

Отказ от курения должен быть неотъемлемой частью лечения тяжелых психических расстройств

Наконец в лечение пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями начинают включать отказ от курения¹. Почему это потребовало так много времени? Отчасти, из-за широко распространенных убеждений, что курение благоприятно для таких пациентов, плюс опасения, что отказ от курения может усугубить основное психическое заболевание. Отчасти, изменения происходят в результате появления новых данных о различных эффектах табакокурения в целом, а также высоких пошлинах, что оказывает влияние на людей с расстройствами поведения.

Несмотря на постепенное всемирное снижение распространенности табакокурения, табак остается убийцей номер один в мире (примерно 5 миллионов смертей в год) в том числе в развитых странах, таких как США (540 000 смертей в год). Более того, с табакокурением связаны хронические заболевания легких и сердца. Только в США число таких больных оценивается в 14 миллионов человек². В дополнение к хорошо известным причинно-следственным связям с заболеваниями сердца, раком легких, хронической обструктивной болезнью легких, курение также ассоциировано с преждевременными родами, болезнью Альцгеймера, многими орофарингеальными и гастроинтестинальными формами рака, катарактами и остеопорозом. Ни один другой фактор риска не является настолько значимым в качестве причины смерти и болезни.

Поскольку люди с психическими расстройствами не только чаще становятся курильщиками, но и больше курят, они несут несоизмеримое бремя. Например, люди с расстройствами поведения составляют 25% взрослого населения, но потребляют 40% сигарет, продаваемых в США³. Такие люди умирают значительно раньше, чем население в среднем, различия оценивают в 8-20 лет потерянной жизни⁴. Ранняя смерть в большинстве случаев обусловлена связанными с курением заболеваниями, такими как хронические заболевания легких и сердца, диабет и рак легких.

Несмотря на то, что глобальная распространенность курения среди взрослых снизилась с 1980 по 2012 с 41% до 31% среди мужчин и с 11% до 6% среди женщин, из-за роста численности населения фактическое число курильщиков увеличилось за это время с 718 миллионов до 966 миллионов (вычисленное значение). В целом, распространенность курения среди тех, кто имеет психические заболевания в два-три раза выше, чем среди остального населения. Показатели наиболее высоки среди людей с психозом и биполярным расстройством. Недавнее снижение распространенности курения в США не относилось к людям с психическими заболеваниями, которых в результате лишили основных преимуществ отказа от курения⁵.

Недавними исследованиями опровергнуты следующие мифы о курении и психических заболеваниях⁶:

Миф: Табак необходим для самолечения. **Ответ:** Многие симптомы, которые облегчает курение, на самом деле являются симптомами отмены никотина. Кроме того, некоторые исследования, ссылающиеся на пользу, подозрительны, так как были спонсированы табачной индустрией.

Миф: Люди с психическими заболеваниями не заинтересованы бросить курить. **Ответ:** Исследования показали, что курильщики с психическими заболеваниями заинтересованы в отказе от курения так же (около 70%), как и остальное население⁷.

Миф: Люди с психическими заболеваниями неспособны бросить курить. **Ответ:** Шансы бросить курить

низки для всех курильщиков, варьируя от 3-5% при отказе от курения без посторонней помощи до 16-30% при использовании экспериментальных препаратов в сочетании с консультационной помощью и последующим наблюдением. Возможно, объективные шансы бросить курить, получая одновременно консультационную помощь и препараты для отказа от курения, близки к 10-15%. Несмотря на эти обескураживающе низкие шансы, за несколько попыток многие курильщики справляются с этим; в США сейчас больше бросивших, чем курящих. Шансы бросить курить для людей с психическими заболеваниями сопоставимы с результатами в населении в целом, хотя они немного реже добиваются успеха⁹.

Миф: Отказ от курения снижает вероятность выздоровления от психических заболеваний и воздержания от употребления психоактивных веществ. **Ответ:** Как будет указано далее, прекращение курения может благотворно влиять на течение заболевания.

Миф: Отказ от курения – это не важная проблема. **Ответ:** Срочность решения проблем, сопровождающих острые проявления психических болезней, часто вытесняет долгосрочные соображения на второй план. Но поскольку курение – основной убийца людей с психическими заболеваниями, внимание к отказу от него должно считаться первостепенной стратегической целью.

На протяжении многих десятилетий эти мифы прочно укоренились в культуре лечения психических заболеваний, что привело к пренебрежению проблемой табакокурения. Курение было допустимо (и даже поощрялось) во время лечения, и сами клиницисты, работающие в области психического здоровья, были пристрастны к курению больше, чем доктора других областей¹.

Прекращение курения – это наиболее здоровый выбор, который пациент может сделать, и польза для здоровья увеличивается вне зависимости от возраста отказа от курения. Для тех, кто прекращает курить в 25-34 года, это означает прибавку 10 лет к жизни. Соответствующие цифры для старших возрастных групп составляют прибавку в 9 лет при отказе в 35-44 года, 8 лет в 45-54 года, и 4 года в 55-64 года¹⁰. Даже бросившие курить в преклонном возрасте живут дольше по сравнению с теми, кто продолжает курить. После одного года отказа риск коронарной болезни сердца снижается наполовину относительно продолжающих курить, после 15 лет достигает значений людей, которые никогда не курили. После 5 лет риск инсульта уменьшается до значений никогда не куривших людей; после 10 лет риск рака лёгких составляют половину от того, который имеют курящие.

Кроме общего оздоровления и увеличения продолжительности жизни, имеются специфические перспективы для психически больных. Из-за некоторых составляющих табачного дыма (не никотина) усиливается катаболизм большинства антипсихотических препаратов и многих антидепрессантов, терапевтические дозировки в больницах с запретом на курение становятся субтерапевтическими, когда курение возобновляется. Помимо этого, с тех пор, как курение во многих странах стигматизируется, постоянное курение является барьером для социализации людей с психическими заболеваниями. Другая проблема финансовая: налоги на табак растут, расходы на сигареты занимают большую долю часто и так ограниченного бюджета этих людей. Более того, недавний мета-анализ показал, что

отказ от курения приводит к уменьшению депрессии, тревоги и стресса, а также улучшению настроения и качества жизни. Эти преимущества применимы в равной степени к здоровым и психически больным, и эффективность сопоставима или выше, чем лечение расстройств настроения и тревожных расстройств антидепрессантами¹¹.

В условиях растущего количества доказательств вреда курения и пользы отказа от курения культура лечения психических заболеваний развивается от благодушного пренебрежения к курению до отказа от него. Примерами этих перемен являются динамика среди государственных психиатрических больниц США: от 20% больниц с запретом на курение в 2005 году до 83% в 2011 году; возрастающий уровень пользования горячими линиями для отказа от курения людьми с расстройствами психического здоровья; и действующий или вскоре вступающий в силу отказ от курения в качестве основного принципа политики профессиональных и других организаций: Американской ассоциации психиатрических медсестер, Американской психиатрической ассоциации, Американской психологической ассоциации и Национального союза по борьбе с психическими заболеваниями. Помимо этого, Управление службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств, крупнейшее федеральное агентство США по борьбе с расстройствами поведения, включило отказ от курения в основные задачи¹².

Клинические подходы к отказу от курения отражают те, что используются в общей популяции, следуя принципу «чем больше, тем лучше»⁸. Они включают клинические рекомендации, мотивационные беседы, и что не менее важно и лучше действует в сочетании – консультации (включая горячие линии по отказу от курения), а также одну из семи утвержденных схем лечения (пять форм заместительной никотиновой терапии, бупропион и варениклин). Кроме того, некоторые программы для людей с тяжелыми психическими расстройствами часто включали персональную консультацию, участие персонала клиники, просветительскую деятельность среди населения, а также увеличенную продолжительность консультационной помощи и фармакотерапии по сравнению с рекомендованными для основного населения¹³.

Поскольку курение представляет собой большой риск для лиц с тяжелыми психическими заболеваниями, вопрос не в том, должен ли отказ от курения стать

частью лечения, а в том, как скоро это произойдет. Очень трудно изменить традиционные методы, и влияющая табачная индустрия продолжит активно продавать продукцию. Некоторые актуальные вопросы не решены, например, соотношение риска и пользы электронных сигарет и оценка рисков основных методов отказа от курения, например, варениклина. Удобно считать, что во всех группах населения частота курения снизится, если мы не будем ускорять это снижение, мы не предотвратим смерти и инвалидность, которых можно было бы избежать.

Steven A. Schroeder

Department of Medicine, University of California at San Francisco, San Francisco, CA, USA

Перевод: Мурашко А.А. (Москва)
Редактура: к.м.н. Гантман М.В. (Москва)

(World Psychiatry 2016; 15: 175-176)

Библиография:

1. Schroeder SA, Morris CD. Annu Rev Public Health 2010;31:297-314.
2. Rostron BL, Chang CM, Pechacek TF. JAMA Intern Med 2014;174:1922-8.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Adults with mental illness or substance use disorder account for 40 percent of all cigarettes smoked. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
4. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. World Psychiatry 2014;13:153-60.
5. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN et al. JAMA 2014;311:172-82.
6. Prochaska JJ. N Engl J Med 2011;365:196-8.
7. Hall SM, Prochaska JJ. Annu Rev Clin Psychol 2009;5:409-31.
8. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence 2008: update. Rockville: Public Health Service, 2008.
9. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC et al. Nicotine Tob Res 2008;10:1691-715.
10. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V et al. N Engl J Med 2013;368:341-50.
11. Taylor G, McNeill A, Girling A et al. BMJ 2014;348:g1151.
12. Santhosh L, Meriwether M, Saucedo C et al. Am J Publ Health 2014;104:796-802.
13. Williams JM, Zimmermann MH, Steinberg ML et al. Adm Policy Ment Health 2011;38:368-83.

DOI:10.1002/wps.20332