

## КОРЕКЦІЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ОБЛІТЕРУЮЧОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ НИЖНІХ КІНЦІВОК У РАМКАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ

Голод Н.Р.

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, кафедра фізичної реабілітації, Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ергоterapiї та фізичного виховання, м. Івано-Франківськ, Україна, ORCID ID: 0000-0003-0996-6920, e-mail: natasha\_777@i.ua*

**Резюме. Мета дослідження:** розробка тактики корекції тютюнової залежності у пацієнтів після оперативних втручань з приводу облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок у рамках реабілітаційної програми.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз 59 медичних карт хворих після оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок. Критерій виключення – хворі з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок з цукровим діабетом. Аналіз та синтез наукових джерел, аналіз медичних карт. Дослідження проводилося на базі Івано-Франківської центральної міської лікарні № 1, у хірургічному відділенні.

**Результати дослідження.** Розробляючи програму реабілітації для пацієнтів після оперативних втручань з приводу облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок, усі працівники задіяні у цьому процесі повинні повною мірою усвідомлювати своє значення у боротьбі з палінням; їх зусилля мають бути спрямовані на усунення 3 основних перешкод у відмові від паління: недостатня інформованість пацієнта про наслідки паління; відсутність особистої мотивації на відмову від паління; сформована ніотинова залежність. У сьогоденній системі охорони здоров'я України відсоток пацієнтів з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок, які отримали реабілітаційну допомогу, є дуже мізерним.

**Висновки.** Такі хворі потребують реабілітаційного втручання в залежності від стадії захворювання, типу оперативного втручання уже у ранньому післяопераційному періоді та в амбулаторних умовах. На даний час не розроблені програми реабілітації з індивідуальним мультидисциплінарним підходом, спрямовані на відновлення активностей, програми, які враховують фактори ризику, супутню патологію та, в першу чергу, причини даного захворювання.

**Ключові слова:** облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок, тютюнова залежність, реабілітація.

**Вступ.** Облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок є одним із найчастіших проявів атеросклерозу, який залишається серед головних проблем медицини третього тисячоліття. У США реалізація державних програм призвела до помітного зниження кількості хворих із закупорками артерій [4], а в Україні за останні роки констатовано їх збільшення, особливо серед осіб працездатного віку. В нашій країні щорічно виконується понад 5000 оперативних втручань, направлених на відновлення рециркуляції крові в басейні черевного відділу аорти та артерій нижніх кінцівок у хворих з облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок.

Сучасне вітчизняне хірургічне лікування хворих з хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок є на високому рівні, проте ефективність від виконання таких операцій залежить від багатьох факторів: від стадії захворювання, локалізації та довжини оклюзії, ступеня ішемії кінцівки, супутніх захворювань, способу життя пацієнта, наявності шкідливих звичок, зокрема паління.

В Україні і надалі залишаються дуже високі показники виконання первинних ампутацій нижніх кінцівок і висока смертність даного контингенту хворих у перші 5 років після оперативних втручань [4]. Можливо, причиною цьому є майже повна відсутність кваліфікованої і своєчасної реабілітаційної допомоги таким пацієнтам, відсутність просвітницької та профілактичної роботи, спрямованої на упередження даного захворювання та супутніх захворювань.

**Обґрунтування дослідження.** Україну відносять до країн з високою розповсюдженістю паління. В наш час палять 51 % чоловіків працездатного віку в міській і 60 % - в сільській місцевості. За 20-річний період поширеність паління серед міських жінок працездатного віку зросла від 5 до 20 % [5].

Найбільша частота паління реєструється серед чоловіків віком 20-29 років (60 % в місті і 70 % в сільській місцевості). Розрахунки показують, що із цієї когорти молодих чоловіків 25 % помруть передчасно внаслідок хвороб, пов'язаних з палінням, тобто із 3,5 мільйонів молодих людей зазначеного віку 587 тисяч не доживуть до 70 років [5, 6].

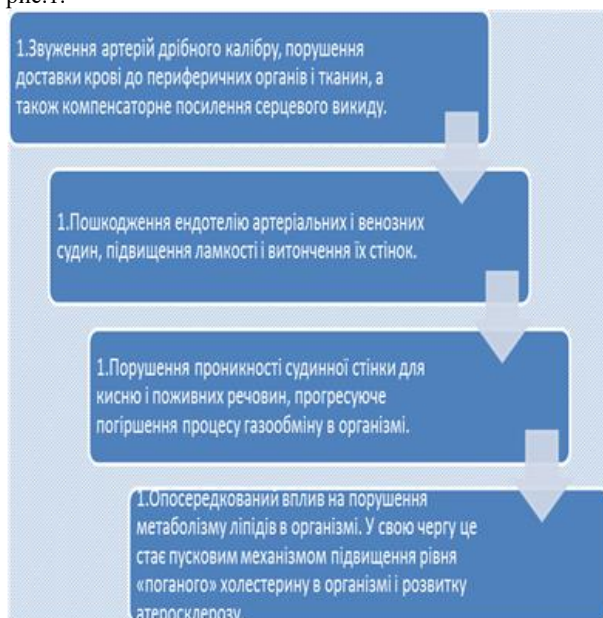
За даними ВООЗ Україна в абсолютних цифрах знаходиться на 17 місці серед усіх країн по споживанню сигарет, що складає 1,5 % всіх сигарет у світі. В той же час, населення України складає не більше 0,85 % населення Землі. Якщо в усьому світі на кожну людину припадає в середньому 870 випалюваних за рік сигарет, то в Україні – 1500-1800 або біля 4,5 сигарети в день, тобто приблизно в 2 рази більше, ніж в середньому на земній кулі [5].

Куріння – один з головних факторів ризику серцево-судинних хвороб. Основною отруйною речовиною, що завдає шкоди серцю і судинам, є оксид вуглецю, або чадний газ. Вступаючи в контакт з гемоглобіном, він порушує процес постачання киснем тканин, що викликає кисневе голодування і ускладнює роботу органів і систем, перш за все, серця і головного мозку. Задишка, що з'являється у хронічних курців навіть при невеликих фізичних навантаженнях, – характерний симптом кисневого голодування. Не менш небезпечним для серцево-судинної системи є монооксид вуглецю, що міститься в тютюновому димі і має властивість пошкоджувати стінки артерій і сприяти їх закупорці. Дія нікотину виражається у звуженні судин, через що підвищуються кров'яний тиск і частота серцевих скорочень. Наслідками отруєння тютюновим димом є такі хвороби серця і судин: артеріальна гіпертензія; атеросклероз; тромбоз; ішемічна хвороба серця; інфаркти та інсульти; порушення периферичного кровообігу. Особливо небезпечно куріння для серцево-судинної системи, якщо її супроводжують серйозні хвороби. Наприклад, при наявності діабету загроза інфаркту міокарда для курця зростає в 2 рази [6].

Саме у курців зустрічається і таке захворювання, як облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок. Це

захворювання є наслідком звуження судин нижніх кінцівок через наявність на стінках судин холестеринових бляшок. Таке захворювання сприяє розвитку так званої переміжної кульгавості – тимчасовими виникненням болю в ногах при ходьбі. І відбувається це також внаслідок спазму судин, порушення кровопостачання, викликаного ніотином. [1, 4, 6].

Механізм розвитку патологічних змін судинного русла під впливом тютюнопаління зображений на рис.1.



**Рис. 1. Механізм розвитку патологічних змін судинного русла під впливом тютюнопаління**

Варто відзначити, що куріння і нікотин негативно впливають на всі судини в людському організмі. Однак перш за все при згубній звичці страждають органи, які потребують регулярному надходженні великих обсягів кисню і поживних речовин – серце, головний мозок, а також м'які тканини кінцівок, що знаходяться на периферії.

Відмова від куріння – важливий крок, який допоможе призупинити прогресування супутніх хронічних захворювань пацієнтів з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок та зменшити прогресування даного захворювання, що відповідно дозволить зменшити відсоток смертності даних пацієнтів. Без усунення цього важливого фактору реабілітаційний процес буде неповним та неефективним.

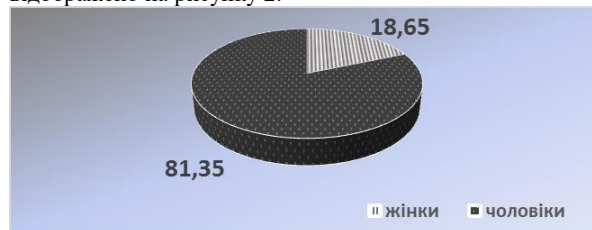
**Мета дослідження.** Розробка тактики корекції тютюнової залежності у пацієнтів після оперативних втручань з приводу облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок у рамках реабілітаційної програми.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз 59 медичних карт хворих після оперативних втручань при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок. Проаналізовано структуру втручань та їх ускладнень протягом десяти місяців 2017 року. Критерій виключення – хворі з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок з цукровим діабетом. Аналіз та синтез наукових джерел, аналіз медичних карт.

Дослідження проводилось на базі Івано-Франківської центральної міської лікарні № 1, у хірургічному відділенні.

**Результати дослідження.** За даними нашого дослідження, проведеного в хірургічному відділенні Івано-Франківської центральної міської лікарні, більшість пацієнтів з даним діагнозом – це чоловіки. Гендер-

ну структуру хворих, яким проводились оперативні втручання з приводу атеросклерозу нижніх кінцівок, відображено на рисунку 2.



**Рис. 2. Гендерна структура пацієнтів (%)**

Згідно з аналізом джерел [1, 2, 3], на даний час вважається, що до розвитку атеросклерозу призводять такі основні чинники:

- куріння;
- чоловіча стать (у більшості випадків);
- гіперхолестеринемія, гіперліпідемія;
- підвищений артеріальний тиск (незалежно від причини його зростання);
- гормональний фактор (гіпотиреоз, цукровий діабет);
- соціальні фактори (емоційне перенапруження, стрес);
- ожиріння, надлишкова маса тіла;
- мала фізична активність;
- генетичні, спадкові фактори.

Споживання тютюну значно впливає на стан здоров'я людини. В тютюновому димі міститься біля 4000 хімічних компонентів, які можна поділити на наступні групи:

- нікотин;
- смоли;
- монооксид вуглецю;
- подразнюючі засоби [5].

Паління сигарети здійснює на організм людини негайний вплив і довгострокові ефекти. Негайний вплив є наслідком прямої нікотиніндукованої вазоконстрикції та збільшення рівня адреналіну в крові і полягає у збільшенні частоти серцевих скорочень на 30 %, артеріального тиску - на 5-10 мм рт. ст., уповільнення периферичного кровообігу, яке спричиняє зниження температури верхніх і нижніх кінцівок. Довгострокові медичні ефекти пов'язані з смолами, які містять 43 канцерогена й коканцерогена і спричиняють злоякісні захворювання; окисом вуглецю та окисними газами, які сприяють розвитку серцево-судинних захворювань; подразнюючими засобами і ціаністим воднем, які обумовлюють виникнення бронхіту та емфіземи. Нікотин, як такий, не відіграє провідної ролі у розвитку захворювань, однак з ним пов'язано виникнення залежності від нікотину, яка підтримує споживання тютюну і перешкоджає відмові від паління [4, 5].

Смертність від серцево-судинних захворювань серед курців в 2 рази вища, ніж серед тих, хто не палить. Паління на 30-40 % обумовлює смертність від ішемічної хвороби серця. Несмертельний інфаркт міокарда у чоловіків, що палять, в 30-49 років виникає в 5 разів, в 50-59 років - в 3 рази, а в 60-79 років – в 2 рази частіше, ніж у тих, хто не палить. У жінок, які палять і застосовують оральні контрацептивні засоби, ризик розвитку мозкового інсульту в 20 разів вище ніж у жінок, що не палять. У курців в 5-8 разів частіше розвиваються хронічні обструктивні захворювання легень [5].

Серед курців і членів їх сімей значно частіше, ніж серед тих, хто не курить, відзначається високий рівень імуноглобуліну E, що свідчить про високу алергічну готовність цих індивідів. Діти курців мають значно гірші імунологічні показники і тому вони більш схильні до частих вірусних та бактеріальних інфекцій. Встанов-

лено, що тривале паління спричиняє стимуляцію n.vagus, сприяє збільшенню клітинної маси функціонуючих обкладкових клітин, які відповідають за продукцію соляної кислоти. У курців уповільнена евакуація хімусу, пригнічена моторика шлунку, що сприяє утворенню виразки у здорових і поганому загоєнню виразкового дефекту. У курців ризик розвитку гострого нелімфоцитарного лейкозу в 3 рази вище, ніж у тих, хто не курить. Кумулятивним впливом хронічної тютюнової інтоксикації є зменшення очікуваної тривалості життя: 35-річна жінка, що палить, проживе на 5 років, а 35-річний чоловік, що палить, - на 7 років менше, ніж їх однолітки, які не палять [5].

Отже, в наш час в Україні нараховується майже 9 мільйонів активних курців, які складають третину всього працездатного населення країни. Істотно поліпшити здоров'я цієї величезної кількості людей можливо без залучення значних матеріальних витрат, впливаючи лише на один фактор - паління. Дослідження свідчать, що більшість (65 %) дорослих курців хотіли б позбавитись цієї звички і намагались зробити це не один раз. Розвиток залежності від нікотину – одна із головних перешкод при відмові від паління. Медичні працівники первинних структур охорони здоров'я мають всі можливості для подання допомоги в цьому [5, 6].

Незважаючи на значну роль спеціалізованих установ, досвід країн, які успішно проводять боротьбу з палінням, доводить, що основний внесок у відмову від паління вносять медичні працівники первинних структур охорони здоров'я. Поради медиків, які мають авторитет, виконуються, а їх інформованість стосовно здоров'я пацієнта і/або членів його сім'ї дозволяє персоналізувати рекомендації по відмові від паління [4].

Відомо, що 2 % пацієнтів припиняють палити вже після першої кваліфікованої консультації. У сполученні з призначенням препаратів, що сприяють формуванню готовності до відмови від паління, запобігають появі або зменшують вираженість клінічних проявів синдрому відміни, питома вага курців, які відмовились від цієї звички, зростає до 5-8 %. В рекомендаціях ВООЗ підкреслюється: кожний медичний працівник несе відповідальність у боротьбі з епідемією паління; існують методи, що дозволяють медичним працівникам первинних структур охорони здоров'я подавати допомогу пацієн-

там; припинення паління – не тільки питання профілактики, його необхідно розглядати як одне із призначень пацієнту при лікуванні будь-яких захворювань та реабілітації; медичні працівники повинні бути прикладом для пацієнтів у відмові від паління [4, 5].

Мотивуючи всіх курців припинити палити і допомагаючи їм в зусиллях відмовитись від цієї звички, особливу увагу необхідно приділяти: підліткам; вагітним жінкам і жінкам, що мають наміри завагітніти; особам, у сім'ях яких є новонароджені і маленькі діти; особам з артеріальною гіпертензією, гіперхолестеринемією, серцево-судинними захворюваннями, хворобами периферичних артерій, органів дихання і тим, хто очікує оперативного втручання.

Розробляючи програму реабілітації для пацієнтів після оперативних втручань з приводу облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок, усі працівники задіяні у цьому процесі, а в ідеалі це має бути мультидисциплінарна команда (лікар, медсестра, фізіотерапевт, ерготерапевт, психолог), повинні повною мірою усвідомлювати своє значення у боротьбі з палінням; їх зусилля мають бути спрямовані на усунення 3 основних перешкод у відмові від паління: недостатня інформованість пацієнта про наслідки паління; відсутність особистої мотивації на відмову від паління; сформована нікотинова залежність.

Важливим компонентом лікування тютюнопаління і нікотинової залежності є виявлення осіб, що палять. Працівники мультидисциплінарної команди повинні: розпитувати пацієнта про звичку паління; вносити в амбулаторну карту інформацію щодо паління пацієнта; рекомендувати курцю кинути палити; допомагати готовому відмовитись від паління пацієнту у складанні плану відвикання від цієї звички; оцінювати ступінь нікотинової залежності; пропонувати при необхідності фармакотерапію і детально інформувати пацієнта про її правильне використання; забезпечувати постійний контроль за тими, хто відмовився від паління, а у випадку повернення до нього, захочувати пацієнта до нової спроби відмови; за бажанням пацієнта направляти його в спеціалізовані установи або на групові заняття. ВООЗ розробила рекомендації щодо тактики медичного працівника по боротьбі з палінням (рис. 3), яка, на нашу думку, може бути використаною і для пацієнтів з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок [5].



Рис. 3. Тактика медичного працівника по боротьбі з палінням

Згідно рекомендацій ВООЗ, якщо пацієнт не бажає відмовитись від паління, необхідно обговорювати з таким пацієнтом можливість відмови від паління щорічно. Якщо пацієнт вважає, що неготовий відмовитись зараз від паління, необхідно: з'ясувати причини, за яких відмова від паління зараз неможлива; обговорити питання відмови від паління під час наступного відвідування або раніше, якщо у пацієнта виникне мотивація на відмову; інформувати пацієнта про шкідливість паління взагалі і особисто для нього (з урахуванням анамнезу); пояснити необхідність відмови від паління незалежно від віку і стану здоров'я; докладно пояснити позитивні ефекти відмови від паління; не примушувати пацієнта відмовитись від паління, а, лише переконуючи, сформувати у нього самостійне рішення кинути палити; під час кожної розмови з пацієнтом проявляти зацікавленість до того, чи намагається він відмовитись від паління, і заохочувати його відмову. Спілкуючись з цією групою курців, необхідно застосовувати принципи "5 R's": Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition [Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians Roockville, MD: U.S. 2000] [5]. Отже, розглянемо кожен аспект.

**Relevance** – актуальність. Пацієнту потрібно роз'яснити, чому припинення паління актуально особисто для нього. Інформація має важливе значення для підвищення мотивації, якщо вона пов'язана з хворобами пацієнта або ризиком їх виникнення, сімейними або соціальними обставинами (наявність дітей, очікуване народження дитини).

**Risk** – ризик. Необхідно інформувати пацієнта про можливий ризик, пов'язаний з палінням, особисто для нього та його близьких. Виділяють:

- найближчі наслідки: задишка, загострення бронхіальної астми, шкода під час вагітності, безплідність, тахікардія, підвищення артеріального тиску та ін.;
- віддалені наслідки: інфаркт міокарда, мозковий інсульт, рак легень та інших органів, хронічні обструктивні захворювання легень (хронічний бронхіт та емфізема), стійка втрата працездатності і необхідність сторонньої допомоги;
- ризик для присутніх: підвищення ризику розвитку раку легень і серцево-судинних захворювань у дружи-

ни/чоловіка; підвищення ризику розвитку дітей з недостатньою вагою; синдром раптової дитячої смерті, респіраторні інфекції, хвороби середнього вуха в сім'ях, де палить один із батьків. Необхідно підкреслити, що вживання сигарет з низьким вмістом нікотину або використання інших форм тютюну (сигари, трубки) не усуває ці ризики [5].

**Rewards** – винагороди. Обговорюючи з пацієнтом можливі переваги відмови від паління, слід виділяти найважливіші для кожної людини моменти з урахуванням її віку і мотиву паління, підкреслюючи, що, припинивши палити, пацієнт:

- буде почувати себе краще, бадьоріше, енергійніше;
- буде легше і повніше дихати, припиниться кашель;
- збереже кошти (помірний курець щорічно витрачає на сигарети від 4000 до 5000 гривень);
- проживе довше здоровішим;
- буде прикладом для своїх дітей;
- поліпшить нюх і підсилить здатність відчувати смак;
- зможе позбутися неприємного запаху одягу, волосся, дихання;
- буде краще переносити фізичні навантаження;
- поліпшить стан зубів, шкіри, уповільнить появу нових зморшок.

**Roadblocks** – перешкоди. Необхідно обговорити з пацієнтом фактори, що заважають йому відмовитись від паління. При наявності в анамнезі відомостей про попередні невдалі спроби відмови або повернення до шкідливої звички після тривалого утримання від неї – з'ясувати причини. Найтипівіші фактори, що перешкоджають відмові від паління [5]:

- клінічні прояви синдрому відміни;
- депресія;
- задоволення від паління;
- збільшення ваги;
- страх зазнати невдачі;
- відсутність підтримки родичів і друзів.

При формуванні мотивації відмови від паління необхідно враховувати вік і причини паління пацієнта (табл. 1) [5].

Таблиця 1

Основні причини паління і мотивація відмови в залежності від віку пацієнта

Вік, роки	Причини паління	Мотивація відмови
13-19	- виглядати дорослим; - вплив однолітків, що палять; - оточення, реклама; - паління членів сім'ї.	-звернути увагу на безпосередні негативні ефекти: дорого, знижує показники в спорті і фізичній культурі, неприємний запах із рота; -показати зв'язок між палінням і гострими захворюваннями (алергія, синусит, бронхіт);
20-39	- поліпшення ситуації спілкування; - стереотип поведінки; - антистресовий ефект паління; - незалежність, мода, привабливість; - фізична залежність; - оточення, реклама.	-звернути увагу на психологічні аспекти, допомогти вибрати здорову альтернативу; -пояснити зв'язок між палінням і гострими захворюваннями; -вказати на імовірність розвитку хронічних хвороб; -інформувати про лікування нікотинової залежності;
40-59	- ті, що в 20-39 років; додатково: - збільшення фізичної залежності; - розчарування від попередніх спроб відмови від паління;	-ті, що для 20-39 років; додатково: -вказати на існуючі ефективні медикаментозні засоби лікування тютюнозалежності; -запевнити пацієнта в тому, що він здатний відмовитись від паління.
60 років і більше або особи з ознаками захворювань	- ті, що в 40-59 років; додатково: - відчуття, що шкода здоров'ю вже нанесена і вона непоправна;	-ті, що в 40-59 років; додатково: -вказати на безпосередні позитивні наслідки відмови (зменшення кашлю, застуд, поліпшення смаку, збереження коштів); -зменшення подальшої шкоди для здоров'я.

Repetition – повторення. Припинення паління – тривалий і складний процес. Підхід до кожного пацієнта повинен бути індивідуальним і залежати від того, на якій стадії відмови перебуває курець. Готовність пацієнта може і повинна формуватись поступово, послідовно і не в категоричній формі. У випадку неготовності пацієнта до відмови від паління необхідно періодично (не менше 1 разу на рік) повертатись до обговорення цього питання.

У випадку, коли пацієнт бажає відмовитись від паління, дії медиків регламентуються міжнародними принципами “5 A’s”: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange\*. [Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians Rockville, MD: U.S. 2000] [5].

Ask - питання. Для подання кваліфікованої допомоги необхідно з’ясувати анамнез паління, а саме:

- стаж паління;
- кількість випалюваних щодня сигарет;
- попередні спроби відмови від паління;
- причини повернення до шкідливої звички.

Відповіді на ці запитання допоможуть діагностувати тип паління і ступінь тютюнової залежності, а також передбачити труднощі, пов’язані з синдромом відміни або з тими соціальними факторами, які спричинили зрив при попередніх спробах відмови [5].

Advise - порада. Необхідно підтримати пацієнта у відмові від паління і зміцнити його бажання зробити це найближчим часом (наприклад, в межах наступних 15-30 днів). Порада має бути зрозумілою (“Я вважаю, що для Вас важливо кинути палити саме зараз і я можу допомогти Вам”), суворою (“Як лікар, я зобов’язаний попередити Вас, що відмова від паління – найважливіший засіб для Вас, здатний захистити Ваше здоров’я сьогодні і в майбутньому”) та індивідуалізованою (показати зв’язок паління з станом здоров’я і/або хвороби, соціальними наслідками та економічними втратами). Необхідно підкреслити, що медичні працівники в змозі допомогти пацієнту у відмові від паління.

Assess – оцінка готовності зробити спробу кинути палити. Потрібно визначити готовність пацієнта до відмови від паління. Позитивна відповідь на питання “Ви готові визначити дату відмови від паління протягом наступних 30 днів?” свідчить про його високу готовність.

Assist - допомога. Визначальними факторами успішної відмови від паління у мотивованій (готовій до відмови) людині є:

- самозобов’язання (день відмови);
- наявність стратегічного плану;
- підтримка (в т.ч. медикаментозна);
- наявність контролю.

Всі ці фактори повинні враховуватись [5].

Arrange - виконання. Відмова від паління – процес тривалий. При кожному відвідуванні пацієнта необхідно заохочувати його спробу припинити палити, цікавитись успіхами і труднощами, які виникають під час відмови, висловлювати переконаність у його спроможності кинути палити і бути готовим надати необхідну допомогу. Визначте день відмови від паління. Пацієнт повинен визначити день, коли він припинить палити. Частіше цей термін коливається від 2 тижнів до одного місяця. Сплануйте стратегію. Ефективна відмова від паління потребує змін в поведінці пацієнта. Паління здебільшого пов’язано з впливом різних факторів (стрес, водіння автомобіля, вживання алкогольних напоїв, спілкування в компанії). Спільно з пацієнтом необхідно визначити ці фактори і порадити, по можливості, уникати ситуацій, що підвищують ризик рецидиву паління. Найціннішим щодо цього є попередній досвід курця, пов’язаний із спробами відмови. Потрібно розглянути фактори, які допомагали йому протягом періоду припинення паління, і ті, що сприяли рецидиву [5].

Пацієнт зобов’язаний знати, що:

- навіть одна затяжка буде провокувати подальше паління і зробить його припинення труднішим;
- алкогольні напої спричиняють виникнення рецидиву і слід обмежувати їх вживання в період відмови від паління;
- наявність інших курців в домі перешкоджає припиненню паління; бажано, щоб члени сім’ї, які палять, разом з пацієнтом відмовились від паління або не курили в його присутності [5].

Підтримка. Людина, яка припиняє палити, потребує підтримки членів сім’ї, друзів, колег, медичних працівників. Останні можуть допомогти розробити соціальну підтримку в намірі курця. У випадку контакту з сім’єю пацієнта необхідно інформувати їх про його спробу відмови від паління. Лікар зобов’язаний рекомендувати особам з середнім і високим ступенем нікотинової залежності застосовувати ефективні засоби фармакотерапії, пояснюючи, як ці препарати допомагають у відмові від паління і зменшують прояви синдрому відміни [5].

Наявність контролю. Необхідно також розпитувати пацієнта про труднощі, що виникають в процесі відмови, цікавитись досягнутими успіхами. Необхідно пам’ятати, що в Міжнародній класифікації хвороб (ICD-10) тютюнова залежність включена до рубрики “Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин”, а паління класифікується як захворювання (код F17). В тютюновій залежності виділяють елементи психологічної і фізичної (нікотинової) залежності. Нікотинна залежність повинна розглядатись як патологічний стан, що потребує діагностики і відповідного лікування [5].

В іонізованому стані нікотин подібний до нейромедіатора ацетилхоліна і має здатність безпосередньо взаємодіяти з ацетилхолінергічними рецепторами. Тривале паління спричиняє значні розлади діяльності холінергічної системи. Відмова від паління призводить до кількісного дисбалансу між медіатором і рецепторами. Починається процес ренейроадаптації, для якого характерна надмірна кількість рецепторів і гіперхолінергічна активність. Біологічний процес ренейроадаптації клінічно проявляється синдромом відміни. Медичні працівники зобов’язані знати його ознаки і частоту їх виникнення: неспокій – 87 %; труднощі концентрації – 73 %; розлади сну – 84 %; непосидючість – 71 %; роздратованість – 80 %; голод – 53 %; депресія – 78 %; шлунково-кишкові проблеми – 33 %; нетерпимість – 76 %; головний біль – 24 % [5].

Для розробки індивідуальної програми відмови від паління і подання медикаментозної допомоги курцю важливого значення набуває визначення ступеня нікотинової залежності. В наш час існують різні методи її діагностики: визначення: титонау в крові, рівня СО у видихуваному повітрі, концентрації нікотину, котініну або їх метаболітів в крові, сечі або слині. Найчастіше використовують тест Фагерстрема (таблиця 2) [5]. Ступінь залежності оцінюється в балах від 0 до 10: 0-3 бали – низький рівень залежності. При відмові від паління основну увагу треба зосередити на психологічних факторах. 4-5 балів – середній рівень залежності. Рекомендується застосування медикаментозної терапії. 6-10 балів – високий рівень залежності. Необхідно використовувати медикаментозну терапію.

Для швидкої перевірки залежності дозволяється задати пацієнту лише три питання, які потребують відповіді “так” або “ні”.

1. Чи випалюєте Ви понад 20 сигарет щодня?
2. Чи палите Ви протягом перших 30 хвилин після пробудження?
3. Чи відчували Ви сильний потяг до паління або симптоми відміни під час попередньої спроби кинути палити?

## Тест Фагерстрема

1. Через який проміжок часу після пробудження Ви запалюєте сигарету?	
протягом 5 хвилин	3 бали
від 6 до 30 хвилин	2 бали
від 31 до 60 хвилин	1 бал
більш ніж через 60 хвилин	0 Балів
2. Чи важко Вам утриматись від паління у заборонених місцях?	
так	1 бал
ні	0 балів
3. Від якої сигарети найважче утриматись?	
ранішньої	1 бал
наступної	0 балів
4. Скільки сигарет щодня Ви випалюєте?	
понад 30	3 бали
від 21 до 30	2 бали
від 11 до 20	1 бал
10 або менше	0 балів
5. Коли найбільше палите?	
вранці	1 бал
протягом дня	0 балів
6. Чи палите Ви під час захворювання, коли повинні дотримуватись ліжкового режиму?	
так	1 бал
ні	0 балів

Позитивна відповідь на 3 запитання дозволяє діагностувати високий ступінь нікотинової залежності.

Орієнтовно про високий ступінь нікотинової залежності свідчить також індекс куріння: кількість випалюваних за добу сигарет множить на 12 (кількість місяців у році). Індекс, що перевищує 200, дозволяє констатувати високу залежність від нікотину.

*Індекс курця = кількість випалюваних сигарет / добу x 12 місяців*

В наш час існують ефективні методи лікування тютюнозалежності, які надають реальну можливість поліпшити якість життя пацієнтів. Використання медикаментозних засобів – ключовий момент багатокomпонентної допомоги пацієнтам при лікуванні тютюнозалежності. До сучасних лікарських засобів терапії тютюнопаління відносять препарати нікотин-замісної терапії.

Нікотинзамісна терапія (НЗТ). Цей вид лікування вже більше 20 років широко використовується для повної відмови від паління. Препарати НЗТ, підтримуючи базальний рівень нікотину в крові і зменшуючи тяжкість проявів синдрому відміни, дозволяють спрямувати сили курця на подолання психологічної залежності і, таким чином, підвищують імовірність відмови від паління. Препарати НЗТ не утворюють характерних для паління високих концентрацій нікотину в крові, загальна доза якого коливається від третини до половини тієї, що отримується з сигаретою. Форма випуску: жувальна гумка (2 і 4 мг), нашкірний пластир (7 мг на 24 години; 14 мг на 24 години; 21 мг на 24 години; 15 мг на 16 годин), інгалятор, назальний спрей, таблетки. Добова доза: залежить від форми препаратів НЗТ. Для жувальної гумки середня добова доза складає 10-15 штук. Показання до застосування: рекомендується особам середнього і високого ступеня нікотинової залежності. Термін застосування: 2-12 тижнів (підтримуюча терапія – до 6 місяців). Безпечність: тривалими проспективними дослідженнями доведена безпечність препаратів НЗТ навіть у осіб з серцево-судинними захворюваннями. Побічні ефекти: місцева подразнююча дія (в залежності від форми препарату) обумовлена порушеннями інструкції по застосуванню; диспепсія. Протипоказання: вагітність, нестабіль-

на стенокардія, недавній інфаркт міокарда, вік до 18 років. Доступність: інгалятор і назальний спрей – рецептурна форма продажу; жувальна гумка і нашкірний пластир – вільний продаж.

Під час кожної наступної зустрічі з курцем необхідно рекомендувати йому подальше утримання від паління. Якщо пацієнт повідомляє про збереження сильного бажання запалити, необхідно розглянути питання про збільшення терміну застосування фармакотерапії або призначити комбінацію препаратів для зменшення проявів синдрому відміни [5].

Якщо пацієнт скаржиться на збільшення маси тіла, необхідно:

- рекомендувати збільшення фізичних навантажень;
- підкреслити важливість здорового харчування;
- рекомендувати нікотинову жувальну гумку (особи, які приймають цей препарат, мають мінімальне збільшення маси тіла).

При зменшенні мотивації на відмову від паління необхідно:

- запевнити пацієнта, що цей стан – тимчасовий і більшість справляється з ним;
- підкреслити, що відновлення паління зробить відмову від нього в подальшому значно труднішою;
- рекомендувати звернутися до центру психологічної підтримки відмови від паління [4, 5].

**Обговорення результатів.** У сьогоdnішній системі охорони здоров'я відсоток пацієнтів з облітеруючим атеросклерозом нижніх кінцівок, які отримали реабілітаційну допомогу, є дуже мізерним. Після виписування зі стаціонару хворі тривалий час підлягають диспансерному нагляду. Цей нагляд, як правило, носить формальний характер. Не проводиться вторинна профілактика даного захворювання і недооцінюється значення профілактичних заходів, спрямованих на усунення причин захворювання і профілактику подальших ускладнень. Не проводиться оцінка ефективності наданих реабілітаційних послуг, як правило, вся реабілітація зводиться до «відпусчення певних процедур».

Тютюнозалежність – хронічне захворювання, що потребує лікування. Досвід багатьох країн, які досяг-

ли значних успіхів у зниженні захворюваності і смертності від хронічних неінфекційних захворювань, довів, що саме зменшення поширеності паління вірогідно позитивно впливає на показники здоров'я. Працівники первинних структур охорони здоров'я – терапевти, сімейні лікарі, фельдшери, медичні сестри, реабілітологи – найчастіше контактують з пацієнтами, тому без їх активної участі у профілактиці і лікуванні паління неможливо досягти поставленого ВООЗ для всіх країн завдання: збільшити кількість осіб, що не палять, до 80 % і зменшити споживання тютюну на 50 % [5].

**Висновки.** 1. Тютюнозалежність – хронічний стан, який здебільшого потребує повторного лікування. В наш час існують ефективні засоби, що дозволяють подолати цю залежність і досягти певної відмови від паління.

2. В установах структур охорони здоров'я необхідно послідовно виявляти, реєструвати і лікувати кожного курця. Існує виражена залежність між інтенсивністю консультативно-методичної допомоги та її ефективністю. Медичні працівники повинні будувати тактику своєї роботи з пацієнтом, що палить, в залежності від його готовності відмовитись від паління. Існують засоби фармакотерапії, які істотно підвищують ефективність відмови від паління. При відсутності протипоказань вони можуть призначатись усім пацієнтам, які намагаються перестати палити. Призначення медикаментозних засобів потребує врахування ступеня нікотинної залежності пацієнта [5].

3. Такі хворі потребують реабілітаційного втручання в залежності від стадії захворювання, типу оперативного втручання уже у ранньому післяопераційному періоді та в амбулаторних умовах. На даний час не розроблені програми реабілітації з індивідуальним мультидисциплінарним підходом, спрямовані на відновлення активностей, програми, які враховують фактори ризику, супутню патологію та, в першу чергу, причини даного захворювання. Таким чином, у зв'язку зі збільшенням кількості хворих на атеросклеротичні оклюзії артерій нижніх кінцівок та невтішні результати їх лікування, перспективою подальших досліджень вбачаємо розробку реабілітаційних заходів для хворих після оперативних втручань та для профілактики подальших ускладнень від основного та супутніх захворювань, у тому числі і лікування тютюнозалежності, підвищення якості життя даної категорії пацієнтів.

#### References:

1. Bereznytskyi Ya.S., Zakharash M.P., Myshalov V.H. and others. Surgery. The basic textbook for surgery (in five books), an electronic version.
2. P.Ya. Chumak, A.Ya. Kuznietsov, M.O. Rudyi, O.P. Kovalov Surgical diseases. Pidruchnyk. - Ternopil: TDMU, 2006. – p. 488.
3. Cherniak V.A., Kostromin G.A., Uzhanov O.H., Koshevskiy Yu.I. Conservative therapy of patients with obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower extremities in the state of critical ischemia in combination with ischemic heart disease: International. Symposium 'Hemostasis - Problems and Prospects' (November 5-6, 2002, Kyiv). K., 2002. – No. 31. – P. 342-345.
4. <http://www.thecochranelibrary.com>
5. [http://health-ua.com/pics/pdf/2010\\_02/34-36.pdf](http://health-ua.com/pics/pdf/2010_02/34-36.pdf)
6. <https://healthapple.info/zdorovya-ta-organizm/kurinnyachomu-neobkhdno-vidmovyatsya-vid-shkidlyvoyi-%E2%80%8B%E2%80%8Bzvychky/>

УДК 613.84+616 – 089+616.13 – 044.6

**КОРРЕКЦИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРА-**

## **ТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РАМКАХ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ**

Голод Н.Р.

*Прикарпатский национальный университет имени Василия Стефанька, кафедра физической реабилитации,*

*Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра физической реабилитации, эрготерапии и физического воспитания, г. Ивано-Франковск, Украина, ORCID ID: 0000-0003-0996-6920, e-mail: natasha\_777@i.ua*

**Резюме.** Цель исследования: разработка тактики коррекции табачной зависимости у пациентов после оперативных вмешательств по поводу облитерирующего атеросклероза нижних конечностей в рамках реабилитационной программы.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 59 медицинских карт больных после оперативных вмешательств при облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей. Критерий исключения – больные с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей с сахарным диабетом. Анализ и синтез научных источников, анализ медицинских карт. Исследование проводилось на базе Ивано-Франковской центральной городской больницы № 1, в хирургическом отделении.

**Результаты исследования.** Разрабатывая программу реабилитации пациентов после оперативных вмешательств по поводу облитерирующего атеросклероза нижних конечностей все работники, задействованы в этом процессе, должны в полной мере осознавать свое значение в борьбе с курением; их усилия должны быть направлены на устранение 3 основных препятствий в отказе от курения: недостаточная информированность пациента о последствиях курения; отсутствие личной мотивации на отказ от курения; сформирована никотиновая зависимость. В сегодняшней системе здравоохранения Украины процент пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, которые получили реабилитационную помощь, очень минимальный.

**Выводы.** Такие больные нуждаются в реабилитационного вмешательства в зависимости от стадии заболевания, типа оперативного вмешательства уже в раннем послеоперационном периоде и в амбулаторных условиях. В настоящее время не разработаны программы реабилитации с индивидуальным мультидисциплинарным подходом, направленные на восстановление активностей, программы, которые учитывают факторы риска, сопутствующую патологию и, в первую очередь, причины данного заболевания.

**Ключевые слова:** облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, табачная зависимость, реабилитация.

UDC 613.84+616 – 089+616.13 – 044.6

**CORRECTION OF TOBACCO ADDICTION IN PATIENTS AFTER SURGERIES FOR OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF LOWER EXTREMITIES IN PATIENTS WITHIN A REHABILITATION PROGRAM**

N.R. Golod

*Vasyl Stefanyk precarpathian national university,  
Department of Physical Rehabilitation,  
Ivano-frankivsk national medical university,  
Department of Physical Rehabilitation, Ergotherapy  
and Physical Education, Ivano-Frankivsk, Ukraine,  
ORCID ID: 0000-0003-0996-6920,  
e-mail: natasha\_777@i.ua*

**Abstract.** Ukraine belongs to countries with a high prevalence of smoking. In our time, 51% of men of working age are smoking in urban areas and 60% in rural ones. Over the 20-year period, the prevalence of smoking among urban women of working age has increased from 5 to 20%.

Such a disease as obliterating atherosclerosis of the lower extremities can be observed in smokers. This disease is a consequence of the narrowing of the vessels of the lower extremities due to the presence of cholesterol plaques on the walls of the vessels. Such a disease promotes the development of the so-called intermittent lameness, the temporary occurrence of leg pain in walking. And this happens as a result of vascular spasm, a disruption of the blood supply caused by nicotine.

**The purpose of the study:** development of tactics for correction of tobacco addiction in patients after surgical interventions for obliterative atherosclerosis of the lower extremities within the framework of the rehab program.

**Materials and methods.** The analysis of 59 medical records of patients after surgical interventions with obliterating atherosclerosis of the lower extremities has been performed. The structure of interventions and their complications during the ten months of 2017 has been analyzed. Exception criterion is patients with obliterative atherosclerosis of the lower extremities with diabetes mellitus. Analysis and synthesis of scientific sources, analysis of medical records. The research has been conducted on the basis of the Ivano-Frankivsk city hospital No. 1, in the surgical department.

**Results of the study.** According to our research, most patients with this diagnosis are males. When developing a rehab program for patients after surgical interventions for obliterative atherosclerosis of the lower extremities, all the staff, involved in this process, and ideally it should be a multidisciplinary team (a physician, a nurse, a physiotherapist, an ergotherapist, a psychologist), should fully understand their importance in combating smoking; their efforts should be aimed at eliminating 3 main obstacles to smoking cessation: insufficient patient awareness of the consequences of smoking; lack of personal motivation to quit smoking; formed nicotine addiction. In today's Ukrainian health care system, the percentage of patients with obliterative atherosclerosis of the lower extremities who have received rehabilitation assistance is extremely low. After leaving the hospital, patients are subjected to dispensary supervision for a long time. This supervision, as a rule, is of a formal nature. There is no secondary prevention of this disease and the importance of preventive measures, aimed at eliminating the causes of the disease and preventing further complications are underestimated. The effectiveness of provided rehabilitation services is not being evaluated.

**Conclusions.** Such patients need rehabilitation interventions, depending on the stage of the disease, the type of surgical intervention in the early postoperative period and under hospital care. At present, rehab programs with an individual multidisciplinary approach, aimed at restoring activities, as well as programs that take into account risk factors, concomitant pathology and, above all, the causes of the disease have not been developed.

**Keywords:** obliterating atherosclerosis of the lower extremities, tobacco addiction, and rehabilitation.

Стаття надійшла до редакції 19.07.2018 р