

Табакокурение во время беременности: оценка рисков и их минимизация

Д.Б.н. О.А. Суховская^{1,2}

¹ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

В обзоре представлены данные современных научных исследований, показывающие, что табакокурение во время беременности является фактором риска, связанным с неблагоприятными исходами беременности. В статье изложены методы, помогающие беременным женщинам прекратить курить. Описаны результаты ключевых исследований эффективности и безопасности стратегий по прекращению курения во время беременности, включая консультирование и фармакотерапию. Консультирование улучшает показатели отказа от курения, особенно при сочетании с фармакологической терапией. Фармакотерапия рекомендуется женщинам, которые не могут самостоятельно бросить курить. Никотиновая заместительная терапия является разумным вариантом выбора препарата первой линии. Необходимы дополнительные исследования для оценки их влияния на здоровье матери и плода, эффективности их применения при отказе от курения. Рецидив курения в послеродовом периоде является серьезной проблемой. Примерно у половины бросивших курить женщин наблюдается рецидив в первые 2 мес. после родов.

Ключевые слова: беременность, табакокурение, отказ от курения, никотиновая зависимость, рецидив табакокурения.

Для цитирования: Суховская О.А. Табакокурение во время беременности: оценка рисков и их минимизация. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;2(1):30–34.

ABSTRACT

Tobacco smoking during pregnancy: risk assessment and its minimization

O.A. Sukhovskaya^{1,2}

¹St. Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology

²I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

The review presents data from modern scientific studies showing that smoking during pregnancy is a risk factor associated with adverse pregnancy outcomes. The article describes the methods of assistance in smoking cessation in pregnant women. The results of key studies on the effectiveness and safety of smoking cessation strategies during pregnancy, including counselling and pharmacotherapy, are described. Consulting improves smoking cessation rates, especially when combined with pharmacological therapy. Pharmacotherapy is recommended for women who cannot quit smoking on their own. Nicotine substitution therapy is a reasonable choice of first-line drugs. Additional research is needed to assess their impact on the health of mother and fetus, for the effectiveness of their use in quitting smoking. A recurrence of smoking in the postpartum period is a serious problem. Approximately half of women who quit smoking have a relapse in the first 2 months after delivery.

Keywords: pregnancy, tobacco smoking, smoking cessation, nicotine addiction, tobacco smoking relapse.

For citation: Sukhovskaya O.A. Tobacco smoking during pregnancy: risk assessment and its minimization. RMJ. Medical Review. 2019;2(1):30–34.

В настоящее время в Российской Федерации снижается распространенность потребления табака, в т. ч. среди женщин, с 21,4% в 2009 г. до 14,5% в 2016 г. (GAST, 2016) [1], однако продолжает курить почти половина женщин в самой экономически и демографически активной возрастной группе — от 19 до 44 лет, несмотря на понимание вреда, причиняемого табакокурением (ТК) здоровью [2, 3]. В Австрии с 2007 по 2012 г. распространенность курения снизилась с 19,1 до 15,6% и была самой высокой (43,7%) среди молодых женщин (<20 лет), в США также наблюдалось снижение распространенности ТК, курение среди женщин репродуктивного возраста встречалось в 17,3% случаев [4, 5].

В Рекомендациях ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности, изданных в 2013 г., дается всеобъемлющая оценка состояния этой проблемы [6], дополняемая исследованиями последних лет.

В научных статьях в настоящее время отмечается широкий разброс данных о частоте отказа от ТК к концу беременности [7, 8]. Исследование российских женщин (743 чел.) показало, что 73,6% курящих беременных отказались от ТК (в среднем на 15-й нед. беременности), продолжали курить столько же, сколько и до беременности, только 1,3% беременных женщин [9, 10].

ТК во время беременности — это модифицируемый фактор риска неблагоприятных исходов беременности. В зависимости от числа выкуриваемых матерью в день сигарет дефицит массы тела ребенка при рождении может составлять от 100 до 300 г. Наиболее часто встречается низкий вес при рождении (<2500 г). По оценкам экспертов, 5–8% случаев преждевременных родов, 13–19% случаев рождения ребенка с низкой массой тела, 23–34% случаев синдрома внезапной смерти младенца и 5–7% случаев рождения недоношенных детей связаны с ТК матери в дородовом периоде [11]. Метаанализ

200 статей подтвердил, что у курящих матерей на 46% повышен риск мертворождения, на 33% — перинатальной смерти, на 22% — неонатальной смерти, и эти риски увеличиваются с увеличением числа выкуриваемых матерью в день сигарет [11, 12]. В другом метаанализе представлены данные, подтверждающие тератогенный эффект ТК матери во время беременности для сердечно-сосудистой системы плода с относительным увеличением риска врожденных пороков сердца в среднем на 10% [13]. В Швеции была оценена антропометрия у 22 421 женщины в возрасте около 26 лет в связи с ТК их матерей на ранних сроках беременности [14]. Были выделены группы: некурящие, легкие курильщицы (1–9 сигарет в день) и тяжелые курильщицы (≥ 10 сигарет в день). Рост женщин, чьи матери курили на ранних сроках беременности, был ниже на 0,8 см и 1,0 см (в группе легких и тяжелых курильщиц); вес — больше на 2,3 кг и 2,6 кг соответственно, индекс массы тела — на 0,84 кг/м² и 1,15 кг/м² выше, чем у дочерей некурящих матерей. Скорректированный относительный риск невысокого роста был на 55% выше у женщин, рожденных от курящих, независимо от уровня курения. Курение матери дозозависимо ассоциировалось с риском развития ожирения у ребенка.

При беременности имеется возможность для медицинского вмешательства, способствующего отказу от ТК, т. к. женщины часто посещают врачей в этот период. Опасность ТК для матери и будущего ребенка — дополнительный стимул для отказа от ТК [15]. Установлено, что если мать не курит, то снижается вероятность (почти на 50%) того, что ребенок начнет курить [16]. В семьях, где оба родителя были курильщиками (постоянно или эпизодически), курили свыше 60% подростков, только мать — курили 50% мальчиков и 25% девочек, только отец — курили 20% и 9% соответственно [17].

При наличии высокой степени никотиновой зависимости беременным женщинам не всегда удается отказаться от ТК, но подавляющее большинство снижает число выкуриваемых в день сигарет [9]. Отмечено, что сокращение числа сигарет во время беременности не приводит к последовательному улучшению перинатальных исходов [18, 19]. Это наблюдение и опасения, что женщины, которые уменьшают количество выкуриваемых сигарет, могут компенсировать их путем более глубокого вдыхания табачного дыма, привели к рекомендации считать первоочередной задачей прекращение ТК беременными, а не уменьшение количества выкуриваемых в день сигарет [6]. Тем не менее потенциальные выгоды от сокращения ТК не следует недооценивать. В плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании применение никотин-заместительной терапии (НЗТ) во время беременности приводило к уменьшению числа выкуриваемых сигарет, а новорожденные имели более высокий вес при рождении, чем в группе курящих женщин без лечения [20].

По мнению экспертов, курящих беременных женщин следует выявлять на ранних сроках беременности и предоставлять им консультации, которые будут способствовать их отказу от ТК [6]. Это может быть информирование о рисках, связанных с ТК, использование пособия по самопомощи при отказе от ТК, групповые занятия и просмотр видеокассет о рисках для здоровья при ТК и о методах прекращения ТК [6]. Стимуляция отказа от ТК в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией обладает наибольшей эффективностью [21].

Данные 63 исследований указывают на то, что женщины, получившие различного рода помощь при отказе от куре-

ния (психологические консультации, просветительская работа медицинского характера, мотивирование, социальная поддержка и поддержка групп взаимопомощи), в среднем на 30% реже курили (т. е. чаще воздерживались от курения) на поздних сроках беременности (отношение шансов (ОШ): 1,36, 95% доверительный интервал (ДИ): 1,22–1,52), чем женщины в группе сравнения [6]. В систематическом обзоре психосоциальных вмешательств и помощи беременным в отказе от ТК сообщалось, что использование этих вмешательств также уменьшило вероятность дефицита веса плода при рождении и преждевременных родов [22]. Хотя все виды консультирования, а также различные сочетания консультаций и фармакологических вмешательств показали эффективность, все еще неясно, что именно является наиболее эффективным. Консультирование, по-видимому, улучшает показатели отказа от курения, особенно в сочетании с фармакологической терапией. В России беременные курящие могут получить индивидуальное и/или групповое консультирование в центрах здоровья, профилактических кабинетах и по телефону бесплатной горячей линии помощи в отказе от потребления табака [23, 24].

Рандомизированные исследования курящих (независимо от беременности) показали, что использование фармакотерапии значительно увеличивает частоту отказа от курения по сравнению с таковой при применении плацебо [25]. Эти методы лечения по-прежнему недостаточно используются у беременных женщин из-за опасений по поводу потенциального неблагоприятного воздействия на плод и ограниченных данных, подтверждающих их эффективность, особенно у беременных женщин.

Метаанализ рандомизированных исследований среди курящих беременных показал, что НЗТ увеличивает вероятность прекращения курения на 48% по сравнению с таковой при отсутствии фармакотерапии [26]. К концу беременности от 7 до 23% курящих в группе вмешательства воздерживались от ТК. В этих исследованиях было несколько ограничений, включая небольшое количество обследованных, относительно короткие периоды наблюдения, отсутствие инструментального подтверждения воздержания в одном из испытаний и значительная гетерогенность.

В то время как применение никотиновых пластырей показывает более высокую вероятность прекращения ТК, чем плацебо [27], применение никотиновой жевательной резинки может быть лучше, чем использование трансдермальных форм, для предотвращения высоких уровней никотина в крови плода [20]. Сторонники использования НЗТ во время беременности утверждают, что уровень никотина при лечении в крови ниже, чем уровень при активном курении табака. Кроме того, использование НЗТ позволяет избежать воздействия других потенциально токсичных химических веществ, которые есть в сигаретном дыме [20].

Метаанализ 2012 г. показал, что НЗТ в качестве дополнения к поведенческой терапии эффективно способствовала прекращению курения во время беременности (ОШ: 1,41, 2199 женщин) [27]. В этом метаанализе не было выявлено различий между группой, получавшей НЗТ, и контрольной группой женщин в частоте выкидышей, мертворождений, преждевременных родов, низкой массы тела при рождении, поступления в отделение интенсивной терапии новорожденных, врожденных аномалий или неонатальной смерти. Кроме того, другое исследование (1050 женщин) показало, что только 7% пациенток в группе НЗТ в форме пластыря придерживались лечения

в течение 1 мес. и более [28]. Одним из возможных объяснений плохой приверженности НЗТ и сокращению ТК является то, что никотин метаболизируется быстрее во время беременности; следовательно, женщины в клинических испытаниях, возможно, были подвергнуты недостаточному лечению. Женщины с более высокой степенью никотиновой зависимости показали более низкую приверженность НЗТ, у них быстрее наблюдались рецидивы ТК; с другой стороны, женщины, которые получили курс НЗТ, были более склонны к длительному воздержанию от ТК [7].

Нет убедительных свидетельств того, что у курящих беременных, которые используют НЗТ, имеется более высокий риск неблагоприятных перинатальных событий, включая тератогенез, чем у курящих беременных, не использующих эту терапию [28–30], но полная безопасность НЗТ не доказана. Модели на животных показывают, что никотин вреден для плода, особенно для развития мозга и легких, но исследования на людях не обнаружили каких-либо вредных последствий для плода и исходов беременности [31]. В исследовании с участием 1050 курящих беременных у детей, чьи матери получали НЗТ, отмечался такой же или более высокий уровень развития через 2 года наблюдения, чем у тех, чьи матери не использовали НЗТ, при этом шансы длительного воздержания от курения в группе, получавшей трансдермальную систему с никотином, были выше в 1,71 раза (95% ДИ: 0,74–3,94, $p=0,20$) [32]. Кроме того, в ретроспективном исследовании частоты врожденных аномалий (с участием 192 498 детей) не было выявлено статистически значимых различий между детьми, рожденными женщинами, использовавшими НЗТ, детьми, рожденными женщинами, которые активно курили и не употребляли НЗТ, и детьми, рожденными некурящими женщинами, за исключением респираторных проявлений [33]. У детей, подвергшихся воздействию НЗТ, был более высокий риск развития врожденных респираторных аномалий, чем у детей, не подвергавшихся воздействию никотина (ОШ=4,65), но абсолютная разница риска была очень небольшой (3 на 1000 рождений) [33].

Ежедневная доза НЗТ не должна превышать количество никотина, которое обычно потребляла курящая женщина при ТК, поскольку никотин попадает в молоко, и было продемонстрировано, что он оказывает неблагоприятное воздействие на ребенка во время кормления грудью.

Опубликовано несколько исследований применения у беременных бупропиона (не зарегистрирован в РФ). В одном из них оценивали влияние бупропиона на частоту абстиненции [34]: из 22 курящих беременных, получавших бупропион, 10 (45%) прекратили курить, по сравнению с 3 (14%) из 22 женщин в контрольной группе ($p=0,047$). Авторы исследования полагают, что бупропион, по-видимому, эффективен для прекращения курения во время беременности. Терапия бупропионом влияет на прекращение курения во время и после беременности. Однако соотношение потенциальной пользы и риска терапии бупропионом для прекращения курения во время беременности требует дальнейшего изучения, в настоящее время он не рекомендуется экспертами ВОЗ [6, 35], т. к. бупропион и его активные метаболиты проникают через плаценту [36]. Концентрации гидроксипропиона и трео-гидробупропиона в венозной плазме пуповины выше, чем концентрации бупропиона. Кроме того, уровни трео-гидробупропиона в амниотической жидкости выше, чем в венозной плазме пуповины, что позволяет предположить, что эти ферменты более активны у плода [37]. Биологические последствия воздействия на плод бупропио-

на, вводимого матери, и/или его активных метаболитов еще предстоит определить. В то же время есть данные о том, что применение бупропиона в I триместре было связано с небольшим повышением риска сердечно-сосудистых дефектов, хотя абсолютный риск был низким [38].

Как и в случае с НЗТ, решение о назначении бупропиона кормящим матерям должно быть сопоставлено с рисками продолжения ТК, которые, вероятно, превышают риски применения бупропиона.

Варениклин является средством для прекращения курения с ограниченными данными, касающимися безопасности во время беременности [36]. В недавнем исследовании с использованием сравнительно небольшой выборки частота врожденных пороков развития плода (2,25%) соответствовала ожидаемой фоновой частоте (2–4%) и не была значительно увеличена у детей, подвергшихся воздействию варениклина в I триместре, по сравнению с таковой в контрольной группе [39]. С учетом отсутствия дополнительной информации и наличия альтернативных лекарств предлагается, в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ [6], избегать использования этого препарата для прекращения ТК беременными женщинами.

Фармакотерапия рекомендуется беременным женщинам, которые не могут бросить курить, курящим более 10 сигарет в день, тем, кто ранее безуспешно пытался отказаться от ТК [40]. Для этих женщин преимущества отказа от ТК с помощью фармакотерапии могут перевешивать потенциальные риски фармакотерапии и риски продолжения ТК.

Электронные системы доставки никотина (ЭСДН), которые все чаще используются для уменьшения/прекращения курения, являются, вероятно, менее вредными для пользователя по сравнению с курением сигарет при умеренном их потреблении [41, 42]. Тем не менее существует обеспокоенность по поводу воздействия ЭСДН на потребление табака на популяционном уровне и воздействия на здоровье длительного вейпинга [35]. ВОЗ заявляет, что данных о пользе и рисках ЭСДН недостаточно, чтобы рекомендовать использование этих устройств у беременных женщин. В исследовании 326 беременных женщин, когда-либо использовавших ЭСДН, 75% считали, что эти продукты менее вредны по сравнению с традиционными сигаретами [43].

В клинических испытаниях мер по прекращению ТК во время беременности 43% женщин возобновили ТК в течение 6 мес. после родов [44]. Грудное вскармливание снижает риск рецидива ТК [45, 46]. Напротив, женщины с депрессивными симптомами и более высоким уровнем стресса более склонны к рецидивам. Приблизительно от 50 до 70% женщин в послеродовом периоде сообщают о преходящем депрессивном настроении, что способствует рецидивам ТК в это время. Женщины с рецидивами ТК чаще имеют курящих членов семьи или друзей и сообщают о меньшей социальной поддержке [47, 48].

Прекращение курения во время беременности приносит максимальную пользу, если происходит в начале I триместра, но и на любом сроке беременности оказывает положительное воздействие на здоровье матери и ребенка. Современные данные показывают преимущество отказа от ТК по сравнению со снижением числа выкуриваемых в день сигарет. Для женщин, которые не могут бросить курить самостоятельно, дополнительно рекомендуется фармакотерапия.

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