

Medical sciences (2018) 1–9



## Interventions that can help quit smoking during pregnancy.

### Literature review

*Roberta Šarvaitė<sup>1</sup>, Viktorija Andrejevaitė<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Vilnius University, Faculty of Medicine*

*<sup>2</sup> Vilnius University Faculty of medicine Internal diseases, Family medicine and  
Oncology clinic*

#### ABSTRACT

Smoking during pregnancy is an important healthcare problem. It is one of the most important and possibly preventable risk factors, associated with adverse birth outcomes, such as spontaneous miscarriage, premature delivery, small for gestational age birth weight and many more. Therefore, the aim of this study was to overview the epidemiology of smoking during pregnancy, as well as effective and evidence based methods for smoking cessation during pregnancy.

Review was carried out using Medline, PubMed, Cochrane Library, Medscape and specialized freely accessible web search engine Google Scholar. Only articles overviewing recent effective smoking cessation methods and epidemiology of smoking prevalence among pregnant women were selected.

Research shows, that approximately 1 in 4 women who used to smoke prior to conception, continue smoking during pregnancy. Smoking status during pregnancy significantly depends on social status: women with lower income, poor housing, low health education, experiencing domestic violence are at risk to continue smoking. Every healthcare specialist dealing with pregnant woman should encourage them to quit smoking. The 5A model is one of the most effective and easily adjusted methods in medical practice. The use of this method significantly increases chances of quitting or cutting down on smoking. Research shows that counselling therapy for tobacco dependency treatment significantly reduces the number of smoking pregnant women. This therapy includes behavioral counseling, cognitive behavioral therapy and motivational interviewing. There is not enough evidence about smoking cessation medications and e-cigarettes use in pregnant women, therefore the benefits and harms of these methods cannot be evaluated properly. Tobacco dependency treatment should be chosen individually.

Smoking during pregnancy increases the risk of adverse birth outcomes, for this reason healthcare specialists should advise and help pregnant women quit smoking as soon as possible after the conception.

**Keywords:** smoking during pregnancy, smoking cessation, smoking cessation pharmacotherapy, e-cigarettes

## Intervencijos, galinčios padėti nutraukti rūkymą nėštumo metu. Literatūros apžvalga

Roberta Šarvaitė<sup>1</sup>, Viktorija Andrejevaitė<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vilnius University, Faculty of Medicine

<sup>2</sup> Vilnius University Faculty of medicine Internal diseases, Family medicine and  
Oncology clinic

### SANTRAUKA

Rūkymas nėštumo metu yra svarbi sveikatos sistemos problema. Tai vienas pagrindinių ir galimai išvengiamų rizikos veiksnių, siejamų su nepalankiomis nėštumo baigtimis, tokiomis kaip spontaninis nėštumo nutrūkimas, prieššlaikinis gimdymas, mažas naujagimio gimimo svoris ir daugeliu kitų. Todėl šio straipsnio tikslas – apžvelgti nėščiųjų rūkymo paplitimą, efektyvias ir įrodymais pagrįstas priemones, kurias galima taikyti padedant nėščiosioms mesti rūkyti.

Rengiant straipsnį publikacijų paieška atlikta duomenų bazėse *Medline*, *PubMed*, *Cochrane Library*, *Medscape* ir specializuotoje informacijos paieškos sistemoje *Google Scholar*. Analizei atrinkti straipsniai, kuriuose apžvelgiama ir pristatoma naujausia nėščiųjų rūkymo epidemiologija ir efektyvios priemonės, padedančios nutraukti rūkymą nėštumo metu.

Tyrimai rodo, kad maždaug 1 iš 4 moterų, rūkusių iki nėštumo, rūko ir jo metu. Nėščiųjų tabako vartojimas reikšmingai susijęs su moters socialiniu statusu: dažniau rūkymo neatsisako mažas pajamas gaunančios, vargingai gyvenančios, smurtą artimoje aplinkoje patiriančios, žemą sveikatos raštingumą turinčios moterys. Kiekvienas sveikatos specialistas, susiduriantis su nėščiosiomis, turėtų patarti joms mesti rūkyti. Vienas labai efektyvių ir lengvai pritaikomų metodų – 5A modelis, kurį taikant ženkliai padidėja tikimybė, kad moteris bent jau pabandys mesti rūkyti ar sumažinti surūkomų cigarečių skaičių. Tyrimai rodo, kad nefarmakologinė priklausomybės nuo rūkymo terapija, kuriai priskiriama kognityvinė elgesio terapija, konsultavimas ir motyvacinis interviu, reikšmingai sumažina rūkančių nėščiųjų skaičių. Dar nepakanka duomenų apie nėščiųjų farmakoterapiją ir e-cigarečių taikymą gydant priklausomybę nuo tabako, todėl galima šių metodų nauda ir žala negali būti patikimai įvertinta. Renkantis priklausomybės gydymą kiekvienu atveju reikėtų spręsti individualiai.

Rūkymas nėštumo metu labai padidina nepageidaujamų išeičių riziką, todėl sveikatos specialistai nėščiosioms turėtų patarti ir efektyviomis priemonėmis padėti mesti rūkyti kaip galima greičiau po pastojimo.

**Raktažodžiai:** rūkymas nėštumo metu, rūkymo nutraukimas, rūkymo nutraukimo farmakoterapija, e-cigaretės

## Įvadas

Europos Sąjungos duomenų bazės Eurostat duomenys rodo, kad Europoje kasdien rūko apie 15,5 procentų moterų [1]. Lietuvos Statistikos departamento atlikto 2014 m. Lietuvos gyventojų sveikatos statistinio tyrimo rezultatų duomenimis, rūkančių Lietuvos moterų skaičius, nors ir yra mažesnis už Europos vidurkį, siekia 9 procentus [2]. Didelę rūkančiųjų dalį sudaro vaisingo amžiaus moterys, kurių tik dalis nutraukia rūkymą sužinojusios, kad laukiasi. Tabako vartojimas ir pasyvaus rūkymo poveikis nėštumo metu laikomi vienais svarbiausių ir potencialiai išvengiamų rizikos veiksnių, lemiančių nepalankias nėštumo baigtis. Su rūkymu siejama daugybė nėštumo komplikacijų, tokių kaip spontaninis nėštumo nutrūkimas, placentos anomalijos, atšoka, ektozinis nėštumas, preeklampsija ir kitos [3-6]. Be to, rūkymas gali lemti ir tiesiogines komplikacijas rūkančių motinų vaikams: padidėja perinatalinio mirštamumo, prieššlaikinio gimdymo, intrauterinio augimo atsilikimo, mažo gimimo svorio, staigios kūdikių mirties sindromo, malformacijų tikimybė [7-10]. Žinoma, kad motinos tabako vartojimo ar pasyvaus rūkymo nėštumo metu sukelti nepageidaujami poveikiai gali pasireikšti net ir vėlesnėje vaikystėje ar jau suaugus. Tyrimai rodo, kad rūkusių motinų palikuonys turi didesnę arterinės hipertenzijos, nutukimo ir metabolinio sindromo, psichiatrinių sutrikimų, mokymosi ir atminties sutrikimų riziką [11-13]. Be to, tokių motinų vaikai ateityje reikšmingai dažniau rūko ir turi priklausomybę nuo nikotino [14]. Nepaisant tokios daugybės sunkių nepageidajamų išeičių, kurias lemia nėštumo metu vartojamas tabakas, dalis moterų, sužinojusios, kad laukiasi, nenutraukia rūkymo arba tik sumažina jo vartojimą. Bet koks surūkomų cigarečių kiekis (net ir nedidelis) nėštumo metu didina minėtų nepageidajamų išeičių riziką, todėl nėščiosioms turėtų būti patarta visiškai atsisakyti rūkymo, o siekiant optimalių nėštumo išeičių, atsisakyti rūkymo vertėtų dar iki pastojant. Nors mesti rūkyti gali būti nepaprastai sunku, o dėl įvairių psichologinių, metabolinių ir kitų faktorių nėščiosioms tai padaryti gali būti sudėtingiau, visos vaisingo amžiaus moterys turėtų būti paragintos atsisakyti tabako vartojimo. Naujausioje literatūroje vis daugėja įrodymais pagrįstų priemonių, padedančių nutraukti rūkymą. Šios

priemonės gali būti veiksmingos ir nėščiųjų tarpe, o taikant šias intervencijas svarbų vaidmenį gali atlikti sveikatos priežiūros darbuotojai.

Šio straipsnio tikslas – apžvelgti nėščiųjų rūkymo paplitimą bei efektyvias ir įrodymais pagrįstas priemones, kurios gali būti taikomos padedant nėščiosioms nutraukti rūkymą.

## Tyrimo medžiaga ir metodai

Rengiant literatūros apžvalgą publikacijų paieška anglų kalba atlikta tarptautinėse medicininėse duomenų bazėse *Medline*, *PubMed*, *Cochrane Library*, *Medscape* ir specializuotoje informacijos paieškos sistemoje *Google Scholar*. Paieškos metu naudoti raktažodžiai ir jų kombinacijos: *pregnancy*, *smoking cessation*, *nicotine replacement therapy during pregnancy*, *pharmacologic and non-pharmacologic smoking cessation interventions*. Besidubliuojantys, temos neatitinkantys straipsniai pašalinti iš apžvalgos. Išsamesnei analizei atrinkti 37 viso teksto straipsniai, publikuoti nuo 2011 iki 2018 metų, kuriuose apžvelgiama ir pristatoma naujausia nėščiųjų rūkymo epidemiologija, bei efektyvios priemonės, taikomos padedant nutraukti rūkymą nėštumo metu.

## Nėščiųjų rūkymo paplitimas

Rūkymas nėštumo metu kelia riziką nėščiosios ir vaisiaus sveikatai, todėl nemaža dalis moterų meta rūkyti nėštumo metu. Tyrimai rodo, kad apie 49 % moterų, sužinojusios, kad laukiasi, nutraukia tabako vartojimą dar iki pirmojo vizito pas akušerį – ginekologą [15]. Per pastaruosius kelis dešimtmečius pastebėta ir globali tabako vartojimo nėščiųjų tarpe mažėjimo tendencija: rūkančių nėščiųjų dalis nuo 35,7 % 1982 metais sumažėjo iki 21 % 2011 metais [16]. Kita vertus, nors apie rūkymo žalą nėštumo metu žinoma daug, epidemiologinai tyrimai rodo, kad net apie 26 % rūkusių iki nėštumo, vis tik nenutraukia šio žalingo įpročio ir nėštumo metu [17]. Be to, nors globali nėščiųjų rūkymo tendencija yra mažėjanti, dėl didėjančios pasaulio populiacijos absoliutus rūkančių nėščių moterų skaičius didėja. Pastebėta, kad moters apsisprendimui mesti rūkyti nėštumo metu labai didelę reikšmę turi socioekonominiai veiksniai. Dažniau meta rūkyti moterys, turinčios aukštesnę išsilavinimą, anksčiau nebuvusios nėščios, iki nėštumo rūkiosios mažiau cigarečių per

dieną [18]. Nustatyta, kad rūkymo neatsisako tos nėščiosios, kurios yra jaunesnės nei 25 metų, gyvenančios vienos, žemo socioekonominio statuso, turinčios bent vieną lėtinę ligą, pastoviai vartojančios alkoholi, turinčios žemą sveikatos raštingumą ar esant neplanuotam nėštumui [19,20]. Apsisprendimui tęsti tabako vartojimą reikšmės turi psichinė nėščiosios sveikata. Sergančios bent viena psichine liga ar depresija nėščiosios dažniau nusprendžia neatsisakyti šio žalingo įpročio [17,19]. Moterys, patiriančios smurtą artimoje aplinkoje reikšmingai dažniau rūko iki nėštumo ir yra linkusios tęsti tabako vartojimą nėštumo metu [21]. Vieno tyrimo duomenimis, moterys, kurių nors vienas iš namiškių nėštumo metu rūkė, pačios taip pat buvo linkusios rūkyti nėštumo metu [22]

### Atkryčių po gimdymo dažnis

Nors, kaip minėta, nemaža dalis moterų po pastojimo meta rūkyti be jokių pagalbos priemonių, išlieka didelė rizika, kad jos grįš prie šio įpročio po gimdymo. Moterims, nutraukusioms rūkymą ar sumažinusioms surūkomų per dieną cigarečių skaičių, didžiausia rizika vėl pradėti rūkyti yra per pirmuosius metus po gimdymo. Tyrimai rodo, kad rūkyti vėl pradeda beveik pusė moterų. Atkrytis dažniau pasireiškia tarp tų, kurios gyvena vargingose miestų dalyse, turi tris ir daugiau vaikų bei tarp tų, kurių namuose yra kitų rūkančiųjų. Svarbu paminėti, kad kūdikį krūtimi maitinančių moterų rūkymo atkryčio rizika yra reikšmingai mažesnė [23,24].

### Sveikatos specialistų vaidmuo padedant nutraukti rūkymą

Metus rūkyti kaip įmanoma anksčiau po pastojimo, reikšmingai sumažėja nepalankių sveikatos išeičių rizika nėščiosioms ir naujagimiams. Besilaukiančios moterys darosi sąmoningesnės ir labiau apgalvoja galimus rūkymo padarinius jų vaisiui. Tyrimai rodo, kad perinatalinis periodas gali būti laikomas „mokytinu laikotarpiu“, kuomet natūraliai keičiasi būsimų tėvų gebėjimas, galimybės ir motyvacija atsisakyti sveikatai nepalankaus elgesio ir mokyti sveikatai palankaus elgesio [25]. Todėl visi su nėščiosiomis susiduriantys sveikatos specialistai, nuo šeimos gydytojo, gydytojo akušerio – ginekologo, iki akušerių ir slaugytojų, turėtų būti supažindinti su galimais pagalbos metodais, padedančiais nėščiosioms mesti rūkyti.

2017 metų Rūkymo nutraukimo rekomendacijos didelės rizikos grupėms siūlo sveikatos priežiūros specialistams naudoti 5A metodą (angl. *Ask, Advise, Asses, Assist, Arrange*) (1 pav.), kaip įrodymais pagrįstą bei trumpą ir lengvai pritaikomą

intervenciją, galinčią padėti nėščiosioms mesti rūkyti [15]. Pagrindiniai 5A modelio etapai [26], parodyti Paveiksle nr. 1:

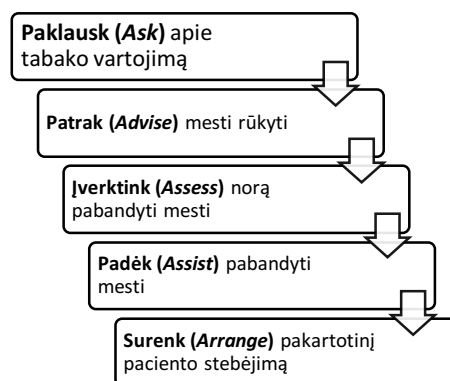
**Paklausk.** Pirmuoju etapu rekomenduojama reguliariai klausti pacientų ar jie rūko ir dokumentuoti informaciją medicininiuose dokumentuose. Jeigu nėščioji metė rūkyti prieš pastojimą ar iš karto sužinojusi, kad laukiasi, ji turėtų būti pasveikinta dėl pasisekimo mesti ir paskatinta negrįžti prie šio žalingo įpročio.

**Patark.** Antras etapas – aiškiu ir nedviprasmišku būdu patarti pacientui mesti rūkyti, pavyzdžiui tokia fraze: „Geriausias dalykas, kurį galite padaryti dėl savo ir vaisiaus sveikatos, yra rūkymo nutraukimas“.

**Įvertink.** Įvertinkite, ar pacientas suinteresuotas mesti rūkyti. Tai padeda pritaikyti patarimą kiekvieno rūkančiojo poreikiams ir pokyčių lygiui. Kartu reikėtų įvertinti ir paciento priklausomybės nuo nikotino laipsnį, nes tai padeda kontroliuoti gydymą. Siekiant sukurti visapusišką gydymo planą būtina įvertinti ir kitas susijusias problemas, tokias kaip psichinės sveikatos būklė, priklausomybė nuo kitų psichoaktyvių medžiagų, komorbidiškumas.

**Padėk.** Visiems rūkantiesiems turėtų būti pasiūlyta pagalba mesti rūkyti. Rūkančiai nėščiajai gali būti suteikta medžiagos apie rūkymo nutraukimą, pasiūlytas konsultavimas, kognityvinė elgesio terapija ar medikamentinis rūkymo nutraukimo gydymas.

**Surenk.** Pastebėta, kad pakartotiniai pacientų stebėjimo vizitai padidina ilgalaikio rūkymo nutraukimo tikimybę, ypač pirmųjų savaičių laikotarpyje. Pacientai stebėjimui gali būti nukreipti ir į specializuotus centrus.



1 pav. 5A modelis.

Vieno tyrimo duomenimis, apmokytiems specialistams taikant minėtą metodą, 28 % nėščiųjų meta rūkyti, lyginant su kontroline grupe, kur tik 9 % nutraukia tabako vartojimą. Taikant intervenciją, du trečdaliai nėščiųjų iki gimdymo reikšmingai sumažina surūkomų cigarečių skaičių per dieną, iš

kurių daugiau nei 40 % moterų bent kartą pabando mesti. Nėgana to, lyginant su kontroline grupe, intervenciją taikytų moterų gimdymo išeitys reikšmingai geresnės [27]. Jeigu nėščioji neišsako noro mesti rūkyti, turėtų būti išsiaiškinti tam trukdantys barjerai ir kitos priežastys. Sveikatos specialistas turėtų surengti pakartotinį pacientės stebėjimą bei nustatyti tarpinius tikslus, tokius kaip tabako vartojimo sumažinimas. Nėščioji, nenorinti ar negalinti mesti rūkyti, taip pat gali būti nukreipta intensyvesniam ir labiau specializuotam konsultavimui [15].

### Nefarmakologiniai pagalbos metant rūkyti metodai

Nėščiojų konsultavimas rūkymo nutraukimo klausimais gali sustiprinti jų motyvaciją mesti, padėti joms susidoroti su šio proceso metu kylančiomis problemomis. Literatūroje išskiriama nemažai psichosocialinių intervencijų, tokių kaip individualus konsultavimas, proaktyvus konsultavimas telefonu ar internetu, grupinės konsultacijos, partnerio pagalbos stiprinimas, sveikatos švietimas, socialinė pagalba ir kt. Jas taikant reikšmingai didėja metusių rūkyti nėščiojų skaičius, gerėja jų ir naujagimių išeitys [28]. 2016 metų Priklausomybės nuo tabako gydymo rekomendacijose išskiriamos trys pagrindinės konsultavimo intervencijų kategorijos: jau aptarta psichosocialinė pagalba metant rūkyti, kognityvinė elgesio terapija ir motyvacinis interviu [29].

### Kognityvinė elgesio terapija

Tai psichoterapijos rūšis, plačiai naudojama tiek bendroje populiacijoje, tiek ir tarp nėščiojų, padedant mesti rūkyti. Pasitelkiant šią intervenciją, rūkantieji mokomi vertinti save, suprasti, kad rūkymas yra išmoktas elgesys, kuris paskui išlieka dėl atsiradusios priklausomybės. Taikant kognityvinę elgesio terapiją stengiamasi išmokyti pacientą keisti įprastą mąstymą ir pojūčius, kuriuos sukelia rūkymas, suteikiant paskatinimą ir patarimus, kokiais elgsenos keitimo būdais, praktinėmis technikomis galima sumažinti ir kontroliuoti potraukį rūkyti. Mokoma ir kaip susikurti strategijas, padėsiančias atsispirti rūkymui. Konsultacijų metu svarbu empatiškai įvertinti ir konsultuoti pacientą apie rūkymo nutraukimo kliūtis, tokias kaip gyvenimas su kitu rūkančiu asmeniu, pernelyg didelis alkoholio vartojimas, baimė priaugti svorio [29].

### Motyvacinis interviu

Tai kryptingas, į pacientą sutelktas konsultavimo būdas, sukurtas padėti žmonėms išnagrinėti ir išspręsti su elgsenos pokyčiais susijusias dilemas. Motyvacinis interviu buvo sukurtas amerikiečių psichologo William R. Miller ir pirmiausia taikytas gydant piktnaudžiavimą alkoholiu, tačiau dabar taikomas ir kitų priklausomybių, tame tarpe ir rūkymo, gydymui. Šis konsultavimo būdas yra gana neįprastas kasdienėje medicinos praktikoje, nes konsultantas laikomas lygiu pacientui, sudarant tam tikrą partnerystę, išlaikant pagarbą kliento autonomijai ir gebėjimui pačiam priimti sprendimus. Jo metu vengiama agresyvių ir konfrontuojančių metodų, stengiamasi neteisti paciento ir nenurodinėti kaip jis ar ji turėtų pasielgti. Konsultantas ieško ir stengiasi sužadinti konsultuojamojo mintis ir idėjas apie jo rūkymą ir kaip tai pakeisti. Pagrindiniai principai, taikomi motyvacinio interviu metu [29]:

1. **Parodyti empatiją.** Aiškiai parodomas susidomėjimas pacientu, jo problemų supratimas.
2. **Išryškinti prieštaravimus.** Pacientui padedama suprasti atskirtį tarp esamos situacijos ir jo tikslų, lūkesčių bei vertybių. Didelių neatitikimų pojūtis yra stipri varomoji jėga elgesio pokyčiams.
3. **Vengti ginčų.** Konsultantui pradėjus ginčą, auga paciento priešiškusumas.
4. **Stiprinti pasitikėjimą savo jėgomis.** Parodant, kad konsultantas vertina paciento pastangas ir išreiškiant tikėjimą, jog pacientas geba pasikeisti. 2015 metais atlikta 28 publikuotų tyrimų metaanalizė parodė, kad motyvacinis interviu reikšmingai padidino tikimybę nutraukti rūkymą, lyginant su trumpu patarimu ar įprastine pacientų priežiūra, kai mesti rūkyti apskritai nėra patariama [30]. Taigi ši intervencija gali būti naudinga padedant rūkantiems, tame tarpe ir nėščioms, mesti rūkyti.

### Medikamentinis rūkymo nutraukimo gydymas

Pagrindiniai medikamentiniai preparatai, vartojami metant rūkyti yra pakaitinė nikotino terapija (PNT), bupropionas ir vareniklinas. Nors tai pirmo pasirinkimo vaistai siekiant atsikratyti šio žalingo įpročio, jų veiksmingumas ir saugumas gydant nėščiąsias dar mažai ištirtas. Žinoma, kad dėl įvairių fiziologinių pokyčių, nėštumo metu gali kisti ir vaistų metabolizmas, medikamentai gali praeiti placentos barjerą ir pasiekti vaisių, todėl svarbu, kad būtų renkama kuo daugiau informacijos apie rūkymo nutraukimo farmakoterapiją nėštumo metu. Taip pat vis labiau plinta Elektroninių Nikotino Pristatymo Sistemų (ENPS), arba e-cigarečių,

naudojimas, tačiau jų poveikis nėščiosioms ir vaisiui ištirtas dar mažiau.

### Pakaitinė nikotino terapija

PNT naudojama siekiant sumažinti potraukį rūkyti ir rūkymo nutraukimo simptomus. Jų sudėtyje yra nikotino, bet išvengiama kelių tūkstančių toksinų, įkvepiamų su tabako dūmais. Gydant priklausomybę nuo rūkymo šių priemonių vartojimas palaipsniui mažinamas, kol galiausiai visai nutraukiamas. PNT skirstoma į ilgo poveikio, kuriai priklauso ilgo veikimo nikotininiai pleistrai, bei trumpo veikimo – nikotininė guma, inhaliatoriai, purškikliai, pastilės. PNT gali būti vartojami kaip monoterapija, kurios metu gydymui pasirenkamas tik viena iš minėtų vaistų formų, tačiau įrodyta, kad politerapija yra reikšmingai veiksmingesnė už monoterapiją [31]. 2015 metais atliktoje *Cochrane* duomenų bazės sisteminėje apžvalgoje nustatyta, kad PNT naudojimas nėštumo metu gali padidinti rūkymo nutraukimo tikimybę maždaug 40 % [32]. Tos pačios apžvalgos rezultatai rodo, kad PNT vartojimas nėštumo metu nesukelia nepalankių gimdymo išeičių. Tačiau tyrėjai rekomenduoja šiuos duomenis vertinti atsargiai. Nors kai kurios studijos rodo galimą PNT naudą, dėl nedidelio tyrimų su nėščiosiomis skaičiaus ir jų apimtys, kategoriškų išvadų daryti negalima. Vis dėl to manoma, kad nėštumo metu PNT yra mažiau pavojinga nei rūkymas.

### Bupropionas

Įrodyta, kad bendroje populiacijoje bupropionas yra toks pat efektyvus, kaip ir pakaitinė nikotino monoterapija [31]. Tai antidepresantas priskiriamas ne nikotininis medikamentas, vartojamas metant rūkyti. Vaistas skiriamas gydytojo, vartojamas tabletėmis. Gydymas trunka aštuonias savaites. Nustatyta, kad bupropionas, inhibuodamas noradrenalino ir dopamino pakartotinį įsisavinimą iš sinapsinio plyšio, imituoja efektą, kurį sukelia iš cigarečių gaunamas nikotinas. Taip pat manoma, kad per šį mechanizmą kartu sumažinami nikotino nutraukimo simptomai. Vaistas nežymiai didina trukulių riziką, todėl jis kontraindikuotinas praeityje patyrusiems traukulius, pacientams su valgymo sutrikimais, bei vartojantiems monoamino oksidazės inhibitorius [33]. Duomenų apie bupropiono vartojimą nėštumo metu yra labai mažai. Dėl nežinomo vaisto saugumo ir efektyvumo nėštumo metu, tyrėjai susiduria su kliūtimis, įtraukiant pacientės į tyrimą. Pavyzdžiui, A. L. Stotts ir bendraautorė 2015 metais atliktame tyrime dėl jo apribojimų dalyvavo tik 11 tiriamųjų [34]. Norint geriau suprasti kaip bupropionas gali pasitarnauti gydant priklausomybę nuo nikotino

nėštumo metu, būtina atlikti daugiau ir išsamesnių tyrimų.

### Vareniklinas

Tai dalinis nikotininis receptorių agonistas, veikiantis receptorių galvos smegenyse ir palengvinantis troškimą rūkyti bei nikotino nutraukimo simptomus. Vaistas taip pat sumažina rūkymo sukiamą pasitenkinimo efektą. Gydymas paprastai trunka 12 savaičių, jeigu pacientas sėkmingai meta rūkyti. Papildomas 12 savaičių vareniklino kursas gali būti skirtas sumažinti atkryčių riziką [26]. Vareniklinas laikomas pirmo pasirinkimo vaistu tabako vartotojams bendroje populiacijoje – *Cochrane* duomenų bazės metataanalizė parodė, kad, praėjus šešiams mėnesiams po gydymo, lyginant su placebo grupe, daugiau nei dvigubas skaičius varenikliną vartojančių tiriamųjų liko nerūkantys [31]. Kita vertus, šiuo metu nėra nei vieno tyrimo apie vaisto vartojimą nėštumo metu, todėl neturima jokių duomenų apie jo saugumą ir efektyvumą bei galimas nepageidaujamas reakcijas į vaistą.

### Elektroninės nikotino pristatymo sistemos

Pasaulyje vis populiarėjančios ENPS, arba tiesiog e-cigaretės, yra baterija valdomas prietaisas, kuris šildo ir išskiria garus iš skystos medžiagos, kurioje paprastai yra glicerino, propileno glikolio, skonių ir kvapų bei kitų priedų, tačiau jas rūkant išsiskiria mažiau toksinių medžiagų, nei vartojant įprastines cigaretes. Šiuose skysčiuose nikotino gali ir būti, ir nebūti. Be to, e-cigaretės gali būti rekomenduojamos kaip alternatyva įprastinėms cigaretėms, taip pat kaip rūkymo nutraukimo pagalbinė priemonė [29]. Duomenų apie e-cigarečių vartojimo saugumą ir efektyvumą padedant mesti rūkyti tiek bendroje populiacijoje, tiek ir tarp nėščiųjų, dar labai trūksta. Kai kurie autoriai mano, kad sveikatos specialistai gali patarti naudoti ENPS kaip sveikesnę alternatyvą įprastinėms cigaretėms, ar apskritai padedant nutraukti nikotino vartojimą [35], tuo tarpu kiti teigia, jog e-cigaretės neatgraso nuo rūkymo arba kad dėl nepakankamų duomenų klinicianai metantiems rūkyti turėtų pasiūlyti efektyvesnius ir įrodymais pagrįstus priklausomybės gydymo metodus [36,37].

### Apibendrinimas

Rūkymas nėštumo metu yra svarbi sveikatos sistemos problema. Šis žalingas įprotis didina nėštumo komplikacijų, naujagimio sveikatos sutrikimų riziką, bei tikimybę sirgti kai kuriomis ligomis ateityje vaikams tų motinų, kurios nėštumo metu rūkė. Nors tarp nėščiųjų ir stebima rūkymo mažėjimo tendencija, nepaisant galimų sunkių padarinių, daugeliui būsimų mamų sunku mesti

rūkyti arba sumažinti rūkymą. Todėl tabako vartojimas nėštumo metu yra santykinai didelis. Priklausomybė nuo rūkymo taip pat glaudžiai susijusi su socioekonominiais veiksniais: mažomis pajamomis, alkoholio vartojimu, gyvenimu be partnerio, smurtu artimoje aplinkoje ir daugeliu kitų [19-22]. Geromis socialinėmis sąlygomis gyvenančios moterys nėštumo metu dažniau atsisako rūkymo. Visi su nėščiosiomis susiduriantys sveikatos priežiūros specialistai gali padėti joms mesti rūkyti. Vienas labai efektyvių ir lengvai pritaikomų metodų – 5A modelis, kurį taikant kasdienėje praktikoje ženkliai padidėja tikimybė, kad moteris bent jau pabandys mesti rūkyti ar sumažinti surūkomų cigarečių skaičių. Apskritai rūkymo nutraukimo gydymas skirstomas į nefarmakologinę ir farmakologinę terapiją. Pirmajai priklauso įvairios konsultacinės intervencijos, kognityvinė elgesio terapija, motyvacinis interviu. Pastebėta, kad intensyvus konsultavimas reikšmingai padidina tikimybę mesti rūkyti, kai žmonės nėra pajėgūs to padaryti patys. Esant galimybei, pacientės taip pat tikslinga nukreipti į specialius pagalbos metant rūkyti centrus. Šiuo metu duomenų apie farmakoterapiją ir ENPS taikymą gydant priklausomybę nuo tabako nėsčiųjų tarpe nepakanka, trūksta patikimų randomizuotų klinikinių tyrimų, todėl šių metodų nauda ir žala negali būti patikimai įvertinta. Nepaisant to, kad duomenų apie medikamentinį rūkymo nutraukimą nėštumo metu trūksta, domėjimasis juo vis auga, nes daugėja duomenų ir apie sunkius rūkymo padarinius nėščiosioms bei jų palikuonims. Manoma, kad galima vaistų vartojimo ir rūkymo nutraukimo nauda pranoksta galimą medikamentų žalą. Todėl šios srities klinikinių tyrimų ateityje turėtų tik daugėti.

### Literatūros sąrašas

- Smoking prevalence by sex. Prieiga per internetą: <<http://ec.europa.eu/eurostat/data>> 2014.
- Lietuvos statistikos departamentas. 2014 m. Lietuvos gyventojų sveikatos statistinio tyrimo rezultatai. Vilnius. 2015; ISSN 978-9955-797-26-5.
- Kharkova OA, Krettek A, Grjibovski AM, Odland JØ. Maternal smoking during pregnancy and placental abruption risk in Northwest Russia; a MCBR study: Olga Kharkova. *European Journal of Public Health*. 2016;26(1).
- Horne AW, Brown JK, Nio-Kobayashi J, Abidin HBZ, Adin ZEHA, Boswell L, et al. The Association between Smoking and Ectopic Pregnancy: Why Nicotine Is BAD for Your Fallopian Tube. *PLoS ONE*. 2014;9(2):e89400.
- Huuskonen P, Amezaga MR, Bellingham M, Jones LH, Storvik M, Häkkinen M, et al. The human placental proteome is affected by maternal smoking. *Reproductive Toxicology*. 2016;63:22-31.
- Hyland A, Piazza KM, Hovey KM, et al. Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy: a cross-sectional analysis of historical data from the Women's Health Initiative. *Tobacco Control*. 2014.
- Mei-Dan E, Walfisch A, Weisz B, Hallak M, Brown R, Shrim A. The unborn smoker: association between smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes. *Journal of Perinatal Medicine* 2014;43(5).
- Mutsaerts MAQ, Groen H, Buitter-Van der Meer A, Sijtsma A, Sauer PJJ, Land JA, et al. Effects of paternal and maternal lifestyle factors on pregnancy complications and perinatal outcome. A population-based birth-cohort study: the GECKO Drenthe cohort. *Human Reproduction*. 2014;29(4):824–834.
- Araji S, Khoury A, Elkafrawi D, Miller J. Etiologies and Risk Factors of Placental Abruption and Neonatal Mortality: A Retrospective Study [6K]. *Obstetrics & Gynecology*. 2017; doi: 10.1097/01.AOG.0000514599.55688.34.
- Mitchell EA, Thompson JMD, Zuccollo J, MacFarlane M, Taylor B, Elder D, et al. The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: the New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study. *The New Zealand Medical Journal*. 2017;130(1456):52-64.
- Obel C, Zhu J L, Olsen J, Breining S, Li J, Grønberg TK, et al. The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy – a re-examination using a sibling design. *J Child Psychol Psychiatr*. 2016;57:532–537.
- Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatr*. 2015;104: 12–18.
- Han TS, Hart CL, Haig C, et al. Contributions of maternal and paternal adiposity and smoking to adult offspring adiposity and cardiovascular risk: the Midspan Family Study. *BMJ Open*. 2015;5:e007682.
- Shenassa ED, Papandonatos GD, Rogers ML, Buka SL. Elevated Risk of Nicotine

- Dependence Among Sib-pairs Discordant for Maternal Smoking During Pregnancy: Evidence from a 40-year Longitudinal Study. *Epidemiology* (Cambridge, Mass). 2015;26(3):441-447.
15. Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Groups (TOB.g). 2017. Prieiga per internetą: <<http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOB-G-BOOK-DIGITAL-VERSION.pdf>>
  16. Silveira MF, Matijasevich A, Menezes AMB, et al. Secular trends in smoking during pregnancy according to income and ethnic group: four population-based perinatal surveys in a Brazilian city. *BMJ Open*. 2016;6:e010127.
  17. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Øverland S, Nordeng H. The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy—a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries. *Archives of Women's Mental Health*. 2015;18(1):73–84.
  18. Míguez MC, Pereira B, Figueiredo B. Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *Addictive Behaviors*. 2017;64:111-117.
  19. Cui Y, Shooshtari S, Forget EL, Clara I, Cheung KF. Smoking during Pregnancy: Findings from the 2009–2010 Canadian Community Health Survey. 2014;9(1):1-5.
  20. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:213.
  21. Cheng D, Salimi S, Terplan M, Chisolm MS. Intimate Partner Violence and Maternal Cigarette Smoking Before and During Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2015;125(2):356-362.
  22. Ncube CN, Mueller BA. Daughters of Mothers Who Smoke: A Population-based Cohort Study of Maternal Prenatal Tobacco use and Subsequent Prenatal Smoking in Offspring. *Paediatr. Perinat. Epidemiol*. 2017;31:14–20.
  23. Rockhill KM, Tong VT, Farr SL, Robbins CL, D'Angelo DV, England LJ. Postpartum Smoking Relapse After Quitting During Pregnancy: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2000-2011. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016;25(5):480-488.
  24. Harmer C, Memon A. Factors associated with smoking relapse in the postpartum period: an analysis of the child health surveillance system data in Southeast England. *Nicotine Tob Res*. 2013;15(5):904-9.
  25. Olander EK, Darwin ZJ, Atkinson L, Smith DM, Gardner B. Beyond the 'teachable moment' - A conceptual analysis of women's perinatal behaviour change. *Women Birth*. 2016;29(3):67-71.
  26. Zwar NA, Mendelsohn CP, Richmond RL. Tobacco smoking: options for helping smokers to quit. *Australian Family Physician*. 2014;43(6):348-354.
  27. Bailey BA. Effectiveness of a Pregnancy Smoking Intervention: The Tennessee Intervention for Pregnant Smokers Program. *Health Educ Behav*. 2015;42(6):824-31.
  28. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane database syst Rev*. 2017;10:CD001055.
  29. European Network For Smoking and Tobacco Prevention. ENSP. Guidelines For Treating Tobacco Dependence: The Comprehensive Guide To The Implementation Of Treatments And Strategies To Treat Tobacco Dependence. 2016.
  30. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(3):CD006936.
  31. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;31(5):CD009329.
  32. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015,12:CD01007
  33. Zwar NA, Richmond R, Borland R, et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.
  34. Stotts AL, Northrup TF, Cinciripini PM, Minnix JA, Blalock JA, Mullen PD, Pedroza C, Blackwell S. Randomized, controlled pilot trial of bupropion for pregnant smokers: challenges and future directions. *Am J Perinatol*. 2015;32(4):351-356.
  35. Hajek P, Etter JF, Benowitz N, Eissenberg T, McRobbie H. Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addiction*. 2014;109:1801–1810.
  36. Dutra LM, Glantz SA. Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US



- AdolescentsA Cross-sectional Study. JAMA  
Pediatr. 2014;168(7):610–617.
37. Siu AL. Behavioral and Pharmacotherapy  
Interventions for Tobacco Smoking  
Cessation in Adults, Including Pregnant  
Women: U.S. Preventive Services Task  
Force Recommendation Statement. Ann  
Intern Med. 2015;163:622–634.