսների ընթացում: Այնուամենայնիվ, հավանական բացասական ազդեցությունները բացահայտելու համար հետագա

ուսումնասիրություններ են անհրաժեշտ: (Տե՛ս սեկցիա 4.3.3.9).<sup>39</sup> Դեղորայք նշանակողները պետք է իրականացնեն հիվանդների շարունակական վերահսկողություն, հաշվի առնելով դեղորայքի ընդունման՝ հոգեկան անհավասարակշռություն առաջացնելու հավանականությունը:<sup>40</sup>

Ատիպիկ հակապսիխոտիկներով բուժվող հիվանդներն ավելի լավ են արձագանքում բույրացիության, քան նրանք, ովքեր բուժվում են ստանդարտ անտիպսիխոտիկներով: <sup>21</sup> 412 ծխողներ (111-ը՝ հոգեբուժական ախտորոշումներով) ներառող բաց պիտակներով հետազոտության համաձայն վարենիկլինը հավասարապես արդյունավետ է եղել, և հոգեբուժական խնդիրներ ունեցող հիվանդների շրջանում կապված չի եղել 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 ապացույցներ կան այն մասին, որ նիկոտինային կախվածության բուժումն ազդում է 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 քարոզման հարցում: <sup>41</sup> Ռանդոմիզացված բաց պիտակներով հետազոտությունը համեմատել է սովորական բուժման համակցումը նիկոտինային սպեղանու և ծխելու դադարեցման կոգնիտիվ-վարքային խորհրդատվության հետ (n=153), և սովորական բուժումը (n=72) այն հիվանդների շրջանում, ովքեր ներառված են եղել ակոնոլից կամ թմրամիջոցներից կախվածությունից բուժման ծրագրերում և հետաքրքրված են եղել ծխելու դադարեցմամբ: Այս զեկույցը ծխելու դադարեցման արդյունքների վրա դեպրեսիվ սիմպտոմների (n=70) կամ դեպրեսիայի պատմության(n=110) ազդեցության երկրորդային վերլուծություն է, որը բացահայտել է դեպրեսիայի ծանրության և ծխելու դադարեցման դժվարությունների միջև եղած նշանակալի կապը: Այս սվյալները ցույց են տալիս, որ դեպրեսիվ սիմպտոմների գնահատումը և բուժումը կարևոր դեր կարող է ունենալ այս խմբին պատկանող հիվանդների շրջանում ծխելու դադարեցման 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 հոգեբուժական խնդիրներ ունեցող հիվանդների շրջանում, և գրեթե նույնչափ արդյունավետ են:
- Հոգեկան առողջության լուրջ խնդիրներ՝ դեպրեսիա, շիզոֆրենիա, պսիֆոզ, ունեցող ծխողների հետ աշխատանքում խորհուրդ է տրվում երկրաբեցնել ծխախոտային կախվածության բուժման տևողությունը: Խորհուրդ է տրվում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող հիվանդներին, ում դեղորայքային բուժում է նշանակվել, շարունակ վերահսկել, քանի որ դեղորայքը կարող է հոգեկան անհավասարակշռության պատճառ դառնալ:

### **ՄԻՍՎ վարակակիրներ**

Ոչ մի երկարաժամկետ ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտություն չի ուսումնասիրել ծխախոտային կախվածության բուժմամբ միջամտությունների արդյունավետությունը բնակչության այս խմբում: Լրացուցիչ հետազոտություններ են հարկավոր: 3-ամսյա մոնիթորինգային հետազոտությունը ցանկալի արդյունքներ է ցույց տվել հեռախոսային խորհրդատվության վերաբերյալ: Գոյություն ունեցող տեղեկությունները

վկայում են, որ ծխելու դադարեցման դեղորայքն արդյունավետ է ծխողների այս խմբի հետ աշխատանքում:<sup>21</sup>

ՄԻԱՎ դրական անհատներն ավելի հակված են ծխելու՝ համեմատած ընդհանուր բնակչության: Ներկայումս ՄԻԱՎ դրական անհատներն ավելի երկար են ապրում՝ կապված բուժման առաջընթացի հետ: Այդ պատճառով բնակչության այս խմբում ծխելը կարևոր առողջական խնդիր է դառնում: Ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների մոտ մահացության ցուցանիշներն ավելի բարձր են, նրանք նշում են ավելի ցածր կյանքի որակի մասին, քան չծխող ՄԻԱՎ վարակակիրները: Ի լրումն, ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրներն ինվազիվ պնևմոնոկոպիին հիվանդությունների զարգացման ավելի բարձր ռիսկ ունեն, քան ՄԻԱՎ բացասական մարդիկ: Բացի այդ, ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրները չծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների համեմատ որոշակի օպորտունիստիկ հիվանդությունների և հանկարծակի պնևմոթորաքսի 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, որպեսզի 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>

## Գրականություն

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
2. Critchley JA, Capewell S., WITHDRAWN: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease, Cochrane Systematic Review 2012; Issue 2: Art. No. CD003041. doi: 10.1002/14651858.CD003041.pub3.
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 der Meer RM, Wagena E, Ostelo RWJG, Jacobs AJE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD002999. DOI: 10.1002/14651858.CD002999.
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.,Limperli 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., Luhning 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., Gratziau C., Jimenez-Ruiz C.,Nardini S., Viegi 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 Mölken 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 Ias, i, 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.

#### 4.8.4 Առաջարկություններ ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացման վերաբերյալ

Ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը տարբեր աստիճանների է, հիմնականում մինչև 5 կգ, բայց ծխողների 10%-ը կարող են ավելացնել նույնիսկ 15կգ և ավել: 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, 55 տարեկանից բարձր անձանց մոտ, և մոլի ծխողների մոտ:

Այն դեռահասները, ովքեր մտահոգված են իրենց քաշով, ավելի հաճախ են սկսում ծխել: Այդ պատճառով անհրաժեշտություն կա քարոզելու քաշի պահպանման առողջ մեթոդներ և փարատել այն միտքը, որ ծխախոտի օգտագործումը քաշի վերահսկման մեթոդ է դեռահասների շրջանում: Դեռահասները պետք է իրազեկված լինեն, որ կան քաշի նվազեցման ավելի արդյունավետ և առողջ մեթոդներ, և նմանատիպ գաղափարները պետք է ներառված լինեն կրթական ծրագրերում, հատկապես, երբ քննարկվում է ծխելու դադարեցման հարցը:<sup>2</sup>

Լեվինի և համահեղինակները (Levine et al.) կողմից տրամադրված տվյալների համաձայն՝ իրենց քաշով մտահոգված կանայք, ովքեր ստացել են համակցված CONCERNS բուժում (կոգնիտիվ-վարքային թերապիա քաշի հետ կապված մտահոգությունների վերաբերյալ և բուսրոպիոն) ավելի հակված են եղել պահպանելու զրկանքը 6 ամիս անց, քան պլացեբո խումբը: Այս ազդեցությունը կապված չի եղել ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացման փոփոխությունների կամ քաշի վերաբերյալ մտահոգությունների փոփոխությունների հետ:<sup>3</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը և բուսրոպիոնն արդյունավետ են ծխելու դադարեցումից հետո քաշի ավելացումը զսպելու հարցում: Ծխելու դադարեցման վերաբերյալ երկու հետազոտություններ համեմատել են վարենիկլինը, բուսրոպիոնը և պլացեբոն: Արդյունքում, 12 շաբաթ անց քաշի ավելացումն ամենաքիչն է եղել վարենիկլինով բուժման խմբում (<3 կգ):<sup>1</sup>

Քաշի ավելացումը տեղի է ունենում կալորիաների ավելացման և նյութափոխանակության համամասնության նվազման արդյունքում: Նյութափոխանակության մեխանիզմների մասին առկա տվյալների համաձայն՝ ծխողները ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացում կունենան, անգամ եթե կալորիաների քանակը չավելանա: <sup>5</sup> Հիվանդը պետք է տեղեկացված և նախապատրաստված լինի քաշի ավելացմանը, և նրան պետք է աջակցություն առաջարկվի քաշի վերահսկման համար՝ խրախուսելով առողջ ապրելակերպի անցնել, ֆիզիկական վարժություններ անել, մրգերով և բանջարեղենով հարուստ առողջ սնունդ օգտագործել, լավ քնել, սահմանափակել ալկոհոլի օգտագործումը: Շաբաթական 3 անգամ, 45 րոպե տևողությամբ վարժություն անելը, բարձրացնում է երկարաժամկետ ծխախոտային զրկանքը

կանանց շրջանում և սահմանափակում է քաշի ավելացումը, եթե զուգակցվում է կոգնիտիվ-վարքային ծրագրով: Քաշի ավելացումը նվազագույն է, եթե ծխախոտային զրկանքը զուգակցվում է ֆիզիկական ակտիվության ավելացմամբ:<sup>4</sup>

Քաշի կառավարման անհատականացված աջակցությունը կարող է արդյունավետ լինել, և կարող է չնվազեցնել զրկանքի ցուցանիշները, սակայն այս ամենի վերաբերյալ բավարար տվյալներ չկան: Մի հետազոտություն ցույց է տվել, որ քիչ կալորիականությամբ սննդակարգը նպաստել է զրկանքին, սակայն չի կանխարգելել քաշի ավելացումը երկարաժամկետ հեռանկարում: Քաշի ավելացումն ընդունելու վերաբերյալ կոգնիտիվ վարքային թերապիան չի նվազեցրել ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը և հնարավոր է չի նպաստում զրկանքին երկարաժամկետ հեռանկարում: Ֆիզիկական ակտիվությունն ներառող միջամտություններն էականորեն կրճատել են քաշի ավելացումը երկարաժամկետ, սակայն ոչ կարճաժամկետ հեռանկարում: Լրացուցիչ հետազոտություններ են հարկավոր պարզաբանելու համար, թե արդյոք սա արդյունավետ բուժում է, թե ոչ: Բուպրոպիոնը, ֆլուօքսետինը, նիկոտինային փոխարինող բուժումը և վարենիկլինը նվազեցնում են ծխելու դադարեցումից հետո քաշի ավելացումը դեղորայքի օգտագործման ժամանակ: Չնայած այս ազդեցությունը չի պահպանվել ծխելը դադարեցնելուց մեկ տարի անց՝ չկան բավարար ապացույցներ բացառելու այս փոքր երկարաժամկետ ազդեցությունը: Չկան բավարար տվյալներ ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը կանխարգելելու վերաբերյալ բարձր արդյունավետությամբ կլինիկական առաջարկություններ անելու համար: <sup>5</sup>

Նիկոտինային փոխարինող բուժումը, ավելի կոնկրետ՝ 4մգ նիկոտինային մաստակը և 4մգ բերանում հալվող նիկոտինային հաբը, հետաձգում են ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի ավելացումը: Ավելին, կարծես թե առկա է դեղաչափ-պատասխան կապվածությունը նիկոտինային մաստակի և քաշի ավելացումը զսպելու միջև (օր.՝ ինչքան մեծ դեղաչափով է մաստակն օգտագործվում, այնքան քիչ է քաշն ավելանում): Բուպրոպիոնը նույնպես արդյունավետ է քաշի ավելացումը հետաձգելու առումով: Այնուամենայնիվ, երբ դադարեցվում է նիկոտինային մաստակի օգտագործումը կամ բուպրոպիոնով բուժումը, ծխելը դադարեցնող միջիում նույնքան քաշ է ավելացնում, որքան կավելացներ, եթե չօգտագործեր նշված դեղորայքը:

### **Առաջարկություններ**

- Ծխելը դադարեցնելուց հետո քաշի հնարավոր ավելացմամբ մտահոգված ծխողներին խորհուրդ է տրվում օգտագործել վարենիկլին, բուպրոպիոն 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 Ias, i, 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

## ԳԼՈՒԽ 5: Ծխելը դադարեցնելու գնահատման հետազոտություններ և գիտական առաջարկություններ

*«Ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ ռազմավարությունները  
պետք է բարձրացնեն ծխելու դադարեցման ցուցանիշները և  
կանխարգելեն հիվանդների ախտադարձը:»*

## 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 բազմաթիվ/նշանակալի հետազոտական ջանքեր են ներդրվում ներկայիս հաջողության ցուցանիշները բարելավելու ուղղությամբ: Մինչև վերջերս ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտությունների արդյունքների մասին զեկույցները տարաբնույթ էին, ինչը դժվարեցնում էր դրանց համեմատությունն ու արդյունքների մեկնաբանումը: Ուեսթը և համահեղինակները (West et al.) առաջարկել են վեց ստանդարտ չափանիշներ, որոնք ներառում են Ռուսսելի Ստանդարտները (ՌՄ):<sup>1</sup> Այդ չափանիշները կիրառելի են ծխելը դադարեցնելուն ուղղված այնպիսի հետազոտություններում, որտեղ մասնակիցներն ունեն ծխելը դադարեցնելու հստակ թիրախային ամսաթիվ/ժամկետ, և առկա է դեմ-առ-դեմ շփում մասնակիցների, հետազոտողների և կլինիկական անձնակազմի միջև: Այդ չափանիշներն են՝ (1) շարունակական վերահսկում 6 ամիս (ՌՄ6) կամ 12 ամիս (ՌՄ12)՝ սկսած դադարեցման թիրախային ամսաթվից/ժամկետից կամ նախասահմանված լրացուցիչ ժամկետի ավարտից հետո; (2) ծխելու բացակայության մասին ինքնազեկուցում /self-report/ շարունակական վերահսկողության ողջ ժամանակահատվածում՝ թույլատրելով օրական մինչև հինգ ծխախոտ; (3) ծխախոտի բացակայության մասին վկայող կենսաքիմիական հաստատում՝ նվազագույնը շարունակական վերահսկողության 6-րդ կամ 12-րդ ամսվա ավարտին; (4) «բուժելու մտադրություն» (“intention-to-treat”) մոտեցման կիրառում, որը ենթադրում է, որ վերլուծության մեջ ներառված բոլոր ռանդոմիզացված ծխողների տվյալները ներառվում են վերլուծության մեջ, քանի դեռ նրանք չեն մահացել կամ տեղափոխվել անհայտ հասցե (վերլուծության մեջ ներառված մասնակիցները համարվում են են որպես 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 ընթացում տվյալների կույր հավաքում՝ անկախ նրանից, թե ծխողները հետազոտական խմբերում ինչպես են տեղաբաշխված:

#### *Գիտական աշխատանքի համար ծխախոտային զրկանքի գնահատման չափանիշների ամփոփում.<sup>1</sup>*

- **Զրկանքի տևողություն.** Ծխելը դադարեցնելու թիրախային ամսաթվից կամ ծխելը դադարեցնելու իրական ամսաթվից հաշված ծխելը դադարեցնելու նվազագույնը 6 ամսվա ժամանակահատվածը:
- **Ծխելու դադարեցման/Զրկանքի սահմանում.** Հիվանդի խոսքով ծխելը դադարեցնելու պահից 6 ամսվա ընթացքում 7-ից քիչ ծխախոտի օգտագործում, ինչպես նաև արտաշնչված օդում ածխածնի մոնօքսիդի թեսթի բացասական արդյունք: Անհրաժեշտ է տարբերակել «տվյալ պահին զրկանքը» (զրկանքի գազաթնակետ), որը բնութագրում է որպես զրկանքը բժշկին այցելության պահին, և «շարունակական զրկանքը», որը գնահատվում է 6-12 ամսվա վերահսկողության ժամանակահատվածում մի շարք բժշկական այցերի արդյունքում:
- **Զրկանքի կենսաքիմիական վավերացում.** խորհուրդ է տրվում յուրաքանչյուր այցի ժամանակ որոշել ածխածնի մոնօքսիդի (CO) խտությունը արտաշնչված օդում: Սա պարտադիր է բուժման ավարտին կատարվող այցի ժամանակ:
- **«Բուժելու մտադրության վերլուծություն» (Intention-to-Treat Analysis).** զրկանքի 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 ծխելու դադարեցման կենտրոնական տվյալների բազայում:

- **Ընթացակարգի խախտողներ.** գրկանքը հաստատվում է 1-4 չափանիշների համապատասխան. միայն այն դեպքում, երբ հիվանդները հետևել են ճշգրիտ բուժմանը՝ ստանդարտ դեղաչափերով, ինքնուրույն չեն ավելացրել այլ թերապիաներ իրանց բուժման սխեմային և մասնակցել են բոլոր վերահսկող այցերին՝ ծխելու կարգավիճակի բիրքիմիական վավերացմամբ:

**Կույր մեթոդների կիրառում:** Հնարավորության դեպքում բոլոր տվյալների հավաքագրումը պետք է իրականացվի կրկնակի կույր մեթոդների կիրառմամբ:

## 5.2 Ծխախոտային կախվածության բուժման ծախս-արդյունավետությունը

Ծխախոտի դեմ պայքարի նպատակը ծխախոտի ծխից ազատ միջավայրի ապահովումն է, որ մարդիկ շնչեն մաքուր օդ՝ արգելելով ծխելը շինությունների ներսում գտնվող հանրային վայրերում: Ծխելը դադարեցնելը՝ ծխախոտի դեմ պայքարի գլխավոր բաղադրիչներից մեկը, նվազեցնում է բազմաթիվ առողջական խնդիրներ՝ օգնելով ծխողներից դադարեցնել ծխելը: Գոյություն ունեն բազմաթիվ հետազոտություններ, որոնք ցույց են տալիս ծխելը դադարեցնելու ուղղված միջամտությունների արդյունավետությունը: Առկա է նաև ծխելը դադարեցնելու ծախս-արդյունավետության վերաբերյալ բավականաչափ գրականություն՝ հիմնված տարբեր երկրներում իրականացված հարցումների վրա: Ավելի վաղ հետազոտությունները գնահատել են բուլբոպրոպիոնի և նիկոտային փոխարինական թերապիաների ծախս-արդյունավետությունը: Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունների ծախս-արդյունավետությանն ուղղված հետազոտություններից մեկը բացահայտել է, որ այլ կանխարգելիչ միջամտությունների համեմատ ծխելը դադարեցնելը բավականին ծախս-արդյունավետ է: <sup>2</sup> Այդ հետազոտությունը իրականացվել էր առաջնային օղակի բժշկների շրջանում, ովքեր ամենօրյա այցերի ժամանակ ստուգում էին ծխելու կարգավիճակը , և ծխողներին մոտիվացնում էին ծխելը դադարեցնելու հարցում: Որպես ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտություն օգտագործվում էին միայն խորհրդատվությունը և նիկոտինի փոխարինական 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 դոլլար, յուրաքանչյուր փրկված կյանքի տարվա համար՝ 2587 ԱՄՆ դոլլար, և որակյալ կյանքի յուրաքանչյուր տարվա (QALY) համար՝ 1915 ԱՄՆ դոլլար:

Պարզվում է, որ սրտամկանի ինֆարկտի կանխարգելման ընդունված ռազմավարությունների համեմատ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունն ավելի ծախս-արդյունավետ է: Միմվաստատինի 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 խորհրդատվություն և նիկոտինին փոխարինական թերապիան, կարժենա մի քանի հարյուրից մինչև հազար ՄԲՖ (GBP): <sup>3,4</sup>

2003թ. Շվեյցարիայում առաջնային օղակի բժշկական հաստատություններում իրականացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ և՛ բուլբոպրոպիոնային, և՛ նիկոտինային սպեղանիները ծախս-արդյունավետ են: Հետազոտությունն անցկացվել է մոլի ծխողների երկու կոհորտների շրջանում. խմբերից մեկը ստացել է միայն թերապևտի խորհրդատվություն, իսկ մյուսը՝ նաև լրացուցիչ դեղորայքային բուժում: Հետազոտության ավարտին պարզվել է, որ բուլբոպրոպիոնը և նիկոտինային սպեղանին բուժման

ամենածախսարդյունավետ մեթոդներն են, որոնց նվազման կարգով հետևում են նիկոտինային ցողացիրը, ներշնչակը և վերջում՝ մաստակը:<sup>5</sup> Վարենիկլինի հայտնաբերումից հետո, այս դեղորայքով բուժման ծախսարդյունավետությունը ևս ուսումնասիրվեց և գնահատվեց արդյունավետ:

Ըստ հաշվարկների՝ ծխելու գինը ԱՄՆ-ում կազմում է տարեկան 193 միլիարդ ԱՄՆ դոլլար՝ ներառյալ 97 միլիարդ ԱՄՆ դոլլար աշխատունակության կորստի և 96 միլիարդ ԱՄՆ դոլլար՝ ծխելու հետևանքով առաջացած առողջապահական ծախսերի համար: <sup>6</sup> Մեծ Բրիտանիայի Առողջության 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>

Աշխատավայրում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտության պարագայում 12 ամսվա կտրվածքով տեղի է ունենում 541 ԱՄՆ դոլլարի խնայողություն վարենիկլինի, 151 ԱՄՆ դոլլարի խնայողություն բուպրոպիոնի և 82 ԱՄՆ դոլլարի խնայողություն հակիրճ խորհրդատվության դեպքում: <sup>9,10</sup>

ԱՄՆ-ում իրականացված մետա-անալիզը եզրակացրել է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվությունը, դուրս գրումից հետո աջակցող կապի առկայության դեպքում, պոտենցիալ ծախս-արդյունավետ կարող է լինել, և կարող է նվազեցնել ծխելու տարածվածությունը և ծխելով պայմանավորված առողջական բացասական հետևանքներն ու սոցիալական ծախսերը:<sup>11</sup> Պատահական բաշխմամբ հետազոտությունների մետա-անալիզի տվյալներն օգտագործելով, հետազոտողները ստեղծել են սրտամկանի ինֆարկտով հոսպիտալացված ամերիկացի ծխողների վարկածային/հիպոթետիկ կոհորտ և գնահատել են ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվության ծախս-արդյունավետությունը: Առողջապահական բոլոր ծախսերը հաշվի առնելուց հետո պարզվել է, որ ծխելը դադարեցրած յուրաքանչյուր հիվանդի համար ծախսը կազմել է 540 ԱՄՆ դոլլար՝ 4350 ԱՄՆ դոլլար՝ յուրաքանչյուր փրկված կյանքի համար, և 5050 ԱՄՆ դոլլար՝ յուրաքանչյուր որակյալ կյանքի յուրաքանչյուր տարվա (QALY) համար:<sup>11</sup>

Ծխելը համարվում է թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության զարգացման և կլինիկական ընթացքի հիմնական ռիսկի գործոնը: Հետևաբար, ծխելը դադարեցնելը հատկապես կարևոր է այդ խմբի մարդկանց համար: Նիդերլանդներում իրականացված երկու հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ծխելը դադարեցնելը ծախս-արդյունավետ է թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն (ԹՔՕՀ) ունեցողների շրջանում: ԹՔՕՀ հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտության վերաբերյալ պատահական բաշխմամբ վերահսկվող ինը հետազոտությունների համակարգված ամփոփման արդյունքում պարզվել է, որ միջինում 12-ամսյա շարունակական զրկանքի 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, դեպքերում խնայված ծախսերը կազմում են համապատասխանաբար 16,900, 8200 and 2400 եվրո:<sup>12</sup> Մեկ այլ հետազոտություն նպատակ ունեւ որոշելու ԹՔՕՀ ամբուլատոր հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բարձր ինտենսիվության ծրագրի (Դադարեցնել Ծուխը Թերապիա – ԴԾԹ) ծախս-արդյունավետությունը միջին ինտենսիվության բուժման (Թոքային հիվանդների մինիմալ միջամտության ռազմավարություն) համեմատ: Հետազոտության արդյունքում պարզվեց, որ ԴԾԹ-ի դեպքում առողջապահական ծախսերը, ներառյալ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված ծրագրի ծախսերը, կազմում են 581 եվրո, իսկ միջին ինտենսիվության բուժման պարագայում՝ 595 եվրո: ԴԾԹ-ն ընդհանուր ավելի քիչ ծախսերի հետ մեկտեղ կապված էր միջինում ավելի քիչ սրացումների (0.38 ընդդեմ 0.60), մեկ հիվանդի հաշվով ավելի քիչ հոսպիտալացման օրերի (0.39 ընդդեմ 1) և

ծխելը դադարեցնողների ավելի մեծ թվի հետ (20 ընդդեմ 9): Սա նշանակում է, որ ԴԾԹ-ն առավելություններ ունի միջին ինտենսիվության բուժման համեմատ:<sup>13</sup>

ԱՄՆ-ում՝ Մասաչուսեթսում իրականացված հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված համապարփակ ծառայությունները բերում են Մեդիքեյդի (Medicaid) ծրագրերում էական խնայողությունների: Ծխելը դադարեցնելու համապարփակ ծառայությունների՝ ներառյալ դեղորայքային բուժման, խորհրդատվության և արտագնա՝ տնային այցերի աշխատանքի արժեքը 2010թ. յուրաքանչյուր ծառայության համար մեկ մասնակցի հաշվով կազմել է 183 ԱՄՆ դոլլար, և մեկ մասնակցի հաշվով մոտավոր խնայողությունները կազմել են 571 ԱՄՆ դոլլար: Այս տվյալը վկայում է, որ ծրագրում յուրաքանչյուր ծախսված 1 ԱՄՆ դոլլարը բերում է 3,12 ԱՄՆ դոլլարի բժշկական խնայողության: <sup>14,15</sup>

Վերջին շրջանում իրականացված տնտեսագիտական գնահատման մեջ Կանտորը և համահեղինակները (Cantor et. al., 2015) բացահայտել են, որ բժիշկների և դեղագործների վերապատրաստումը ծխելը դադարեցնելու հարցերում 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 Առաջակություններ ծխելը դադարեցնելու ուղեցույցների ներդրման վերաբերյալ

Լավ ուղեցույցն իսկապես օգտակար է միայն այն դեպքում, երբ լավագույն գործելակերպի ստանդարտներին համապատասխան տարածվում և ներդրվում է թիրախային բնակչության շրջանում:

Որպես ապացույց Եվրոպայում ամենահուսալի օրինակը վերաբերում է Մեծ Բրիտանիայի Ազգային առողջապահական ծառայության Ծխելը դադարեցնելու ծառայություններին: Կլինիկական գերազանցության ազգային իստիտուտի (NICE) ուղեցույցի ներդրման ավգորիթմը մշակելու շնորհիվ, ծխելը դադարեցնելու ուղեցույցները վերածվեցին արժեքավոր գործիքի՝ ծխողներին աջակցող մասնագետների բոլոր կատեգորիաների համար: Այսպիսով, ուղեցույցը կարող է օգնել ազգային կազմակերպություններին՝ համապատասխանելու հանրային առողջապահության համաշխարհային ընդունված գիտական ստանդարտներին, սահմանելու հանրային սեկտորում ազգային և տեղական կազմակերպություններ՝ առողջության բարելավման պետական ցուցանիշներին և թիրախներին հասնելու, առողջապահական անհավասարությունները նվազեցնելու և համայնքներում բարեկացությունը խրախուսելու համար:<sup>1</sup>

Ուղեցույցները պետք է ներդրվեն՝ համապատասխանելով 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 դեկլարման կառուցվածք և քայլ-առ-քայլ մոտեցում՝ իրականացնելու համար հետևյալը.

- Ապահովել, որ բոլոր համապատասխան խմբերը տեղեկացված լինեն ուղեցույցների մասին և մուտք ունենան դեպի համապատասխան վեբ կայքեր, տպագիր նյութեր և այլն;
- Աշխատել համապատասխան մասնագետների խմբերի հետ՝ նրանց ներկայիս գործունեությունը ուղեցույցներում պարունակվող առաջարկությունների հետ համեմատելու համար;<sup>1</sup>
- Բացահայտնել, թե որ կազմակերպությունները/հիվանդանոցները, և այլն, կարիք ունեն փոփոխելու իրենց գործելաոճը, որպեսզի համապատասխանեն ուղեցույցներին և համագործակցեն գոյություն ունեցող ցանցերի հետ (ինչպիսին, օրինակ, ծխախոտի դեմ պայքարի տարածաշրջանային ցանցերն են);
- Բացահայտել ներդրմանն օգնող հիմնական ուղղությունները, ինչպիսիք են, օրինակ, ծխելը դադարեցնելու կենտրոններ ուղեգրման ձևերի կատարելագործում, վերապատրաստման մասնակցող բուժաշխատողների թվի ավելացում, դժվար հասանելի համայնքների ընդգրկում;
- Գնահատել, թե ինչ կարժենա ուղեցույցների ներդրումը;
- Ստեղծել ուղեցույցի ներդրման գործողությունների պլան՝ աշխատելով տեղական կառավարման մարմինների և մասնագետների հետ:

Ներդրման արդյունավետությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ է, որ բոլոր համապատասխան պատասխանատուները՝ հանրային առողջապահական, տեղական կառավարման և տեղական առաջնահերթություններ սահմանող կազմակերպությունները և ներկայացուցիչները ստորագրեն գործողությունների պլանի ներքո, օրինակ, լոկալ համաձայնագրի տեսքով: Ուղեցույցի ներդրումը պետք է վերանայվի և մոնիթորինգի ենթարկվի, և արդյունքները պետք է ներկայացվեն համապատասխան համակարգող խորհրդին: Շատ կարևոր է նաև, որ տարբեր մասնագիտական և գիտական միջոցառումների շրջանակներում տարբեր կազմակերպությունների միջև ուղեցույցի ներդրման վերաբերյալ փորձի փոխանակում տեղի ունենա:<sup>2</sup>

Մոր և մանկան առողջության կլինիկաներում ծխելու դադարեցման ուղեցույցների ներդրումը տարածող միջամտությունների արդյունավետությունը ստուգող փորձարարական հետազոտության ժամանակ Մանֆրեդին և այլք (Manfredi et al.) հայտնում են, որ, սկզբնական տվյալների համեմատ, էական բարելավում է նկատվել այն ծխողների շրջանում, ովքեր ծառայություն տրամադրողի կողմից ստացել են խորհուրդ, ինքնօգնության բուկլետներ, վիդեոներ, պոստերներ և կից/առընթեր միջամտություն: Մասնավորապես, ամենաէական բարելավումները նկատվել են այն ծխողների շրջանում, ովքեր ստացել են երկուսն էլ՝ բուկլետ և առընթեր խորհրդատվություն:<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 Mólken 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

Ծխախոտային կախվածության բուժման  
ճառայությունների և վերապատրաստման ծրագրերի  
հավատարմագրման եվրոպական ստանդարտներ

ԳԼՈՒԽ 6: Ծխախոտային կախվածության բուժման  
վերաբերյալ բուժաշխատողների վերապատրաստմանն  
ուղղված առաջարկություններ

*«Առողջապահության մասնագետների վերապատրաստումը  
ծխախոտի օգտագործման և կախվածության բուժման  
հիմնաքարն է»*

## **6.0 Ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ բուժաշխատողների վերապատրաստմանն ուղղված առաջարկություններ**

### **Ծխախոտային կախվածության բուժման ծառայությունների և բուժում տրամադրող մասնագետների որակի ստանդարտներ**

Այս գլուխը նկարագրում է բուժաշխատողների վերապատրաստման և ծխախոտային կախվածության բուժման ծառայությունների ստանդարտները (ծխելը դադարեցնելու միջամտություններ իրականացնող թիրախային մասնագիտական խմբերը, ծխելը դադարեցնելու բուժման վերաբերյալ վերապատրաստման ընդհանուր ստանդարտները, վերապատրաստում տրամադրող լիազորված մարմինները և նրանց պատասխանատվությունը ծխելու դադարեցման վերաբերյալ, ինչպես նաև վերապատրաստման ձևաչափը և գնահատումը):

Բուժաշխատողների համար ծխելու դադարեցման վերապատրաստման միջամտությունների վերաբերյալ Քոքրեյնի համագործակցության կողմից իրականացված համակարգային ամփոփումը և մետա- անալիզը 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: Տարբեր երկրներ որդեգրել են որակի ապահովման և ստանդարտների բարելավման տարբեր մոտեցումներ: Որոշ երկրներում մասնագիտական կազմակերպությունները և ծառայություն տրամադրողների ասոցիացիաներն են փորձում ստանձնել իրենց բնագավառի որակի վերահսկողությունը՝ բարելավելու առողջապահության ստանդարտները, հաճախ առանց պետության կամ հասարակության ներդրումների: Այլ երկրներում պետությունն է առողջապահության ոլորտում կոշտ վերահսկողություն իրականացնում՝ տեղ չթողնելով մասնագիտական դատողության համար, ինչը բերում է “պաշտպանողական բժշկության” և անհիմն ուղեգրումների դեպի ավելի բարձր մակարդակի առողջապահական հաստատություններ: Մարտահրավերը կայանում է նրանում, որ պետք է պահպանել բուժաշխատողների, պետական քաղաքականություն մշակողների, հանրության անդամների և այլ շահագրգիռ կողմերի դերերի միջև հավասարակշռությունը՝ առողջապահության ոլորտի որակի բարելավման և ստանդարտների մշակման հարցում:

Հասանելի գրականության ուսումնասիրությունը բացահայտել է բազմաթիվ հրահանգներ, ուղեցույցներ և ապացույցներ, որոնք կարող են փոխակերպվել Եվրոպայում առողջապահական ծառայությունների վերաբերյալ բացահայտ պահանջների (Տես՝ Նկար 6.1):

**Նկար 6.1: Առողջապահական ծառայությունների վերաբերյալ եվրոպական ստանդարտների նկարագրություն**

<b>Եվրոպայի խորհուրդ</b>	
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
<b>Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն (ԱՀԿ)</b>	
WHO-HEN-OBS-2009	Բժիշկների հմտություններ
Հիվանդանոցներում առողջության պահպանման չափորոշիչներ 2004	Առողջության խթանում
Ընդհանուր բնակչության շրջանում հիվանդացությունը և մահացիությունը նվազեցնելու ստուգացանկ	Վիրաբուժական ստուգացանկ
Հիվանդանոցների կատարողականի գնահատման շրջանակ: PATH	Կատարողականի չափորոշիչներ
<b>Եվրոպական խորհուրդ (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>ԵԽ 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 /ամոքիչ/ խնամք
Ինտենսիվ խնամքում ռեսուսների օգտագործման միջազգային ծրագիր –իրականացման մեթոդաբանությունը և գինը չորս եվրոպական երկրներում (IPOC)	Ինտենսիվ խնամք

Ցերեկային վիրահատության միջոցով հիվանդանոցում հիվանդների անվտանգության բարելավում (DAYSAFE)	Ցերեկային վիրահատություն
Տարեցների բուժում և կառավարում Եմ (CARMEN)	Ծառայություններ տարեց մարդկանց համար
Ներգաղթյալների համար առողջապահական ծառայությունների հասանելիությունը, որակն և համապատասխանելիությունը (EUGATE)	Հասարակության փոքրամասնություններ
<b>ՀԿ-ներ</b>	
Վերակենդանացման խորհրդի եվրոպական ուղեցույցներ 2010	Վերակենդանացում
Բժշկական ոլորտի մասնագետների եվրոպական միություն	Բժշկական պրակտիկայի որակը
Բազելի հոչակագիրը	Շարունակական մասնագիտական կրթություն
Հիվանդների իրավունքների եվրոպական կանոնադրություն	Հիվանդների իրավունքներ
Երեխաների իրավունքների եվրոպական կանոնադրություն	Հիվանդների իրավունքներ
Գերոնտոլոգիայի միջազգային ասոցիացիա. Տարեց մարդկանց խմանքի չափանիշների կանոնադրություն	Հիվանդների իրավունքներ
Ճառագայթաբանության եվրոպական ասոցիացիա: Ճառագայթաբանության ոլորտում ռիսկերի կառավարում, 2004	Ճառագայթաբանություն
Եվրոպական բժշկական և առողջապահական ֆեդերացիա (HOPE), 2010	Քրոնիկ 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 տեստավորում
WS068001 Առողջապահական ծառայություններ-Առողջության ստուգման որակական չափորոշիչներ	Առողջության ստուգում
00414001 Հենաշարժական համակարգի՝ ոսկրաբանական ծառայությունների տրամադրում	Ոսկրաբանական ծառայություններ
CEN/TC 403 Էսթետիկ բժշկական ծառայություններ	Էսթետիկ վիրաբուժություն

ԱՄՆ-ում և Ավստրալիայում իրականացված անկախ հետազոտությունները շեշտադրել են, որ հանրային և մասնավոր գործակալությունների միջև ակտիվ համագործակցության կարիք կա՝ վերևից ներքև կառավարման և ներքևից վերև զարգացման միջև կոնֆլիկտը լուծելու համար: Հավատարմագրման հաջողության համար կարևոր է, որ հանրային սեկտորի և հավատարմագրման գործակալության միջև համագործակցություն լինի:<sup>2,3</sup>

## Գրականություն

- 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

Ծխողներին ծխելը թողնելու հարցում աջակցության մասին քննարկումները պետք է բժշկական ուսումնական պլանի պարտադիր մաս կազմեն: Այս ոլորտում ներգրավված մասնագետների բոլոր խմբերի վերապատրաստումը պետք է տեղի ունենա ոլորտի լիազորված փորձագետների կողմից իրականացվող դասընթացների միջոցով:

Նենսի Բիգոտտիի և այլք (Nancy Rigotti et al. in 2008) կողմից 2008թ. տպագրված գեկույցում հեղինակները ամփոփում են տարբեր երկրներում ծխելը դադարեցնելու վերապատրաստման դասընթացների վերաբերյալ հավաքագրված տվյալները:<sup>1</sup> Հավաքված տեղեկատվության համաձայն՝ գոյություն ունեն դասընթացների բազմաթիվ մոտեցումներ և ձևաչափեր, ինչպես նաև այդ դասընթացների ֆինանսավորման տարբեր աղբյուրներ: Այս գեկույցը կարևոր է նրանով, որ ուշադրությունը հրավիրում է ծխախոտային կախվածության բուժման համար մասնագիտական վերապատրաստման միջազգային ստանդարտների անհրաժեշտության վրա:

Ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ վերապատրաստման թիրախային խումբը ներառում է ծխելը դադարեցնելու ծառայության խորհրդատուներին և համակարգողներին՝ բժիշկներ, բուժքույրեր, մանկաբարձներ, դեղագործներ, ատամնաբույժներ, հոգեբաններ կամ ծխելու դադարեցման թեժ գծի խորհրդատուներ և բոլոր նրանք, ովքեր խորհուրդ են տալիս մարդկանց, թե 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 և, հնարավորության և անհրաժեշտության դեպքում, հիվանդին ուղեգրելու ծխելը դադարեցնելուն ուղղված հանրային ֆինանսավորմամբ այլ ծառայություններ;
- Ապահովեն, որպեսզի ծխելը թողնելու հարցում մարդկանց աջակցելու ձևերի մասին դասընթացը առողջապահության ոլորտում բակալավրիատի և հետբուհական կրթության հիմնական ուսումնական պլանի մասը կազմի;
- Ապահովեն և պահպանեն վերապատրաստման և շարունակական մասնագիտական զարգացման հասանելիությունը;
- վերապատրաստեն ծխելը դադարեցնելուն ուղղված ծառայությունների բոլոր աշխատողներին՝ օգտագործելով այնպիսի ծրագիր, որը համապատասխանում է

- ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժումների լավագույն հասանելի ստանդարտներին;
- Տրամադրեն լրացուցիչ վերապատրաստում այն մասնագետներին, ովքեր աշխատում են հատուկ խմբերի հետ, օրինակ՝ հոգեբուժական ախտորոշմամբ հիվանդներ, հոսպիտալացված հիվանդներ և հղիներ;
- Խրախուսեն և վերապատրաստեն առողջապահության ոլորտի մասնագետներին, որպեսզի նրանք հարցնեն իրենց հիվանդներին ծխախոտի օգտագործման բոլոր ձևերի մասին և տեղեկացնեն երկրորդային ծխի ներգործության վտանգների մասին:

Եվրոպայում հավատարմագրված վերապատրաստում իրականացնող կազմակերպությունները տարբեր են՝ համատարմագրված համալսարաններից մինչև այլ պետական կազմակերպություններ կամ ճանաչված ազգային վերապատրաստման կառույցներ:

Ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ վերապատրաստման հիմնական ստանդարտը վերաբերում է երկու հիմնական ոլորտների՝ գիտելիք և հմտություններ: Այդ ստանդարտը վերաբերում է ծրագրերի բովանդակությանը և վերապատրաստումից ակնկալվող արդյունքներին:

Մեծ Բրիտանիայի Առողջապահության ազգային ծառայության վերապատրաստման ստանդարտները վերաբերում են ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունների երեք տարբեր մակարդակներում (համառոտ իրավիճակային, ինտենսիվ դեմ-առ-դեմ և խմբային) իրականացման համար պահանջվող նվազագույն տարրերին և մոդուլներին (Տես՝ Աղյուսակ 6.1): Վերապատրաստման ստանդարտը վերապատրաստողին ցույց է տալիս, 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 պլանին, մինչդեռ ինտենսիվ դեմ-առ-դեմ և խմբային մակարդակում իրականացվող խորհրդատվությունը պետք է հիմնվի բժշկական/բուժքույրական/հոգեբանական հետբուհական ուսումնական պլանի վրա:

*Բովանդակային նվազագույն պահանջներ* հասկացությունը վերաբերում է ծրագրի այն տարրերին, որոնք հիմնական են համարվում ստանդարտին հասնելու հարցում: Ծրագրում թվարկված ուսուցման նպատակների դիմաց նշված է Գ կամ Հ տառով, որը ցույց է տալիս, թե 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 գործելառճի դիտարկում դասընթացից հետո:

**Աղյուսակ 6.1: Առողջության ազգային ծառայությունների ծխելը դադարեցնելու դասընթացի գնահատման չափանիշներ**

1. Դասընթացն ավարտելու ապացույց
2. Դասընթացի ընթացքում շարունակական գնահատում (միջանկյալ գնահատում)
3. Դասընթացի ավարտին գիտելիքների և հմտությունների գնահատում
4. Դիտարկումների միջոցով ծառայության իրականացման ընթացքում գիտելիքների և հմտությունների գնահատում:
5. Ստացած գիտելիքներն ու հմտությունները պրակտիկայում կիրառելու վերաբերյալ ապացույցների տրամադրում՝ շարունակական մասնագիտական զարգացման պորտֆոլիայի կիրառության միջոցով:

## 6.2 Առաջարկություններ Եվրոպայի բժշկական համալսարանների համար՝ «Ծխելը դադարեցնելու» ուսումնական ծրագրի կազմելու վերաբերյալ

### *Հիմնավորումը*

Ծխախոտի օգտագործումը հանրային առողջապահության կարևորագույն խնդիրներից է, որի պատճառով ամբողջ աշխարհում տարեկան 6 միլիոն մարդ է մահանում, և հաշվարկված է, որ այս թիվը 2030թ կհասնի 8 միլիոնի:<sup>2</sup> Միայն Եվրոպայում տարեկան շուրջ 500 000 մարդ է մահանում ծխախոտի պատճառով: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ներկայիս ծխողների կեսը կմահան ծխախոտով պայմանավորված առողջական խնդիրներից, ընդ որում նրանցից շատերը կմահանան վաղաժամ: <sup>2</sup> Բացի մահացությունների թվից, ծխախոտի օգտագործումը վնասում է շրջակա միջավայրը և կարևոր տնտեսական բեռ է առաջացնում: Այսպիսով, ծխախոտի օգտագործման վերահսկման և ծխողների թվի նվազեցման հրատապ կարիք կա: Արդյունավետ մոտեցումներից մեկը ծխողներին աջակցելն է, որպեսզի թողնեն ծխելը: Շատ երկրներ ներդրել են ծխախոտի դեմ պայքարի հաջողակ ծրագրեր, ներառյալ ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդների բուժումը, և նվազեցրել են ծխախոտի օգտագործումը և ծխախոտի օգտագործման պատճառով մահացության թվերը:<sup>2</sup>

### **Վերապատրաստման ծրագրի/Դասընթացի բովանդակությունը.**

- Ծխախոտի համաճարակը Եվրոպայում և ողջ աշխարհում;
- Ծխախոտի օգտագործմանը դրդող 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 սկզբնական տարիներին ուսուցումը տեսական բնույթ է կրում, և ավելի գործնական ուսուցումն իրականացվում է կլինիկական ուսուցման ընթացքում (4 – 6 տարիներ): Տեսական դասընթացի տևողությունը նվազագույնը 10-12 ժամ է, որը ներառված է բժշկական կրթության առաջին երեք տարիների (նախակլինիկական) ուսումնական պլանում: Տեսական դասընթացի համար օգտագործվում են դասախոսություններ, փոքր խմբային քննարկումներ, պանելային քննարկումներ և դեպքերի օրինակներ: Այս ամենի նպատակը ուսանողների շրջանում ծխախոտին առնչվող խնդիրների վերաբերյալ տեղեկացվածության բարձրացումն է (Տես՝ Աղյուսակ 6.2): Կլինիկական ուսուցման ընթացքում, կարող են ավելացվել դեպքերի քննարկումները՝ ձևավորելու «հակածխախոտային» վերաբերմունք և վարքագիծ: Պետք է հատկ շեշտադրել այն փաստը, որ բոլոր բժիշկները պետք է իմանան իրենց բոլոր հիվանդների (ներառյալ դեռահաս հիվանդների ծնողների) ծխելու վարքագծի մասին և պետք է խորհուրդ տան և օգնեն ծխողներին թողնել ծխելը: Այսպիսով, կլինիկական փուլում քննարկվում են ծխախոտային կախվածության և բուժման առանձին դեպքեր:

**Աղյուսակ 6.2: Ծրագրի մանրամասները**

ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ	ԹԻՐԱՄՆԵՐ	ԺԱՄԱՆԱԿ և ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐ		
		Նախա-տնօրինման	Կլիմայի կազմակերպման	Ինտերնետում
<b>Տեղեկություն ծխախոտի օգտագործման տարածվածության և ծխել սկսելու և նպաստող գործոնների վերաբերյալ</b>	Ծխախոտի օգտագործման համաճարակաբանական հատկություններ (անձ, վայր, ժամանակ, և այլն)	B2		
<b>Տեղեկություններ ծխախոտի օգտագործման վնասների վերաբերյալ</b>	Ծխախոտի օգտագործումն ու դրա ազդեցությունն առողջության վրա	B1		
	Ծխելու ազդեցությունը շնչառական համակարգի վրա	B1	B2	
	Ծխելու ազդեցությունը սիրտ-անոթային համակարգի վրա	B1	B2	
	Ծխելու ազդեցությունը քաղցկեցի առաջացման և այրունաստեղծ համակարգի վրա	B1		
	Ծխելու ազդեցությունը միզասեռական համակարգի վրա	B1		
	Ծխելու ազդեցությունը հղիության և երեխաների վրա	B1		
<b>Ծխախոտային կախվածությունը և դրա կարևորությունն անհատների և հասարակության համար</b>	Ծխախոտային կախվածության նյարդա-կենսաբանական հիմքերը	B1	B2	
	Ծխախոտային կախվածության կոգնիտիվ և վարքաբանական ասպեկտները	B1	B2	
<b>Ծխախոտի օգտագործման ազդեցությունը շրջակա միջավայրի վրա</b>	Փակ տարածքներում օդի որակն ու աղտոտող նյութերը	B1		
	Օդի աղտոտվածությունը, հրդեհի վտանգները	B1		
<b>Ծխախոտի օգտագործման սոցիալական և տնտեսական ազդեցությունը</b>	Անհատների վրա ազդեցությունը	B2		
	Համայնքի վրա ազդեցությունը	B2		
<b>Ծխախոտի դեմ պայքարի օրենսդրական դաշտը</b>	Միջազգային մակարդակ (Ծխախոտի դեմ պայքարի մասին շրջանակային կոնվենցիան)	B2		
	Ազգային մակարդակ (ազգային օրենսդրություն)	B2		
<b>Ծխախոտի դեմ պայքարի կոնցեպտը և դրա ռազմավարությունը</b>	MPOWER Ռազմավարություն	B2		
	Համապատասխան ազգային օրենսդրություն, օրինակ՝ Ծխախոտի դեմ պայքարի ազգային ծրագրեր	B2		
<b>Բժշկների դերը ծխախոտի դեմ պայքարում և նրանց վարվելակերպը</b>	Ծխախոտ չօգտագործող բժիշկը՝ որպես օրինակ	B2	B2 D2	B3 D3
	Օգնել ծխողներին թողնելու ծխելը, ներդնել 5A և 5R սկզբունքները	B1	B3 D3	B3 D3
	Ծխելը դադարեցնելու՝ ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված մեթոդներ		B2	
	Ծխելը դադարեցնելը կլինիկական պրակտիկայում			B3
	Ախտադարձերի կանխարգելում	B2	B3	B3
	Ծխելու դեմ պայքարում քարոզչություն և առաջնորդություն		D3	B3
	Տեղեկացվածություն և պայքար ծխախոտ արտադրողների գործունեության վերաբերյալ		B3	D3
	Ծխախոտի դադարեցումը բնակչության հատուկ խմբերում՝ վիրահատվածներ, ԹՔՕՀ, սիրտանոթային, հոգեբուժական խնդիրներով հիվանդներ			D3
	ԶԼՄ-ների դերը ծխախոտի դեմ պայքարում	B2		
<b>Ծխախոտի դեմ պայքարն առօրյա կյանքում և համապատասխան կառույցների հետ աշխատանք</b>	Պետական և ոչ-պետական կառույցների դերը ծխախոտի դեմ պայքարում	B2		

### ***Կոգնիտիվ 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 տնտեսական բեռը:

B3: B2 գիտելիքի գործածություն իրական կյանքում (հիվանդների հետ աշխատանքում) (հիվանդության պատմության կազմում, գնահատում և որոշում), օրինակ 5A-երի մեթոդի կիրառում, ծխողին օգնության առաջակում, բուժման տարբերակների մասին տեղեկատվության տրամադրում:

### ***Ընկալման/պերցեպտիվ դաշտ***

D1: Տեղեկացվածություն, օրինակ՝ իմանալ ծխախոտային արդյունաբերության մարքեթինգային մեթոդները

D2: Մոտեցում/Վերաբերմունք, օրինակ՝ հաշվի առնել ծխախոտային արդյունաբերության մարքեթինգային մեթոդները և դրանց հակազդելու կարևորությունը

D3: Վարքագիծ, օրինակ՝ կազմել և կիրառել ծխախոտային արդյունաբերության մարքեթինգային մեթոդներին հակազդելու պլան:

### ***Գնահատում***

Ծրագրի ազդեցությունը գնահատվում է ծրագրից առաջ և հետո իրականացվող 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 իրականացվող թեստերը բաղկացած են բազմակի ընտրության պատասխաններ պարունակող հարցերից: Ի լրումն, յուրաքանչյուր դասընթացից հետո բանավոր ամփոփում՝ հետադարձ գնահատում է տրվում ուսանողների և դասախոսների կողմից: Ուսանողների անունները չեն նշվում, գնահատվում է խմբի կատարողականությունը:

## **6.3 Առաջակություններ Եվրոպայում հետբուհական բժշկական կրթության ծրագրերի շրջանակներում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ**

### ***Վկայականների տրամադրմամբ (Ռրակավորում տրամադրող) ծրագիր Հիմնավորումը***

Ծխախոտի օգտագործումը հանրային առողջապահության կարևորագույն խնդիրներից է, որի պատճառով ամբողջ աշխարհում տարեկան 6 միլիոն մարդ է մահանում, և հաշվարկված է, որ այս թիվը 2030թ կհասնի 8 միլիոնի:<sup>2</sup> Միայն Եվրոպայում տարեկան շուրջ 500 000 մարդ է մահանում ծխախոտի պատճառով: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ներկայիս ծխողների կեսը կմահան ծխախոտով պայմանավորված առողջական խնդիրներից, ընդ որում նրանցից շատերը կմահանան վաղաժամ: <sup>2</sup> Բացի մահացությունների թվից, ծխախոտի օգտագործումը վնասում է շրջակա միջավայրը և կարևոր տնտեսական բեռ է առաջացնում: Այսպիսով, ծխախոտի օգտագործման վերահսկման և ծխողների թվի նվազեցման հրատապ կարիք կա: Արդյունավետ մոտեցումներից մեկը ծխողներին աջակցելն է, որպեսզի թողնեն ծխելը:

Շատ երկրներ ներդրել են ծխախոտի դեմ պայքարի հաջողակ ծրագրեր, ներառյալ ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդների բուժումը, և նվազեցրել են ծխախոտի օգտագործումը և ծխախոտի օգտագործման պատճառով մահացության թվերը:<sup>2</sup>

### **Դասընթացի նպատակները**

Դասընթացի նպատակը մասնակիցներին ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման 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 դրդող 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 հիմնում և դեկավարումը:

### **Դասընթացի մեթոդները**

Ծրագիրը բաղկացած է երկու մասից՝ հեռահար ուսուցումից և դեմ-առ-դեմ ուսուցումից: Ուսումնական նյութը հասանելի է էլեկտրոնային կայք- էջում, և մասնակիցներին տրվում են կայքէջի մուտքի ծածկագի՝ որոշակի քանակով օրերի համար: Նրանք պետք է կարդան նյութերը և քննություն հանձնեն: Քննությունը հաջողությամբ հանձնող մասնակիցները ստանում են երկօրյա դեմ-առ-դեմ դասընթացի թույլտվություն: Այս ծրագիրը կազմակերպվում է Առողջապահության նախարարության կամ լիազորված համալսարանների կողմից: Մասնակիցների առավելագույն թիվը 25 է:

### ***Դեմ-առ-դեմ դասընթացի մանրամասները.***

- Նախքան դասընթացի սկիզբը կիրառվում է նախնական թեսթ՝ բացահայտելու մասնակիցների ակնկալիքները և դասընթացի նպատակները;
- 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 թեսթ (FTND), Եվրոպական բժշկական ասոցիացիայի ծխելու և առողջության (EMASH) չափանիշներ;
- ծխողների հետ իրականացվող միջամտությունների մոտեցումներ. 5A-երի and 5R-երի;
- դիմադրող/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 թեսթ և դասընթացի գնահատում, մասնակիցների առաջարկությունները հետագա ծրագրերի համար:

### **Գնահատում**

Ծրագրի հաջողությունը թեսթերի միջոցով գնահատվում է ծրագրից առաջ և հետո: Ծրագիրը հաջողությամբ ավարտած մասնակիցներն Առողջապահության նախարարության կամ կառավարման 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 քրոնիկ օբստրուկտիվ թոքային հիվանդություն ունեցող հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ մենագրություն: <sup>2,3</sup> Նկար 6.2-ը ներկայացնում է ոլորտում թուրքական փորձը:

**Նկար 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 (Օխախտի դեմ պայքար և քաղաքականություն միկրո-գրանտներ): Ստանդարտացված «մոդուլային» ծրագիրը կազմվել է «Թուրք թոքաբանների ասոցիացիայի» շրջանակներում գործող «Օխախտի դեմ պայքարի աշխատանքային խմբի» անդամների կողմից: Այնուհետև 40 թոքաբաններ վերապատրաստվել են որպես վերապատրաստողներ՝ կազմելով հիմնական վերապատրաստող թիմը: Վերապատրաստման դասընթացի ծրագիրն էլեկտրոնային ԶԼՄ-ների միջոցով հասանելի էր հիմնադրամի բոլոր անդամներին: Ընդհանուր առմամբ 765 մասնակիցներ ավարտել են էլեկտրոնային դասընթացը: Էլեկտրոնային դասընթացի նպատարկն էր 2 Ա-երը (հարցնել և խորհուրդ տալ) ներառել թոքաբանների մասնագիտական պրակտիկայում: Յուրաքանչյուր մոդուլի ավարտին մասնակիցները պատասխանում էին մոդուլի հիմնական կետերին վերաբերող հարցերին: Էլեկտրոնային ծրագրի ավարտին մասնակիցները ցանկություն հայտնեցին մասնակցելու մեկօրյա դեմ առ դեմ դասընթացին (փաստացիորեն բոլոր 765 մասնակիցները մասնակցեցին դեմ առ դեմ դասընթացին): Այս դասընթացները իրականացվեցին կենտրոնական վերապատրաստող թիմի անդամների կողմից, ովքեր ներկայացնում էին Թուրքիայի 18 մարզերը: Դեմ առ դեմ դասընթացի ավարտից հետո մասնակիցները ձեռք էին բերել համապատասխան ունակություններ՝ գործնականում ծխողներին ծխելը դադարեցնելու օգնություն տրամադրելու համար: Բոլոր մասնակիցները ծրագիրը գնահատեցին «լավ» կամ «շատ լավ»՝ հաշվի առնելով և՛ բովանդակությունը, և՛ ծրագրի արդիականությունը:

### **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 Nardini S. Smoking Cessation. *European Respiratory Society Monographs*, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
- 4 P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratzou 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՝ հոգեբանների, բուժքույրերի, առողջապահական քաղաքականություն մշակողների համար ծխելը դադարեցնելու ուսումնական ծրագիր կազմելու վերաբերյալ

Բժիշկների հետ մեկտեղ ողջ անձնակազմը, որն աշխատում է ծխելը դադարեցնելու կենտրոններում կամ ներգրավված է ծխողներին ծխելը դադարեցնելու հարցում աջակցելու գործընթացում, պետք է որոշակի գիտելիք և հմտություններ ունենա ծխախոտի օգտագործման և կախվածության բուժման վերաբերյալ: Սա կենսական նշանակություն ունի ծխելը թողնելու հարցում լավագույն գործելաոճի ապահովման համար: Այսպիսով, կախված յուրաքանչյուր երկրում համապատասխան կարգավորումներից, խորհուրդ է տրվում անցկացնել ծխելը դադարեցնելու բազային վերապատրաստում/դասընթաց բուժքույրերի, մանկաբարձների, հոգեբանների, ֆասիլիտատորների, սոցիալական աշխատողների, դեղագործների կամ անձնակազմի այն կատեգորիայի մասնագետների համար, ովքեր աջակցում են ծխողներին՝ ծխելը դադարեցնելու հարցում:

Ուսումնական ծրագիրը նվազագույնը պետք է ընդգրկի ծխախոտով պայմանավորված հիվանդությունների, նիկոտինային կախվածության ներդրվածության, ծխախոտային կախվածության, ծխելու և ծխելը թողնելու գործընթացների, ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջամտությունների տեսակների, ծխողների գնահատման և ապացույցների վրա հիմնված բուժումների վերաբերյալ դասավանդման բովանդակությունից:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետների համար ծրագրի հասանելիության ապահովման համար վերապատրաստման դասընթացները պետք է ֆինանսավորվեն պետական համակարգերի կողմից: Սա խնդիր է ազգային առողջապահության ոլորտի կազմակերպիչների համար, ովքեր պետք է ֆինանսավորեն ծխելը դադարեցնելու դասընթացը՝ որպես առողջապահության ոլորտի կարևոր գործառույթ: Այս կարիքներն ավելի լավ հասկանալու և նմանատիպ ծրագրեր ավելի լավ նախագծելու համար, մենք խորհուրդ ենք տալիս, որ ծխելը դադարեցնելու դասընթացի նվազագույն մոդուլ առաջարկվի դեկավարող 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 ուժգնության մասին և, համապատասխանաբար, իրավիճակը բարելավելու համար առաջնահերթություններ կսահմանեն:

Վերապատրաստման 2-րդ մակարդակը նախատեսվում է առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետների համար: Վերապատրաստման 1-ին մակարդակը նախատեսված է նրանց համար, ովքեր ցանկանում են դառնալ ծխելը դադարեցնելու մասնագետներ:

### Առաջարկություններ

- Ծխելը և ծխելու դադարեցումը պետք է լինեն ծխողների հետ աշխատող առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետների բազային վերապատրաստման հիմնական ուսումնական ծրագրի բաղադրիչ:
- Առողջապահության մասնագետների վերապատրաստումը պետք է ծխելը դադարեցնելու ծրագրի առանցքային մասը կազմի: Խնայված ժամանակ և ֆինանսական միջոցները պետք է ուղղորդվեն այս ուղղությամբ (B մակարդակի ապացույց):
- Ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ վերապատրաստումը պետք է ֆինանսավորվի վերապատրաստման համար նախատեսված առկա 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 Ծխելու դադարեցմամբ զբաղվող բժիշկների վերապատրաստման ստանդարտներ

### 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: Առողջապահական համակարգերը նույնպես կարող են տարբեր լինել՝ կապված ռեսուրսների և առաջնահերթությունների հետ: Հաջորդիվ մենք կխոսենք ծխախոտի գլանակ օգտագործողների (ծխողների) մասին, քանի որ ծխելու ծխախոտը ամենատարածված ծխախոտային արտադրատեսակն է: Ծխախոտային այլ արտադրատեսակների օգտագործման դադարեցումը ավելի քիչ է հետազոտված, սակայն ծխելը դադարեցնելու մեթոդները հիմնականում կիրառելի են նաև ծխախոտային այլ արտադրատեսակներից կախվածություն ունեցող անձանց համար, եթե օգնության կարիք են ունենում օգտագործումը դադարեցնելու հարցում:

Ստորև ներկայացված վերապատրաստման սխեմայի թիրախը առողջապահության ոլորտի բոլոր մասնագետներն են, անկախ նրանց կողմից ծխախոտի օգտագործման դադարեցման ծառայությունների իրականացումից:

Ծխելը դադարեցնելու հմտությունների վերաբերյալ պետք է վերապատրաստվեն այն բուժաշխատողները, ովքեր ունակ են իրենց ժամանակից և ռեսուրսներից տրամադրելու ծխելու դադարեցմանը, ներառյալ՝ նվազագույնը 6 ամսվա շարունակական վերահսկողության ժամանակը:

### Դասընթացի բովանդակությունը

Առաջակվում է դասընթացը կազմակերպել երեք օրվա տևողությամբ.

1. Բազային դասընթացի վկայական/հավաստագիր (2 օր): Որակավորման համար պարտադիր է ներկա լինել դասընթացի առաջին երկու օրերին: Բովանդակություն. 50% տեսություն, 50% պրակտիկա (վարքային-կոգնիտիվ թերապիա, մոտիվացնող հարցազրույց, և ծխելը դադարեցնելու պրակտիկ աշխատանք):
2. Խորացված դասընթացի /վկայական կամ հավաստագիր (լրացուցիչ 1 օր՝ հիմնական դասընթացն ավարտելուց հետո) Խորացված դասընթացի հավաստագրի համար բազային հավաստագրից բացի պահանջվում է նաև հետևյալը.
  - Բազային դասընթացից 3 կամ 6 ամիս անց մեկօրյա (3րդ օր) վերահսկողական դասընթաց;
  - 30 րոպեանոց գրավոր քննություն՝ կենտրոնանալով 3րդ օրվա նյութերի վրա;
  - 3 հիվանդների դեպքերի վերլուծություն, ձևանմուշին համապատասխան գրավոր կլինիկական զեկույցներ,
  - Մասնակցի կողմից իրականացվող անհատական կամ խմբային խորհրդատվության ստուգում՝ 3 դեպքերի դիտարկումներ:

Խորացված դասընթացի հավաստագիրը շնորհվում է, երբ մասնակցը 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), գումարած դիտարկվող խորհրդատվության 3 դեպքերը (խմբային կամ անհատական, դեմ-

առ-դեմ կամ հեռախոսային): Խորացված դասընթացի հավաստագիրը պետք է ցույց տա, որ վերապատրաստումն անցկացվել է ծխելը դադարեցնելու ազգային ստանդարտներին համապատասխան: Առաջարկվում է հատուկ տարբերանշան տրամադրվել՝ ցույց տալու համար, որ վերապատրաստումը համապատասխանել է ազգային ստանդարտին (ներառյալ մանրամասն նկարագրություն): Բազային վերապատրաստման հավաստագիրը, հնարավորության դեպքում, պետք է լինի ավելի պարզ և պետք է հստակորեն տարբերվի խորացված դասընթացի հավաստագրից:

**Դասընթացի ուսումնական ծրագրի պարտադիր բովանդակությունը  
Բազային դասընթացի բովանդակությունը (1 և 2 օրեր)**

T=Տեսություն and P=Պրակտիկա

T Ներածություն: Ծխախոտի օգտագործման հիմնական առողջական հետևանքների, ծախսերի, կախվածության, ինչպես նաև ծխախոտի օգտագործման և կանխարգելման տարբեր կողմերի ամփոփ նկարագիր:

T Ծխախոտի օգտագործման ռիսկը՝ առավել մանրամասն և թողնելու օգուտները:

T Ծխելը դադարեցնելու մեթոդները (Քոքրեյնի գրադարան, [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)), արդյունքի գնահատման մեթոդները

P Խորհրդատվության և պացիենտի կրթման մեթոդները

P Ծխելը դադարեցնելը գործնականում, անհատական խորհրդատվության ընթացակարգերը, ախտադարձի կանխարգելում, պացիենտի կրթում և վերահսկողություն T Ծխախոտային կախվածություն, զրկանքի համախտանիշի դեղորայքային բուժում

T Տարբեր խմբերի հետ և տարբեր պայմաններում աշխատելու մեթոդներ, նյութեր և այլ ռեսուրսներ:

T Ընտրովի/ոչ պարտադիր բովանդակություն: օրենսդրություն, ծխախոտի գովազդ, գլոբալ խնդիրներ

**Շարունակական փուլի /follow up/-ի բովանդակություն (օր 3)**

Պարտադիր բաղադրիչներ.

Գիտելիքի թեստ/ստուգում. 0.5 ժ, 10 հարցեր, 5 բազմակի ընտրության պատասխան ունեցող + 5 հարցեր՝ բաց շարադրանքի համար նախատեսված

Խմբային բուժում. 2.5 ժամի համար նախատեսված հարցերի և պատասխանների քննարկման պլանավորում, ներառյալ՝ խմբի լիդերի դերը, հանդիպումների կառուցվածքը, մասնակիցների հավաքագրման և խմբի կառուցման հարցերը, փաստաթղթերի լրացում:

3. Անհատական բուժում. Փոքր խմբերում քննարկումներ/ փորձի փոխանակում՝ մասնակիցների կողմից ներկայացված դեպքերի քննարկման միջոցով (2 h).

Ընտրովի/ոչ պարտադիր քննարկումներ.

4. Օրվա հիմնահարցերը (1 ժ), օրինակ՝ նոր տարածաշրջանային հարցման արդյունքները, նարգիլեի, ծխախոտային այլ արտադրատեսակների օգտագործումը, նոր օրենսդրությունը, երկրորդային ծխախոտի ծուխը, դեղորայքային բուժումը երիտասարդների/դպրոցականների շրջանում, զենդերային, գլոբալ հիմնահարցերը, նոր նյութերը:

**Դասընթացի գնահատում**

I. 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 մասին.

1. Ներածություն, դասավանդողներ, դասընթացի վայր
2. Տեսական մասի բովանդակությունը
3. Գործնական մասի բովանդակությունը

II. 3րդ օրվա գնահատման համար պետք է ընդգրկել հարցեր հետևյալի մասին.

1. Տեսական մասի բովանդակությունը
2. Գործնական մասի բովանդակությունը
3. Առաջին, երկրորդ և երրորդ օրերի վարժանքները: Կազմակերպումը և բովանդակությունը
4. Դասընթացն ընդհանուր առմամբ
5. Քանի՞ հիվանդ էք բուժել բազային վերապատրաստումից (1-ին և 2րդ օրեր) հետո

#### ***Դասընթացի ժամանակ օգտագործվող նյութերը***

- Գիտելիքի ստուգման հարցաշարեր
- Տնային առաջադրանքներին պատասխանելու և հիվանդների տվյալները լրացնելու ձևաթղթեր
- Դեպքերի սցենարներ՝ քննարկումների համար
- Դեղամիջոցների վերաբերյալ տեղեկատվական նյութեր
- Տեղեկություն շարունակական զարգացման և հմտությունների «վերաակտիվացման» հնարավորությունների ընթացակարգի վերաբերյալ

Այն բուժաշխատողները, ովքեր ցանկանում են վերաակտիվացնել իրենց հմտությունները, բազային դասընթացից հետո կունենան մենտորների վերահսկողության հնարավորություն, պետք է մասնակցեն դասընթացի 3-րդ օրվան, և ներկայացնեն 3 հիվանդների վարման դեպքերի գրավոր զեկույցներ, որից հետո կարող են ներկայացվել խորացված հավաստագրի շնորհման համար:

#### **Միևը դադարեցնելուն ուղղված դասընթացի անցկացման լիազորություն**

Փորձագետների ազգային խորհուրդ պետք է ստեղծվի, որն ունենա լիազորություն՝ գնահատելու դասընթացային ծրագրերի առաջարկները: Ազգային խորհուրդը պետք է ուսումնասիրի ծրագրի մանրամասները և ուսուցանողների պատրաստվածությունը՝ կոմպետենցիաները: Նոր ծրագիրը կարող է հաստատվել անհրաժեշտ ճշգրտումներից հետո:

## **6.6 Ծխախոտային կախվածության բուժման որակի ստանդարտները**

### **Մահմանում**

Ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետը (ԾԿԲՄ/TDTS)<sup>1</sup> այն մասնագետն է, ով ունի համապատասխան հմտություններ, գիտելիք և կրթություն՝ իրականացնելու ծխախոտային կախվածության բուժման համար ապացույցների վրա հիմնված միջամտություններ: ԾԿԲՄ-ն կարող է լինել առողջապահության բնագավառի ցանկացած մասնագետ և աշխատել տարբեր հաստատություններում, այդ թվում՝ հիվանդանոցներ, համայնքային առողջապահական կենտրոններ, առողջության պահպանման կազմակերպություններ, բժշկական և ստամոքսաբուժական ծառայություններ, կրթական հաստատություններ, սոցիալական ծառայության գործակալություններ, հանրային առողջապահական ծառայություններ, ծխախոտային կախվածության բուժման կենտրոններ, հեռախոսային թեժ գծեր, թմրամիջոցներից կախվածության բուժման ծրագրեր և հոգեկան առողջության կենտրոններ: ԾԿԲՄ-ները կարող են ընդգրկվել ոչ միայն բուժական գործընթացում, այլ նաև ծխախոտային կախվածության բուժման վերապատրաստման գործընթացում՝ նախատեսված առողջապահության ոլորտի մասնագետների, վարչարարների, գիտնականների, ծխողների և չծխողների համար:

***Ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետի դերը և պարտականությունները  
Ծխախոտային կախվածություն՝ գիտելիք և կրթություն***

Մասշեյի, պարզ և հավաստի տեղեկատվություն տրամադրել ծխախոտի օգտագործման, ծխելը թողնելու ռազմավարությունների և բնակչության վրա ազդեցության շրջանակի, ծխախոտի սպառման պատճառների և հետևանքների մասին:

1. Նկարագրել տվյալ երկրում ծխախոտի օգտագործման, կախվածության և դադարեցման տարածվածությունը և 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 զեկույցների, հետազոտությունների արդյունքները և ուղեցույցները ծխախոտային կախվածության բուժման մեջ:
4. Բացատրել ծխախոտի օգտագործման և կախվածության դրդող և կասեցնող 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 և սոցիալական պատճառները:
7. Ամփոփել և կիրառել ծխախոտային կախվածության ախտորոշման ճշմարիտ և հուսալի չափանիշներ:
8. Նկարագրել ծխախոտային կախվածության քրոնիկ ախտադարձային բնույթը, ներառյալ ախտադարձի տիպիկ օրինաչափությունները և նախատրամադրող գործոնները:
9. Տրամադրել այնպիսի տեղեկատվություն, որը հաշվի է առնում գենոթերային, տարիքային և մշակութային առանձնահատկությունները և համապատասխանում է ուսանելու ոճին և կարողություններին:
10. Վեր հանել ապացույցների վրա հիմնված բուժման ռազմավարությունները և յուրաքանչյուր ռազմավարության թեր և դեմ կողմերը:
11. Ունակ լինել քննարկելու այլընտրանքային թերապիաները, ինչպիսիք են վնասի նվազեցումը, հիպնոզը, ասեղնաբուժությունը, ծխելու քանակի նվազեցումը:
12. Ցույց տալ վերը նշված թեմաների վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալու կարողություն:

***Խորհրդատվական հմտություններ***

Ցուցաբերել խորհրդատվություն իրականացնելու տեսությունների և ռազմավարությունների արդյունավետ կիրառություն՝ համագործակցային փոխահաբերություններ ստեղծելու և բուժման մեջ պացիենտի ներգրավումը 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, վարքային կոգնիտիվ թերապիան և աջակցող խորհրդատվությունը:
5. Արդյունավետ կերպով կիրառել կլինիկապես ուժեղ ռազմավարություններ՝ բարձրացնելու մոտիվացիան և խրախուսելու փոփոխության ձգտումը:
  6. Ցուցաբերել էմպիրիկ խորհրդատվության տեսակների՝ անհատական, խմբային և հեռախոսային, կոմպետենցիաներից առնվազն մեկը:

### ***Գնահատող հարցազրույց***

Իրականացնել գնահատող հարցազրույց՝ բուժման պլանավորման համար անհրաժեշտ համապարփակ և ճշգրիտ տեղեկատվություն ստանալու համար:

1. Կարողանալ իրականացնել ծխախոտի օգտագործման վերաբերյալ գնահատող հարցազրույց, ներառելով՝
  - (a) ծխախոտի օգտագործման պատմությունը;
  - (b) ծխելը թողնելու մոտիվացիայի իրական դրդապատճառները;
  - (c) ծխախոտի օգտագործման և կախվածության գնահատման ճշգրիտ չափանիշներ;
  - (d) մշտական զրկանքի հասնելու առկա մարտահրավորները և խոչընդոտները;
  - (e) զրկանքին նպաստող ուժեղ կողմերի առկայության գնահատումը;
  - (f) ծխելը թողնելու նախկին փորձերը, ներառյալ բուժման փորձը, հաջողությունները և խոչընդոտները;
  - (g) սոցիալական աջակցության համակարգերի հասանելիություն;
  - (h) բուժման նախընտրությունները;
  - (i) ծխելը թողնելու փորձ կատարելու վրա ազդող մշակութային գործոնները:
2. Կարողանալ հավաքել բժշկական պատմություն և կատարել հոգեկան առողջության և թմրանյութերի չարաշահման վերաբերյալ հակիրճ սկրինինգ:
3. Նկարագրել, թե երբ է պետք խորհրդակցել առողջության առաջնային պահպանման ծառայությունների 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 գնահատումը:

### ***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 գնահատման և տեղեկություններ հավաքելու ժամանակ բացահայտված գործոնները:
4. Համատեղ ուժերով կազմել բուժման պլան՝ օգտագործելով ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված ռազմավարություններ՝ ծխելը թողնելու փորձ կատարելու կամ շարունակական զրկանքի հասնելու հարցում հիվանդին օգնելու համար:
5. Կազմել շարունակական վերահսկողության պլան՝ հավանական խնդիրները, ներառյալ բացասական արդյունքները, հարթելու համար:
6. Ցույց տալ, թե ինչպես են կատարվելու ուղեգրումները առողջապահական ծառայությունների այլ մասնագետներին:

### ***Ղեղորայքային բուժում***

Տրամադրել ղեղորայքային բուժման տարբերակների և դրանց օգտագործման մասին պարզ և ճշգրիտ տեղեկատվություն:

1. Նկարագրել ղեղորայքային բուժումը և խորհրդատվությունը համադրելու օգուտները:
2. Տրամադրել տեղեկատվություն՝ 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 ներկա և անցյալ բժշկական, հոգեկան առողջության և ծխելու պատմության (այդ թվում՝ նախկին բուժումները) մասին ողջ տեղեկատվությունը, որը կարող է ազդել դեղորայքային բուժման հարցում որոշումների կայացման վրա:
4. Իրականացնել տարբեր իրավիճակների համար հիվանդի կրթում՝ բուժման տարբերակների և դեղաչափերի վերաբերյալ:
5. Տրամադրել տեղեկատվություն նիկոտինի հանման ախտանշանների, տևողության, հանդիպելիության և ուժգնության մասին:
6. Նկարագրել գրկանքի հավանականությունը բարձրացնելու նպատակով տարբեր դեղորայքների համադրումը և ավելի բարձր դեղաչափի օգտագործումը:
7. Ներկայացնել երկրորդ շարքի դեղերը և կարողանալ դրանց մասին անհրաժեշտ տեղեկատվություն գտնել:
8. Ներկայացնել ծխախոտային կախվածության դեղորայքային բուժման հնարավոր բացասական ռեակցիաները և հնարավոր բարդությունները՝ ժամանակին ուղեգրելով դեպի համապատասխան բժշկական մասնագիտական ծառայություններ:
9. Կարողանալ բավարարել դեղորայքային բուժման փոքր և/կամ ժամանակավոր կողմնակի ազդեցությունների մասին մտավախությունները:
10. Կարողանալ համագործակցել այլ առողջապահական ծառայություններ տրամադրողների հետ՝ համակարգելու համար դեղորայքի ճիշտ օգտագործումը, առավել ևս, երբ առկա են ուղեկցող հիվանդություններ, այդ թվում հոգեկան հիվանդություններ:
11. Տրամադրել տեղեկատվություն այլընտրանքային բուժումների վերաբերյալ՝ հիմնվելով դրանց արդյունավետության մասին ընդունելի զեկույցների 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. Բուժման ողջ ընթացքում առաջնորդել պլանի փոփոխումը/վերանայումը՝ ախտադարձի ռիսկի նվազեցման նպատակով:
4. Նկարագրել սկզբնական բուժմանը հաջորդող հետբուժական խնամքի պլանը:
5. Նկարագրել, թե ինչպես է պետք իրականացնել ուղղորդումներ դեպի լրացուցիչ ռեսուրսներ՝ ախտադարձի ռիսկի նվազեցման համար:
6. Կիրառել բուժման ռազմավարություններ՝ ձախողում կամ ախտադարձ ապրած անձանց համար:

#### ***Աշխատանք բարդ/հատուկ խմբի ծխողների հետ***

Կոմպլեքս լինել բնակչության տարբեր ենթախմբերի և առողջական հատուկ խնդիրներ ունեցող ծխողների հետ աշխատելիս:

1. Տրամադրել մշակույթի տեսանկյունից ընդունակի խորհրդատվություն:
2. Նկարագրել բուժման հատուկ ցուցումներ բնակչության հատուկ խմբերի համար (օրինակ՝ հղիներ, դեռահասներ, երիտասարդներ, տարեցներ, հոսպիտալացված հիվանդներ, կողմնակի հոգեկան առողջության, քրոնիկ հիվանդություններ, շնչառական խնդիրներ ունեցող հիվանդներ և այլն):
3. Կարողանալ կողմնորոշվել բարձր ռիսկային իրավիճակներում:

4. Արդյունավետ բուժման առաջարկություններ անել ծխախոտի այլ արտադրատեսակներ օգտագործողների համար:
5. Առաջարկություններ անել երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվողների համար:

#### ***Փաստաթղթերի լրացումն զնահատում***

Նկարագրել և օգտագործել անհատական առաջընթացի գրանցման մեթոդներ, ինչպիսիք են՝ հաշվառումը, ծրագրի փաստաթղթավորումը, արդյունքների չափումը և զեկուցումը:

1. Պահպանել ճշգրիտ տվյալներ՝ օգտագործելով տվյալ հաստատությանը համապատասխան կողավորում:
2. Պացիենտի առաջընթացի և շարունակական վերահսկողության գրանցման ընթացակարգի ստեղծում և կիրառում:
3. Նկարագրել անհատների մոտ կամ ծրագրերում ծխախոտային կախվածության բուժման արդյունքների չափման ստանդարտացված մեթոդներ:

#### ***Մասնագիտական ռեսուրսներ***

Օգտագործել պացիենտի աջակցության և մասնագիտական կրթության և խորհրդատվության համար հասանելի ռեսուրսները:

1. Նկարագրել հիվանդների ծխախոտային գրկանքին աջակցող հասանելի ռեսուրսները (ինտերնետային, համայնքային, ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թեժ գծեր)
2. Բացահայտել համայնքի ռեսուրսները՝ ուղեկցող առողջական, հոգեկան կամ հոգե-սոցիալական խնդիրների դեպքում համապատասխան ուղղորդումներ կատարելու համար:
3. Օգտագործել ծխախոտային կախվածության բուժմանը և ուսումնասիրմանն առնչվող գրախոսվող գիտական ամսագրեր, մասնագիտական միությունների կայքեր և տեղեկագրեր:
4. Նկարագրել, թե՛ հիվանդներն ինչպես կարող են տեղեկանալ բուժման փոխհատուցման մասին:

#### ***Օրենք և էթիկա***

Հետևողականորեն օգտագործել էթիկայի կոդեքսը և հետևել առողջապահական հաստատության կամ տվյալ աշխատավայրի համար սահմանված կառավարական կարգին:

1. Հնարավորության դեպքում նկարագրել և օգտագործել տվյալ մասնագիտության մեջ ընդունված ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետների համար սահմանված էթիկայի կոդեքսը:
2. Նկարագրել և կիրառել ծխախոտային կախվածության բուժման տվյալ հաստատությանը համապատասխան սահմանված կանոնները (բժշկական գաղտնիքի պահպանում, անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանում, աշխատանքային հատուկ կանոններ):

#### ***Մասնագիտական զարգացում***

Պատասխանատվություն ստանձնել շարունակական մասնագիտական զարգացման համար, ինչպես նաև մյուսների զարգացմանը նպաստելու հարցում:

1. Պահպանել մասնագիտական լիցենցիայով կամ հավաստագրով պահանջվող ստանդարտները:
2. Օգտագործել գրականության կամ տեղեկատվության այլ պաշտոնական աղբյուրները՝ ծխախոտային կախվածության բուժման գիտելիքների և հմտությունների ժամանակակից պահանջների վերաբերյալ իրազեկման պահպանման նպատակով:

3. Նկարագրել առկա հետազոտությունների կիրառումը ծխախոտային կախվածության բուժման պրակտիկայում:
4. Պաշտոնական և ոչ պաշտոնական ճանապարհներով մասնակից լինել ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ գիտելիքների 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 վայր, որտեղ առողջապահական ոլորտի մասնագետը զբաղվում է ծխախոտային կախվածության բուժմամբ՝ իբրև տվյալ ծառայության հիմնական նպատակ կամ նպատակներից մեկը<sup>1</sup> :

e.SCCAN հաշվարկներով՝ Եվրոպայում գործում են ծխախոտի օգտագործման դադարեցման շուրջ 2500 ծառայություններ,<sup>2</sup> որոնք ծխելու դադարեցման բուժման ծրագրերը հայտարարում են որպես հիմնական գործառնություններից մեկը: Ծխելու դադարեցման ծառայությունները պետք է դերակատարում ունենան հետևյալ հարցերում.

- Բուժել ծխախոտային կախվածությունը և կենտրոնանալ ավելի ծանր դեպքերի վրա;
- Կրթել/վերապատրաստել առողջապահության ոլորտի մասնագետներին ծխելու դադարեցման վերաբերյալ;
- Իրականացնել գիտահետազոտական աշխատանքներ/ գնահատել ծխելը դադարեցնելու միջամտությունների արդյունավետությունը
- Առողջապահության ոլորտի մասնագետների և ընդհանուր բնակչության շրջանում տարածել ծխելու դադարեցման լավ գործելաոճը՝ սահմանափակելով վատի գործելակերպի հավանականությունը:
- Առողջության պահպանում:

### **6.7.1 Ծխելու դադարեցման ծառայությունների երեք մակարդակները**

Ծխելու դադարեցման ծառայությունների սահմանումը վերաբերում է ծառայությունների երեք ենթախմբերի.

- Ծխելու դադարեցման մասնագիտացված միավորներ/կենտրոններ;
- Ծխելու դադարեցման մասնագետների պրակտիկա;
- Ծխելու դադարեցման խորհրդատվական կենտրոններ:

#### ***Ծխելու դադարեցման մասնագիտացված միավորներ/կենտրոններ***

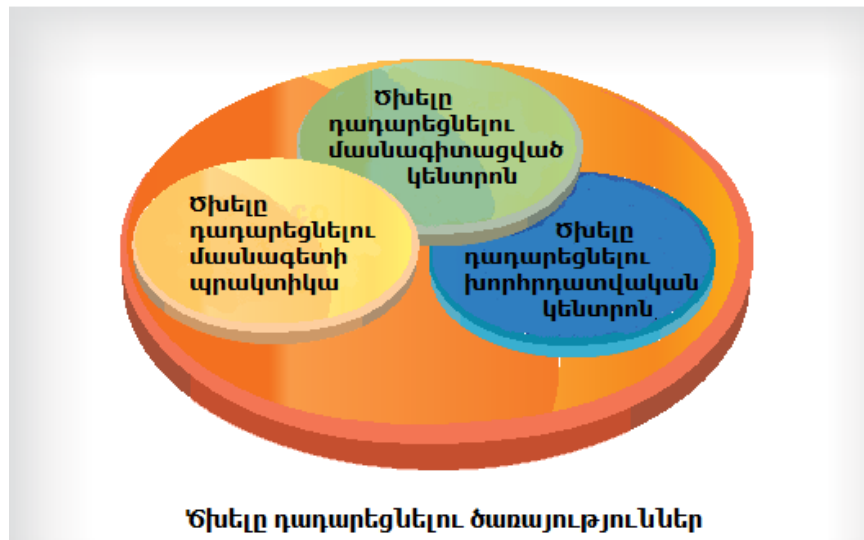
Ծխելու դադարեցման մասնագիտացված միավորը/ստորաբաժանումը ծխելու դադարեցմանն ուղղված կենտրոն է, որտեղ աշխատում են առնվազն մեկ բժիշկ և երկու բուժաշխատող, ընդ որում աշխատողներից առնվազն մեկն ունի ծխելու դադարեցման մասնագիտական որակավորում. կենտրոնն ապահովում է դեղորայքի նշանակման և վարքային աջակցության տրամադրման, բոլոր պացիենտների համար CO մոնիթորինգի իրականացման, շարունակական վերահսկողության կազմակերպման և գնահատման ծառայություններ:

#### ***Ծխելու դադարեցման մասնագետի պրակտիկա***

Ծխելու դադարեցման մասնագետի պրակտիկան բժշկական պրակտիկա է, որը մասնակիորեն կամ ամբողջապես ուղղված է ծխախոտային կախվածության բուժմանը՝ դեղորայք նշանակելու կարողությամբ, սակայն չունի ծխելու դադարեցման կլինիկայի բոլոր հնարավորությունները՝ բուժման բազմաթիվ տարբերակների ընտրության համար:

**Ծխելու դադարեցման խորհրդատվական կենտրոն**

Ծխելու դադարեցման խորհրդատվական կենտրոնի գործունեությունն ուղղված է ծխախոտային կախվածության բուժմանը: Այստեղ անհրաժեշտ է ծխելու դադարեցման մասնագետ, բայց բժշկի հաստիքը ոչ պարտադիր է: Սովորաբար նման կենտրոնում լինում են հոգեբան, բուժքույր կամ առողջապահական ոլորտի այլ մասնագետ, ովքեր խորհրդատուի դեր ունեն: Դեղորայքի նշանակում տեղի չի ունենում, սակայն կարող է դեղաբանական աջակցության վերաբերյալ խորհուրդ տրվել: Տես՝ նկար 6.3.



**Նկար 6.3: Ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների երեք մակարդակները**

Ինչպես և այն բոլոր ծառայությունները, որոնք զբաղվում են ծխելը դադարեցնելու գործունեությամբ՝ ընտանեկան բժշկի գրասենյակ, դեղատուն, և այլն, ծխելը դադարեցնելու ծառայությունները ևս պետք է հետևեն ծխախոտային կախվածության բուժման լավագույն գործելաոճի ուղեցույցներին: Ծխելու դադարեցման մասնագիտացված ծառայության հավատարմագրմա նհամար պարտադիր պահանջները ներկայացված են ստորև::

**6.7.2 Ծխելու դադարեցնելու մասնագիտացված միավորների/ստորաբաժանումների հավատարմագրումը**

Որպես ծխելու դադարեցման մասնագիտացված միավորներ/ստորաբաժանումներ հավատարմագրված կենտրոնների համար շատ կարևոր է մարդկային և նյութական ռեսուրսներով օպտիմալ ապահովվածությունը<sup>3</sup>: Այդ կենտրոնները պետք է ցուցադրեն բուժական միջամտությունների, ուսուցանման և գիտահետազոտական աշխատանքների իրականացման գերանգանցության չափանիշներ:

**Մարդկային ռեսուրսներ**

- Ապացուցողական բժշկության տվյալների համաձայն՝ թիմում մեկից ավելի առողջապահական ոլորտի մասնագետի առկայությունը բարձրանում է ծխելու դադարեցման հաջողության ցուցանիշները:<sup>3</sup>
- Բժիշկներից, բուժքույրերից, հոգեբաններից, սննդաբաններից բաղկացած բազմամասնագիտական թիմը օպտիմալ է՝ ծխելը դադարեցնելու ընթացքում ծխողների մեծ մասի կարիքները բավարարելու համար:

- Ծխելը դադարեցնելու յուրաքանչյուր ծառայությունում պետք է աշխատի ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետ: ԱՀԿ-ի կողմից ծխախոտային կախվածության բուժման մասնագետի նկարագիրը հետևյալն է՝ վերապատրաստված մասնագետը, որը 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 դադարեցնելու ծառայության բոլոր առաջադրանքները:
  - Ոչ-բժշկական կրթություն ունեցող առողջապահական մասնագետները կարող են տրամադրել վարքային աջակցություն կամ անցկացնել ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դասընթաց՝ բժշկական թիմում կամ ոչ բժշկական ստորաբաժանման մեջ:
  - 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 պացիենտի կողմից ծխախոտային կախվածությունից բուժման հայտ ներկայացնելուց ոչ ուշ, քան 3 շաբաթվա ընթացքում հնարավոր լինի իրականացրել 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 ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման հարցում համարվեն փորձագետներ, ամբողջական հաստիք զբաղեցնեն և վարձատրվեն իրենց գործունեության համար:
  - Անհրաժեշտ է, որ ծխելու դադարեցման մասնագիտացված ստորաբաժանումներում աշխատող առողջապահական ոլորտի աշխատողները հավատարմագրված վերապատրաստում ունենան ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման բնագավառում:
  - Իդեալական տարբերակում, կենտրոնը նաև պետք է ադմինիստրատիվ անձնակազմ ունենա՝ ուղղորդելու համար հիվանդներին, պատասխանելու նրանց զանգերին, պահպանելու հիվանդների բժշկական քարտերը և կատարելու համապատասխան ադմինիստրատիվ գործառույթներ:
  - Այս ռեսուրսների առկայությունը պետք է արձանագրվի փաստաթղթերում: Հավատագրման համար պետք է դիմել համապատասխան իրավասու մարմնին, ներկայացնելով կենտրոնում ամբողջական հաստիք զբաղեցնող, ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման մասին համապատասխան վերապատրաստում ունեցող բազմամասնագիտական թիմի առկայության ապացույցները:

***Նյութական ռեսուրսներ***

- Ողջ օրվա ընթացքում օգտագործման համար աշխատասենյակների առկայություն, ինչպիսիք են խորհրդատվության սենյակ, ուսումնասիրությունների սենյակ, ադմինիստրատիվ սենյակ, սպասասրահ և հանդիպումների սենյակ
- Ծխելու և ծխախոտի սպառման վերաբերյալ համակարգչային տվյալների բազա
- Ծխախոտի սպառման վերաբերյալ հատուկ կլինիկական գրառումներ/ փաստաթղթեր
- Կլինիկական միջամտության ընթացակարգեր/ուղեցույցեր

- Ինքնօգնության նյութեր
- Գրասենյակային պարագաներ
- Տեսա-ձայնային սարքավորումներ
- Կլինիկական գործիքներ՝ ստետոսկոպ, ՋՃ չափող սարք, արտաշնչված օդում CO-ն չափող սարք, սպիրոմետր, էլեկտրասրտագրություն, հիվանդի քաշը և հասակը չափող համակարգեր՝ ներառյալ մարմնի զանգվածի ինդեքսի հաշվում, դեղորայքի օրինակներ/նմուշներ
- Օրգանիզմում նիկոտինի և կոտինինի չափման հնարավորություն
- Ծառայության համար հատկացված հեռախոսահամար:

Նշված ռեսուրսների առկայությունը պետք է համապատասխան կերպով արձանագրված լինի փաստաթղթերում:

### **Նկար 6.3 Հարցաշարեր ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների համար**

#### **Ինքնուրույն լրացվող պարտադիր հարցաթերթիկները**

- Ծխախոտ օգտագործելու պրոֆիլը
- Ծխախոտային կախվածության թեստ (Ֆագերստրոմի թեստ)

#### **Ինքնուրույն լրացվող առաջարկվող հարցաթերթիկները**

- Տրամադրության գնահատման հարցաթերթ (SԳՀ)
- Ծխելը դադարեցնելու դրդապատճառները և խոչընդոտները գնահատող հարցաշար

#### **Այլ հարցաթերթիկներ (Ոչ ինքնուրույն լրացվող)**

- Բեյքի դեպրեսիան գնահատող սանդղակը (BDI)

### ***Ծխողների այն խմբերը, որոնք ծխելը դադարեցնելու ծառայությունների ուղեգրման կարիք ունեն***

#### ***Բարձր ռիսկի ծխողներ***

Ծխելու դադարեցման ծառայության հիմնական դերը բուժման բարձր որակի ապահովումն է բարձր ռիսկի ծխողների համար, ինչպիսիք են հղիները, պլանային վիրահատության ենթակա հիվանդները, հոգեբանական, սիրտ-անոթային, շնչառական և քաղցկեղային հիվանդություններ ունեցողները, ակոհոլից կամ այլ թմրամիջոցներից կախվածություններ ունեցողները, սոցիալապես անապահով պայմաններում ապրող ծխողները և ծխելը թողնելու անհաջող փորձեր ունեցած ծխողները:

#### ***Բոլոր ծխողները***

Բոլոր ծխողները, ովքեր ծխելը դադարեցնելու հարցում աջակցության կարիք ունեն, կարող են բուժաշխատողների, ծխելը թողնելու թեժ գծերի, սոցիալական ծառայությունների կողմից ուղեգրվել դեպի ծխելը դադարեցնելու ծառայություններ, կամ կարող են սեփական նախաձեռնությամբ գտնել նշված ծառայությունները:

#### ***Բնակչության հատուկ խմբեր***

Ծխելը դադարեցնելու ծառայությունները կարող են մասնագիտացած լինեն մեկ կամ մի շարք թիրախային խմբերի հետ աշխատանքում, ինչպիսիք են հղիները, դեռահասները, այլ թմրամիջոցներից կախվածություն ունեցող ծխողները և այլն: Նման դեպքերում ծխելը դադարեցնելու ծառայության մասնագիտացումը պետք է հստակ նշվի:

#### ***Առողջապահական համակարգի գործառույթներ***

Ծխելու դադարեցման 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 ծառայությունների իրականացման ընթացակարգեր: Այս ընթացակարգերը պետք է նշեն, թե նվազագույնը քանի վերահսկող այցեր է անհրաժեշտ կատարել ծխելը դադարեցնելու ամսաթվից հաշված նվազագույնը 12 ամիս շարունակ:

- Անհատական այցերի ժամանակ, տեղի է ունենում հիվանդի հետ նվազագույնը 6 հանդիպում՝ յուրաքանչյուր հանդիպումը նվազագույնը 15 րոպե տևողությամբ: Առաջին հանդիպումը պետք է տևի 30 րոպեից ոչ պակաս:
- Խմբային խորհարդատվությունների ժամանակ պետք է տեղի ունենա 5-9 խմբային հանդիպում, որոնցից յուրաքանչյուրի տևողությունը պետք է լինի 45-90 րոպե:
- Հեռախոսային խորհրդատվությունները պետք է իրականացվեն այն ժամանակ, երբ հիվանդի համար կենտրոն այցելելը դժվար է, երբ պահանջվում է ոչ ինտենսիվ միջամտություն կամ երբ ուղղորդված միջամտության անհրաժեշտություն կա:

Առողջապահական ծառայությունները մատուցվում են բժիշկների, բուժքույրերի և հոգեբանների բազմամասնագիտակն թիմի կողմից: Թիմի բոլոր անդամները պետք է լինեն ծխելու կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման հարցերի վերապատրաստված մասնագետներ: Այս ստորաբաժանումների գործողությունները չպետք է ավարտվեն կենտրոնի սահմաններում: Արդյունավետության համար, կենտրոնի մասնագետները պետք է ցանկանան և կարողանան համագործակցել առողջապահական ոլորտի այլ մասնագետների հետ՝ հատուկ խնդիրներով հիվանդների ծխախոտային կախվածությունը բուժելիս:

Անհրաժեշտ է ներկայացնել համապատասխան փաստաթղթեր, որոնք հիմնվորում են վերը նշված բնութագրերին համապատասխանող առողջապահական ընթացակարգերի առկայությունը: Իրավասու մարմիններին տրամադրվող փաստաթղթավորումը պետք է պարունակի հետևյալ տեղեկատվությունը. տարվա ընթացքում նոր հիվանդների թիվը (պահանջվող նվազագույն թիվը = 300), տարվա ընթացքում իրականացվող ստուգումների թիվը (պահանջվող նվազագույն թիվը = 1000), տարվա ընթացքում իրականացվող CO-ի չափումները (պահանջվող նվազագույն թիվը = 1000), տարվա ընթացքում օրգանիզմում նիկոտինի և/կամ կոտինինի մակարդակի չափումները (պահանջվող նվազագույն թիվը = 100), տարվա ընթացքում իրականացվող սպիրոմետրիկ չափումների թիվը, և տարվա ընթացքում իրականացվող էլեկտրասրտագրությունների քանակը:

Ծխելու դադարեցման ծառայությունները հաշվի են առնում ծխելու դադարեցման տեղական և միջազգային լավագույն գործելառճի ուղեցույցները: Այդ ծառայությունները նաև հաշվի են առնում լավագույն պրակտիկան բոլոր ընթացակարգերում, հարգում են մարդու իրավունքները և պահպանում տվյալների անվտանգության կանոնները:

Նմանապես, պետք է ներկայացվի կենտրոնի և ծխելու կանխարգելման և բուժման հետ կախված այլ կենտրոնների և ստորաբաժանումների միջև համագործակցության վերաբերյալ համապատասխան իրավասու մարմինների կողմից տրամադրված թղթաբանությունը:

#### **Նկար 6.4: Ծխելը դադարեցնելու հանդիպումների կազմակերպման օրինակ**

##### **Առաջին հանդիպում**

- Առաջին հանդիպումը կարող է լինել դեմ առ դեմ կամ իրականացվել խմբային հանդիպման շրջանակներում
- Հնարավորություն է հանդիպել ծխողին, արձանագրել ծխախոտի օգտագործման փաստը, կրթել ծխախոտային միջոցների, առողջական վտանգների և ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ
- Պետք է ծավալուն լինի՝ 30-60 րոպե

##### **Շարունակական հանդիպումներ**

- Շարունակական հանդիպումների քանակը հիմնականում 5-9 է, օրինակ՝ 2, 4, 8, 12, 26 շաբաթների ընթացքում, թեև հաճախականության այլ սխեմաներ ևս հնարավոր են, օրինակ՝ առաջին շաբաթվա ընթացքում լրացուցիչ ևս մեկ հանդիպում, կամ հանդիպում 1 տարի անց:
- Շարունակական հանդիպման տևողությունը հիմնականում 15-30 րոպե է:
- Կարող է բարելավել նաև հեռախոսային, ինտերնետային աջակցությամբ, կամ

---

չճրագրավորված այլ հանդիպումներով

- Աջակցությունը և տնտեսությունը պետք է հարմարեցված լինեն յուրաքանչյուր հիվանդի անհատական կարիքներին:
- 

Ծխելու դադարեցման ծառայությունը ծխախոտային կախվածության կանխարգելման և բուժման լավ գործելառճը պետք է տարածի առողջապահական այլ ծառայությունների, ինչպես նաև լայն հասարակության շրջանում:

***Պասսվանդման գործառնություններ***

- Ծխելը դադարեցնելու հարցում մասնագիտացած ստորաբաժանումներում աշխատող մասնագետներին խորհուրդ է տրվում համապատասխան որակավորում և հավատարմագրում ունենալ ծխելու կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ հոգեբուժության և հոգեբանության ոլորտներում, բժշկական ֆակուլտետներում, ինչպես նաև բուժքույրական ֆակուլտետում դասավանդում իրականացնելու համար:
- Այս ստորաբաժանումները նաև պետք է բավարարեն առողջապահական այլ ստորաբաժանումների դասավանդման պահանջները: Ստորաբաժանումներում աշխատող մասնագետները պետք է ծխելու կանխարգելման վերաբերյալ վերապատրաստումներ իրականացնեն առողջապահական ոլորտի այն մասնագետների համար, ովքեր այս ասպարեզում քիչ ուսուցում են անցել:
- Ծխելը դադարեցնելու հարցում մասնագիտացած ստորաբաժանումները պետք է պատասխանատվություն վերցնեն ծխելու կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ կրթելու մի շարք մասնագիտությունների՝ թոքաբանության, ընտանեկան բժշկության, կանխարգելիչ բժշկության և հանրային առողջապահության, այլ կլինիկական-վիրաբուժական մասնագիտությունների, հոգեբանության կլինիկական օրդինատորներին:

Անհրաժեշտ է ներկայացնել համապատասխան փաստաթղթեր, որը հիմնավորում է նախադիպլոմային բժշկական կրթության բնագավառում դասավանդելու համար կենտրոնում աշխատող առողջապահական ոլորտի մասնագետների մի մասի համապատասխան ակադեմիական որակավորումը: Այս առումով հատկապես կարևորվում են հոնորարային դասախոսությունները, համալսարաններում մասնավոր դասախոսությունները, պայմանագրային սկզբունքով համագործակցող դասախոսները, համալսարանների պրոֆեսորները, ռեկտորները:

Ծխելու դադարեցման ծառայությունը պետք է տարածի ծխախոտային կախվածության կանխարգելման և բուժման լավ գործելառճը առողջապահական ոլորտի այլ կազմակերպությունների և լայն առումով՝ ողջ հասարակության շրջանում:

Կարևորվում է նաև, որ իրավասու մարմիններին ներկայացվի համապատասխան փաստաթղթեր, որը հիմնավորում է՝ առողջապահական ոլորտի մասնագետների համար կենտրոնի կողմից ծխախոտային կախվածության կանխարգելմանը, ախտորոշմանն ու բուժման հարցերին ուղղված շարունակական կրթության ծրագրերի իրականացումը: Պետք է հստակորեն նշել, թե կենտրոնի աշխատողները վերջին երկու տարիների ընթացքում ինչ դասընթացներ, համաժողովներ և այլ ուսուցանող հանդիպումներ են իրականացրել: Անհրաժեշտ է, որ յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում իրականացված լինի նվազագույնը 4 դասընթաց, որպեսզի հնարավոր լինի հավատարմագրվել իբրև ծխելը դադարեցնելու մասնագիտացված ստորաբաժանում:

Կարևոր է, որ կենտրոնը ներկայացնի փաստաթղթեր ուսումնական հաստատություններից, հիվանդանոցներից կամ այլ համապատասխան ծառայություններից այն մասին, որ կենտրոնը, ռոտացիոն սկզբունքով, ուսումնական բազա է հանդիսանում

բժշկության կամ հոգեբանության կլինիկական օրդինատորների համար:

### ***Գիտահետազոտական աշխատանքներ***

Ծխելու դադարեցման մասնագիտացված ստորաբաժանումը պետք է իրականացնի գիտահետազոտական այնպիսի գործունեություն, ինչպիսիք են համաճարակաբանական հետազոտությունները, կլինիկական հետազոտությունները կամ պարզ գիտահետազոտական աշխատանքները:

Ծխելու դադարեցման ծառայությունները պետք է գնահատեն իրենց գործունեությունները և տրամադրեն տեղեկատվություն: Տրամադրված տեղեկատվությունը ցույց կտա, թե ինչ հավանական հետազոտական ծրագրեր են նախատեսվում, և կբարելավեն ծխախոտային կախվածության կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման պրակտիկան:

Ծխելու դադարեցման ծառայությունները պետք է իրենց գործունեության մասին տարեկան հաշվետվություններ ներկայացնեն, հավաստիացնելով, որ.

- Նոր հիվանդների և վերահսկող այցերի քանակը գրանցվում են;
- Վեց ամիս անց ստուգվում և գրանցվում է կենտրոն այցելած բոլոր հիվանդների՝ ծխելու դադարեցման կարգավիճակը;
- Ծխելու դադարեցման վերաբերյալ գրանցումները կատարվում են ստանդարտացված համակարգչային մեթոդով;

«Ոսկե» մակարդակի համատարմագրման համար անհրաժեշտ է ներկայացնել վերջին հինգ տարիների ընթացքում ստորաբաժանման կողմից իրականացված գիտահետազոտական գործունեության մասին փաստաթղթեր: Փաստաթղթերի մեջ պետք է ներառել հետևյալը՝ գիտական հրապարակումներ (ազգային կամ միջազգային ամսագրերում նվազագույնը երեք հրապարակում), զեկույցներ միջազգային համաժողովներում (նվազագույնը երեք), և տեղական համաժողովներում (նվազագույնը վեց):

### ***Ծխախոտային կախվածության բուժման ծառայությունների դերը առողջության պահպանման գործում***

Ծխելու դադարեցման ծառայությունները պետք է խթանեն ծխախոտից ազատ առողջ ապրելակերպը հանրության, ինչպես նաև ծխողների շրջանում՝ անկախ ծխելով պայմանավորված հիվանդության առկայության փաստից: Այդ գործունեությունը պետք է իրականացնել ինչպես ծառայության դիմած պացիենտների, այնպես էլ ողջ համայնքի շրջանում:

### **Առաջարկություն**

ENSP Որակի ստանդարտների վրա հիմնված Եվրոպական ստանդարտացված հավատարմագրման համակարգ ներդնելիս պետք է հաշվի առնել ԱՀԿ-ի Եվրոպական տարածաշրջանի 53 անդամ երկրների բազմազանությունը, որոնք ունեն առողջապահական 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. 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>

Ծխելը դադարեցնելու ծառայության (ԾԴԾ) ինքնուրույն աուդիտ		Չիրականացված (0)	Մասնակի իրականացված (1)	Կիսով չափ իրականացված (2)	Ամբողջովին իրականացված (3)	Իրականացված (4)	Ոչ կիրառելի (NA)	Դիտարկումներ
<b>1. Ծխելը դադարեցնելու ծառայությունը հստակ սահմանում է, որ այն նախատեսված է ծխողներին բուժօգնություն տրամադրելու և ծխելու դադարեցում իրականացնելու համար</b>								Նպատակ
1.01	«Ծխախոտ» (կամ դրան համարժեք) բառը տպված է ԾԴԾ-ն փաստաթղթերի և շինության մուտքի վրա	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
1.02	«Ծխախոտ» (կամ դրան համարժեք) բառն առկա է ծառայության ինտերնետային ներկայացման մեջ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
1.03	ԾԴԾ-ն մասնագետների հետ կապ հաստատելու համար հեռախոսահամարի առկայություն	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
1.04	Եթե ԾԴԾ-ը գրանցված է մարզային կամ ազգային մակարդակով, ապա այն պետք է առկա լինի տվյալ ցուցակում	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
<b>2. ԾԴԾ-ն ապահովված է համապատասխան մարդկային և նյութական ռեսուրսներով՝ իր առջև դրված նպատակին հասնելու համար</b>								Ռեսուրս
2.01	ԾԴԾ-ն անձնակազմը բավարար ժամանակ ունի առաջին հանդիպում իրականացնել 3 շաբաթից ոչ ուշ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.02	Ողջ անձնակազմը վերապատրասված է ծխելը դադարեցնելու ծառայություն տրամադրելու համար	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.03	Առնվազն անձնակազմի կեսն ունի ծխելը դադարեցնելու մասնագետի որակավորում	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.04	Նշանակված դեղորայքը լիովին հասանելի է	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.05	Խորհրդատվություն իրականացնելու համար համապատասխան սենյակի առկայություն (≥10քմ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.06	Առկա է 1 CO թեստավորող սարք/ Տարեկան 600 այցերի համար	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.07	Խորհրդատվական սենյակում համակարգչի առկայություն	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.08	Ծխողների համար ինքնագնահատման հարցարաններ (օր.՝ Ֆագեստրոմի նիկոտինային կախվածության թեստ)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
2.09	Ծխողներին ցուցադրելու համար դեղորայքի առկայություն	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	

Մաս 1-ին

Ծխելը դադարեցնելու ծառայության (ԾԴԾ) ինքնուրույն աուդիտ		Չիրականացված	Մասնակի իրականացված	Կիսով չափ իրականացված	Ամբողջովի իրականացված	Իրականացված	Ոչ կիրառելի	Դիտարկումներ
<b>3. ԾԴԾ-ն ընդունում է բոլոր ծխողներին, սակայն առանձնահատուկ խմանք է ապահովում առավել ծանր խնդիրներով ծխողներին: Եթե ԾԴԾ-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 ունեն ուղեկցող հիվանդություններ, այլ կախվածություններ, ցածր եկամուտ կամ հղի են:	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
3.02	ԾԴԾ-ից օգտվող հիվանդների առանձնահատկությունները հստակորեն նշված են (անցում 4-րդ կետին, եթե հասանելիության խնդիր չկա)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
<b>4. ԾԴԾ-ը որդեգրել է ծխելը դադարեցնելու ոլորտում առկա լավագույն փորձն ու հուսալի ուղեցույցները</b>								Լավագույն փորձ
4.01	Կիրառվում են լավագույն փորձի առաջարկությունները	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
4.02	Առաջին հանդիպման տևողությունն առնվազն ½ ժամ է	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
4.03	ԾԴԾ տարածում է լավագույն փորձը այն մասնագետների շրջանում, ովքեր ծխելը դադարեցնելու մասնագետներ չեն	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
<b>5. ԾԴԾ-ը մասնակցում է ծխելը դադարեցնելու ոլորտում մասնագետների վերապատրաստմանն ու կրթությանը</b>								Կրթություն
5.01	ԾԴԾ-ը կրթում է բժիշկներին ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
5.02	ԾԴԾ-ը ծխախոտային կախվածության բուժման վերաբերյալ վերապատրաստում է ոչ բժշկական կրթությամբ մասնագետներին	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
<b>6. ԾԴԾ-ն իրականացնում է ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ տեղային և/կամ ազգային գնահատման վերաբերյալ տեղեկության արձանագրում և տրամադրում</b>								Հետազոտություն
6.01	ԾԴԾ-ն իրականացնում է ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ տեղային և/կամ ազգային գնահատման վերաբերյալ տեղեկության արձանագրում և տրամադրում	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
6.02	ԾԴԾ-ը մասնակցում է ծխելը դադարեցնելու ոլորտում իրականացվող հետազոտություններին	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	

Մաս 2-րդ

Մաս 3-րդ

Ծխելը դադարեցնելու ծառայության (ԾԴԾ) ինքնուրույն աուդիտ		Չիրականացված	Մասնակի իրականացված	Կիսով չափ իրականացված	Ամբողջովի ն իրականացված	Իրականացված	Ոչ կիրառելի	Դիտարկումներ
<b>7. ԾԴԾ-ն համայնքի հետ համատեղ իրականացնում է առողջության խթանման միջոցառումներ</b>								Առողջության խթանում
<b>7.01</b>	ԾԴԾ-ն այս կամ նախորդ տարվա ընթացքում իրականացնում է առողջության խթանում	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
<b>8. ԾԴԾ-ն գնահատում է իր գործունեությունը և հետադարձ կապի շնորհիվ շարունակական բարելավում իրականացնում</b>								Գնահատում
<b>8.01</b>	6 ամսվա զրկանքն արձանագրվում և գնահատվում է	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
<b>8.02</b>	Առկա է ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ վիճակագրություն	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	
								Ընդհանուր 100
<b>Կենտրոն</b>		Ամսաթիվ					Ընդհանուր	