

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.В. Голенков, профессор

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: goленkovav@inbox.ru

Обсуждаются клинико-эпидемиологические и лечебно-профилактические аспекты табачной зависимости при шизофрении. Приводятся рекомендации для медсестер относительно мер, способствующих прекращению табакокурения у этой группы больных.

Ключевые слова: медсестры, больные шизофренией, табакокурение, табачная (никотиновая) зависимость.



Табакокурение (ТК) – один из самых распространенных видов наркологической патологии [1–3, 6–10]. Табак относится к психоактивным веществам, а ТК вызывает психические и поведенческие расстройства, поэтому включено в Международную классификацию болезней (МКБ-10, рубрика F17).

Отечественные наркологи выделяют 3 стадии табачной зависимости (ТЗ): начальную, хроническую и позднюю [6]. Для начальной стадии характерен рост толерантности к никотину, т.е. ТК становится ежедневным с увеличением числа выкуриваемых сигарет. Мысли о курении возникают часто, помимо воли больного, что позволяет ряду ученых квалифицировать их как навязчивые идеи (обсессии). У больных с начальной ТЗ исчезает защитная реакция организма на токсическое действие табачного дыма (чувство дурноты, тошнота, рвота, головокружение, колебания артериального давления – АД, тахикардия, страх, тревога, тоска и др.). Продолжительность начальной стадии ТЗ чаще всего – от 3 до 5 лет.

В хронической стадии толерантность к никотину достигает максимума (больные выкуривают 30–40 сигарет в день и более). Влечение к табаку становится

сильным и непреодолимым, в результате сокращаются перерывы между выкуриванием очередной сигареты. Некоторые курильщики в связи с выраженным абстинентным синдромом просыпаются ночью, чтобы покурить. Утром, едва проснувшись, испытывают сильное желание закурить, чтобы улучшить свое соматическое (снять различные неприятные ощущения со стороны внутренних органов, колебание АД, чувство дискомфорта) и психическое состояние (сниженное настроение, слабость, вялость, повышенная раздражительность). Устойчивое желание закурить преследует больного все время. Длительность данной стадии колеблется обычно от 6 до 15 лет.

В поздней стадии ТК становится автоматическим, напоминающим своеобразный двигательный стереотип с безудержным и постоянным влечением к табаку. Курильщики предпочитают табачные изделия с высоким содержанием никотина и смол, часто – без фильтра. Характерен стойкий астенический синдром с апатией и вспышками гнева, снижением памяти и внимания, нарушениями сна. Обнаруживается различная хроническая и сочетанная соматоневрологическая патология [6].

Помимо сильного (навязчивого) желания закурить (ввести в организм никотин любым другим способом), критериями синдрома табачной абстиненции по DSM-IV (американское диагностическое и статистическое руководство по психиатрии) являются: ежедневное ТК в течение хотя бы нескольких недель, а также 4 (или более) симптома из 8 при внезапной отмене ТК или его уменьшении: дисфорическое или депрессивное настроение; нарушения сна (инсомния); раздражительность, фрустрация или гнев; тревога (беспокойство); трудность концентрации внимания; неугомонность (нетерпеливость); уменьшение частоты сердечных сокращений (на 5–12 и более ударов в 1 мин); усиление аппетита или увеличение массы тела (в среднем на 2–3 кг в течение 1-го года после прекращения курения). Перечисленные симптомы вызывают дистресс, ухудшение в социальной сфере и сфере занятости, а также в других важных областях жизни. Абстиненция возникает через несколько часов после прекращения ТК с пиком на 1–4-й день, сохра-

Таблица 1

Частота ТЗ, число выкуриваемых в день сигарет и готовность к отказу от ТК у обследованных больных и населения в целом; %

Показатель	Больные шизофренией			Население Чувашии (по [3])		
	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.
ТЗ						
Отсутствие	9,9	9,8	10,0	29,9	18,3	56,4
Слабая	22,5	22,0	23,3	29,1	30,2	26,2
Умеренная	39,4	37,8	41,7	21,2	24,4	13,7
Сильная	28,2	30,4	25,0	20,1	27,1	3,7
Число выкуриваемых в день сигарет						
≤10	21,1	17,1	26,7	37,7	25,1	68,1
11–20	57,0	54,9	60,0	43,2	49,2	28,8
21–30	16,2	21,9	8,3	12,9	17,3	2,3
>30	5,7	6,1	5,0	6,2	8,4	0,8
Готовность к отказу от ТК						
Отсутствует	77,5	73,2	83,3	59,6	62,2	53,8
Слабая	14,1	15,9	11,7	11,1	11,3	10,3
Средняя	5,6	7,3	3,3	24,5	23,3	27,5
Выраженная	2,8	3,6	1,7	4,8	3,2	8,4

няется 3–4 нед, а постоянное чувство голода и увеличение массы тела держатся 6 мес и более [1].

Распространенность ТК при шизофрении

Из литературы известно, что больные шизофренией характеризуются самой высокой распространенностью ТК [1, 2, 8, 10]. Число курящих среди них примерно в 2 раза больше, чем среди больных с другими психическими расстройствами и в 5 раз больше, чем в общей популяции. Больные ежедневно выкуривают значительно большее число сигарет, начинают курить в более молодом возрасте, а прекращают реже, что связано с биологическими факторами в генезе обоих расстройств и полимодальным воздействием никотина на центральную нервную систему [1].

Наше предыдущее исследование [2] распространенности ТК среди стационарных больных шизофренией показало, что курили 62,8% (85,1% мужчин и 18,7% женщин), причем в отделениях «первого психотического эпизода», дневном стационаре больные курили реже (43,4%), чем в обычных отделениях (65,9%). Особенно много курящих больных было среди имеющих большую длительность заболевания и выраженные негативные расстройства (98%), а также среди находящихся на принудительном лечении в связи с совершением правонарушения.

Обследовано 142 курящих больных шизофренией (82 мужчины и 60 женщин) в возрасте от 16 до 60 лет (в среднем – 35,3±9,7 года) с началом заболевания в возрасте от 14 до 45 лет (в среднем – 22,5±5,3 года). В городских поселениях проживали 83,8% пациентов, в сельских – 16,2%. Начальное образование имели 13,4% больных, среднее – 54,2%, среднее специальное – 15,5%, высшее – 16,9%.

Опрошенными начинали курить в возрасте от 8 до 48 лет (в среднем – в 18,1±7,2 года), мужчины – достоверно раньше женщин (в 16,3±5,5 и 20,9±8,5 года; $p < 0,001$). ТЗ, верифицированную по тесту Фагерстрёма, имели 90,1% опрошенных: слабую – 22,5%, умеренную – 39,4%, сильную – 28,2% (табл. 1). ТЗ у больных шизофренией мужчин и женщин диагностировалась с одинаковой частотой. Число лиц с ТЗ в популяции существенно меньше ($p < 0,001$).

Больные шизофренией, участвующие в опросе, указали чуть более 20 (22) марок сигарет. Чаще всего они курили сигареты «Бонд» (13,5%), которые являются одними из самых продаваемых и популярных в России [3]. Сигареты без фильтра («Прима») курили 9,2% (среди населения – 2,6%), не делали различий в табачной продукции 26,1% (2,1%).

Выкуривали в день около 10 сигарет 21,1%, 11–20 – 57,0%, 21–30 – 16,2% и более 30 сигарет – 5,7% (см. табл. 1). Мужчины в среднем выкуривали больше сигарет (21,4±7,9) в день, чем женщины (16,6±5,9); в среднем лица обоих полов – 19,5±17,5. Не имели даже минимального желания отказаться от ТК 77,5%; слабая мотивация к отказу была выявлена у 14,1% респондентов, средняя – у 5,6%, высокая – у 2,8%. Больные мужчины и женщины по мотивации к отказу от курения достоверно не различались. Главными причинами ТК у них являлись неодолимое влечение к табаку и курительные автоматизмы.

В другой нашей работе [5] хронометраж поведения стационарных психически больных показал, что за курением они проводят 12% времени (около 1 ч 45 мин за 11 ч дежурства с 8.00 до 19.00). На это уходит в сумме времени больше, чем на лечебные процедуры (4%) и свидания с родственниками (4%). Здесь также следует учитывать дневной сон («тихий час») с 14.00 до 16.00, в течение которого курить запрещено. Кроме того, курение в мужских отделениях подчиняется расписанию: 8–10 раз в течение дня продолжительностью от 30 мин до 1 ч с ограничением числа выдаваемых каждому больному сигарет (8–10 штук в день). Ограничение выдачи числа сигарет в первую очередь направлено на более равномерное их распределение и экономию, так как многих родственники посещают нечасто. В женских отделениях, как правило, курить запрещают, курительных комнат нет. Поэтому больные могут курить на прогулках 1–3 раза в течение дня в зависимости от времени года. Особенно негативно реагируют на ограничение курения в отделениях ранее судимые больные, а также пациенты с личностными расстройствами, сочетанной наркологической и психиатрической патологией, имеющие, вероятно, выраженную ТЗ.

Опрос психически больных показал, что причиной курения могут быть скука и отсутствие развлечений в условиях закрытого режима психиатриче-

ского стационара. В частности, от 85 до 100% респондентов требовали больше развлечений, а 70% – свободного выхода из отделения. На вопрос: «Что бы Вы хотели иметь в отделении, где Вы лечитесь?» 10,9% ответили: «...Разрешение свободно курить» (преобладали мужчины).

Таким образом, больные шизофренией курят не только чаще, чем население в целом, но и более интенсивно, что приводит к формированию выраженной ТЗ. После начала болезни начали курить только 16,2%. Многие курят дешевые сигареты без фильтра, с высоким содержанием никотина и смол, что представляет серьезную угрозу их здоровью. Большинство не имеют мотивации к прекращению ТК.

Факторы, влияющие на ТК при шизофрении

Распространенность ТК у больных достоверно превосходит показатели в общей популяции, что позволяет говорить о биологических факторах в генезе обоих расстройств.

Введение в организм никотина сопровождается уменьшением тревоги, улучшением внимания, когнитивных функций, облегчением депрессии. Поэтому больные курят для самолечения когнитивного дефицита и коррекции негативных симптомов (апатия, безволие, социальная отгороженность, ангедония, когнитивный дефицит), которые существенно мешают справляться с ежедневными делами [1].

Начало регулярного ТК связано с началом шизофрении. В литературе указано: средние различия между возрастом ТК и началом шизофрении составляют 2,3 года, что существенно меньше, чем у больных с другими психическими расстройствами. 77% больных шизофренией начинают курить до болезни, после 20 лет, курят ежедневно и намного чаще, чем население в целом [1].

Диагностика ТК

Надежным индикатором табачной интоксикации является концентрация окиси углерода в выдыхаемом воздухе, определяемая с помощью детектора угарного газа. У больных шизофренией уровень окиси углерода достоверно (в 3,5 раза) выше, чем у психически здоровых. Это может быть объяснено «курительной топографией»: больные делают более глубокие и частые (меньше интервалы) затяжки при ТК, курят до фильтра [1].

Из психологических методик тест К. Фагерстрёма является наиболее часто применяемым для диагностики ТЗ и ее коррекции. Результаты тестирования коррелируют со стажем ТК и биохимическими показателями (концентрация окиси углерода в выдыхаемом воздухе). Тест Фагерстрёма у больных шизофренией следует дополнять вопросами: подбираете и(или) докуриваете ли Вы сигареты других людей? встав утром, как быстро Вы закуриваете? встав ночью, просите ли

Вы закурить (курите ли)? ограничивают ли Ваше ТК в отделении? сколько раз в день Вы курите? сколько времени обычно проходит между выкуриваемыми сигаретами? и др. Ответы на эти вопросы позволяют более точно диагностировать выраженность ТЗ. На основе ответов на 2 вопроса К. Фагерстрёма (время курения 1-й сигареты и число выкуренных в день сигарет) был предложен индекс интенсивности курения, предназначенный для скрининга ТЗ; доказаны его высокая чувствительность (94%) и специфичность (88%) [1].

Лечение (нейролептики) и ТК

Как известно, в лечении шизофрении в первую очередь используются типичные и атипичные нейролептики. Исследования показывают, что терапевтические дозы нейролептиков могут быть эффективными и в лечении ТЗ. Нейролептики могут использоваться при лечении ТЗ у больных шизофренией, потому что они:

- ослабляют симптомы шизофрении и тем самым редуцируют интенсивность ТК, связанную с ними;
- могут улучшать когнитивные функции больных и способствовать их приверженности приему препаратов и психотерапии;
- оказывать прямое действие на систему подкрепления через никотинергическую и дофаминергическую системы, что будет редуцировать никотиновый абстинентный синдром и влечение к ТК [1, 10].

Эти препараты блокируют постсинаптические дофаминовые D_2 -рецепторы, и больные курят, чтобы восстановить центральную активность никотиновых и дофаминовых нейронов. ТК может редуцировать побочные эффекты психофармакотерапии, включая экстрапирамидные симптомы и фармакогенную депрессию, снижает примерно на 1/3 концентрацию в плазме крови типичных (галоперидол, аминазин) и атипичных нейролептиков (оланзапин и клозапин).

Атипичные нейролептики более эффективны у курящих больных шизофренией, чем у некурящих. Эти препараты лучше переносятся больными (реже наблюдаются экстрапирамидные расстройства) и они более эффективны в коррекции негативных и депрессивных расстройств, когнитивных нарушений при шизофрении, способствуют приверженности больных лечению и психотерапии. Они прямо влияют на никотинергические и дофаминергические системы, уменьшая тем самым интенсивность влечения к табаку и проявления никотиновой абстиненции. Не случайно больные шизофренией, получающие атипичные нейролептики, чаще бросают курить [1, 4, 10].

Клозапин является препаратом выбора для лечения ТЗ. Не рекомендуется использовать типичные нейролептики, особенно галоперидол, потому что они могут усиливать экстрапирамидные побочные

эффекты. Атипичные нейролептики (клозапин) устраняют блокаду D_2 -рецепторов, вызванную типичными нейролептиками, которые стимулируют больных к интенсивному ТК. Курящие больные шизофренией лучше реагируют на клозапин, чем некурящие. Клозапин способен улучшить результаты лечения ТЗ в сочетании с другими атипичными нейролептиками [10].

Антиникотиновые программы в психиатрических учреждениях

Стратегия антиникотиновой политики в психиатрических учреждениях требует организационных изменений, разработки соответствующих мер борьбы с ТК. Согласно данным зарубежных исследований, проводя организационные изменения, необходимо соблюдать 12 ключевых принципов:

- работа с желающими отказаться от ТК, чтобы прояснить миссию программы, определить возможные препятствия для ее выполнения и устранить их;
- создание группы лидеров среди заинтересованных лиц;
- составление плана изменений и создание рабочих групп для его реализации с определением достижимых целей и задач;
- достижение вначале наиболее легких и краткосрочных изменений в системе отношений, которые будут способствовать другим изменениям;
- инструктаж обслуживающего персонала с обучающей супервизией и последующим наблюдением;
- лечение ТЗ у обслуживающего персонала, настроенного на отказ от ТК;
- наглядная демонстрация положительных изменений в интенсивности ТК и других результатов лечения ТЗ, включая предшествующие попытки отказа от ТК;
- подключение мотивационной и обучающей информации о ТК, рисках и лечении с целью повышения осведомленности и активности участников программы;
- помощь в получении препаратов никотинзаместительной терапии (НЗТ) и других лекарственных средств лечения ТК;
- интегрированное лечение ТЗ у больных, желающих бросить курить;
- организация встреч локальной группы анонимных курильщиков, обсуждение изменений в системе с другими заинтересованными группами, организациями, коллегами;
- принятие и развитие антитабачной политики.

Указанная программа апробировалась в 235 психиатрических больницах (включая стационары для больных, находящихся на принудительном лечении)

США, в которых лечатся около 50 000 больных, и хорошо себя зарекомендовала [1].

В Республиканской психиатрической больнице Чебоксар использовалась антитабачная программа «Дыши свободно», в которой участвовал и медицинский персонал. Делалась попытка через творчество (песни, стихи, сценки о вреде табака) замотивировать пациентов к отказу от ТК, донести до них доступную информацию о вреде курения. Среди «артистов» преобладали курящие больные шизофренией. В групповые занятия в зависимости от состояния и интеллектуального уровня пациентов были включены творческие задания. Некоторым предлагалось написать синквейны (пятистрочные японские стихи) к таким словам, как «сигарета», «курение», «жизнь», «радость», «трудность» и др. Это позволило больным лучше осмыслить ТЗ и ТК, а общая антитабачная атмосфера способствовала отказу от ТК у части больных или уменьшению интенсивности ТК [8].

Участие медсестер в работе по прекращению ТК у больных шизофренией

Стратегия работы по прекращению ТК основывается на 5 действиях: спросите, дайте совет, оцените, помогите, организуйте последующее наблюдение [7]. Ее можно использовать как индивидуально, так и при групповом консультировании. Если пациент не хочет прекращать ТК, стратегия включает в себя обсуждение с пациентом вопроса, почему прекращение ТК важно для него (его здоровья и жизни). В частности, определяют риски развития болезней (болезни легких, онкологические и др.). Необходимо показать пациенту личную выгоду от прекращения ТК. При этом обсуждают возможные затруднения, которые могут помешать успеху в отказе от ТК. Описанную пошаговую процедуру медсестра должна повторять многократно, если пациент не имеет достаточного желания бросить ТК.

Медсестры обязаны давать пациентам рекомендации по прекращению ТК [7, 9]. Их совет достоверно повышает показатели воздержания от курения. Понятные для пациента 3–5-минутные консультации наиболее эффективны. Медсестры должны обладать знаниями и практическими навыками, чтобы предложить минимальный уровень противокурительного консультирования и уметь оказать помощь при попытке прекратить курение.

Совет медсестры способствует формированию у курильщика мотивации к отказу от курения. Лечение считается успешным, если больному удается воздержаться от курения не менее 6 мес после его прекращения. Специализированное вмешательство за рубежом осуществляется, как правило, соответственно обученной бригадой (врач, медсестра и психолог) [9].

Индивидуальные стратегии по прекращению ТК оптимально сочетают совет (рекомендации по прекращению ТК) с фармакологическим лечением (НЗТ

Предлагаемые начальные дозы НЗТ для курильщиков (цит. по [7])

Курение	<10 сигарет в день	10–19 сигарет в день	20–30 сигарет в день	>30 сигарет в день
Не каждый день	Лекарства (НЗТ) не нужны	Лекарства (НЗТ) не нужны	–	–
Не курит утром	Лекарства (НЗТ) не нужны	Лекарства (НЗТ) не нужны	Пероральный прием НЗТ	–
1-ю сигарету выкуривает менее чем через 60 мин после пробуждения	Лекарства (НЗТ) не нужны	НЗТ перорально	Пластырь с высокой дозой (0,9 мг/ч)	Пластырь с высокой дозой (0,9 мг/ч), возможно – НЗТ перорально
1-ю сигарету выкуривает менее чем через 30 мин после пробуждения		Пластырь с высокой дозой (0,9 мг/ч)	Пластырь с высокой дозой (0,9 мг/ч), возможно НЗТ перорально	Пластырь с высокой дозой (0,9 мг/ч) и НЗТ перорально
1-ю сигарету выкуривает менее чем через 5 мин после пробуждения		Пластырь с высокой дозой (0,9 мг/ч), возможно НЗТ перорально	Пластырь с высокой дозой (0,9 мг/ч) и НЗТ перорально	2 пластыря с высокой и средней дозой (1,6 мг/ч)

и когнитивно-поведенческая терапия: изменение привычного способа мышления и ощущения проблемы личного отношения к ТК). Очень полезны листовки, плакаты, брошюры, Интернет-ресурсы, поддержка по мобильному телефону (включая СМС-сообщения) [1, 6, 7, 9].

НЗТ позволяет насытить рецепторы никотина для устранения тяги к ТК и других симптомов отмены, сократить число никотиновых рецепторов в долгосрочной перспективе и тем самым снизить ТЗ. Все коммерческие доступные формы НЗТ (жевательная резинка, трансдермальный пластырь, назальный спрей, ингалятор и подъязычные таблетки) способствуют прекращению ТК на 50–70%.

Сокращение ТК с применением НЗТ необходимо систематически предлагать лицам с сильной ТЗ (7 и более баллов по тесту Фагерстрёма) и не готовым прекратить ТК. Долгосрочной целью остается полное прекращение ТК. Начальная доза НЗТ может быть определена количеством выкуриваемых за день сигарет, а также временем выкуривания 1-й сигареты (табл. 2). НЗТ может вызывать (редко) побочные эффекты (головная боль, икота, тошнота, рвота, сердцебиение и др.). Считается, что безопаснее принимать НЗТ, чем потреблять табак. Стандартное лечение ТЗ длится 9–12 нед (не менее 2 контрольных посещений) [7].

ТЗ очень часто наблюдается у больных шизофренией. Распространенность ТК у них выше, чем в общей популяции и при других психических расстройствах. Медсестры должны отмечать ТК (ТЗ) в медицинской документации и стараться по возможности разными способами мотивировать больных шизофренией к отказу от ТК. Этому может способствовать правильная психофармакотерапия атипичными нейролептиками (клозапин) и НЗТ (Никоретте) с учетом выраженности ТЗ. Наиболее эффективна борьба с ТК в психиатрических учреждениях, имеющих обученный медицинский персонал, анти-

никотиновую программу, соблюдающих ее ключевые принципы, в которых в этот процесс постоянно и планомерно вовлекаются курящие больные.

Литература

1. Голенков А.В. Табакокурение при шизофрении: частный вопрос или глобальная проблема? // Наркология. – 2010; 11: 57–64.
2. Голенков А.В. Распространенность табакокурения среди стационарных больных шизофренией. Четверть века наркологической службе Чувашии: материалы науч.-практ. конф. – Чебоксары, 2010. – С. 120–122.
3. Голенков А.В. Социально-психологические особенности табачной зависимости у жителей Чувашии // Наркология. – 2013; 1: 28–32.
4. Голенков А.В., Аверин А.В. Сестринский процесс в психиатрии. Учебное пособие. – Чебоксары, 2003. – 200 с.
5. Левшин, В., Слепченко Н. Индивидуальные и групповые различия курительного поведения // Врач. 2014; 7:83–86.
6. Погосов А.В. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака // Наркология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008: 291–304.
7. Прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости: научно обоснованные рекомендации. Под ред. А.К. Демина. – М.: Вашингтон, 2013. – 244 с.
8. Филиппова Е.В., Никитин Л.Н., Волошина Е.В. Анти табачная программа «Дыши свободно» как фрагмент реабилитации пациентов психиатрической больницы. Четверть века наркологической службе Чувашии: материалы науч.-практ. конф. – Чебоксары, 2010. – С. 131–133.
9. Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L.F. Nursing interventions for smoking cessation // Cochrane Database Syst. Rev. – 2013; 12 (8): CD001188.
10. Wijesundera H., Hanwella R., de Silva V.A. Antipsychotic medication and tobacco use among outpatients with schizophrenia: a cross-sectional study // Ann. Gen. Psychiatry. – 2014; 13 (1): 7.

DIAGNOSIS AND PREVENTION OF TOBACCO DEPENDENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Professor A.V. Golenkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper presents the clinical, epidemiological, therapeutic, and preventive aspects of tobacco dependence in schizophrenia. It discusses guidelines for nurses, which promote tobacco cessation in this patient group.

Key words: nurses, schizophrenic patients, tobacco smoking, tobacco (nicotine) dependence.

Из перечисленных лекарственных форм в аптеках без рецепта продается препарат «Никоретте».