

Как помочь курящему пациенту: новые возможности



Р.Г. Оганов¹, Г.Я. Масленникова^{1*}, Т.В. Тюрина², С.Ю. Марцевич¹,
Н.В. Смирнова³, А.В. Рудакова⁴

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития России. Москва, Россия; ²Ленинградский областной кардиологический диспансер. Санкт-Петербург, Россия; ³Респираторный центр при Ярославской областной клинической больнице. Ярославль, Россия; ⁴Санкт-Петербургская химико-фармацевтическая академия. Санкт-Петербург, Россия

How to help smoking patients: new opportunities

R.G. Oganov¹, G.Ya. Maslennikova^{1*}, T.V. Tyurina², S.Yu. Martsevich¹, N.V. Smirnova³,
A.V. Rudakova⁴

¹State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia; ²Leningrad Region Cardiology Dispanser. St. Petersburg, Russia; ³Yaroslavl Region Clinical Hospital, Respiratory Centre. Yaroslavl, Russia; ⁴St. Petersburg Chemical and Pharmaceutical Academy. St. Petersburg, Russia

В большом количестве публикаций представлены доказательства пагубного влияния курения практически на все органы и системы человеческого организма. В то же время в литературных источниках крайне мало уделяется внимания способам отказа от курения, в частности, фармакотерапевтическим. Известно, что курение — это не вредная привычка, а болезнь, обусловленная никотиновой зависимостью. ВОЗ определила курение как хроническое, рецидивирующее заболевание. Именно поэтому, только 3–5 % курящих удается отказаться от курения самостоятельно (сила воли), без профессиональной поддержки и медикаментозной терапии.

С целью информирования врачей об эффективных фармакотерапевтических способах отказа от курения в рамках научно-образовательного Форума «Кардиология — 2011», который состоялся 15 февраля 2011 г в Москве под председательством Президента Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), академика РАМН Оганова Р. Г., был организован симпозиум «Как помочь курящему пациенту: новые возможности». На симпозиуме с докладами выступили проф. Тюрина Т.В. (Санкт-Петербург), проф. Марцевич С.Ю. (Москва), проф. Рудакова А.В. (Санкт-Петербург) и врач Смирнова Н.В. (Ярославль).

В докладе проф. Тюриной Т.В. были представлены данные о связи курения и рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), их ослож-

нений, о выгодах отказа от курения, которые могут получить кардиологические пациенты и государство. В докладе прозвучало, что Россия занимает лидирующее место по распространенности курения среди населения, и в большой мере в связи с этим, — по смертности от ССЗ. Риск развития ССЗ, в т.ч. ишемической болезни сердца (ИБС) и мозгового инсульта (МИ), у курящего человека в среднем в 2 раза выше, чем у некурящего. Это связано с вызванным курением нарушением функции эндотелия, ухудшением биохимических показателей и реологических свойств крови, потенцированием процессов развития атеросклероза. Атеросклеротические поражения периферических артерий у курящих развиваются на 10 лет раньше, чем у некурящих, что приводит к увеличению частоты ампутаций нижних конечностей в 2 раза по сравнению с некурящими. Курение значительно снижает эффективность препаратов, применяемых для лечения ССЗ. У курящих отмечено более тяжелое течение хирургических операций на сердце и сосудах и повышение частоты послеоперационных осложнений и смертности, удлинение периода заживления послеоперационных ран и продолжительности госпитализации. Докладчик представила результаты международных исследований, которые доказывают, что отказ от курения, с позиций первичной профилактики ССЗ и снижения смертности, даже более эффективен, чем терапия статинами и нормализация артериального давления (АД),

© Коллектив авторов, 2011
e-mail: gmaslennikova@gnicpm.ru

[¹Оганов Р.Г. — академик РАМН, ¹Масленникова Г.Я. (*контактное лицо) — ведущий научный сотрудник, ²Тюрина Т.В. — профессор, ¹Марцевич С.Ю. — профессор, ³Смирнова Н.В. — врач, ⁴Рудакова А.В. — профессор].

т. к. позволяет сохранить больше жизней. Уже в первые дни отказа от курения риск развития ССЗ снижается на 30 %, а через 2 нед. отказа от курения улучшаются биохимические показатели, реологические свойства крови, гемодинамические параметры и нормализуется АД, частота сердечных сокращений (ЧСС). При отказе от курения более чем в 2 раза снижается риск развития инфаркта миокарда (ИМ), МИ, аритмогенной смерти на фоне ИМ, уменьшается необходимость в процедурах повторного аортокоронарного шунтирования (АКШ), реваскуляризации. Отказ от курения снижает риск развития атеросклероза периферических сосудов более чем 5 раз. У пациентов, перенесших АКШ, при отказе от курения повышается выживаемость в течение первых 5 лет на 3 %, в течение 10 лет — на 10 %, в течение 15 лет — на 15 %. В заключении доклада прозвучало, что отказ от курения — первое условие успешной первичной и вторичной профилактики ССЗ, и в конечном итоге — снижения сердечно-сосудистой смертности.

Доклад, представленный проф. Марцевичем С.Ю., был посвящен фармакотерапии никотиновой зависимости. В докладе отмечено, что существуют доказательства развития никотиновой зависимости при курении. В связи с этим, при прекращении курения развивается типичный синдром отмены, который имеет конкретную клиническую картину. Поэтому одна из задач врача — это определение у больного статуса курения (курит, не курит) и оценка степени никотиновой зависимости. Проф. Марцевич С.Ю. подчеркнул, что все курящие пациенты должны получать профессиональную поддержку в виде совета, мотивации отказа от курения и лекарственной терапии вплоть до полного отказа от курения (“Клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний”). Доказано, что любой успех такой профессиональной поддержки, даже краткосрочный, повышает шансы долгосрочного отказа от курения. Успешного результата легче достигнуть при сочетании беседы, мотивации с медикаментозной терапией. В настоящее время для лечения никотиновой зависимости используют 3 группы (гр.) препаратов. Первая гр. препаратов, исторически, представлена никотинзаместительными препаратами (НЗП) в виде различных лекарственных форм. Вторая гр. препаратов — антидепрессанты, из которых наибольшую доказательную базу эффективности имеет бупропион. Бупропион более эффективен, чем НЗП, однако препарат не зарегистрирован в РФ. Наконец, наиболее современным препаратом, появившимся относительно недавно, в 2006г, является варениклин (Чампикс®, Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйшен, США) — частичный агонист/антагонист $\alpha 4\beta 2$ никотиновых рецепторов, которому уже в 2007г была присуждена премия Галена (высшая награда в области фармацевтики) за инновационность и вклад

в клиническую практику. Результатом применения варениклина является блокада связи никотина с рецепторами, что способствует уменьшению получаемого от курения удовольствия и снижению выраженности синдрома отмены. Варениклин доказал свою эффективность в нескольких контролируемых, рандомизированных исследованиях как в сравнении с плацебо, так и в сравнении с НЗП.

Доктор Смирнова Н.В. поделилась практическим опытом лечения и ведения курящих пациентов в Респираторном центре при Ярославской областной клинической больнице. Целью исследования было оценить эффективность, безопасность, переносимость нового препарата варениклина при отказе от курения, и проследить динамику симптомов отмены никотина. В исследовании участвовали 500 курящих пациентов, желающих отказаться от курения (средний возраст 45,4 года). В течение предыдущего года до начала исследования, пациенты выкуривали ≥ 10 сигарет в сутки. В среднем, стаж курения составил 23 пачек/лет (от 3 до 65) (иными словами, в среднем в течение 23 лет пациенты выкуривали по 1 пачке сигарет в сутки). Всем пациентам назначали варениклин по схеме в сочетании с бронхолитической и муколитической терапией. В течение полугода регулярно ежемесячно проводился мониторинг показателей компьютерной спирометрии, уровня угарного газа (СО) в выдыхаемом воздухе и связанного с ним гемоглобина (%СОHb). Оценка эффективности, безопасности и переносимости предложенной терапии осуществлялась с помощью опросника. В результате исследования 375 (75 %) человек из 500 бросили курить. Полностью не отказались от курения, но снизили интенсивность потребления сигарет в среднем от 20 до 1-3 штук в сут., 125 (25 %) пациентов, имеющих очень слабую (2 балла) и слабую (3-4 балла) мотивацию к отказу от курения. При этом пациенты отмечали отсутствие удовольствия от курения и снижение тяги к курению. Из побочных эффектов (ПЭ) была отмечена слабая или умеренная тошнота, которая полностью прекратилась к концу 1-2 нед. Только у 2 пациентов тошнота была выражена в значительной степени, что явилось причиной отмены препарата. В результате были сделаны следующие выводы: варениклин является эффективным и безопасным средством, используемым для отказа от курения. Препарат в большинстве случаев хорошо переносится. Побочным симптомом при приеме препарата может быть тошнота. Чтобы ее избежать, принимать Чампикс® лучше сразу после еды, запивая большим количеством воды (1 стакан).

В докладе проф. Рудаковой А.В. была представлена выгода отказа от курения с точки зрения фармакоэкономики. Курение увеличивает вероятность развития и ухудшает течение большого количества заболеваний, среди которых наиболее значимыми являются ССЗ. В докладе были представлены данные, свиде-

тельствующие, что риск ИМ может снижаться через 1 год после отказа от курения на 34 %, а через 2 года — на 51 %, по сравнению с курящими. Вероятность МИ, также может снижаться на 25 % и 37 % через 1 и 2 года после отказа от курения, соответственно. В докладе был представлен анализ результатов исследований, посвященных оценке медицинских вмешательств, направленных на лечение никотиновой зависимости. Продемонстрировано, что наиболее эффективным вариантом медикаментозной помощи является терапия парциальным агонистом никотиновых рецепторов варениклином (его эффективность в ~ 2 раза выше по сравнению с НЗТ). Однако такой вариант лечения требует дополнительных затрат, и задача организаторов здравоохранения — понять, насколько дополнительные клинические преимущества, обеспечиваемые этим вмешательством, оправдывают затраты. Проф. Рудакова А.В. отметила, что в соответствии с рекомендациями ВОЗ, в качестве высокоэффективных с позиций фармакоэкономики могут рассматриваться медицинские вмешательства, для которых стоимость 1 дополнительного года жизни пациента не превышает величины валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения в той или иной стране. В Российской Федерации (РФ), по данным за 2010г, ВВП составляет ~ 314 тыс. руб. Представленный в докладе анализ эффективности затрат на варениклин с использованием марковского моделирования показал, что при учете только затрат системы здравоохранения (т.н. прямых медицинских затрат) на весь срок дожития, 1 дополнительный год жизни 55-летнего пациента потребует затраты 17-28 тыс. руб. при терапии препаратом в течение 12 нед. и 27-46 тыс. руб. — при терапии в течение 24 нед. Увеличение продолжительности терапии до 24 нед. оправдано при любом уровне сердечно-сосудистого риска (ССР), т.к. дополнительные затраты по сравнению с 12-недельным курсом также весьма эффективны с экономической точки зрения: стоимость 1 дополнительного года жизни не превышает 100 тыс. руб. В докладе был сделан акцент на то, что чем выше уровень ССР, тем быстрее, при его снижении, деньги могут вернуться в систему здравоохранения. Если предположить, что организаторы здравоохранения готовы ждать возвращения инвестированных

средств в течение только 10 лет, стоимость 1 дополнительного года жизни при терапии варениклином пациентов с низким ССР составит 202 тыс. руб., то при среднем уровне ССР она снизится до 152 тыс. руб., при высоком и очень высоком риске — до 113 и 88 тыс. руб., соответственно. Очевидно, что в любом случае терапия варениклином оправдана и клинически, и экономически; наиболее тяжелые пациенты получают от нее пользу максимально быстро. В докладе был представлен анализ результатов с учетом социальной перспективы, когда, помимо прямых медицинских затрат, учитываются и не прямые затраты (выплаты по листкам нетрудоспособности и инвалидности, а также недополучение из-за преждевременной смерти пациентов трудоспособного возраста определенной доли ВВП). Было показано, что для пациентов в трудоспособном возрасте терапия варениклином является оправданной и доминирующей, по сравнению с другими видами лечения, т.к. обеспечивает не только улучшение прогноза пациентов, но и экономию бюджетных средств. В заключении доклада, было отмечено, что в настоящее время затраты на препараты для лечения никотиновой зависимости, в т.ч., варениклин, возмещаются в США, Великобритании, Австралии и ряде провинций Канады. По мнению докладчика, возможное присоединение РФ к списку этих стран могло бы явиться реальным шагом по снижению ССЗ и смертности в стране. Сделан вывод, что в настоящее время существуют клинические и фармакоэкономические основания для включения варениклина в стандарты лечения пациентов с ССЗ.

Доклады вызвали большой интерес аудитории, что нашло свое отражение в большом количестве вопросов. Подводя итоги симпозиума, Академик РАМН Оганов Р.Г. призвал кардиологов более активно выявлять курящих пациентов и оказывать им помощь в отказе от курения, включая мотивирование и назначение фармакотерапии, т.к. отказ от курения — основное условие успешной первичной и вторичной профилактики ССЗ, приводящее к снижению сердечно-сосудистой смертности.

По окончании симпозиума прошел Совет Экспертов, в котором принял участие 21 ведущий кардиолог из разных регионов РФ. На Совете Экспертов принята резолюция.

Резолюция экспертов

“Роль отказа от курения в повышении качества жизни и выживаемости кардиологических больных”

Риск развития ССЗ у курящего человека, в среднем, в 2 раза выше, чем у некурящего. С курением связаны 30 % всех смертей от ССЗ у мужчин и 5 % — у женщин, в трудоспособном возрасте эти показатели достигают 60 % и 40 %, соответственно.

Отказ от курения — первое условие успешной первичной и вторичной профилактики ССЗ и их осложнений. Согласно международным исследованиям, отказ от курения для профилактики развития ССЗ и снижения смертности от этой патологии в большей степени целесообразен и оправдан, чем конт-

роль других факторов риска (ФР), т. к. позволяет сохранить большее число жизней.

Курение негативно влияет на исход сердечно-сосудистых операций. Курение повышает риск осложнений и смерти после сосудистых операций. Установлено, что риск развития повторного ИМ после реваскуляризации в 2 раза выше у курящих пациентов, чем у некурящих. Курящим пациентам требуется более тщательный подбор и контроль анестезии (например, следует избегать анестезии с повышенной вероятностью бронхоспазма). Раны курящих пациентов заживают медленнее, а количество осложнений после хирургических вмешательств выше.

У курящих пациентов по сравнению с некурящими:

- после кардиохирургических операций, общая смертность в 2,6 раз выше, главным образом, за счет увеличения сердечно-сосудистой смертности;
- необходимость выполнения повторных операций по реваскуляризации в 1,7 раз чаще;
- возникновение рецидивов стенокардии/одышки на 17 % больше;
- в среднем, на 59 % увеличивается частота легочных осложнений.

Для снижения риска развития осложнений и повышения качества жизни, отказ от курения должен быть рекомендован всем кардиологическим пациентам, прежде всего, нуждающимся в инвазивных методах лечения.

Отказ от курения необходимо включать в предоперационную подготовку, послеоперационное ведение и реабилитацию больных, т. к. это дает положительные результаты по их выживаемости, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективах. Для этого необходимо создание рекомендаций по профилактике и лечению табачной зависимости у больных ССЗ, в т.ч. нуждающихся в высокотехнологичной помощи, и протоколов ведения таких больных.

В системе здравоохранения необходимо создать информационный поток о важности профилактики и лечения табакокурения. При инвазивных методах лечения, пациент должен получать такую информацию до назначения операции, а также в течение всей предоперационной

подготовки, послеоперационного ведения и реабилитации.

Подготовка и проведение специальной программы по отказу от курения, включая медикаментозное лечение табакокурения у больных ССЗ (перед/после плановой операции) экономически обоснованы с точки зрения их актуальности с учетом государственных приоритетов в области модернизации здравоохранения и эффективности расходов федерального и регионального бюджетов. Подобная антикурительная программа позволит более эффективно расходовать федеральный и региональный бюджеты, а также обеспечить плановыми операциями большее число нуждающихся в ней граждан, за счет сокращения повторных операций и улучшения других показателей после хирургических вмешательств среди кардиологических больных. Для этого необходимо создание отдельной услуги “лечения табачной зависимости” по тарифу ОМС, разработка и принятие на уровне субъектов РФ соответствующих стандартов медицинской помощи с обязательным включением лекарственных препаратов для лечения табачной зависимости у больных, страдающих ССЗ.

В результате обсуждения было принято решение:

- Создать рабочую группу по подготовке рекомендаций для руководителей практического здравоохранения и врачей по лечению табачной зависимости у больных ССЗ.
- В течение 2011 года под эгидой ВНОК начать подготовку и проведение на уровне субъектов РФ целевых программ, направленных на отказ от курения, включающих и медикаментозную терапию при предоперационной подготовке, послеоперационном ведении и реабилитации кардиологических больных.
- Обратиться в соответствующие структуры Минздравсоцразвития России и территориальные ФОМС субъектов РФ с просьбой включения услуги по лечению табачной зависимости и соответствующего тарифа ОМС в разрабатываемые стандарты медицинской помощи больным ССЗ, прежде всего нуждающимся в высокотехнологической помощи.
- Использовать комплексный подход лечения табачной зависимости, сочетающий врачебное консультирование, немедикаментозное и медикаментозное лечение, мониторинг, при профилактических вмешательствах, лечении и реабилитации больных ССЗ.

Члены экспертной группы:

Абдулаев А. А. (Махачкала), Ахмеджанов Н.М. (Москва), Барбараиш О.Л. (Кемерово), Галявич А.С. (Казань), Ерегин С.Я. (Ярославль), Карамова И.М. (Уфа), Кижватова Н.В. (Краснодар), Козилова Н.А. (Пермь), Константинов С.Л. (Белгород), Марцевич С.Ю. (Москва), Масленникова Г.Я. (Москва), Менделевич В.Д. (Казань), Оганов Р.Г. (Москва), Рудакова А.В. (Санкт-Петербург), Симаков А.А. (Самара), Смирнова Н.В. (Ярославль), Соколовская Г.И. (Екатеринбург), Терентьев В.П. (Ростов-на-Дону), Тюрина Т.В. (Санкт-Петербург), Шварц Ю.Г. (Саратов), Шугушев Х.Х. (Нальчик)

Поступила 17/07-2011