



ОТЧЕТ

О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГАЛЯТОРА ЭФИРНЫХ МАСЕЛ В ТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКА

Список исполнителей:

1. Научный руководитель – директор МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, д.м.н., профессор Е.А. Брюн

2. Ответственный исполнитель – заведующий Центром по профилактике и лечению табачной и нехимической зависимостей МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, заслуженный врач РФ, к.м.н. О.Т. Кутушев

3. Исполнители:

- старший научный сотрудник МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, к.м.н., Горнов С.В.;
- врач психиатр-нарколог Центра по профилактике и лечению табачной и нехимической зависимостей МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, к.м.н., Смышляев А.В.

Содержание

4	1. ВВЕДЕНИЕ
5	2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ
8	3. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ
11	4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
16	5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ
17	6. ВЫВОДЫ
18	7. ЛИТЕРАТУРА

1. ВВЕДЕНИЕ

В 2013 г. в Российской Федерации вступил в силу закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», который определяет правовые основы ограничения курения табака в целях снижения заболеваемости населения. Принятие данного закона обусловлено ратифицированием Российской Федерацией Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака в 2003 г. По данным на 2009 г. среди взрослого населения России Федерации 39,1% (43,9 миллиона) являются активными курильщиками табака. Среди мужчин распространенность табакокурения составляет 60,1% (30,5 миллиона). В среднем мужчины выкуривают 17 сигарет в день (Глобальный опрос взрослого населения России под руководством Министерства здравоохранения и социального развития РФ). Снижение потребления табака является определяющим фактором в профилактике неинфекционных заболеваний, особенно учитывая тот факт, что курение является одним из относительно легко предотвращаемых факторов (Сахарова Г.М., Антонов Н.С.).

По данным доказательной медицины эффективными методами лечения табачной зависимости являются: беседа врача, поведенческая психотерапия, фармакологическая терапия. Никотинзаместительная терапия (НЗТ) до последнего времени остается основным препаратом выбора среди врачей всех специальностей.

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). 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 и оказывает местное раздражающее действие (Sayette M.A., Parrott D.J., 1999).

Установлено, что ароматы 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). Ароматические ингредиенты оказывают релаксирующее воздействие и, за счет этого, редуцируют симптомы отмены курения, в том числе тягу (M.A. Sayette, 1999). Применение ароматов эфирных масел в комплексной терапии табачной зависимости является важным ее компонентом.

2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Реализуя комплексную программу по профилактике подросткового курения, утвержденную Руководителем департамента здравоохранения правительства Москвы, основываясь на Методических рекомендациях «Клиника и лечение табачной зависимости у подростков», руководством ГОУ ВПО «Технический университет (Московский энергетический институт)» (далее МЭИ) и сотрудниками Центра по профилактике и лечению табачной и нехимической зависимостей МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы, постоянно функционирует выездной кабинет «Профилактики и лечения табачной зависимости». В кабинете осуществляется лечебный процесс, профилактическая и санитарно-просветительная работа для студентов и преподавателей МЭИ.

Помимо активной профилактической и санитарно-просветительской работы в кабинете проводится оценка мотивации студентов на ведение здорового образа жизни, определяется наличие прямых и косвенных признаков курения, в процессе группового психотерапевтического взаимодействия формируется отказ от табачной зависимости у курильщиков. В ходе работы студентам объясняется, что 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. В связи с чем перед специалистами встает проблема, как прервать устоявшийся стереотип поведения у студента наименее инвазивным методом.

Мировой опыт показывает, что лечение табачной зависимости должно быть комплексным, так как зависимость от никотина проявляется на нескольких уровнях:

психическом и физическом (Глазунов И.С., Оганов Р.Г., 2000). Различают: табачную зависимость с психическим компонентом зависимости — навязчивые мысли о сигарете, нервозность, привычные действия при закуривании; табачную зависимость с физическим компонентом — выраженная тяга к курению. Данный вид зависимости характеризуется наличием абстинентного синдрома. Если у человека еще не успела сформироваться физическая зависимость от ТЗ (курильщик с небольшим стажем), а имеется только психологическая зависимость, то основное лечение — это психотерапия, направленная на устранение патологического рефлекса к ТЗ, 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 подростку – курильщику (студенту) 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 авторы использовали 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).

В основе НЗТ лежит идея о необходимости поддержать силу воли в процессе отказа от курения путем облегчения симптомов отмены: учитывается не только психологический, но и физиологический фактор (Foulds J., 2006).

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 исследованным 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.

Никотиновый спрей впрыскивается в обе ноздри, где он всасывается со слизистой и поступает в сердце и мозг и имеет нежелательные побочные явления: кратковременное раздражение носа, горла, чихание, слезотечение, выделения из носа. При использовании в терапии ароматов эфирных масел, обладающих способностью позитивно влиять на психоэмоциональное состояние человека (Rose J.E, Behm F.M., 1994) побочные явления спреев отсутствуют.

Эфирные масла представляют собой летучие экстракты растений, состоящие из сотен органических соединений – терпенов, спиртов, альдегидов, кетонов и других 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.

Использование вышеуказанных механизмов действия эфирных масел крайне востребовано в комплексной терапии табачной зависимости.

Предвосхищать лечебные мероприятия уже курящих студентов возможно с помощью активной психопрофилактики ТЗ среди всех студентов.

Активная психопрофилактика среди студентов может проводиться на всех этапах медицинского и психологического сопровождения в ВУЗе.

Во исполнение Федерального закона среди студентов МЭИ был проведен «анти-табачный марафон», в котором могли принять участие все желающие студенты. Всем курящим студентам любых курсов было предложено, при наличии высокой мотивации на отказ от никотиновой зависимости, пройти 21 дневную программу (включающую малоинвазивные методы воздействия) на базе санатория-профилактория МЭИ.

3. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель работы

Изучить влияние ингалятора эфирных масел, производства ООО Компания «Динамика» на интенсивность курения табака студентов ГОУ ВПО «Технический университет (Московский энергетический институт)».

Задачи

1. Изучить профиль табакокурения студентов МЭИ и объективно оценить степень зависимости от табака (уровень СО в выдыхаемом воздухе).
2. Оценить эффективность и безопасность ингалятора эфирных масел AntiFume.
3. Разработать методику применения ингалятора эфирных масел в терапии табачной зависимости студентов.
4. Разработать критерии оценки эффективности предложенной методики.

Дизайн исследования

На базе санатория-профилактория Московского энергетического института было проведено обследование студентов. Всего в исследовании приняло участие 67 студентов 1-о, 2-о и 4-о курсов МЭИ в возрасте от 19 до 22 лет (средний возраст составил 20,2 года). Стаж курения у каждого обследованного был не менее 1 года, средний период курения никотина составил 4,6 года. Девушки составили 39% (26 студенток), юноши – 61% (41 студент).

Критерии исключения

Аллергия на эфирные масла, входящие в состав композиции, беременность, эпилепсия, психические заболевания, проведение других процедур для лечения табачной зависимости.

Критерии исключения

Систематическое курение табака более 1 года, возраст более 17 лет.

Уровень СО в выдыхаемом воздухе более 7 молекул.

Методом случайной выборки, все обследованные были распределены на 2 группы: первая 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 студенты должны были воздерживаться от курения в течение 15 минут после ингаляции или проводить ингаляцию не ранее, чем через 15 минут после курения.

Обследованные во второй группе проводили процедуру (ингаляцию) в тот период, когда появлялось желание закурить. Число ингаляций могло составлять до 12-15 раз 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.

Студенты 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 выкуриваемой сигареты (половина сигареты, 2/3 сигареты, 3/4 сигареты), частота ингаляций.

Методы исследования

Опросник Фагерстрема, аппаратный метод измерения уровня СО, индивидуальный дневник, интервьюирование в ходе наблюдения, статистическая обработка.

Статистическая обработка

Математико-статистическая обработка результатов обследования групп слушателей была выполнена на ПЭВМ IBM с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel XP. Данные прикладные программы позволяют вычислять следующие значения и параметры одномерных статистик: среднее арифметическое, дисперсию, стандартную ошибку среднего значения и стандартное отклонение. Результаты исследования подвергались сравнительному анализу. Статистическая значимость различий определялась с помощью t-критерия Стьюдента (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 композиции эфирных масел

- Масло эфирное перец чёрный - 30 %
- CO₂ - экстракт фенхеля - 30 %
- Масло эфирное базилик - 20 %
- CO₂ - экстракт листьев табака - 20 %

Исследуемые явления

Статус курильщика, уровень CO во выдыхаемом воздухе, дневной профиль курения, интенсивность курения при использовании ингалятора для носа с эфирными маслами черного перца, фенхеля, базилика, экстракта листьев табака.

Место выполнения работы

Санаторий-профилакторий ГОУ ВПО «Технический университет (Московский энергетический институт)». (г. Москва)

4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эффективность методов антитабачной терапии в определённой степени зависит от степени никотиновой зависимости. Результаты интервьюирования, проведенного перед началом терапевтического воздействия, установили следующее (таблица 1).

Таблица 1

Определение степени никотиновой зависимости у различных групп студентов МЭИ по опроснику Фагерстрема

Степень никотиновой зависимости	Группа №1 (n=37)	Группа №2 (n=30)
Не выявлена	0 (0%)	2 (6,6%)
Слабая или умеренно выраженная	28 (75,7%)	21 (70%)
Выраженная или сильно выраженная	9 (24,3%)	7 (23,4%)

Согласно опроснику Фагерстрема, только 6,6% респондентов не имели никотиновой зависимости, тогда как у 24% опрошенных имела место сильно выраженная, что, по мнению авторов, связано с молодым возрастом обследованных и их небольшим стажем курения (среднепопуляционные показатели варьируются в пределах 50-60%). Из литературных данных установлено, что слабая степень никотиновой зависимости у студентов вызывает сложность в организации и проведении превентивных мероприятий по ограничению курения в связи с низкой мотивацией на лечение.

Помимо самооценки с помощью опросника Фагерстрема в ходе исследования была проведена объективная оценка степени табачной зависимости при помощи оценки уровня угарного газа (CO) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора Micro CO (Англия) (таблица 2).

Таблица 2

Определение степени никотиновой зависимости у различных групп студентов МЭИ при помощи газоанализатора Micro CO

Степень никотиновой зависимости	Группа №1 (n=37)	Группа №2 (n=30)
Низкая	14 (37,8%)	4 (13,3%)
Слабая или умеренно выраженная	6 (16,3%)	12 (40%)
Выраженная или сильно выраженная	17 (45,9%)	14 (46,7%)

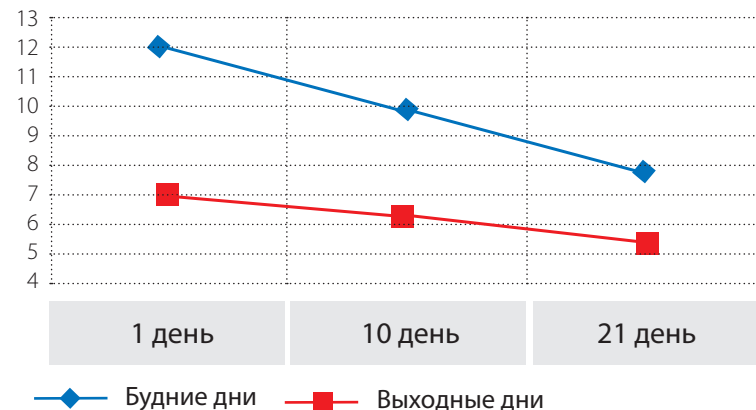
Полученные данные показывают, что студенты субъективно занижают степень своей никотиновой зависимости, что, в свою очередь требует от медицинского персонала объяснения и мотивирования на терапию. В связи с полученными данными, за основу в данном исследовании авторами был выбран объективный критерий – уровень угарного газа в крови и количество молекул CO во выдыхаемом воздухе.

Одним из важных аспектов в терапии табачной зависимости является частота курения в рабочие и выходные дни. В результате обследования студентов установлено, что среднее количество выкуриваемых сигарет в рабочий день составляло в группах 12,4 и 11,9 штук соответственно. В выходной день количество выкуриваемых сигарет снижалось до 7,1 штуки. Такая разница (снижение курения приблизительно на 40%) позволяет предположить, что курение в студенческой среде зависит от множества факторов и находится в зависимости от социальных и бытовых аспектов.

При всем при этом, значения количества выкуриваемых сигарет в будни и свободные от работы дни подтверждает высокую степень никотиновой зависимости у большей части опрошенных. В ходе наблюдения была выявлена положительная динамика на снижение частоты закуривания в будние дни в обеих группах, но достоверных различий достигла лишь во второй группе к 21 дню исследования (достоверность различий до и после лечения, $p < 0,05$) (рис. 1).

Рисунок 1

Частота курения во 2-й группе в динамике наблюдения (число сигарет)



Таким образом, применение ингалятора «по мере необходимости» и неограниченное количество раз, дает достоверно лучшие результаты по сравнению с группой, где ингалятор использовался «по времени» ограниченное количество раз.

По литературным данным, одним из важных показателей эффективности терапии никотиновой зависимости является объем выкуриваемой сигареты, который позволяет косвенно судить о количестве никотина и продуктов горения табака, поступивших в организм курильщика. В исследовании, проведенном в МЭИ, при изучении дневников студентов данный показатель достоверно не изменялся. Возможным объяснением отсутствия динамики данного критерия эффективности терапии является низкий экономический достаток обследуемых студентов. Так, в ходе обсуждения со студентом полученных данных, неоднократно высказывалось мнение, что испытуемый предпочитал не снижать объем сигареты, а сокращать частоту закуривания.

Опираясь на объективный показатель – уровень угарного газа в крови и количество молекул CO в выдыхаемом воздухе, в ходе исследования установлено, что при использовании ингалятора уровень угарного газа в крови и количество молекул CO в обеих группах достоверно снижались к 21 дню исследования (таблица 3).

Таблица 3

Определение уровня угарного газа в крови и количества молекул СО в выдыхаемом воздухе у различных групп студентов МЭИ

Дни исследования	Группа №1 (n=37)		Группа №2 (n=30)	
	СО воздуха, молекул	СОНВ	СО воздуха	СОНВ
1-й	25,5	5,6	27,1	5,8
10-й	20,7	3,2	22,0	3,5
21-й	16,2*	1,9*	12,0*	1,6*

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

В первой группе по количеству выкуриваемых сигарет достоверных различий не выявлено, но по объективным критериям (уровню угарного газа в крови и количеству молекул СО во выдыхаемом воздухе) достоверные различия получены. Это доказывает, что при работе с табачной зависимостью необходимо вести постоянный объективный мониторинг, объясняя и демонстрируя пациенту динамику, и использовать полученные данные в психотерапевтической парадигме, закрепляя и повышая мотивацию на лечение. Даже если пациент незначительно снизил количество выкуриваемых сигарет, то показатели количества молекул СО в выдыхаемом воздухе снижаются значительно, что является ресурсом к полному отказу от зависимости. Процедура аппаратного исследования всегда хорошо воспринималась испытуемыми.

Не все студенты обеих групп, по различным объективным причинам, смогли участвовать в программе психотерапевтического сопровождения в ходе исследования – 22,4% (15 студентов). Мы объединили обе группы для проведения статистических исследований, что объективно отразилось на конечных результатах. Так, данная группа студентов снизила среднее количество выкуриваемых сигарет в рабочий день

с 12,1 штук до 9,4 штук по окончании исследования. Студенты, получавшие комплексное лечение, количество выкуриваемых сигарет в рабочий день по окончании лечения снизили до 7,0 штук, что достоверно ниже.

Важным показателем успешности прохождения лечения оказался показатель степени зависимости. Определено, что наиболее перспективными в плане отказа от курения студентами являются лица со слабо выраженной степенью зависимости. Так, лица с объективно установленной слабо выраженной степенью никотиновой зависимости снизили среднее количество выкуриваемых сигарет в сравнении со студентами с выраженной степенью никотиновой зависимости с 9,1 штук до 6,4 штук (в сравнении 12,1 штук до начала лечения и 9,4 штук по окончании у лиц с выраженной степенью никотиновой зависимости).

Частота применения тех или иных оздоровительных процедур в значительной мере формирует результативность программы.

Таблица 4

Количество ингаляций ароматических масел в день у различных групп студентов МЭИ

Дни	Группа №1 (n=37)	Группа №2 (n=30)
1-й	4,9±0,3	5,1±0,4
10-й	5,8±0,6	6,8±0,7
21-й	6,6±0,3*	7,5±0,4*

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

Из представленной таблицы видно, что количество ингаляций в ходе исследования варьировалось в значительных пределах, составляя от 4,9±0,3 в первый день, до 6,8±0,7 - в середине курса и 7,5±0,4 - в конце. Возможно предполагать, что результативность ингалирования для предупреждения закуривания послужила побудительным мотивом увеличения частоты ингаляций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассматриваемые в исследовании критерии оценки уровня угарного газа в крови и количества молекул СО в выдыхаемом воздухе достоверно и объективно оценивают динамику терапии. Опрос, проведенный по окончании периода наблюдения, показал, что самооценка испытуемых в отношении снижения курения отличалась от объективной оценки, проведенной с помощью смокилайзера (Микро СО). Обследованные студенты субъективно занижали значимость терапии, что вполне укладывается в особенности возрастного периода изучаемого контингента. Лица без- или со слабо выраженной никотиновой зависимостью не отмечали значимых изменений по окончании терапии, в то время как студенты с выраженной никотиновой зависимостью достоверно отмечали положительную динамику в отказе от курения.

В связи с этим, на основании проведенного исследования установлено, что ингалятор эфирных масел, производства ООО Компания «Динамика» достоверно снижает интенсивность курения табака у студентов ГОУ ВПО «Технический университет (Московский энергетический институт)». С помощью используемого ингалятора стало возможным более направленное и безопасное воздействие на патогенетические механизмы табачной зависимости, что крайне редко используется в терапии аддиктивного поведения. Использование полученных результатов видится достаточно перспективным в комплексной терапии табачной зависимости в центре по профилактике и лечению табачной и нехимической зависимостей МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы и в центрах здоровья г. Москвы.

Социальная значимость исследований в этой области определяется высокой распространенностью табачной зависимости в современном обществе, особенно среди подрастающего поколения и студентов.

Данное направление исследований видится достаточно перспективным, и дальнейшие исследования в данной области позволят разработать методологические основы и практические рекомендации применения ингалятора эфирных масел (с использованием поведенческой психотерапии) в комплексном лечении зависимости от табака и психопрофилактических мероприятиях среди подростков и студентов. Помимо этого, такие практичные и удобные в повседневном использовании ингаляторы возможно использовать в закрытых помещениях, где есть запрет на курение (метро, самолет) среди зависимых людей, которые совершают долгие путешествия.

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что лучший эффект дает использование ингалятора для носа по мере необходимости без ограничения количества использований в сутки, а не при строгой регламентации проведения процедур. В группе студентов № 2 (использование ингалятора по необходимости) отмечено снижение уровня количества молекул СО в выдыхаемом воздухе в сравнении с группой № 1 (12,0 и 16,2 соответственно).

2. Доказано, что использование объективных критериев (уровень угарного газа в крови и количество молекул СО в выдыхаемом воздухе) в оценке динамики терапии достоверно объективнее методов самоконтроля пациента. Так, уровень количества молекул СО в выдыхаемом воздухе у группы студентов №2 достоверно снизился ($p < 0,05$) за 21 день (27,2 в первый день и 12,0 по окончании).

3. Выявлено, что использование в динамике объективных показателей, полученных аппаратным способом, дает широкие возможности к терапевтическому взаимодействию с пациентом и повышению мотивации на отказ от табачной зависимости.

4. Использование ингалятора эфирных масел производства ООО Компания «Динамика» с элементами поведенческой терапии достоверно снижает количество выкуриваемых сигарет у студентов и позволяют повысить реабилитационный потенциал пациента и прогноз. Так, количество выкуриваемых сигарет до применения ингалятора составляло 12,1 штук, а по окончании лечения в группе без психотерапевтического сопровождения уровень снизили до 9,4 против 7,0 штук у получавших комплексное лечение.

5. Определено, что для получения эффекта от ингаляций ароматических препаратов необходимо как минимум 6-7 ингаляций/день для лиц с выраженной степенью никотиновой зависимости.

6. Установлено, что наиболее перспективными в плане отказа от курения студентами являются лица со слабо выраженной степенью зависимости. Так, лица с объективно установленной слабо выраженной степенью никотиновой зависимости снизили среднее количество выкуриваемых сигарет в сравнении со студентами с выраженной степенью никотиновой зависимости с 9,1 штук до 6,4 штук.

7. Выявлено, что снижение объема выкуриваемых сигарет для студентов не характерно в виду экономической невыгодности, предпочтение отдается снижению количества сигарет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»// Российская газета, 26 февраля 2013 г.

2. Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. №51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»// Российская газета, 30 апреля 2008 г., Федеральный выпуск № 4651.

3. «Глобальный опрос взрослого населения России о потреблении табака (GASP - Global Adult Tobacco Survey)» - Страновой отчёт, Российская федерация, 2010 г.– 185 с.

4. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер. – 2004. – 701 с.

5. Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.

6. Клемешева Ю. Н., Воскресенская О. Н. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях центральной нервной системы // Саратовский науч.мед. журн.— 2009.— Т. 5, № 1.— С. 120–123.

7. Рагозинская В.Г., Соловьева С.Л., Николаев В.И. Нейрофизиологические корреляты эмоциональных состояний у пациентов с психосоматическими расстройствами // Медицинская психология. – 2009. – № 2 (31). – С. 202-205.

8. Ханин Ю.П. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Ленинград: ЛНИИФК, 1976. – 18 с.

9. 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

10. Клестес Р.С., Де Бон. Как бросить курить и не поправиться. Пер.с англ. /Под ред. О.Арнольд. М.:Яуза,1998,- 256 с.

11. 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.

12. Кукес В. Г., Маринин В. Ф., Гаврисюк Е. В. Варениклин — препарат нового поколения для лечения табачной зависимости // Клини. фармакология и терапия. 2009, 18 (3), 1–5.

13. 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.

14. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний, смертности и некоторых других показателей развития программы CINDI. Отчет проекта. М. 1999-74 с.

15. 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.

16. 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.

17. Роб Каннингхэм. Дымовая завеса. Канадская табачная война. Пер. с англ /Под ред. А.К. Дёмина. Москва. 200, 495 с

18. Руководство по профилактике в первичном здравоохранении (Под ред. И.С. Глазунова, Р.Т. Оганова, Н.В. Перовой, Р.А. Потемкиной. Москва. 2000.217с

19. 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.

20. Смирнов В. К., Ермолова О. И., Сперанская О. И. Актуальные вопросы терапии табачной зависимости // Наркология. 2010, 6, 36–39.

21. Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков К. Ю. Практическое руководство по лечению табачной зависимости // Русс. мед. журнал. 2001, 21, 2–19.

22. 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

23. 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.

24. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: Vareniclin // Int. J Clin Pract. 2006; 60: 571–576.

25. 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.

26. Raw, Martin, A, McNeill, R. West. Smoking Cessation: Evidence-Based Recommendations for the Healthcare System. British Medical Journal 1999. 318 (7177): 182-85.



AntiFume™

Ингалятор для носа предназначен для снижения тяги к табакокурению, а также для лечения и профилактики заболеваний органов дыхания в комплексной терапии посредством локального воздействия вдыхаемой смеси эфирных масел.

Ингалятор для носа исполнение 2
ТУ 9444-001-14772278-2012

Регистрационное удостоверение
№ РЗН 2013/54 от 14.06.2013 г.

Состав средства для ингаляции:

- масло эфирное перца чёрного
- масло эфирное базилика
- CO₂ экстракт листьев табака
- CO₂ экстракт фенхеля



Страна-изготовитель:
Россия

Производитель:
ООО Компания «Динамика»,
г. Новосибирск

www.antifume.ru