

Комплексное лечение никотиновой зависимости: возможности повышения эффективности

Профессор Н.С. Антонов^{1,2}, профессор Г.М. Сахарова^{1,2}

¹ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва

²ФГБНУ «ЦНИИТ», Москва

РЕЗЮМЕ

Употребление табака ведет к развитию никотиновой зависимости, которая характеризуется развитием абстинентного синдрома в период прекращения употребления табака. Основными и наиболее распространенными проявлениями при отказе от табакокурения являются тревожные расстройства, которые провоцируют и усиливают симптомы отмены во время прекращения курения. В частности, у людей с социальными тревожными расстройствами также во время прекращения курения наблюдается обострение абстинентного синдрома. Применение анксиолитиков в комплексном лечении никотиновой зависимости значительно повышает успешность отказа от употребления табака. Современный анксиолитик фабомотизол обладает выраженным анксиолитическим эффектом, не вызывает зависимости и абстинентного синдрома после прекращения лечения и не имеет негативных побочных эффектов, характерных для антидепрессантов и бензодиазепиновых анксиолитиков. Фабомотизол не только ослабляет существующие тревожно-депрессивные симптомы, но и служит средством профилактики абстинентного синдрома, что повышает эффективность лечения. В статье авторы обобщили собственный опыт использования фабомотизола в клинической практике.

Ключевые слова: никотиновая зависимость, тревожные расстройства, синдром отмены табака, лечение никотиновой зависимости, лечение синдрома зависимости от табака, лечение синдрома отмены табака, анксиолитики, фабомотизол.

Для цитирования: Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Комплексное лечение никотиновой зависимости: возможности повышения эффективности. РМЖ. 2019;12:62–68.

ABSTRACT

Complex treatment of nicotine addiction: performance improvements

N.S. Antonov^{1,2}, G.M. Sakharova^{1,2}

¹Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow

²Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow

Tobacco use leads to the development of nicotine addiction. This addiction is characterized by the development of withdrawal syndrome during smoking cessation period. The main and most common manifestations of smoking cessation are symptoms of anxiety disorders. Besides, smokers have an increased risk of certain anxiety disorders, whereas smokers with anxiety disorders have more severe withdrawal symptoms during smoking cessation than smokers without anxiety disorders. Withdrawal syndrome exacerbation during smoking cessation is also observed in people with socially caused anxiety disorders. In this regard, anxiolytics use in the complex treatment of nicotine addiction significantly increases the smoking cessation effectiveness. Modern agent Fabomotizole has a pronounced anxiolytic effect, does not cause addiction and withdrawal syndrome after therapy discontinuation, and does not have the negative adverse events characteristic of antidepressants and benzodiazepine anxiolytics. The therapeutic effect of Fabomotizole is manifested not only in the alleviation of existing anxiety-depressive symptoms, but also in the preventive effect focused on withdrawal syndrome during smoking cessation, which increases the effectiveness of treatment. In the article, the authors summarized their own experience using Fabomotizole in clinical practice.

Keywords: nicotine addiction, anxiety disorders, withdrawal symptoms in smoking cessation, treating nicotine addiction, treatment in smoking cessation, anxiolytics, Fabomotizole.

For citation: Antonov N.S., Sakharova G.M. Complex treatment of nicotine addiction: performance improvements. RMJ. 2019;12:62–68.

ВВЕДЕНИЕ

Табачные изделия содержат никотин — вещество, которое вызывает развитие зависимости. При курении табака никотин попадает в легкие с табачным дымом, быстро проникает в кровеносную систему через альвеолярно-капиллярную мембрану, преодолевает гематоэнцефалический барьер и попадает в головной мозг. В среднем достаточно 7 с после вдыхания табачного дыма, чтобы никотин достиг головного мозга. В результате взаимодействия никотина с никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами происходит высвобождение дофамина и других нейромедиаторов, что является положительным подкреплением для развития никотиновой зависимости. При прекраще-

нии такого взаимодействия развивается синдром отмены, связанный с нарушением работы центральной нервной системы. J.R. Hughes провел анализ 120 исследований, посвященных последствиям отказа от употребления табака, и выявил, что основными и наиболее распространенными симптомами отмены являются тревога, депрессия, снижение концентрации внимания, нетерпение, бессонница и беспокойство [1]. Симптомы развиваются сразу после прекращения потребления табака, максимально проявляются в течение 1-й нед. и в целом длятся 2–4 нед. Кроме того, после отказа от табака могут развиваться такие симптомы отмены, как запор, кашель, головокружение, интенсивные сновидения, язвы во рту.

S.B. Morissette et al. провели анализ исследований по изучению взаимосвязи тревожности, тревожных расстройств, с одной стороны, и употребления табака и никотиновой зависимости — с другой и сделали вывод, что употребление табака повышает риск позднего развития некоторых тревожных расстройств, а у курильщиков, страдающих тревожными расстройствами, развиваются более тяжелые симптомы отмены во время прекращения курения, чем у курильщиков без тревожных расстройств [2]. Авторы также показали, что курение табака широко распространено среди лиц, страдающих тревожными расстройствами различного происхождения.

A.M. Leventhal et al. провели исследование взаимосвязи эмоциональной психопатологии и курения сигарет [3]. Авторы сделали заключение, что ярко выраженным коморбидным состоянием при никотиновой зависимости являются симптомы и синдромы тревоги и депрессии, среди которых выделяются: ангедония (снижение или утрата способности получать удовольствие), повышение тревожной чувствительности и снижение толерантности к дистрессу. Это приводит к повышенному ожиданию удовольствия от курения табака, усиливает анксиолитический эффект никотина, но усиливает и симптомы отмены при прекращении курения. В совокупности у лиц с эмоциональной психопатологией эти процессы приводят к усилению стимулирующих эффектов курения табака, прогрессированию и поддержанию курения, отказу от прекращения курения и рецидивам. N.L. Watson et al. в своем исследовании выявили, что среди людей с повышенной социальной тревожностью распространенность курения табака выше в 2 раза по сравнению с общей популяцией [4]. Для этой категории лиц также характерны более низкие показатели отказа от употребления табака и более частые рецидивы курения. Таким образом, тревожные состояния являются наиболее распространенным коморбидным состоянием при курении табака. С одной стороны, лица с тревожными расстройствами часто употребляют табак с целью подавления тревоги и беспокойства, с другой стороны, тревожные состояния являются наиболее распространенными проявлениями синдрома отмены. Поэтому при лечении никотиновой зависимости применение фармакологических средств, снимающих тревогу и страх, может существенно повысить эффективность лечения.

Безусловно, наиболее приемлемыми для лечения никотиновой зависимости, учитывая ее длительность, являются селективные анксиолитики, т. к. они обладают противотревожным действием, не вызывают привыкания, синдрома отмены и не обладают негативными побочными действиями антидепрессантов.

Исследования применения анксиолитиков при отказе от табака показали, что они способствуют прекращению курения, ослабляя синдром отмены и заменяя эффекты действия никотина. Несмотря на то, что данные по использованию анксиолитиков для отказа от курения ограничены, данные метаанализа, опубликованного в библиотеке Кохрейновского общества, свидетельствуют об их возможной эффективности, в т. ч. для пациентов с выраженными тревожными расстройствами [5].

ФАБОМОТИЗОЛ — АНКСИОЛИТИК НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Фабомотизол — селективный анксиолитик, не относящийся к классу агонистов бензодиазепиновых рецепторов [6–8].

Действуя на сигма-1-рецепторы в нервных клетках головного мозга, фабомотизол стабилизирует рецепторы гамма-аминомасляной кислоты и ГАМК-бензодиазепиновый рецептор и восстанавливает их чувствительность к эндогенным медиаторам торможения. Фабомотизол также повышает биоэнергетический потенциал нейронов и оказывает нейротропное действие: восстанавливает и защищает нервные клетки. Препарат не оказывает миорелаксирующего действия, не нарушает память и внимание. При его применении не формируется лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены.

Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легкого стимулирующего (активизирующего) эффектов. Селективный анксиолитик фабомотизол, восстанавливая естественные процессы торможения в центральной нервной системе, уменьшает и устраняет чувство тревоги (озабоченность, плохие предчувствия, опасения), раздражительность, напряженность (пугливость, плаксивость, чувство беспокойства, неспособность расслабиться, бессонница, страх), депрессивное настроение, соматические проявления тревоги (мышечные, сенсорные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные расстройства), вегетативные нарушения (сухость во рту, потливость, головокружение), когнитивные (сниженная концентрация внимания, ослабленная память), в т. ч. возникающие при стрессорных расстройствах (расстройствах адаптации). Применение препарата особенно показано пациентам, неустойчивым к стрессу, с астеническими чертами личности: тревожной мнительностью, неуверенностью, повышенной ранимостью и эмоциональной лабильностью. Уменьшение или устранение тревоги, напряженности, соматических, вегетативных, когнитивных нарушений наблюдается на 5–7-й день лечения. Максимальный эффект достигается к концу 4-й нед. лечения и сохраняется после него в среднем в течение 1–2 нед.

Фабомотизол относится к «короткоживущим» препаратам. Время достижения максимальной концентрации в крови составляет $0,85 \pm 0,13$ ч. Средняя величина максимальной концентрации — $0,13 \pm 0,073$ мкг/мл. Среднее время удержания препарата в организме — $1,6 \pm 0,86$ ч. Препарат интенсивно распределяется по хорошо васкуляризованным органам.

В отличие от большинства транквилизаторов фабомотизол можно применять одновременно с лекарственными препаратами других фармакотерапевтических групп, без риска отрицательного влияния на эффективность терапии сопутствующих соматических заболеваний. Фабомотизол применяется не только в психиатрической и неврологической практике, но и в терапевтической практике при тревожных состояниях у пациентов с сопутствующей соматической патологией. В клинических исследованиях и программах клинического наблюдения показана высокая эффективность фабомотизола при различных видах тревожных расстройств у большинства пациентов при отсутствии негативного влияния препарата на течение соматического заболевания, а также на эффективность и безопасность терапии сопутствующей патологии. Эффективность фабомотизола подтверждена при лечении тревожных расстройств у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, аритмиями) [9–17], кожи [18–21], желудочно-кишечного тракта [22], с брон-

хиальной астмой [23], гинекологическими [24, 25] и онкологическими [26] заболеваниями, системной красной волчанкой [27], нарушениями сна [28], алкогольным абстинентным синдромом [29].

ПРИМЕНЕНИЕ ФАБОМОТИЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Для оценки эффективности фабомотизола в комплексном лечении никотиновой зависимости был проведен анализ динамики симптомов отмены в процессе лечения. В основную группу были включены 30 пациентов, в контрольную — 6. Для оценки анксиолитического действия фабомотизола использовали шкалу тревоги Гамильтона и госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Поскольку симптомы отмены развиваются на 1–2-й день после прекращения употребления табака, достигая максимума на 5-й день, и длятся 3–4 нед., то и период наблюдения составил 4 нед. В исследование включили пациентов с высокой степенью никотиновой зависимости и высокой мотивацией к отказу от курения табака, в возрасте от 18 до 60 лет, не принимавших лекарственные средства, обладающие психотропной активностью, с выраженностью тревоги не менее 18 баллов по шкале Гамильтона и не менее 7 баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии [30]. Степень никотиновой зависимости определяли с помощью теста Фагерстрема, а степень мотивации к отказу от табака — с помощью теста Прохаски [30]. Критериями исключения являлись: психоорганические расстройства при первичных дегенеративных церебральных заболеваниях, признаки алкоголизма, лекарственной или наркотической зависимости, беременность, индивидуальная непереносимость препарата, повторное включение пациента в исследование. Лечение никотиновой зависимости у пациентов обеих групп проводили с использованием никотинзаместительной терапии, учитывая степень никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) [31, 32]. Всем пациентам основной группы дополнительно назначали фабомотизол с первого дня отказа от табака в дозе 10 мг 3 р./сут в течение 30 дней. Оценку тревоги по шкале Гамильтона и госпитальной шкале тревоги и депрессии проводили за 1–2 дня до начала лечения, а также на 3, 14, 21 и 30-й дни лечения. Характеристика пациентов основной и контрольной групп приведена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, в обеих группах пациенты имели очень высокую степень никотиновой зависимости, очень высокую мотивацию бросить курить, субклинически выраженные тревогу и депрессию. Некоторые пациенты имели клинически выраженные проявления тревоги и депрессии (депрессивный аффект). Сравнение показателей шкалы Гамильтона у пациентов основной группы до начала лечения (1-й визит) с показателями, наблюдаемыми через 3 дня (2-й визит), 14 дней (3-й визит), 21 день (4-й визит) и 30 дней (5-й визит), приведено в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, статистически значимая положительная динамика в процессе лечения фабомотизолом в основной группе наблюдалась уже на 3-й день лечения по всем показателям, кроме тревожного настроения и генитоуринарных симптомов. К 14-му дню лечения произошла полная редукция симптомов тревоги. В контрольной группе, в которой пациентам не проводилось лечение фабомотизолом, полная редукция симптомов тревоги наблюдалась только к 30-му дню лечения.

Таблица 1. Характеристика пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа, медиана (диапазон)	Контрольная группа, медиана (диапазон)
Пол: мужской/женский	20/10	4/2
Возраст, лет	46 (21–58)	44 (25–54)
Стаж курения, лет	26 (6–40)	25 (9–39)
Количество выкуриваемых сигарет в день, шт.	23 (15–30)	27 (10–40)
Степень никотиновой зависимости, баллов	8 (8–10)	8 (8–10)
Степень мотивации отказа от курения, баллов	8	8
Тревога по шкале Гамильтона, баллов	19 (18–24)	18 (18–23)
Тревога по госпитальной шкале тревоги и депрессии, баллов	8 (7–11)	8 (8–10)
Депрессия по госпитальной шкале тревоги и депрессии, баллов	7 (7–12)	8 (8–10)

Таблица 2. Сравнительный анализ динамики показателей шкалы тревоги Гамильтона в основной группе пациентов в течение 30 дней лечения никотиновой зависимости

Показатель	Визиты					
	1–2-й визиты		1–3-й визиты		1–5-й визиты	
	W	p	W	p	W	p
Тревожное настроение	84	0,2	435	0,001	435	0,001
Напряженность	255	0,02	465	0,001	465	0,001
Страхи	95	0,02	105	0,005	105	0,005
Бессонница	355	0,001	465	0,001	465	0,001
Когнитивные нарушения	233	0,002	253	0,001	253	0,001
Депрессивное настроение	379	0,001	435	0,001	435	0,001
Мышечные симптомы	430	0,001	465	0,001	465	0,001
Сенсорные симптомы	276	0,001	276	0,001	276	0,001
Сердечно-сосудистые симптомы	309	0,005	465	0,001	465	0,001
Дыхательные симптомы	253	0,01	435	0,001	435	0,001
Желудочно-кишечные симптомы	316	0,01	406	0,001	406	0,001
Генитоуринарные симптомы	13	0,2	15	0,1	15	0,1
Вегетативные симптомы	283	0,001	325	0,001	325	0,001
Поведение во время беседы	300	0,001	300	0,001	300	0,001

Примечание. W – сумма рангов по критерию Вилкоксона, p – уровень значимости.

Динамика выраженности симптомов по госпитальной шкале тревоги и депрессии в основной группе представлена в таблице 3.

Таблица 3. Выраженность симптомов по госпитальной шкале тревоги и депрессии в процессе лечения фабомотизолом в основной группе пациентов

Показатель	До лечения	Визиты (количество больных)				Доверительный интервал (сравнение состояния до лечения и после 4-го визита)
		1	2	3	4	
Степень выраженности тревоги						
Клинически выраженная	12	7	0	0	0	0,85–1,00
Субклинически выраженная	15	11	6	0	0	0,88–1,00
Норма	3	12	24	30	30	0,62–1,00
Степень выраженности депрессии						
Клинически выраженная	0	0	0	0	0	—
Субклинически выраженная	12	9	3	2	2	0,85–1,00
Норма	18	21	27	28	28	0,49–0,75

Как видно из таблицы 3, снижение степени выраженности тревоги при 95% достоверности с уровня «клинически выражена» происходило в интервале 85–100%, с уровня «субклинически выражена» — в интервале 88–100%. Достижение уровня нормы или отсутствия тревоги происходило в интервале 62–100%. Снижение степени выраженности депрессивного настроения с уровня «субклинически выражено» при 95% достоверности происходило в интервале 85–100%, достижение уровня нормы — в интервале 49–75%. Таким образом, полная редукция тревоги, определяемой по госпитальной шкале, при лечении фабомотизолом произошла к 3-й нед. лечения, а в контрольной группе — к 4-й нед., что подтверждено высоким уровнем достоверности.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАБОМОТИЗОЛА ЗА 5 ДНЕЙ ДО ДАТЫ ПОЛНОГО ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

Анализ динамики выраженности тревоги у каждого пациента выявил, что субклинически выраженная тревога на 2-м визите (3-я нед. лечения) определялась у пациентов, у которых до начала лечения тревога имела степень «клинически выражена». Учитывая терапевтическое действие фабомотизола по уменьшению тревоги и других симптомов тревожных состояний на 5–7-й день лечения, можно ожидать, что эффективность лечения пациентов с выраженным проявлением тревоги может быть повышена за счет назначения фабомотизола за 5 дней до даты полного отказа от курения.

В исследование были включены 15 пациентов с признаками тревоги (не менее 18 баллов по шкале Гамильтона или 8 баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии), с высокой степенью никотиновой зависимости и высокой мотивацией к отказу от табака (табл. 4).

До начала лечения со всеми пациентами проводилась краткая мотивирующая беседа и устанавливалась дата полного отказа от курения табака. Всем пациентам начиная со дня отказа от курения назначали стандартный курс никотинзаместительной терапии в соответствии со степенью никотиновой зависимости (1-й визит) [31, 32]. Для лечения тревожных расстройств пациентам назначали препарат фабомотизол по 10 мг 3 р./сут в течение 30 дней, который они начинали принимать за 5 дней до даты отказа от курения. Эффективность раннего назначения фабомотизола оценивали по динамике показателей выраженности тревоги и депрессии в процессе лечения, определяемых до начала лечения и на 7-й (2-й день отказа от курения, 2-й визит), 14-й (9-й день отказа от курения, 3-й визит) и 30-й (25-й день отказа от курения, 4-й визит) дни лечения. Статистический

Таблица 4. Характеристика пациентов с выраженными тревожными расстройствами, включенных в исследование

Показатель	Значение медиана (диапазон)
Пол: мужчины/женщины	9/6
Возраст, лет	44 (31–60)
Стаж курения, лет	25 (15–42)
Количество выкуриваемых сигарет в день, шт.	21 (15–30)
Степень никотиновой зависимости, баллов	8 (8–10)
Степень мотивации отказа от курения, баллов	8
Тревога по шкале Гамильтона, баллов	22 (19–26)
Тревога по госпитальной шкале, баллов	11 (8–13)
Депрессия по госпитальной шкале, баллов	11 (8–12)

Таблица 5. Динамика выраженности тревожного расстройства по шкале тревоги Гамильтона

Степень выраженности	Количество пациентов на 1, 2, 3 и 4-м визитах			
	1	2	3	4
Тяжелая	2	0	0	0
Средняя	13	0	0	0
Легкая	0	15	0	0
Норма	0	0	15	15

Таблица 6. Динамика показателей тревоги и депрессии по госпитальной шкале

Степень выраженности	Количество пациентов на 1, 2, 3 и 4-м визитах			
	1	2	3	4
Степень выраженности тревоги				
Клинически выраженная	10	1	0	0
Субклинически выраженная	5	6	0	0
Норма	0	8	15	15
Степень выраженности депрессии				
Клинически выраженная	7	0	0	0
Субклинически выраженная	8	4	1	0
Норма	0	11	14	15

анализ результатов исследования проводили с использованием критерия Вилкоксона для парных выборочных наблюдений и критерия знаков для двух связанных выборок. Динамика симптомов тревожного расстройства по шкале Гамильтона представлена в таблице 5, динамика симптомов тревоги и депрессии по госпитальной шкале — в таблице 6.

Как видно из таблицы 5, уже на 2-м визите, который соответствовал 7-му дню приема фабомотизола и 2-му дню полного отказа от курения, тяжелая и средняя степени тревоги по шкале Гамильтона не выявлялись. По показателям госпитальной шкалы (см. табл. 6) полная редукция симптомов тревоги и депрессии наблюдалась на 3-м визите, который соответствовал 14-му дню приема фабомотизола и 9-му дню полного отказа от курения. Оценка статистической значимости выявленной динамики проводилась при сравнении показателей, определяемых на 1-м и 2-м визитах, 2-м и 3-м визитах, 3-м и 4-м визитах (табл. 7, табл. 8).

Как видно из таблиц 7 и 8, в процессе комплексного лечения, включающего фабомотизол, наблюдалась положительная динамика в виде снижения депрессии и тревоги по госпитальной шкале, а также тревоги по шкале Гамильтона при сравнении этих показателей между визитами. Выявленная динамика была статистически значимой, что подтверждено критерием Вилкоксона и критерием знаков. Таким образом, назначение фабомотизола за 5 дней до даты отказа от курения позволило к этой дате снизить выраженность тревожных расстройств и депрессивного аффекта и сохранить эту тенденцию на весь период отказа от курения, что важно и для профилактики их обострения при развитии симптомов отмены.

Пациенты хорошо переносили терапию фабомотизолом, нежелательных явлений, связанных с приемом препарата, не наблюдалось. Важно отметить, что на фоне отказа от курения у пациентов, принимавших фабомотизол в составе комплексной терапии, не отмечено статистически значимого изменения массы тела (исходная

средняя масса тела — 75,73 кг, после завершения терапии — 75,06 кг). В то же время, по данным литературы, в течение первого месяца после отказа от курения среднее увеличение массы тела составляет 1,1 кг при отсутствии какой-либо терапии и 0,9 кг — при проведении никотинзаместительной терапии.

В результате описанных выше исследований синдром отмены при отказе от курения включили в инструкцию по применению фабомотизола в качестве одного из показаний к применению препарата. Никотиновая зависимость, развивающаяся при употреблении любых форм табака, с учетом выраженности симптомов отмены классифицируется в МКБ-10 как «Синдром зависимости от табака» (F17.2) и «Синдром отмены табака» (F17.3). В Российской Федерации утверждены Клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», в которых фабомотизол рекомендован к применению в качестве дополнения к базовой терапии для повышения эффективности устранения симптомов отмены в дозе 10 мг 3 р./сут с минимальной продолжительностью применения 1 мес. [33].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включение фабомотизола в комплексное лечение никотиновой зависимости повышает эффективность лечения за счет его терапевтического действия в отношении имеющихся тревожно-депрессивных проявлений, а также профилактического действия препарата, направленного на симптомы отмены во время отказа от курения. Назначение фабомотизола возможно в двух режимах: с первого дня полного прекращения курения и за 5 дней до первого дня. При обоих режимах назначения фабомотизола в комплексном лечении никотиновой зависимости синдром отмены купируется быстрее, чем у пациентов, у которых фабомотизол не входит в программу лечения.

Таблица 7. Статистическая оценка динамики показателя тревоги по шкале Гамильтона по критерию Вилкоксона и критерию знаков

Визиты	Критерий Вилкоксона для парных выборочных наблюдений		Критерий знаков для связанных выборок	
	Значение статистики	Уровень значимости, <i>p</i>	Значение статистики	Уровень значимости, <i>p</i>
1–2	120	0,005	15	0,005
2–3	111	0,005	15	0,005
3–4	120	0,005	15	0,005

Таблица 8. Статистическая оценка динамики показателей тревоги и депрессии по госпитальной шкале по критерию Вилкоксона и критерию знаков

Визиты	Критерий Вилкоксона для парных выборочных наблюдений		Критерий знаков для связанных выборок	
	Значение статистики	Уровень значимости, <i>p</i>	Значение статистики	Уровень значимости, <i>p</i>
Динамика показателей тревоги				
1–2	120	0,005	15	0,005
2–3	87	0,025	13	0,005
3–4	102	0,01	14	0,005
Динамика показателей депрессии				
1–2	120	0,005	15	0,005
2–3	80	0,05	12	0,05
3–4	91	0,01	13	0,005

КУРЕНИЕ – САМЫЙ ОПАСНЫЙ ФАКТОР ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА¹

АФОБАЗОЛ[®]

ОТКАЗАТЬСЯ ОТ КУРЕНИЯ
МОГУТ ПОМОЧЬ СПЕЦИАЛИСТЫ¹

Оригинальный селективный анксиолитик Афобазол обладает выраженным противотревожным действием, не вызывает привыкания, развития симптомов отмены после прекращения лечения². Включение Афобазола в комплексное лечение никотиновой зависимости повышает эффективность лечения и снижает проявления тревоги и депрессивного аффекта во время отказа от курения³.

КРАТНОСТЬ ПРИЕМА: ПО 1 ТАБЛЕТКЕ 3 РАЗА В СУТКИ

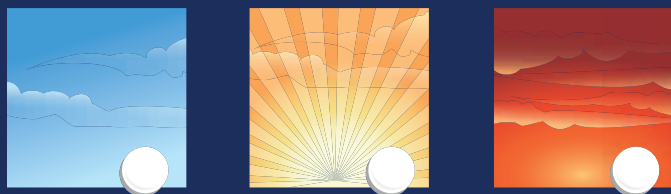


СХЕМА №1 (стандартная)²

10 мг ● x 3 в день

1 неделя



2 неделя



3 неделя



4 неделя



1 день отказа
от табака

Афобазол 10 мг 3 раза в сутки²
с 1 дня отказа от табака
продолжительностью
не менее 1 месяца³

СХЕМА №2 (для лиц с повышенным уровнем тревоги)

10 мг ● x 3 в день

за 5 дней до даты отказа от курения



1 неделя



2 неделя



3 неделя



За 5 дней до даты отказа
от табака Афобазол 10 мг 3 раза
в сутки продолжительностью
не менее 1 месяца

На 2-й неделе отказа от курения табака отмечалась полная редукция симптомов тревоги и депрессии при приеме Афобазола³. Афобазол рекомендуется использовать в комплексном лечении пациентов с высокой степенью никотиновой зависимости. Для лиц с повышенной тревожностью рекомендуется назначение Афобазола за 5 дней до даты отказа от курения³.

Краткая информация по медицинскому применению АФОБАЗОЛА.

Действующие вещества: фабомотизол – 10 мг. Код АТХ: N05BX. МНН: фабомотизол. Лекарственная форма: таблетки. Фармакотерапевтическая группа: анксиолитическое средство (транквилизатор). Фармакодинамика: АФОБАЗОЛ – селективный небензодиазепиновый анксиолитик. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легкого стимулирующего (активирующего) эффектов. Показания к применению: генерализованные тревожные расстройства, неврастения, расстройства адаптации, тревожные состояния у больных с различными соматическими заболеваниями. При лечении нарушений сна, связанных с тревогой, нейроциркуляторной дистонии, предменструального синдрома, алкогольного абстинентного синдрома, для облегчения синдрома «отмены» при отказе от курения. Противопоказания: индивидуальная непереносимость препарата. Непереносимость галактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция. Беременность, период лактации. Детский возраст до 18 лет. Способ применения и дозы: внутрь, после еды, по 10 мг 3 раза в день. Длительность курсового применения препарата – 2-4 недели. При необходимости, по рекомендации врача, суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения до 3 месяцев. Побочные действия: возможны аллергические реакции. Редко – головная боль, которая обычно проходит самостоятельно и не требует отмены препарата.

1 Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2011

2 Инструкция по медицинскому применению препарата Афобазол

3 Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Эффективность применения Афобазола в комплексном лечении никотиновой зависимости.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

otc Pharm
ОТИСИФАРМ

Реклама

При назначении фабомотизола за 5 дней до даты отказа от табакокурения у пациентов с повышенной тревожностью происходит редукция тревоги к дате отказа от курения, продолжаясь на фоне дальнейшего проведения терапии. При назначении пациентам с исходно повышенным уровнем тревожности в комплексной программе лечения фабомотизола за 5 дней до даты отказа от табакокурения не наблюдалось увеличения тревоги к 3-му дню отказа от табакокурения как проявление симптомов отмены табака, в отличие от группы пациентов, в которой фабомотизол назначали с первого дня отказа от табакокурения. Подобные данные об эффективности фабомотизола получены по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Выявлено снижение не только уровня тревоги, но и выраженности сопутствующего депрессивного аффекта к дню отказа от табакокурения, которое продолжалось на фоне дальнейшей терапии.

Таким образом, фабомотизол рекомендуется использовать в комплексном лечении пациентов с высокой степенью никотиновой зависимости. Для лиц с повышенной тревожностью, в т. ч. при сопутствующих депрессивных проявлениях, рекомендуется назначение фабомотизола за 5 дней до даты отказа от табакокурения. Редукция тревожного состояния и профилактика развития симптомов отмены (тревожных и депрессивных проявлений) позволяет увеличить эффективность комплексного лечения табачной зависимости.

Статья посвящается памяти видного российского ученого Бориса Львовича Медникова, доктора медицинских наук, профессора, организатора комплекса исследований, благодаря которым фабомотизол широко внедрен в клиническую практику, что повысило эффективность оказания медицинской помощи пациентам с тревожными расстройствами при различных соматических заболеваниях.

Литература

- Hughes J.R. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res.* 2007;9(3):315–327. DOI: 10.1080/14622200701188919.
- Morissette S.B., Tull M.T., Gulliver S.B. et al. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull.* 2007;133(2):245–272. DOI: 10.1037/0033-2909.133.2.245.
- Eventhal A.M., Zvolensky M.J. Anxiety, Depression, and Cigarette Smoking: A Transdiagnostic Vulnerability Framework to Understanding Emotion-Smoking Comorbidity. *Psychol Bull.* 2015;141(1):176–212. DOI: 10.1037/bul0000003.
- Watson N.L., Heffner J.L., McClure J.B., Bricker J.B. Relationships between Social Anxiety and Smoking-Specific Experiential Avoidance. *Dual Diagn.* 2017;13(1):1–5. DOI: 10.1080/15504263.2016.1248310.
- Hughes J.R., Stead L.F., Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane Library.* 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
- Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В. и др. Новый анксиолитик Афобазол: результаты сравнительного клинического исследования с диазепамом при генерализованном тревожном расстройстве. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2006;8(4):8–13. [Neznamov G.G., Syunyakov S.A., Chumakov D.V. et al. New anxiolytic Afobazole: results of a comparative clinical study with diazepam in patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry and psychopharmacotherapy.* 2006;8(4):8–13 (in Russ.).]
- Незнамов Г.Г., Метлина М.В., Дорофеева О.А. Сравнительная характеристика терапевтического действия разных доз анксиолитика Афобазол у больных с тревожными расстройствами. Современная терапия психических расстройств. 2018;2:14–21. [Neznamov G.G., Metlina M.V., Dorofeeva O.A. Comparative characteristics of therapeutic effects of different doses of anxiolytic Afobazole in patients with anxiety disorders. *Modern therapy of mental disorders.* 2018;2:14–21 (in Russ.).]
- Середенин С.Б., Воронин М.В. Нейрорецепторные механизмы действия Афобазола (реферат). *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2013;15(1):59–61. [Seredenin S.B., Voronin M.V. Neuroreceptor mechanisms of Afobazole action (abstract). *Psychiatry and psychopharmacotherapy.* 2013;15(1):59–61 (in Russ.).]
- Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Психофармакотерапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: применение Афобазола. *Журнал неврологии и психиатрии.* 2007;7:25–29. [Medvedev V.E., Trosova A.P., Dobrovolsky A.V. Psychopharmacotherapy of anxiety disorders in patients with cardiovascular diseases: use of Afobazole. *Journal of Neurology and Psychiatry.* 2007;7:25–29 (in Russ.).]

- Подхомутников В.М. Применение Афобазола у больных с инфарктом миокарда. *Consilium medicum. Психические расстройства в общей медицине.* 2007;2(4):17. [Podhomutnikov V.M. Use of Afobazole in patients with myocardial infarction. *Consilium medicum. Mental disorders in general medicine.* 2007;2(4):17 (in Russ.).]
- Жидких Б.Д., Колесникова О.Е., Барбашина Т.А. и др. Влияние Афобазола на качество жизни кардиологических больных в процессе стационарного лечения. *PMЖ.* 2007;15(16):1241–1245. [Zhidkih B.D., Kolesnikova O.E., Barbashina T.A. et al. The influence of Afobazole on the quality of life in cardiological patients during inpatient treatment. *RMJ.* 2007;15(16):1241–1245 (in Russ.).]
- Калинина С.Ю. Влияние анксиолитика Афобазола на эффективность лечения гипертонической болезни у пожилых женщин. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева.* 2009;4:37–42. [Kalina S.Y. The influence of anxiolytic Afobazole on the effectiveness of treatment of hypertension in elderly women. *Review of psychiatry and medical psychology n.a. Behterev.* 2009;4:37–42 (in Russ.).]
- Татарский Б.А., Бисерова И.Н. Использование Афобазола при лечении пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. *PMЖ.* 2007;15(9):760–766. [Tatarsky B.A., Biserova I.N. Use of Afobazole in the treatment of paroxysmal atrial fibrillation. *RMJ.* 2007;15(9):760–766 (in Russ.).]
- Чумакова Е.А., Гапонова Н.И., Березина Т.Н. Оценка эффективности применения Афобазолом в комплексном лечении больных артериальной гипертензией. *Российский кардиологический журнал.* 2014;2(106):89–95. [Chumakova E.A., Gaponova N.I., Berezina T.N. Evaluation of the effectiveness of Afobazole therapy in the complex treatment of patients with arterial hypertension. *Russian Journal of Cardiology.* 2014;2(106):89–95 (in Russ.).]
- Медведев В.Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина.* 2015;1:22–30. [Medvedev V.E. Therapy of anxiety and depressive disorders in medical patients. *Psychiatry and psychopharmacotherapy n.a. P.B. Gannushkin.* 2015;1:22–30 (in Russ.).]
- Мельник М.Г., Канорский С.Г., Богочанова О.А., Трубочаннинова С.А. Оценка краткосрочных эффектов Афобазола у герiatricких больных с сочетанными психосоматическими заболеваниями. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2014;16(4):12–21. [Melnik M.G., Kanorsky S.G., Bogochanova O.A., Trubchaninova S.A. Evaluation of short-term effects of Afobazole in geriatric patients with combined psychosomatic diseases. *Psychiatry and psychopharmacotherapy.* 2014;16(4):12–21 (in Russ.).]
- Шоломов И.И., Лутошкина Е.Б., Салина Е.А. Эффективность Афобазола при тревожных расстройствах у пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2008;108(6):75–77. [Sholomov I.I., Lutoshkina E.B., Salina E.A. The effectiveness of Afobazole in anxiety disorders in patients with chronic cerebrovascular insufficiency. *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. S.S. Korsakov.* 2008;108(6):75–77 (in Russ.).]
- Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара. *PMЖ.* 2007;15(19):1379–1382. [Dorozhenok I.Y., Terentyeva M.A. Afobazole in the treatment of patients with anxiety disorders in a dermatological hospital setting. *RMJ.* 2007;15(19):1379–1382 (in Russ.).]
- Дороженко И.Ю. Клинико-терапевтические аспекты психических расстройств, коморбидных хроническим дерматозам. *Доктор.ру.* 2010;4(55):64–67. [Dorozhenok I.Y. Clinico-therapeutic aspects of mental disorders, comorbid to chronic dermatoses. *Doctor.ru.* 2010;4(55):64–67 (in Russ.).]
- Обголец И.А. Новые подходы к терапии розацеа. *Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии.* 2010;4:11–16. [Obgolts I.A. New approaches to the treatment of rosacea. *Modern problems of dermatovenereology, immunology and medical cosmetology.* 2010;4:11–16 (in Russ.).]
- Кунгуров Н.В. Комплексная терапия больных вульгарным псориазом с триггерным стрессовым фактором. *Психические расстройства в общей медицине.* 2010;2:42–44. [Kungurov N.V. Combined therapy psoriasis vulgaris in patients with trigger stress factor. *Mental disorders in general medicine.* 2010;2:42–44 (in Russ.).]
- Полуэктова Е.А., Ивашкин В.Т. и др. Обоснование применения психотропных препаратов у больных синдромом раздраженного кишечника. *PMЖ.* 2007;15(1):1–6. [Poluektova E.A., Ivashkin V.T. et al. The rationale for use of psychotropic drugs in patients with irritable bowel syndrome. *RMJ.* 2007;15(1):1–6 (in Russ.).]
- Лазарева Е., Закушилов Д.И., Мамедов Э.Н. Использование Афобазола в коррекции тревожных расстройств у пациентов с бронхиальной астмой. *Материалы 62-й итоговой научной конференции молодых ученых. Ростов н/Д; 2008* [Lazareva E. et al. The use of Afobazole in the management of anxiety disorders in patients with bronchial asthma. *Materials of the 62nd concluding scientific conference of young scientists. Rostov-on-Don; 2008* (in Russ.).]
- Зайдиева З.С., Прозоров В.В., Якунина Н.А. Предменструальный синдром: современные методы профилактики и лечения. *PMЖ.* 2007;3:166. [Zaydieva Z.S., Prozorov V.V., Yakunina N.A. Premenstrual syndrome: modern methods of prevention and treatment. *RMJ.* 2007;3:166 (in Russ.).]
- Немченко О.И. Новые возможности терапии вегетативных проявлений тревоги у гинекологических больных. *Гинекология.* 2007;9(3):45–49. [Nemchenko O.I. New options of the treatment of autonomic manifestations of anxiety in gynecological patients. *Gynecology.* 2007;9(3):45–49 (in Russ.).]
- Шафигуллин М.Р., Иванов С.В. Терапия тревожных нозогенных реакций у больных онкологического стационара (опыт применения Афобазола). *Consilium medicum. Психические расстройства в общей медицине.* 2008;1:37–40. [Shafigullin M.R., Ivanov S.V. Therapy of nosogenic anxiety reactions in patients in oncology hospital (experience with Afobazole). *Consilium medicum. Mental disorders in general medicine.* 2008;1:37–40 (in Russ.).]

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>