

УДК: 613.84-084-053.6

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.121691

## ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТЮТЮНОКУРІННЯ У ПІДЛІТКІВ

© С. І. Ільченко, А. О. Фіалковська

*Метою роботи була розробка персоналізованих антисмокінгових програм у підлітків, які курять, на підставі власного дослідження розповсюдженості та вивчення статусу тютюнокуріння. Встановлено, що сучасні антисмокінгові програми для підлітків повинні бути спрямовані на зниження інтенсивності тютюнокуріння та посилення мотивації кинути курити, а також проведення їх диспансерного огляду для виявлення груп ризику по розвитку ХОЗЛ у майбутньому*

**Ключові слова:** статус тютюнокуріння, підлітки, мотивація кинути курити, персоналізовані антисмокінгові програми

### 1. Вступ

Більшість існуючих антисмокінгових програм, що сьогодні застосовуються для попередження тютюнокуріння, спрямована на збільшення обсягу інформації щодо наслідків тютюнокуріння, ніотинової залежності та на практиці мають невисоку ефективність. У зв'язку з тим, що боротьба з тютюнокурінням повинна проводитися не тільки комплексно, але й індивідуально, представляється актуальним розробка персоналізованого підходу до його профілактики у підлітків.

### 2. Обґрунтування дослідження

Тютюнокуріння у дітей та підлітків є однією з найважливіших медико-соціальних проблем. Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD), проведене в Україні в 2015 році, показало, що частка молодих людей, які курили хоча б один раз у житті склала 60,4 % серед хлопців та 46,0 % серед дівчат. Найчастіше перша спроба куріння припадає на вік 13 років та молодше – 31,0 % підлітків викурюють свою першу сигарету саме в цьому віці [1, 2]. Ранній початок куріння призводить до формування у підлітків стійкої ніотинової залежності, від якої важко позбутися у майбутньому [3].

Зважаючи на значну розповсюдженість тютюнокуріння серед підлітків, раннє їх залучення до цієї шкідливої звички та негативний вплив її на здоров'я підростаючого покоління, профілактика тютюнокуріння та боротьба з ним є надзвичайно актуальним завданням [4].

Профілактичні заходи підліткового тютюнокуріння включають первинну та вторинну профілактику. Заходи первинної профілактики спрямовані на запобігання початку куріння підлітків та, як правило, повинні здійснюватися на рівні сім'ї та школи. Вторинна профілактика тютюнокуріння сприяє припиненню куріння у тих підлітків, які вже курять [5, 6]. Щоб заходи вторинної профілактики були дієвими, потрібно виявляти індивідуальні причини кожного конкретного підлітка. Тільки з урахуванням цих

особливостей подальша профілактична робота може бути ефективною.

### 3. Мета дослідження

Розробка та впровадження в практику персоналізованих антисмокінгових програм у підлітків, які курять, для ефективної боротьби з тютюнокурінням.

### 4. Матеріали і методи дослідження

Розробка антисмокінгових програм базувалася на даних проведеного у 2014–2015 роках епідеміологічного дослідження поширеності тютюнокуріння серед учнів старших класів середніх загальноосвітніх шкіл та коледжів м. Дніпра, в якому прийняли участь 2299 осіб віком від 12 до 20 років [7]. Середній вік обстежених підлітків склав  $17,1 \pm 0,04$  роки (середній вік дівчат –  $16,9 \pm 0,1$  роки, юнаків –  $17,2 \pm 0,1$  роки). Оцінювали вік початку куріння, стаж тютюнокуріння, кількість викурених за добу сигарет. Вивчався статус тютюнокуріння, який проводився згідно методичним рекомендаціям «Практическое руководство по лечению табачной зависимости» [3] та включав: оцінку тютюнокуріння як фактору ризику розвитку захворювання з розрахунком індексу курця (ІК) по формулі: кількість викурених за день сигарет  $\times 12$  місяців у році, які підліток курил (ІК  $> 140$  – куріння представляє ризик по відношенню до розвитку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ); ІК  $> 240$  – куріння неминуче призведе до розвитку ХОЗЛ у майбутньому); оцінку ступеня ніотинової залежності за тестом Фагерстрема; оцінку мотивації до куріння; оцінку мотивації кинути курити. Показник «пачка/роки» у підлітків, які щоденно курять, обчислювали по формулі: кількість викурених за добу сигарет  $\times$  кількість років куріння/20.

Спірометричне вимірювання було проведено 37 підліткам, які курять, на сучасному спірографі MicroLab 3500 MK8 (Великобританія) за загальноприйнятою методикою.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 6.1 та Excel 2010. Для статистичної

обробки матеріалів дослідження використовувалися методи математико-статистичного аналізу: перевірка нормального розподілу кількісних показників з використанням критеріїв Колмогорова-Смірнова та Шапіро-Уїлка; оцінка достовірності різниці середніх ознак за критерієм Ст'юдента (t). Результати вважали статистично вірогідними при значеннях  $p < 0,05$ .

### 5. Результати дослідження

За результатами дослідження розповсюдженість активного тютюнокуріння склала 20,8 %, а досвід тютюнокуріння мали 51,2 % всіх опитаних підлітків.

При вивченні віку початку куріння встановлено, що в середньому підлітки починають регулярно курити в  $14,4 \pm 0,1$  роки: юнаки в  $14,3 \pm 0,2$  роки, дівчата – в  $14,6 \pm 0,2$  роки ( $p > 0,05$ ) (табл. 1). Середня кількість сигарет, які викурюють підлітки за добу, склала  $9,1 \pm 0,3$ , у юнаків і дівчат  $10,5 \pm 0,4$  і  $7,7 \pm 0,3$  відповідно ( $p < 0,001$ ).

Індекс курця у підлітків, які курять, в середньому склав  $109,1 \pm 3,3$  та був достовірно вищим у юнаків ( $125,5 \pm 4,9$ ), ніж у дівчат ( $91,9 \pm 4,0$ ) ( $p < 0,001$ ) (табл. 1). У переважній більшості курців – 73,7 % підлітків ( $n=353$ ) – ІК був менше 140, у 23,8 % підлітків ( $n=114$ ) ІК був від 140 до 240, що вказує на вкрай високий ризик розвитку в них у майбутньому ХОЗЛ та у 2,5 % підлітків ( $n=12$ ) – вище 240, що при продовженні куріння неминуче веде до розвитку ХОЗЛ.

Серед підлітків, які щоденно активно курять, у 19,4 % ( $n=93$ ) встановлена дуже слабка нікотинова залежність, у 42,8 % ( $n=205$ ) – слабка, у 14,8 % ( $n=71$ ) – середня, у 15,9 % ( $n=76$ ) – висока та у 7,1 % ( $n=34$ ) підлітків дуже висока нікотинова залежність.

При оцінці мотивації до тютюнокуріння встановлено, що 36,5 % підлітків ( $n=175$ ) використовують тютюнокуріння як підтримку при нервовій напрузі, 17,1 % підлітки ( $n=82$ ) – щоб отримати розслаблюючий ефект, 10,0 % підлітків ( $n=48$ ) мають психологічну залежність від тютюнокуріння, 7,9 % підлітки ( $n=38$ ) отримують стимулюючий ефект від куріння, 4,2 % підлітків ( $n=20$ ) мають потребу маніпулювати сигаретою та лише у 0,6 % підлітків ( $n=3$ ) тютюнокуріння є звичкою.

Вивчаючи мотивацію кинути курити встановлено, що лише 20,3 % підлітків ( $n=97$ ) мають високу мо-

тивацію кинути курити, 48,0 % підлітків ( $n=230$ ) мають слабку мотивацію кинути курити та у 31,7 % підлітків ( $n=152$ ) мотивація кинути курити взагалі відсутня.

Результати спірометричного дослідження виявили у 10,8 % асимптомних підлітків-курців ( $n=4$ ) легкі та помірні вентиляційні порушення по обструктивному типу при відсутності скарг і об'єктивних порушень соматичного статусу.

Таким чином, проведене дослідження показало, що проблема тютюнокуріння серед сучасних підлітків залишається вкрай актуальною. Так, розповсюдженість вживання тютюну в м. Дніпрі є досить високою та становить 20,8 %. Це означає, що в місті курить кожний п'ятий підліток, а половина серед усіх опитаних підлітків хоча б раз в житті спробували курити.

### 6. Обговорення результатів дослідження

Виявлені негативні тенденції у статусі тютюнокуріння – чверть курців мають ІК вище 140, що вказує на вкрай високий ризик розвитку в них у майбутньому ХОЗЛ, незважаючи на незначний стаж тютюнокуріння ( $3,4 \pm 0,1$  роки). Майже у чверті підлітків, які курять, вже сформована висока та дуже висока нікотинова залежність. В той же час більшість підлітків не готові кинути – 48,0 % підлітків мають слабку мотивацію кинути курити та у третини (31,7 %) мотивація кинути курити взагалі відсутня.

Зважаючи на це, сучасні антисмокінгові програми для підлітків повинні бути спрямовані, в першу чергу, на зниження інтенсивності тютюнокуріння та посилення мотивації кинути курити, пропаганду здорового способу життя, а також проведення ретельного диспансерного огляду підлітків, які курять, з метою виявлення груп ризику по розвитку ХОЗЛ у майбутньому.

В Україні на сьогоднішній день взаємовідносини лікаря та дорослого пацієнта, який курить, регламентуються наказом МОЗ України № 601 від 03.08.2012 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів» та наказом МОЗ України № 746 від 27.09.2012 р. «Про затвердження Методичних рекомендацій для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну» [8].

Таблиця 1

Показники тютюнокуріння у підлітків (за даними анкетування),  $M \pm m$

Показник	Всього ( $n=479$ )	Юнаки ( $n=245$ )	Дівчата ( $n=234$ )	p
Вік початку тютюнокуріння, роки	$14,4 \pm 0,1$	$14,3 \pm 0,2$	$14,6 \pm 0,2$	$p > 0,05$
Стаж активного тютюнокуріння, років	$3,4 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,1$	$p < 0,01$
Кількість викурених за день цигарок, шт	$9,1 \pm 0,3$	$10,5 \pm 0,4$	$7,7 \pm 0,3$	$p < 0,01$
Показник пачка/роки	$1,7 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,1$	$p < 0,01$
Індекс курця	$109,1 \pm 3,3$	$125,5 \pm 4,9$	$91,9 \pm 4,0$	$p < 0,01$

Примітка: p – вірогідність різниці між юнаками та дівчатами

Крім того, тютюнова залежність в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) включена до рубрики «Психічні поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин», а куріння класифікується як захворювання (код F17). Відповідно до цього питання її діагностики та лікування знаходяться у компетенції лікарів-наркологів. Проте, для підлітків чіткі рекомендації по припиненню куріння на сьогоднішній день відсутні.

Зниження інтенсивності тютюнокуріння повинно здійснюватися комплексно, із застосуванням немедикаментозних методів та фармакотерапії [9].

Немедикаментозна антисмокінгова реабілітація включає індивідуальні або групові заняття, психологічну підтримку підлітка. І хоча ці заходи дають відносно низькі загальні показники щодо припинення куріння, вони значно збільшують ймовірність припинення куріння у порівнянні з відсутністю лікування [10].

Пацієнтам з високою мотивацією кинути курити (6 і більше балів) для розробки індивідуальної програми відмови від куріння важливе значення має ступінь нікотинової залежності [7]. Особам із середнім чи високим ступенем залежності рекомендована тривала програму лікування тютюнової залежності. Ця програма складається з періодичних бесід лікаря з пацієнтом, більш частих в перші 2 місяці відмови від куріння, та призначення фармакотерапії [3]. Фармакотерапія включає у себе широкий спектр препаратів, від замінників нікотину, що використовуються у різних формах (нікотинова жувальна гумка, нікотинний пластир) до антидепресантів, агоністів рецепторів нікотину. Доза та тривалість прийому препаратів є індивідуальною і залежить від ряду факторів (віку, ступеня нікотинової залежності, вираженості симптомів нікотинової абстиненції).

У відповідності з нещодавніми оглядами та рекомендаціями США не існує доказової бази по використанню фармакотерапії для припинення куріння у підлітків. Крім того, в більшості європейських країн заборонено законом виписувати ліки для відмови від куріння цій категорії осіб [8]. При лікуванні дітей віком 12–17 років з високим ступенем нікотинової залежності можливо використовувати нікотинову жувальну гумку.

Пацієнтам з низькою мотивацією кинути курити (4–6 балів) рекомендована коротка лікувальна програма для зниження тютюнового навантаження та підвищення мотивації кинути курити [3]. При відсутності мотивації кинути курити лікар повинен з'ясувати причини, що перешкоджають підлітку кинути курити, інформувати підлітка про негативні наслідки тютюнокуріння взагалі і, зокрема, для його здоров'я, визначити разом з пацієнтом позитивні ефекти відмови від куріння, під час кожної бесіди з курцями проявляти зацікавленість – чи намагається пацієнт відмовитись від куріння і заохочувати його у разі відмови.

В даному випадку пацієнтам рекомендують програму зниження інтенсивності тютюнокуріння. Суть цієї програми полягає в тому, що пацієнт продовжує отримувати нікотин на звичному для нього рівні, комбінуючи куріння сигарет з прийомом нікотинзамісної терапії (НЗТ) [3]. Протягом місяця інтенсивність куріння вдається знизити в середньому в 1,5 рази, тобто пацієнт скорочує прийом шкідливих речовин, що містяться в сигаретному димі. Дана програма відрізняється від короткої лікувальної програми тим, що вона не призводить до зниження рівня вмісту нікотину в крові, який залишається у пацієнта на звичному рівні. Великим позитивним результатом даної програми є те, що пацієнт поступово звикає жити без сигарет і посилюється його мотивація до відмови від куріння.

Поєднання фармакотерапії та немедикаментозних методів, а саме індивідуальних та групових консультацій, призводить до більш ефективної відмови від вживання тютюну. У разі неефективності медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів, яка надається лікарями загальної практики – сімейної медицини, або за бажанням пацієнта повинно бути розглянуто питання про направлення підлітка до спеціаліста-нарколога.

Наш власний досвід щодо впровадження персоналізованих програм профілактики та боротьби з наявністю тютюнової залежності свідчить про ефективність немедикаментозних заходів у підлітків в групі зі слабкою мотивацією кинути курити (48,0 % з обстежених) у вигляді підвищення цієї мотивації та зниження інтенсивності тютюнокуріння. Проте, підлітки, які мають високу нікотинову залежність, ІК вище 140 та слабку або відсутню мотивацію кинути курити (31,7 % з обстежених), потребували призначення комбінованої антисмокінгової програми з використанням фармакотерапії. При відсутності мотивації кинути курити пацієнтам можна також рекомендувати програму зниження інтенсивності тютюнокуріння з подальшою відмовою від нього.

## 7. Висновки

1. Профілактика тютюнокуріння у підлітків є заходом первинної профілактики розвитку хронічних захворювань органів дихання у дорослих та потребує співпраці між лікарем загальної практики, наркологами, педагогами, батьками та самими підлітками.

2. Найбільш перспективним у профілактиці тютюнокуріння та лікуванні тютюнової залежності у підлітків є розробка та широке впровадження в практику персоналізованих антисмокінгових програм з урахуванням якісних характеристик статусу тютюнокуріння.

3. Доцільність медикаментозної корекції тютюнової залежності у підлітків повинна оцінюватись в кожному конкретному випадку при неефективності інших заходів та проводитись тільки під пильним спостереженням фахівців.

## Література

1. Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні: монографія / Балакірева О. М. та ін. Київ: Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. 200 с.
2. Пархоменко Л. К., Єщенко А. В. Медичні та соціальні аспекти тютюнопаління у підлітків // Современная педиатрия. 2012. № 7 (47). С. 215–218.
3. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков Ю. К. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. Москва, 2001. 14 с.
4. Грузева О. В. Сучасна інформаційно-освітня програма профілактики куріння серед підлітків // Український науково-медичний молодіжний журнал. 2010. № 1. С. 20–27.
5. Батожаргалова Б. Ц., Мизерницкий Ю. Л. Проблема табакокурения у подростков и обоснование роли антитабаковых программ в профилактике респираторной патологии и реабилитации хронических заболеваний легких // Детская и подростковая реабилитация. 2011. № 2 (17). С. 52–60.
6. Профилактика табакокурения среди детей и подростков / Геппе Н. А. и др. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 144 с.
7. Фіалковська А. О. Епідеміологічне дослідження поширеності тютюнокуріння серед сучасних підлітків // Здоровье ребенка. 2017. № 7 (75). С. 112–116. doi: 10.22141/2224-0551.7.75.2016.86735
8. Кваша А. И., Зозуля А. И. Практические рекомендации по преодолению табачной зависимости у пациентов // Український медичний часопис. 2013. № 2 (94). С. 63–67.
9. Андрющенко И. В., Малинина Е. В. Комплексный подход к лечению табакокурения и никотиновой зависимости // Лечащий врач. 2012. № 1. URL: <https://www.lvrach.ru/2012/01/15435336/>
10. Рекомендации ENSP по лечению табачной зависимости: всестороннее руководство для осуществления мероприятий и стратегий по лечению табачной зависимости / ред. А. К. Демин. 2016. 186 с.

Дата надходження рукопису 20.12.2017

**Ільченко Світлана Іванівна**, доктор медичних наук, професор, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044  
E-mail: [ilchensv@gmail.com](mailto:ilchensv@gmail.com)

**Фіалковська Анастасія Олександрівна**, асистент, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044  
E-mail: [fialkovskaja.a@gmail.com](mailto:fialkovskaja.a@gmail.com)

УДК: 616.89-008.454:616.89-008.441.44:616.894-053.8  
DOI: 10.15587/2519-4798.2018.121956

## КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ РІЗНОГО ТИПУ

© І. Г. Мудренко

*На підставі клініко-анамнестичного обстеження 213 хворих вивчено феноменологію суїцидальної поведінки при різних типах деменції. При хворобі Альцгеймера переважали ідеаторні форми суїцидальної поведінки, а при судинній деменції – зовнішньо-поведінкові форми. Встановлено взаємозв'язок між легким ступенем деменції та ідеаторним компонентом суїцидальної поведінки (думками, настроєм), помірним ступенем деменції та зовнішньо-поведінковими проявами (спробами, намірами та висловлюваннями)*

**Ключові слова:** клінічна феноменологія, суїцидальна поведінка, думки, хвороба Альцгеймера, судинна, змішана деменція

### 1. Вступ

На похилий вік припадає один з піків суїцидальної поведінки. Відомо, що найчастіше в старості серед психічних розладів зустрічається деменція. Такі хворі соціально дезадаптовані, почувують себе непотрібними та неспроможними, часто присутня супутня депресивна симптоматика, що в разі підвищує суїцидальний ризик [1, 2]. За деякими прогнозами, смертність внаслідок суїцидів впродовж 2002–2030 років зросте на 50 % [3].

Превенція самогубств – один з головних напрямків діяльності служб захисту психічного здоров'я у багатьох країнах світу [4]. Деменція поліморбідна з соматичними захворюваннями, характерними в похилому та старечому віці, та комплексом психологічних хвилювань людини, пов'язаних зі старінням та очікуванням смерті, неможливістю обслуговувати себе в побуті та залежністю від інших осіб [1, 2, 4]. Наявність депресивної симптоматики та її вираженість є основним маркером суїциду у хворих