

СОГЛАСОВАНО

Генеральный директор

ООО «Динамика»



В. Жиров

2012 г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач МБУЗ ГКБ №2

Л.А.Шпагина



2012 г.

ОТЧЕТ

о научно-исследовательской работе по теме:

«Оценка влияния ингалятора эфирных масел

на профиль табакокурения»

Новосибирск 2012

Список исполнителей:

1. Научный руководитель – главный врач МБУЗ ГКБ №2, зав. кафедрой госпитальной терапии и медицинской реабилитации НГМУ, д.м.н., профессор Л.А.Шпагина.

2. Ответственный исполнитель – зам. главного врача МБУЗ ГКБ №2 по лечебной работе, профессор кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации НГМУ, д.м.н. О.Н.Герасименко.

3. Исполнители:

- зав. курсом медицинской реабилитации при кафедре госпитальной терапии и медицинской реабилитации НГМУ, д.м.н., профессор В.А.Дробышев;
- заведующая центром здоровья МБУЗ ГКБ №2 Э.Ш.Лазарева;
- заведующая отделением профилактики МБУЗ ГКБ №2 Т.В.Войтович;

С О Д Е Р Ж А Н И Е

1. Введение.....	2
2. Актуальность популяционной борьбы с курением табака	3
3. Цели, задачи, дизайн исследования.....	9
4. Результаты исследования.....	11
5. Выводы.....	20
6. Литература.....	21

1. ВВЕДЕНИЕ

Общепризнанным является тот факт, что табакокурение (ТК) представляет один из предотвратимых факторов риска развития и преждевременной смерти от социально значимых заболеваний: болезней системы кровообращения, органов дыхания и злокачественных новообразований (Камардина Т.В., Глазунов И.С.,2002). Распространенность курения в Российской Федерации — одна из самых высоких среди всех стран: курит около 65% мужчин и 14% женщин (Масленникова Г. Я., Оганов Р. Г.,2002). Никотиновую зависимость следует рассматривать как заболевание, которое необходимо диагностировать и лечить, поэтому отказ от курения и лечение табачной зависимости являются весьма актуальной задачей, позволяющей продлить жизнь и сохранить ее удовлетворительное качество (Кукес В. Г., Маринин В. Ф., Гаврисюк Е. В.,2009).

Никотинзамещающая терапия (НЗТ) является краеугольным камнем современного подхода к лечению больных с никотиновой зависимостью. В основе НЗТ лежит идея о необходимости поддержать силу воли в процессе отказа от курения путем облегчения симптомов отмены (Оганов Р. Г., Ткаченко Г. Б.,2001). К таким лекарственным средствам НЗТ относятся: жевательная резинка, назальный спрей, ингалятор, леденцы, пластырь и другие, в которых впервые был учтен не только психологический, но и

физиологический фактор (Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков К. Ю., 2001). При использовании препаратов в организм поступает минимально необходимая доза чистого терапевтического никотина (меньше, чем в сигарете), но достаточная, чтобы снять никотиновую «ломку». По данным исследования, проведенного Р. Tonnessen и соавт. (1993), применение НЗТ в течение года повышает частоту успешных отказов от курения в 2–3 раза по сравнению с плацебо.

Вместе с тем, НЗТ не лишена побочных эффектов и осложнений: никотин более медленно всасывается в кровь, его количество трудно поддается контролю, а доза, усвоенная организмом, может оказаться гораздо большей, чем при курении (Sayette MA, Parrott DJ., 1999). Наиболее часто используются носовые спреи, которые могут вызывать кратковременное раздражение носа, горла, чихание, слезотечение, выделения из носа.

Известно, что ароматы из эфирных масел (лимона, эвкалипта, перца) обладают способностью корректировать психо-эмоциональное состояние, что позволяет использовать их в программах борьбы с курением (Rose J.E, Behm F.M., 1994). По мнению М.А. Sayette (1999) ароматические компоненты могут оказывать релаксирующее воздействие и, за счет этого, подавлять определенные симптомы отмены курения, в том числе тягу к сигаретам.

2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПОПУЛЯЦИОННОЙ БОРЬБЫ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

Основная роль среди патологических факторов табакокурения (ТК) принадлежит никотину, представляющему алкалоид без цвета и запаха, входящий в состав растений семейства пасленовых, преимущественно табака (Клестес Р.С., Де Бон., 1998). При курении происходит сухая перегонка табака, в результате чего образуются токсичные вещества: кроме никотина, это эфирные масла, окись углерода (угарный газ), углекислый газ, аммиак,

табачный деготь, радиоактивные вещества, свинец, висмут, мышьяк, калий, а также масляная, уксусная, муравьиная, валериановая и синильная кислоты, сероводород, формальдегид, азот, водород, аргон, метан, цианистый водород и т. д. (Денисов И.Н., Кулаков В.И., Хаитов Р.М.,2001). Более 40 из них являются канцерогенами, особую опасность представляет изотоп полония-210, большая часть которого накапливается в организме и способствует развитию раковых клеток.

Никотин проникает через цереброваскулярный барьер и распространяется по мозговой ткани с высокой концентрацией в гипоталамусе, таламусе, среднем мозге, стволе и коре головного мозга (Кукес В. Г., Маринин В. Ф., Гаврисюк Е. В. ,2009). Он взаимодействует с никотиновыми холинергическими рецепторами головного мозга, вегетативными ганглиями, нейромышечными синапсами. Активация никотиновых рецепторов вызывает высвобождение катехоламинов, включая ацетилхолин, норадреналин, дофамин, серотонин, бета-эндорфин и глутамат (Оганов Р.Т., Деев А.Д., Жуковский Т.,1999). Результатом является ощущение повышенной работоспособности, снижение тревоги, уменьшение голода. С развитием толерантности начинается стойкое угнетение функций ЦНС, и для поддержания их на привычном уровне требуется все большее количество никотина. В связи с этим, курящий увеличивает количество выкуриваемых сигарет, чтобы получить тот же эффект или усилить его. Таким образом, развивающаяся в результате курения сигарет никотиновая зависимость способствует постоянно растущему поступлению в организм большого количества вредных веществ (Оганов Р. Г., Ткаченко Г. Б., 2001). Никотин обладает всеми свойствами идеального наркотика: при прекращении его поступления в организм развиваются симптомы отмены, которые достигают своего максимума через 48 часов после отказа и длятся 3–4 недели (Роб Каннингхэм,2001).

Мировой опыт показывает, что лечение ТК должно быть комплексным, так как зависимость от никотина проявляется на нескольких уровнях: психическом и физическом (Глазунов И.С., Оганов Р.Г.,2000). Различают: ТК с психическим компонентом зависимости — навязчивые мысли о сигарете, нервозность, привычные действия при закуривании; ТК с физическим компонентом зависимости — выраженная тяга к курению. Данный вид ТК характеризуется наличием абстинентного синдрома. Если у человека еще не успела сформироваться физическая зависимость от ТК (курильщик с небольшим стажем), а имеется только психологическая зависимость, то основное лечение — это психотерапия, направленная на устранение патологического рефлекса к ТК, уменьшение сильной тяги к сигаретам (Смирнов В. К., Ермолова О. И., Сперанская О. И.,2010) . Дополнительно к психотерапевтическим методам лечения применяются методы рефлексотерапии (иглоукалывание) и медикаментозная терапия.

Разработка индивидуальной программы отказа и лекарственной помощи курильщику должна предусматривать дифференцированный подход, с учетом степени никотиновой зависимости, поскольку эффективность методов избавления от курения обратно пропорциональна исходной выраженности никотиновой зависимости (Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков К. Ю.,2010) . Для определения степени никотиновой зависимости чаще всего используют опросник, разработанный К. Фагерстремом, определяющий связь между индивидуальным баллом и тяжестью проявления абстинентного синдрома. При высокой степени никотиновой зависимости необходимо оценить потребность в никотинзаместительной фармакотерапии (Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г.,1998). Одновременное назначение разных форм препаратов одной группы (например, пластырь и ингалятор или пластырь и назальный спрей) может снизить вероятность побочных эффектов каждой формы препарата и увеличить эффективность терапии.

Наибольшая доказательная база в настоящее время накоплена для ряда лекарственных препаратов, используемых при медикаментозной терапии никотиновой зависимости. К таким лекарственным средствам относятся никотинзаместительная терапия (НЗТ) (жевательная резинка, назальный спрей, ингалятор, леденцы, пластырь Никоретте); цитизин (Табекс), варениклин (Чампикс) и бупропион (антидепрессант Зибан) (Ebbert J. O., Sood A., Hays J. T. et al., 2007).

В основе НЗТ лежит идея о необходимости поддержать силу воли в процессе отказа от курения путем облегчения симптомов отмены. Никоретте стал первым препаратом НЗТ, который воплотил новый подход к лечению табачной зависимости: впервые был учтен не только психологический, но и физиологический фактор (Foulds J., 2006). При использовании препаратов Никоретте в организм поступает минимально необходимая доза чистого терапевтического никотина (меньше, чем в сигарете), но достаточная, чтобы снять никотиновую «ломку». Существует несколько лекарственных форм препарата: жевательная резинка, содержащая 2 и 4 мг никотина; сублингвальные таблетки в дозе 2 мг; раствор для ингаляций, содержащий 10 мг никотина в одной дозе; лейкопластырь (трансдермальная терапевтическая система, обеспечивающая постепенное высвобождение никотина в кровь с дозировками 5 мг/16 ч, 10 мг/16 ч и 25 мг/16 ч). По данным исследования, проведенного Р. Tonnessen и соавт. (1993), применение никотинзаместительного ингалятора в течение года повышает частоту успешных отказов от курения в 2–3 раза по сравнению с плацебо.

В восьмидесятых годах XX столетия появились и стали популярными никотиновые пластыри: содержащийся в них никотин попадает в организм через кожу, снимая состояние абстиненции (Raw, Martin, A, McNeill, R. West., 1999). Максимальная концентрация никотина в крови появляется через 6–10 часов, однако, согласно исследований Obach R., Reed-Hagen A.,

Krueger S. et al. (2006) никотин активирует ионные каналы в клетках кожи, что провоцирует воспаление и зуд.

Исследования показали, что люди, пытающиеся бросить курить и жующие такие никотиновые жевательные резинки, добиваются вдвое лучших результатов, чем те, кто пытается избавиться от пагубной привычки без них. Вместе с тем, быстрое пережевывание и глотание слюны не активируют действие никотина и могут вызвать тошноту. Следует учесть, что никотин из жевательной резинки более медленно всасывается в кровь, и количество потребляемого никотина трудно поддается контролю и доза никотина, усвоенная организмом, может оказаться гораздо большей, чем при курении (document EVR\ICP\ТОМ 1993).

Никотиновый спрей впрыскивается в обе ноздри, где он всасывается со слизистой и поступает сердце и мозг. Нежелательные побочные явления: кратковременное раздражение носа, горла, чихание, слезотечение, выделения из носа.

Препарат растительного происхождения Табекс предназначен для лечения хронического никотинизма, на фоне курения он создает неприятные симптомы никотиновой передозировки, что стимулирует снижать количество выкуриваемых сигарет или совсем отказаться от курения. Однако надо учитывать, что рекомендуемые производителем дозировки рассчитаны на злостных курильщиков, и индивидуальную дозировку надо подбирать индивидуально.

Механизм действия препарата Зибан прост: во время отказа от курения главное действующее вещество — бупропион препятствует нейтрализации в организме курильщика дофамина — «гормона удовольствия» (Ebbert J. O., Sood A., Hays J. T. et al., 2007). Действие вещества бупропион основано на его антидепрессантных свойствах, что дает бросающему курить психологический комфорт, который является важным фактором в процессе

отказа от курения. Таким образом, лечение с помощью препарата Зибан в корне отличается от никотинозаместительных методов, которые призваны поддержать привычный уровень никотина в крови в случае отказа от курения.

Известно, что ароматы из эфирных масел обладают способностью оказывать позитивное влияние на психоэмоциональное состояние человека и, соответственно, его мотивации (Rose J.E, Behm F.M., 1994). Эфирные масла представляют собой летучие экстракты растений, состоящие из сотен органических соединений – терпенов, спиртов, альдегидов, кетонов и др. углеводов, вырабатываемых эфирномаслянистыми растениями. Эфирные масла – прозрачные, бесцветные или слегка окрашенные жидкости, имеющие выраженный характерный запах. Летучи, не оставляют жирных пятен на бумаге, практически нерастворимы в воде, окисляются и осмоляются под воздействием света и кислорода.

В верхней части носовой полости находятся реснички обоняния – рецепторы, при контакте которых с молекулой пахучего химического соединения возникает нервный импульс, который проходит в обонятельную луковицу, где обрабатываются полученные данные, а оттуда – к мозговому центру обоняния, где определяется многообразное воздействие на весь организм. Различают три возможных механизма действия ароматерапии (Sayette MA, Parrott DJ., 1999):

- Фармакологический: после применения эфирных масел в организме происходят химические изменения, вызванные взаимодействием компонентов эфирных масел с гормонами, ферментами, кислотами организма и др.;
- Физиологический: эфирные масла оказывают стимулирующее или успокаивающее действие на органы или ткани организма, причем в этом процессе может быть задействована нервная система;

- Психологический: в результате вдыхания ароматов эфирных масел возникает индивидуальный (сознательный или подсознательный) ответ организма на запах. Эмоциональная реакция, в свою очередь, может вызвать психические или физиологические изменения в организме.

Таким образом, на сегодняшний день возможен выбор методов для борьбы с ТК и никотиновой зависимостью, По-видимому, только комплексная воздействие, включающая медикаментозные и немедикаментозные методы, позволит эффективно бороться с данным вида токсикомании.

3. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования: Изучить влияние ингалятора эфирных масел, производства ООО Фирма «Динамика» на интенсивность курения табака у медицинских работников ургентных отделений.

Дизайн исследования: На базе многопрофильного лечебно-профилактического учреждения г. Новосибирска проведено обследование мужчин и женщин, работающих в отделениях травматологии, неотложной хирургии, неврологии.

Всего осмотрено 28 человек в возрасте 25-45 лет, в том числе – 20 врачей и 8 – средних медицинских работников, выкуривающих в сутки не менее 10-15 сигарет, при стаже курения не менее 5 лет, желающих уменьшить частоту курения.

Критериями исключения из исследования явились: аллергия на эфирные масла, входящие в состав композиции, беременность, эпилепсия, психические заболевания, проведение других процедур для лечения табачной зависимости.

Методом случайной выборки, все обследованные были распределены на 2 группы: первая (14 человек) - проводила процедуру (ингаляцию) по стандартному графику 1 раз в 2 часа, 8 раз в день, по следующей методике: первая ингаляция через 30 -40 минут после пробуждения, последующие примерно через 2 часа. Проведение ингаляции не было связано с курением, при этом, пациенты воздерживались от курения в течение 15 минут после ингаляции, или проводить ингаляцию не ранее, чем через 15 минут после курения.

Обследованные во второй группе (14 человек) – проводили процедуру (ингаляцию) в тот период, когда появлялось желание закурить. Число ингаляций составляло 8-10 в день.

Перед первым применением ингалятора, процедуру проводили в течение 1-2 минут для оценки индивидуальной переносимости компонентов средства для ингаляции. Случаев повышенной чувствительности к ароматическим компонентам ингалятора выявлено не было.

Пациенты заполняли анкету перед началом исследования, через 10 дней и через 21 день от начала. Кроме того, ежедневно проводилась фиксация количества выкуриваемых сигарет, время курения первой сигареты (начало курения), объем выкуренной сигареты (половина сигареты,-2/3 сигареты, 3/4 сигареты), частота ингаляций.

Методы исследования включали опросник Фагерстрема, интервьюирование в ходе наблюдения, статистическую обработку.

Статистическая обработка: Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием статистического пакета SPSS 11.5. Для оценки достоверности различий показателей между группами применялись непараметрические методы: Колмогорова-Смирнова, угловой критерий Фишера. Сравнительные внутригрупповые оценки результатов до и после

лечения выполнялись с использованием критерия Вилкоксона. Уровень статистической значимости - 0,05 (Наследов А.Д., 2008).

Оборудование: Ингалятор для носа (в дальнейшем – ингалятор), предназначен для лечения и профилактики заболеваний органов дыхания в комплексной терапии и для уменьшения табачной зависимости посредством локального воздействия вдыхаемой смеси эфирных масел.

Состав смеси эфирных масел:

- | | |
|-------------------------------------------|--------|
| – масло эфирное перца чёрного | – 30 % |
| – СО ₂ экстракт фенхеля | – 30 % |
| – масло эфирное базилика | – 20 % |
| – СО ₂ экстракт листьев табака | – 20 % |

Изучаемые явления: Статус курильщика, дневной профиль курения, интенсивность курения при использовании ингалятора для носа с эфирными маслами черного перца, фенхеля, базилика, экстракта листьев табака.

Место выполнения работы: МБУЗ «Городская клиническая больница №2» г. Новосибирска (отделение профилактики, Центр Здоровья, Диагностический центр).

4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эффективность методов борьбы с табакокурением в значительной степени зависит от степени никотиновой зависимости. Результаты интервьюирования, проведенного перед началом оздоровительных мероприятий показали следующее (рисунок 1): согласно опросника Фагерстрёма, только 5% респондентов не имели никотиновой зависимости,



Рисунок 1. Результаты опроса на выявление никотиновой зависимости

тогда как у половины опрошенных (50%) имела место сильно выраженная, а еще у 45% - слабо или умеренно выраженная никотиновая зависимость, что указывало на сложность организации превентивных мероприятий по ограничению курения в выбранных группах.

Наиболее важным аспектом борьбы с ТК, является частота курения в рабочие и выходные дни. Результаты обследования пациентов 1-й группы представлены на рисунке 2. Так, оказалось, что исходные значения ТК в будни и свободны от работы дни отличалось лишь в 1,2 раза, подтверждало высокую степень никотиновой зависимости у большей части опрошенных. При проспективном наблюдении была выявлена положительная динамика: так частота курения в будние дни сократилась через 10 дней ингалирования на 17,2%, а к завершению периода наблюдения – на 26,7% и составило $15,0 \pm 2,4$ сигарет против $20,45 \pm 2,7$ исходно ($p < 0,05$).

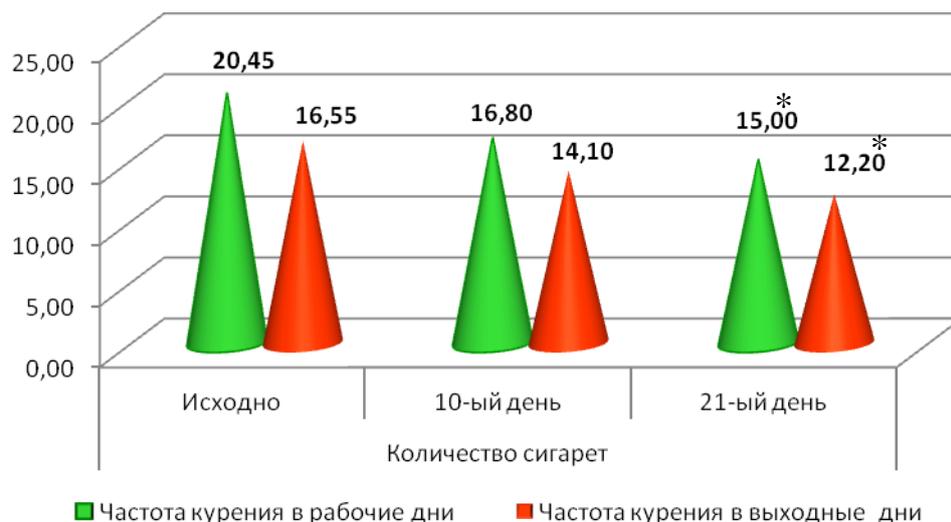


Рисунок 2. Частота курения в 1-й группе в динамике наблюдения (число сигарет)

*примечание: *-достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$*

Однонаправленная динамика имела место в отношении частоты курения в выходные дни: снижение от исходных значений составило через 10 дней – 14,8% и через 21 день- 26,3% ($p < 0,05$), что совпадало с аналогичными результатами будней. Примечательно, что к 21-у дню - разброс по частоте ТК в разные дни сохранялся, согласно исходным данным и составил 1,2 раза.

Однонаправленная динамика была получена при изучении результатов исследования во 2-й группе (рисунок 3). Обращал на себя внимание тот факт, что исходно во 2-й группе, частоты ТК превышала аналогичные показатели в 1-й группе на 4,0% и 3,2% в рабочие и выходные дни соответственно ($p > 0,05$). Вместе с тем, к завершению периода наблюдения, на фоне использования ингалятора «по потребности», а не по регламенту времени были получены лучшие, чем в 1-й группе результаты. Так, к 10-у дню – снижение числа выкуриваемых сигарет составило в будние дни – 13,0%, а в выходные -14,6%, а к 21-у дню - 33,8% и 29,8% ($p < 0,05$), что превышало результаты в 1-й группе.



Рисунок 3. Частота курения в 2-й группе в динамике наблюдения (число сигарет)

*примечание: *-достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$*

Таким образом, применение ингалятора «по необходимости», дает лучшие результаты, в том числе - у пациентов с высокой никотиновой зависимостью, чем ингаляции «по времени».

Следующим важным показателем эффективности борьбы с ТК, является объем выкуренной сигареты, который позволяет косвенно судить о количестве никотина и продуктов горения табака, поступивших в организм курильщика. При изучении дневников пациентов 1-й группы оказалось, что исходно почти $\frac{3}{4}$ опрошенных выкуривали $\frac{3}{4}$ сигареты, тогда как половину сигареты - лишь 15% (рисунок 4).

Следует отметить, что наибольшие изменения данного параметра произошли к 10-у дню исследования, когда число выкуривавших $\frac{3}{4}$ сигареты сократилось в 7,0 раз, тогда как количество куривших $\frac{1}{2}$ сигареты – возросло в 3,3 раза ($p < 0,05$).

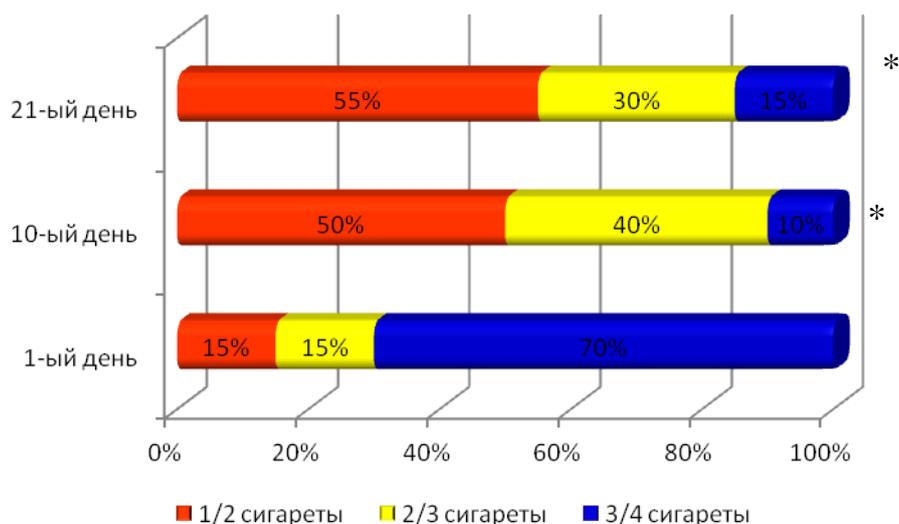


Рисунок 4. Объем выкуриваемой сигареты в 1-й группе в динамике наблюдения

*примечание: *- достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$*

Однако, к концу наблюдения, число куривших $\frac{3}{4}$ сигареты увеличилось на 5% от промежуточных (10-дневных значений), в том же время – курить только $\frac{1}{2}$ сигареты стали уже 55% участников, что достоверно отличалось от исходных цифр ($p < 0,05$).

Изучение аналогичных показателей у пациентов 2-й группы не выявило каких-либо отличий, что может быть обусловлено небольшим количеством участников и относительно коротким периодом наблюдения (рисунок 5).

Объяснением представленных данных может быть выраженное релаксирующее влияние ароматических масел на рецепторный аппарат участников программы.

Временные интервалы курения имеют важное прогностическое значение при оценке эффективности оздоровительных мероприятий. Следует отметить, что ни в одной из выделенных групп не было зафиксировано закономерностей по времени курения: 75% опрошенных курили чаще - на работе, в выходные дни – выкуривали сигареты равномерно в течение дня.

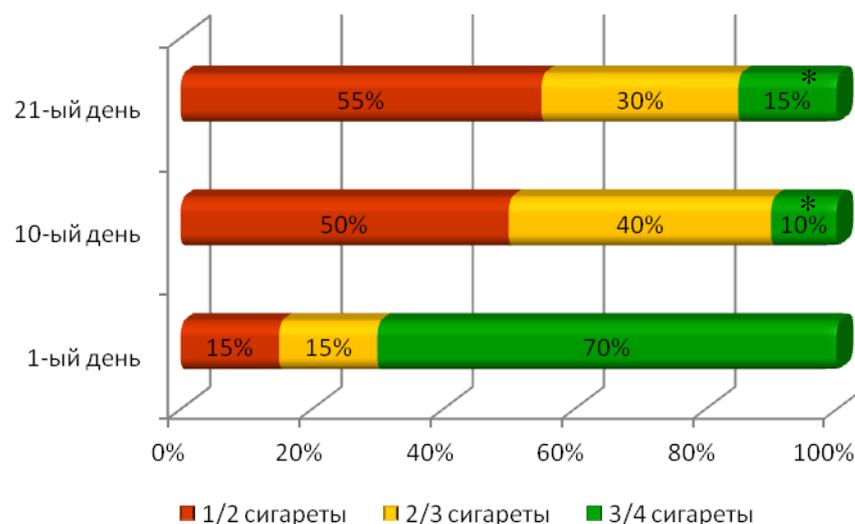


Рисунок 5. Объем выкуриваемой сигареты в 2-й группе в динамике наблюдения

*примечание: *-достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$*

Однако при исследовании динамики времени выкуривания первой сигареты были получены позитивные результаты, которые практически не имели различий в сравниваемых группах, вследствие чего представлены на одной гистограмме (рисунок 6). Так оказалось, что если исходно первая сигарета выкуривалась в 8 часов 2 минуты, то к 12-у дню наблюдения этот интервал сместился на 14 минут, к 15-у – на 30 минут, а к завершению исследования- на 46 минут и составил 4 часов 48 минут ($p < 0,05$).

Полученные результаты могут быть объяснены релаксирующим действием эфирных масел, входящих в состав ингалятора, что способствовало снижению выраженности клинических проявлений синдрома отмены ТК.

Актуальной проблемой в профилактике ТК является временной период воздержания от курения без субъективных неприятных ощущений.

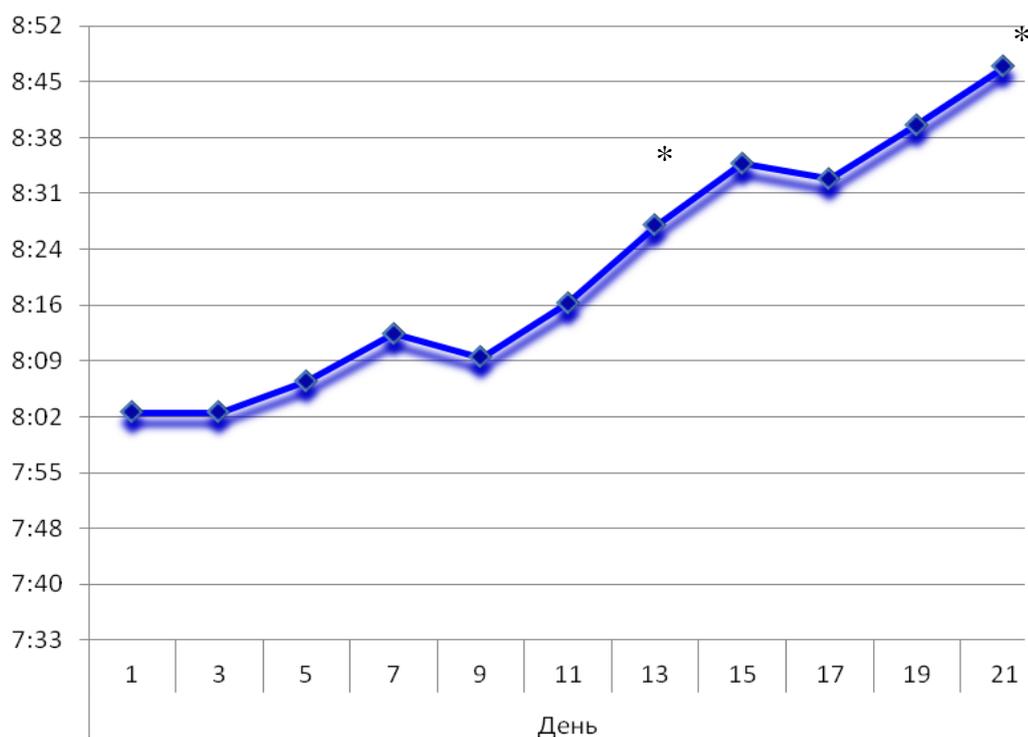


Рисунок 5. Время выкуривания первой сигареты по всем обследованным в динамике 21-дневного наблюдения

*примечание: *- достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$*

С учетом значительного разброса параметров по сравниваемым группам, что затрудняло проведение анализа, полученные данные были сведены в единый массив и усреднены (рисунок 6). Из представленного рисунка следует, что исходно период без курения составлял по все опрошенным $6,3 \pm 0,4$ часа, что обусловлено присутствием в программе значительного количества лиц, имевших слабую или умеренную степень никотиновой зависимости. Обращал на себя внимание тот факт, что через 10 дней применения ингалятора, изучаемый временной промежуток сместился лишь на 8,7%, на фоне уменьшения количества выкуриваемых сигарет и снижения объема курения (по длине сигареты), и составил $6,85 \pm 0,5$ часа. Но к завершению наблюдения была выявлена четкая положительная динамика: время без курения возросло в 28,6% и составило 8,1 часа ($p < 0,05$).

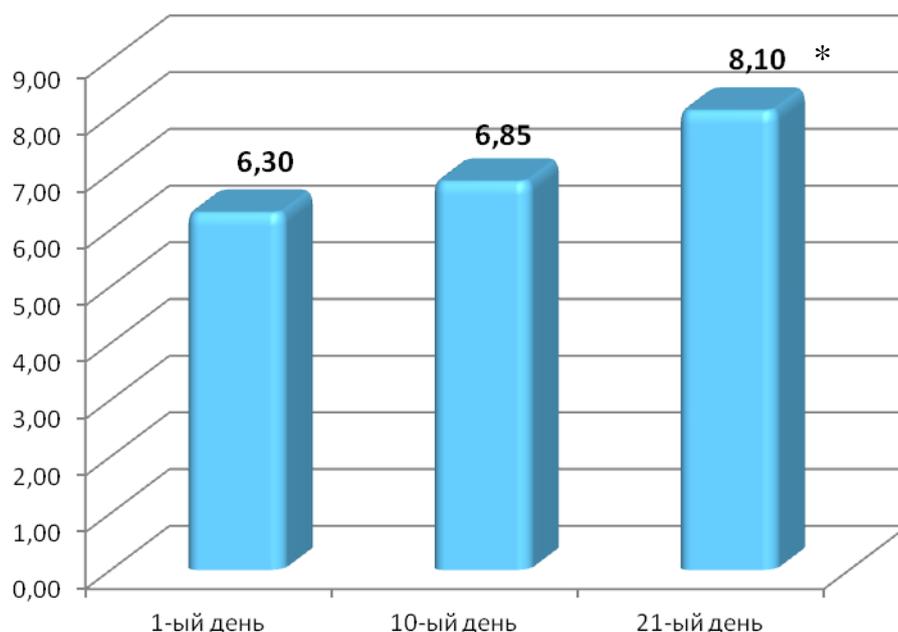


Рисунок 6. Количество часов воздержания от курения без неприятных ощущений

*примечание: *- достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$*

Следовательно, для увеличения периода воздержания от ТК без негативных субъективных ощущений при использовании ингалятора эфирных масел, требуется не менее 20 дней.

Частота применения тех или иных оздоровительных процедур в значительной мере формирует результативность программы. Несмотря на полученные в начале исследования рекомендации, пациенты обеих групп не всегда соблюдали предписанный режим ингаляций, что затрудняло статистические расчеты и послужило основанием для объединения полученных данных в единый массив (рисунок 7). Из представленного на рисунке материала видно, что количество ингаляций в ходе исследования варьировало в значительных пределах, составляя $5,75 \pm 0,3$ – в первый день, $6,8 \pm 0,6$ - в середине курса и $6,5 \pm 0,2$ - в конце его. Возможно предполагать, что результативность ингалирования для предупреждения ТК послужило побудительным мотивом увеличения частоты ингаляций.

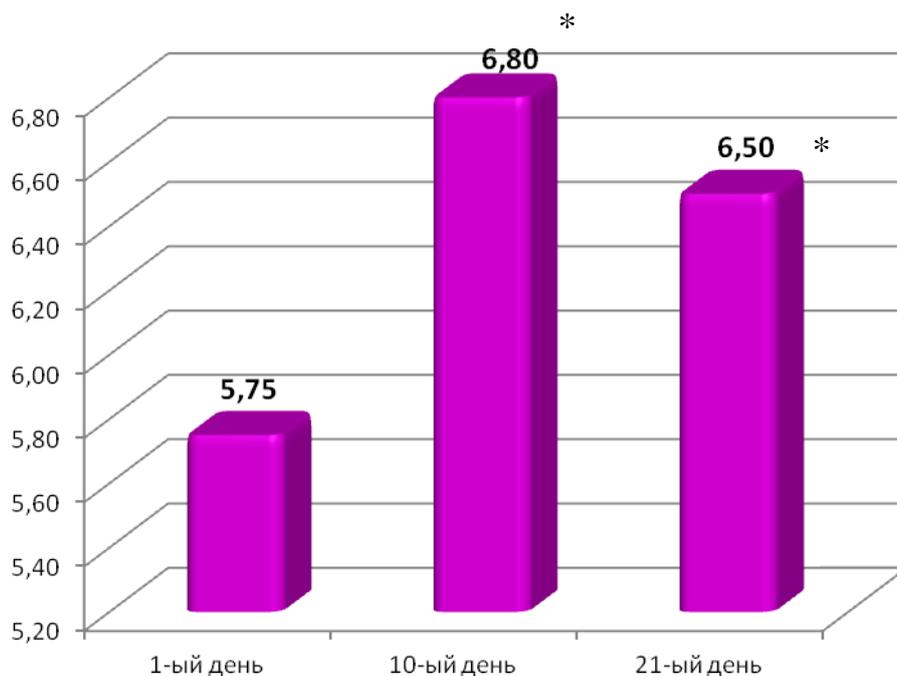


Рисунок 7. Количество ингаляций ароматических масел в день
*примечание: *- достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$*

Опрос проведенный по окончании периода наблюдения показал, что наибольшее снижение количества выкуриваемых сигарет было зафиксировано лицами без- или со слабо выраженной никотиновой зависимостью. В числе стажированных курильщиков 20-30 сигарет в сутки позитивные сдвиги были зафиксированы лишь у 34,5%.

5. ВЫВОДЫ

1. Процент курящих без никотиновой зависимости составляет не более 5%, но именно они являются наиболее перспективными в плане отказа от курения.
2. Наибольший эффект дает использование ингалятора для носа по мере необходимости, а не при строгой регламентации проведения процедур.
3. Для получения эффекта от ингаляций ароматических препаратов, как метода борьбы с ТК, необходима достаточная мотивация, имеющаяся у медицинских работников. Это позволяет снизить частоту ТК за 20 дней в среднем на 30%.
4. Ингаляции для носа эфирных масел позволяют снизить объем выкуриваемых сигарет на 1/3 через 10 дней от начала оздоровительных мероприятий.
5. Ингаляции для носа позволяют сдвинуть время выкуривания первой сигареты на 50 минут, увеличивает время воздержания от курения без неприятных ощущений на 28,3% спустя 20 дней от начала процедур.
6. Среднее количество ингаляций у курильщиков со стажем не менее 5 лет ТК варьирует от 5,75 до 6,80 раза/день.

6. ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейская серия, №97-56 с.
2. Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичёва Л.А. Распространённость курения среди женщин России Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002;1:7-12.
3. Клестес Р.С., Де Бон. Как бросить курить и не поправиться. Пер.с англ. /Под ред. О.Арнольд. М.:Яуза,1998,- 256 с.
4. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. Под ред. И.Н.Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.
5. Кукес В. Г., Маринин В. Ф., Гаврисюк Е. В. Варениклин — препарат нового поколения для лечения табачной зависимости // Клин. фармакология и терапия. 2009, 18 (3), 1–5.
6. Марцевич С. Ю., Лукина Ю. В. Проблема табакокурения в России. Медикаментозная терапия никотиновой зависимости: новые и старые препараты с позиций доказательной медицины.-2003.-245 с.
7. Масленникова Г. Я., Оганов Р. Г. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе // Проф. забол. и укрепление здоровья. 2002; 6: 17–20.
8. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний, смертности и некоторых других показателей развития программы CINDI. Отчет проекта. М. 1999-74 с.
9. Оганов Р.Т., Деев А.Д., Жуковский Т., и др. Влияние курения на смертность от хронических неинфекционных заболеваний по результатам проспективного исследования. Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. 1998;3:13-15.

10. Оганов Р. Г., Ткаченко Г. Б. Актуальные проблемы предупреждения распространенности курения табака. Материалы конференции «Ситуация, связанная с курением табака в России». М., 2001; 21–22.
11. Роб Каннингхэм. Дымовая завеса. Канадская табачная война. Пер. с англ /Под ред. А.К. Дёмина. Москва. 200, 495 с.
12. Руководство по профилактике в первичном здравоохранении (Под ред. И.С. Глазунова, Р.Т. Оганова, Н.В. Перовой, Р.А. Потемкиной. Москва. 2000.217 с.
13. Сдерживание эпидемии Правительства и экономическая подоплека борьбы с табаком. Евробюро ВОЗ.- Копенгаген, 2000-113 с.
14. Систематический подход к отказу от курения. Материалы семинара. Американский Международный союз Здравоохранения. Агентство США по Международному развитию при технической поддержке центров по контролю над заболеваниями и профилактике, США. М.2002-236 с.
15. Смирнов В. К., Ермолова О. И., Сперанская О. И. Актуальные вопросы терапии табачной зависимости // Наркология. 2010, 6, 36–39.
16. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков К. Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости // Русс. мед. журнал. 2001, 21, 2–19.
17. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Распространенность курения в России. Результаты обследования национальной представительной выборки населения. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1998;3:9-12.
18. Энкин М., Кейрс М.Дж.Н.С. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. Второе изд. Перевод с англ. СПб: Нордмет-Издат. 1999.-218 с.
19. Ebbert J. O., Sood A., Hays J. T. et al. Treating tobacco dependence; review of the best and latest treatment options // J. Thor.Oncol. 2007; 2: 249–256.
20. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: Vareniclin // Int. J Clin Pract. 2006; 60: 571–576.

21. Obach R., Reed-Hagen A., Krueger S. et al. Metabolism and disposition of varenicline, a selective acetylcholine receptor partial agonist, in vivo and in vitro // *Drug Metab Dis.* 2006; 34: 121–130.
22. Raw, Martin, A, McNeill, R. West. Smoking Cessation: Evidence-Based Recommendations for the Healthcare System. *British Medical Journal* 1999. 318 (7177): 182-85.
23. Rose J.E, Behm F.M. Inhalation of vapor from black pepper extract reduces smoking withdrawal symptoms. *Drug Alcohol Depend.* 1994 Feb;34(3):225-9.
24. Sayette MA, Parrott DJ. Effects of olfactory stimuli on urge reduction in smokers. *Exp Clin Psychopharmacol.*- 1999 May;7(2):151-9.
25. Tobacco-free Europe. Action plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1993 (document EVR\ICP\TOM 199). – 45 p.
26. Tonnesen P., Nurregard J., Mikkelsen K. et al. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation // *JAMA.* 1993; 269: 1268–1271.
27. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force/2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins 1996:371.