

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**фармацевтичний факультет
кафедра соціальної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА
ЛІКУВАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи

Фм 21 (4,6з) мед-01

спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньо-професійної програми Фармація

Аліна УДОД

Керівник: доцент ЗВО кафедри соціальної фармації,
доктор філософії, (PhD) Альміра НОЗДРІНА

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри
менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у
фармації, к.фарм.н., доцент Ірина БОНДАРЄВА

Харків – 2026 рік

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено сучасні підходи до профілактики та лікування тютюнової залежності, зокрема роль фармакотерапії та нікотин-замісної терапії. Проаналізовано асортимент лікарських засобів і допоміжних продуктів, представлений на фармацевтичному ринку України.

Кваліфікаційна робота викладена на 50 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних інформаційних джерел. Робота ілюстрована 6 таблицями і 7 рисунками. Бібліографія включає 31 інформаційне джерело, у тому числі 21 іноземне видання.

Ключові слова: тютюнова залежність, профілактика куріння, стратегія MPOWER, лікування тютюнової залежності, нікотин-замісна терапія

ANNOTATION

The qualification work explores modern approaches to the prevention and treatment of tobacco dependence, with particular emphasis on the role of pharmacotherapy and nicotine replacement therapy. The assortment of medicinal products and supportive items available on the pharmaceutical market of Ukraine is analyzed.

The qualification work is presented s presented on 50 pages of printed text and consists of an introduction, three chapters, and a list of referenced sources. The work includes 6 tables and 7 figures. The bibliography comprises 31 sources, including 21 foreign publications.

Keywords: tobacco dependence, smoking prevention, MPOWER strategy, tobacco addiction treatment, nicotine replacement therapy.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Тютюнова залежність як медично-соціальна проблема	6
1.1 Аналіз поширеності тютюнової залежності в світі	6
1.2 Аналіз поширеності тютюнової залежності в Україні	12
1.3 Вивчення наслідків тютюнопаління для системи охорони здоров'я	15
Резюме до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. Дослідження сучасних підходів до профілактики та лікування тютюнової залежності	21
2.1 Первинна профілактика тютюнової залежності	21
2.2 Характеристика стратегії MPOWER та її реалізація в Україні	24
2.3 Аналіз сучасних підходів до лікування тютюнової залежності	32
2.3.1 Немедикаментозні методи лікування тютюнової залежності	33
2.3.2 Медикаментозні методи лікування тютюнової залежності	35
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. Дослідження засобів для подолання тютюнової залежності на фармацевтичному ринку України	39
3.1 Аналіз асортименту ЛЗ групи N07BA на фармацевтичному ринку України	39
3.2 Аналіз асортименту нікотинових пластирів на фармацевтичному ринку України	42
Висновки до розділу 3	48
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	51

ВСТУП

Актуальність теми. Тютюнова залежність є однією з найпоширеніших форм залежності у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 1,3 мільярда людей у світі вживають тютюнові вироби, що призводить до понад 8 мільйонів смертей щорічно. Проблема тютюнопаління охоплює не лише медичний, а й соціально-економічний аспект, спричиняючи значні витрати на лікування хронічних неінфекційних хвороб, втрату працездатності та зниження якості життя. Ефективна профілактика та своєчасне лікування тютюнової залежності є важливими завданнями сучасної охорони здоров'я, що потребують постійного аналізу, вдосконалення стратегій втручання та забезпечення доступності ефективних засобів терапії

Мета дослідження : проаналізувати сучасні підходи до профілактики та лікування тютюнової залежності

Завдання дослідження:

- проаналізувати поширеність тютюнової залежності в світі та в Україні
- дослідити наслідки тютюнопаління для системи охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасні підходи до профілактики та лікування тютюнової залежності
- охарактеризувати стратегію MPOWER та дослідити її реалізацію в Україні
- проаналізувати асортимент ЛЗ групи N07BA на фармацевтичному ринку України
- проаналізувати асортимент нікотинових пластирів на фармацевтичному ринку України

Об'єкт дослідження: підходи до профілактики та лікування тютюнової залежності.

Предмет дослідження: лікарські та допоміжні засоби, що застосовуються для лікування тютюнової залежності

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання аналітичних висновків для вдосконалення фармацевтичної допомоги, раціоналізації терапії тютюнової залежності та інформування пацієнтів про ефективні стратегії лікування, виходячи з їхніх потреб і фінансових можливостей.

Апробація результатів дослідження та публікації.

Результати дослідження обговорено на IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю Youth Pharmacy Science: 10-11 грудня 2025 р., м. Харків.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.

Кваліфікаційна робота викладена на 50 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних інформаційних джерел. Робота ілюстрована 6 таблицями і 7 рисунками. Бібліографія включає 31 інформаційне джерело, у тому числі 21 іноземне видання.

РОЗДІЛ 1. ТЮТЮНОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК МЕДИЧНО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Тютюнова залежність у сучасних умовах є однією з наймасштабніших і найбільш значущих медико-соціальних проблем глобального рівня, що має комплексний негативний вплив на стан громадського здоров'я, демографічні показники та соціально-економічний розвиток суспільства. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі налічується близько 1,3 млрд осіб, які регулярно вживають тютюнові вироби, а щорічна смертність, безпосередньо або опосередковано пов'язана з тютюнокурінням, становить близько 8 млн випадків [29]. При цьому особливе занепокоєння викликає той факт, що понад 1,3 млн смертей припадає на осіб, які самі не курять, але зазнають систематичного впливу тютюнового диму внаслідок пасивного куріння [30]. Згідно з позицією ВООЗ, тютюн є єдиним легальним споживчим продуктом, регулярне вживання якого призводить до передчасної смерті до половини його споживачів, що обґрунтовує необхідність розгляду боротьби з тютюнокурінням як одного з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення [30].

1.1. Аналіз поширеності тютюнової залежності в світі

Тютюнопаління є однією з найпоширеніших та найактуальніших проблем громадського здоров'я у глобальному масштабі, що охоплює практично всі регіони світу незалежно від рівня їх соціально-економічного розвитку. Вживання тютюнових виробів залишається значущим фактором ризику для населення різних вікових і соціальних груп, формуючи стійкі моделі поведінки, які мають довготривалі негативні наслідки для здоров'я. ВООЗ приділяє проблемі тютюнопаління пріоритетну увагу, розглядаючи її як одну з ключових загроз глобальному громадському здоров'ю. В межах реалізації Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну здійснюється систематичний збір, узагальнення та аналіз епідеміологічних даних щодо

поширеності тютюнокуріння серед населення різних країн і регіонів світу та регулярна публікація глобальних та регіональних звітів, а також прогностичні оцінки динаміки тютюнової залежності.

Аналіз статистичних даних ВООЗ показав, що у період 2000–2025 років зниження поширеності тютюнокуріння зафіксовано в усіх регіонах ВООЗ, однак темпи та рівні цього зниження суттєво різняться. Максимальні показники протягом усього досліджуваного періоду стабільно спостерігалися у регіоні Південно-Східної Азії, де поширеність куріння у 2000 році становила 51,2 %, що є найвищим значенням серед усіх регіонів [13]. Попри значне зниження, у 2025 році цей регіон і надалі зберігає найвищий рівень тютюнокуріння (24,6 %), що перевищує аналогічні показники інших регіонів ВООЗ.

Другу позицію за рівнем поширеності куріння протягом усього досліджуваного періоду посідав Європейський регіон ВООЗ, до якого належить Україна. У цьому регіоні показник зменшився з 34,4 % у 2000 році до 24,4 % у 2025 році [26], що свідчить про позитивну динаміку, однак водночас підтверджує збереження відносно високого рівня тютюнокуріння порівняно з більшістю інших регіонів.

У Західно-Тихоокеанському регіоні ВООЗ показники поширеності зменшились з 28,0 % у 2000 році до 21,8 % у 2025 році [27]. У регіоні країн Америки та Регіоні Східного Середземномор'я спостерігалися середні рівні поширеності куріння з послідовним зниженням до 15,6 % та 17,5 % відповідно у 2025 році. Мінімальні показники поширеності тютюнокуріння протягом усього періоду спостереження були характерні для Африканського регіону ВООЗ. У 2000 році частка курців у цьому регіоні становила 17,8 % [26], що є найнижчим стартовим показником серед усіх регіонів, а у 2025 році вона зменшилася до 8,9 %, залишаючись мінімальною серед всіх регіонів (рис. 1.1).

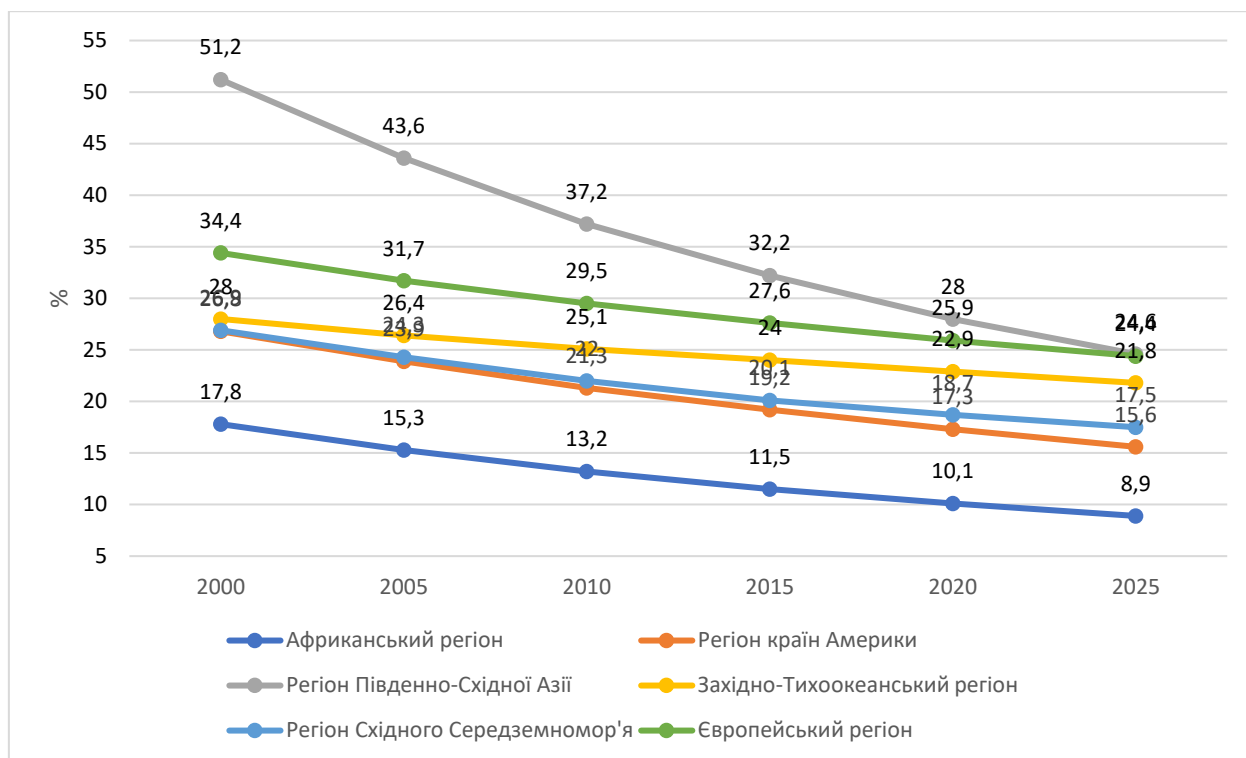


Рис 1.1. Поширеність тютюнопаління в регіонах ВООЗ в період 2000-2025 рр. (за даними ВООЗ)

Таким чином, результати аналізу підтверджують, що хоча у всіх регіонах ВООЗ зафіксовано зниження поширеності тютюнокуріння, суттєві міжрегіональні відмінності зберігаються. Найбільший тягар куріння протягом досліджуваного періоду припадає на Регіон ВООЗ для країн Південно-Східної Азії, тоді як найменший — на Африканський регіон ВООЗ [30], що обґрунтовує необхідність регіонально диференційованих підходів до реалізації антитютюнової політики.

Проведений аналіз даних ВООЗ також свідчить про наявність виражених гендерних та вікових відмінностей. У глобальному масштабі рівень куріння традиційно є значно вищим серед чоловіків, особливо в країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Так, на початку ХХІ століття майже половина дорослого чоловічого населення країн Південно-Східної Азії регулярно курила, тоді як серед жінок аналогічні показники були істотно нижчими [13, 30]. Незважаючи на поступове зменшення гендерного розриву в окремих регіонах світу, у глобальному вимірі він залишається статистично

значущим. Окрему загрозу для системи громадського здоров'я становить зростання поширеності куріння серед підлітків і молоді, що розглядається як важливий прогностичний чинник формування нової хвилі тютюнової та нікотинової залежності у найближчі десятиліття [10]. Зокрема, віково-стандартизована поширеність куріння серед населення віком 15 років і старше зменшилася з 32,7 % у 2000 році до 21,7 % у 2020 році, з прогнозованим подальшим зниженням до близько 18 % у 2030 році [14, 30].

Наступним етапом нами було досліджено поширеність вживання тютюну серед чоловіків і жінок у період 2000–2025 років.

Найвищі показники протягом усього досліджуваного періоду стабільно фіксувалися у регіоні Південно-Східної Азії, де поширеність куріння серед чоловіків зменшилася з 68,9 % у 2000 році до 41,3 % у 2025 році, а серед жінок з 33,5 % до 7,9 % [22]. Найнижчі рівні куріння характерні для Африканського регіону ВООЗ, де у 2025 році частка курців становила 15,8 % серед чоловіків і 2,1 % серед жінок. У Європейському регіоні ВООЗ, попри поступове зниження показників, рівень тютюнокуріння залишається відносно високим, особливо серед жінок, що вказує на збереження виражених регіональних і гендерних відмінностей. Загалом отримані результати підтверджують ефективність глобальних антитютюнових заходів, водночас підкреслюючи необхідність подальшого посилення цільових профілактичних стратегій з урахуванням регіональних особливостей.

Розрахунки середнього темпу зниження за регіонами показали, що Середній темп зниження поширеності тютюнопаління є вищим серед чоловіків у всіх регіонах ВООЗ порівняно з жінками. Найбільш інтенсивне зниження зафіксовано в Регіоні Південно-Східної Азії (5,52% - чоловіки, 5,12% - жінки) [13], тоді як найповільніші темпи спостерігаються серед жінок Західно-Тихоокеанського та Європейського регіонів, однак в Західно-Тихоокеанському регіоні початкові рівні тютюнопаління серед жінок уже були відносно низькими, що обмежує можливості для суттєвого подальшого зниження показників (таблиця 1.1)

Таблиця 1.1

**Результати розрахунків середнього темпу зниження поширеності
тютюнопаління за регіонами ВООЗ**

Регіон ВООЗ	Стать	2000	2005	2010	2015	2020	2025	Середній темп зниження
Африканський регіон	чоловіки	28,7	25,1	22,2	19,7	17,6	15,8	2,58
	жінки	7	5,5	4,3	3,4	2,7	2,1	0,98
Регіон країн Америки	чоловіки	33,9	30,4	27,4	24,8	22,6	20,6	2,66
	жінки	19,7	17,4	15,3	13,5	12	10,6	1,82
Регіон Південно- Східної Азії	чоловіки	68,9	61,7	55,5	50,2	45,3	41,3	5,52
	жінки	33,5	25,4	18,9	14,2	10,6	7,9	5,12
Західно- Тихоокеанський регіон	чоловіки	50,8	48,5	46,5	44,7	43	41,2	1,92
	жінки	5,2	4,3	3,7	3,2	2,8	2,4	0,56
Регіон Східного Середземномор'я	чоловіки	43,7	40,4	37,4	34,9	33,2	31,6	2,42
	жінки	10,2	8,2	6,6	5,3	4,3	3,5	1,34
Європейський регіон	чоловіки	46,4	42,5	39	35,9	33,1	30,6	3,16
	жінки	22,3	21	20	19,2	18,7	18,2	0,82

Поширеність тютюнокуріння серед чоловіків має чітко виражену вікову структуру. Найвищі показники протягом усього періоду спостереження фіксуються у віковій групі 45–54 роки, де у 2000 році частка курців перевищувала 60 %, тоді як у 2025 році вона зменшилася до 44 %. У молодших вікових групах (15–24 та 25–34 роки) показники є нижчими та також демонструють поступове зниження з часом. У старших вікових групах (65–74, 75–84 та 85 років і старше) поширеність куріння є меншою порівняно із середнім віком, але зберігає подібну спадну динаміку. Отже, найвищий тягар

тютюнової залежності серед чоловіків припадає на осіб середнього працездатного віку (рис. 1.2).

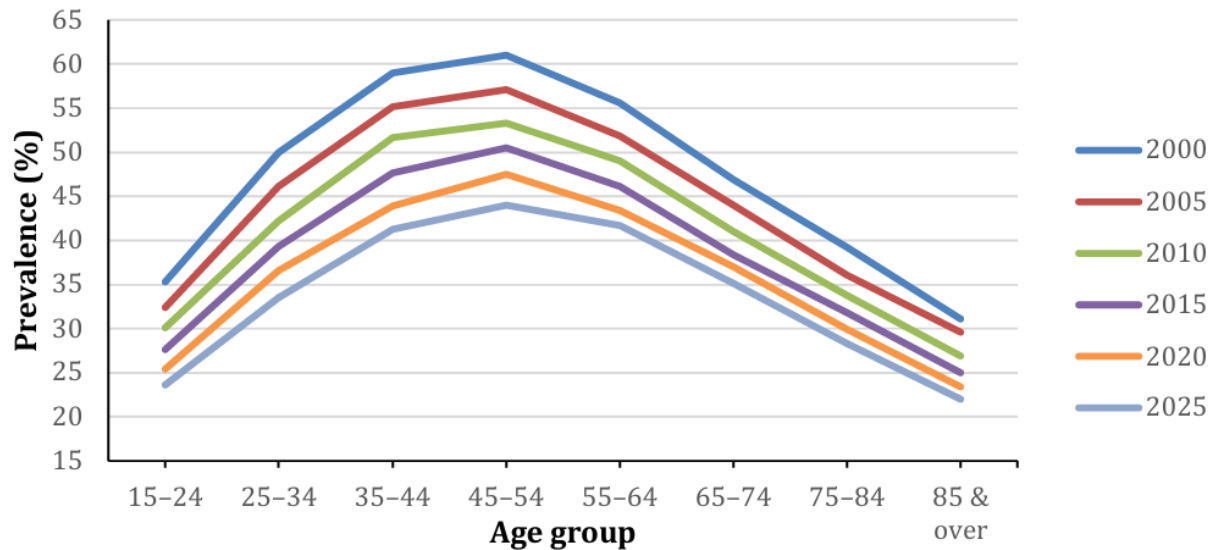


Рис. 1.2 Світові тенденції поширеності вживання тютюну серед чоловіків за віковими групами у 2000–2025 роках [26]

Аналогічні тенденції спостерігаються серед жінок, однак з суттєво нижчими абсолютними рівнями поширеності тютюнокуріння у всіх вікових групах. У 2000 році максимальна поширеність куріння серед жінок сягала близько 25 %, тоді як у 2025 році цей показник зменшився приблизно до 9 %. Максимальні значення зафіксовано у вікових групах 55–64 та 65–74 роки, у молодших вікових групах рівень куріння є відносно низьким і з часом продовжує знижуватися, що може відображати ефективність профілактичних заходів серед жіночого населення (рис. 1.3)

Слід зазначити, що у всіх вікових групах поширеність тютюнокуріння серед чоловіків стабільно перевищує аналогічні показники серед жінок, водночас для обох статей характерним є зміщення максимальних показників у бік середнього та старшого віку, що може бути пов'язано з тривалістю тютюнового стажу, віковими особливостями поведінки та соціальними чинниками.

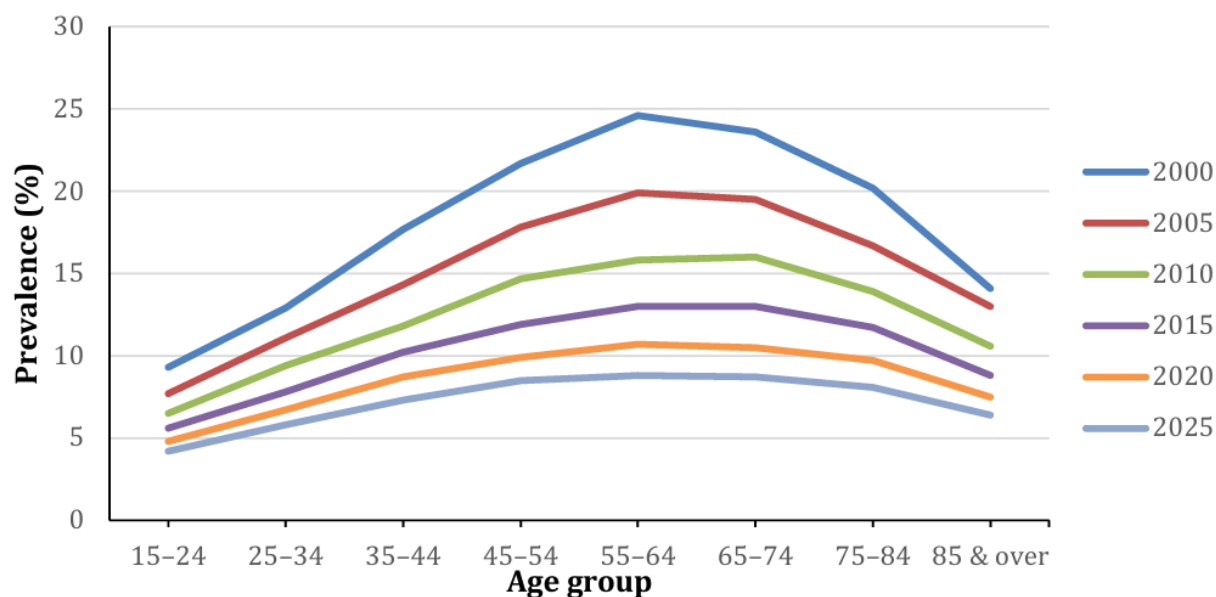


Рис. 1.3 Світові тенденції поширеності вживання тютюну серед жінок за віковими групами у 2000–2025 роках [26]

Таким чином, аналіз вікових тенденцій підтверджує, що, незважаючи на загальне зниження поширеності тютюнокуріння у світі, найбільш уразливими залишаються вікові групи середнього та старшого віку, особливо серед чоловіків.

1.2 Аналіз поширеності тютюнової залежності в Україні

Результати аналізу статистичних даних МОЗ України свідчать про стійку тенденцію до зниження поширеності тютюнокуріння серед дорослого населення України у період 2000–2025 років, що загалом узгоджується із загальноєвропейськими та глобальними тенденціями, встановленими ВООЗ. За досліджуваний період загальна поширеність куріння серед населення віком 15 років і старше зменшилася з 35,3 % у 2000 році до 19,3 % у 2025 році [10], найбільш виражене зниження спостерігалось серед чоловіків, у яких частка курців скоротилася з 62,1 % до 34,9 %, тоді як серед жінок показники знизилися з 12,9 % до 6,3 % (таблиця 1.2).

Незважаючи на загальну позитивну динаміку, в Україні протягом усього періоду спостереження зберігається значний гендерний розрив у поширеності

тютюнокуріння. Так, рівень куріння серед чоловіків стабільно перевищував аналогічні показники серед жінок у 3–5 разів, водночас більш високі темпи зниження серед чоловічого населення зумовили поступове скорочення гендерної нерівності, що є позитивною тенденцією з точки зору громадського здоров'я.

Таблиця 1.2

Динаміка показників поширеності тютюнопаління в Україні

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Всього населення, %	35,3	27,8	27,8	24,7	21,9	19,3
Чоловіки, %	62,1	55,1	49,2	44	39,4	34,9
Жінки, %	12,9	11,3	10	8,7	7,4	6,3

За розрахунками середнього темпу зниження поширеності тютюнокуріння за період 2000–2025 років, середній темп зниження серед чоловіків становив 5,44% за кожні 5 років, тоді як серед жінок — лише 1,32 %. Це свідчить про більш інтенсивне скорочення куріння у чоловічій популяції та водночас про відносну стабільність тютюнової поведінки серед жінок, що потребує впровадження додаткових цільових профілактичних стратегій.

Слід відзначити трансформацію структури тютюнового споживання, яка відбулась останніми роками.

Незважаючи на загальну тенденцію до зниження поширеності традиційного тютюнокуріння, спостерігається зміна структури тютюнового та нікотинного споживання, що проявляється у зростанні використання електронних сигарет і пристроїв для нагрівання тютюну, особливо серед молоді та осіб молодого віку [30; 10]. Ця тенденція викликає занепокоєння з огляду на ризики формування нікотинової залежності та можливий негативний вплив на досягнення національної антитютюнової політики.

За результатами Глобального опитування молоді щодо тютюну, проведеного в Україні у 2023 році [10], частка підлітків віком 13–15 років, які повідомили про поточне використання електронних сигарет, становила 19,6 %,

що свідчить про стабільно високий рівень споживання цих виробів серед школярів і практично не відрізняється від показників 2017 року [10]. Водночас поширеність поточного куріння традиційних тютюнових виробів серед підлітків у 2023 році оцінювалася на рівні 12,3 %, що вказує на випереджальне поширення саме електронних сигарет у молодіжному середовищі [4, 7,10]. Таким чином, електронні сигарети дедалі частіше виступають первинним продуктом ініціації нікотинового споживання серед підлітків.

Серед дорослого населення України поширеність використання нових нікотиновмісних продуктів є нижчою, однак також демонструє тенденцію до зростання. За узагальненими оцінками міжнародних і національних джерел, у 2023 році близько 3,0–3,5 % дорослих були поточними користувачами електронних сигарет, а частка користувачів пристроїв для нагрівання тютюну становила близько 3 % [3, 8, 10]. Найвищі показники використання цих продуктів реєструються серед осіб молодого та середнього працездатного віку, що свідчить про поступове розширення споживчої бази за межі підліткової групи.

Зростанню поширеності електронних сигарет і пристроїв для нагрівання тютюну в Україні сприяє низка чинників, серед яких ключову роль відіграють активне маркетингове просування, широка доступність ароматизованих варіантів, а також поширене серед споживачів сприйняття цих виробів як «менш шкідливої» альтернативи традиційним сигаретам [12]. Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що такі продукти не є безпечними, містять нікотин і токсичні речовини та можуть сприяти формуванню тривалої залежності, особливо за умови початку вживання у молодому віці [30].

З точки зору громадського здоров'я, поширення нових нікотиновмісних продуктів створює додаткові виклики для системи профілактики тютюнопаління. Зокрема, зростання використання електронних сигарет серед підлітків і молоді може призводити до формування нікотинової залежності ще до досягнення повноліття та підвищувати ймовірність переходу до регулярного куріння традиційних тютюнових виробів у подальшому житті [6,

23, 30]. Крім того, поширення пристроїв для нагрівання тютюну та e-cigarettes потенційно підриває ефективність вже впроваджених антитютюнових заходів, спрямованих на зниження загальної поширеності куріння.

Отже, наявні дані свідчать, що в Україні поряд зі зниженням традиційного тютюнокуріння відбувається зростання споживання електронних сигарет і пристроїв для нагрівання тютюну, особливо серед молоді та осіб молодого віку [5, 7]. Це обґрунтовує необхідність посилення регуляторних, профілактичних і освітніх заходів, спрямованих на обмеження доступності та привабливості нових нікотиновмісних продуктів, а також активного залучення фахівців системи охорони здоров'я і фармацевтичної опіки до інформування населення про реальні ризики їх використання [10; 12]. Таким чином, отримані результати свідчать, що хоча в Україні досягнуто суттєвого прогресу у зниженні поширеності тютюнокуріння, проблема залишається актуальною. Високі показники серед чоловіків, уповільнення темпів зниження серед жінок, а також поширення нових нікотиновмісних продуктів обґрунтовують необхідність подальшого посилення комплексних антитютюнових заходів, включно з профілактичними програмами, регуляторною політикою, фармацевтичною підтримкою відмови від куріння та розширенням ролі фармацевтичної опіки у системі громадського здоров'я.

1.3 Вивчення наслідків тютюнопаління для системи охорони здоров'я.

За оцінками МОЗ України, тютюнокуріння залишається одним із провідних модифікованих факторів ризику передчасної смертності, асоційованим із значним зростанням серцево-судинних, онкологічних і респіраторних захворювань та спричиняє до 130 тис. смертей щороку [10]. Це підкреслює не лише медичну, а й соціально-економічну значущість проблеми.

Наслідки тютюнопаління мають багатофакторний характер і охоплюють медичні, соціальні, економічні та екологічні аспекти [21, 31]. З урахуванням сучасних підходів їх доцільно класифікувати за кількома критеріями, представленими нижче.

➤ *За характером впливу на здоров'я*

Медичні (біологічні) наслідки: Серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, інсульт, артеріальна гіпертензія, атеросклероз і др); респіраторні захворювання (хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний бронхіт, емфізема легень, бронхіальна астма і др); онкологічні захворювання (рак легень, ротової порожнини, гортані, стравоходу, підшлункової залози, сечового міхура, шийки матки і др.); захворювання органів травлення (гастрит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, порушення функції печінки і др.); порушення репродуктивного здоров'я (безпліддя, еректильна дисфункція, ускладнення перебігу вагітності, низька маса тіла новонароджених і др); імунологічні та метаболічні порушення (зниження імунітету, підвищена сприйнятливість до інфекцій, інсулінорезистентність і др)

➤ *За формою впливу*

Наслідки активного куріння (формування нікотинової залежності, хронічна інтоксикація продуктами горіння тютюну, прискорене біологічне старіння)

Наслідки пасивного куріння (підвищений ризик серцево-судинних і респіраторних захворювань у некурців, підвищений ризик онкологічних захворювань, негативний вплив на дітей (часті ГРВІ, отити, астма, синдром раптової дитячої смерті).

➤ *За часовим критерієм*

Короткострокові наслідки (підвищення частоти серцевих скорочень і артеріального тиску, подразнення слизових оболонок, зниження толерантності до фізичних навантажень)

Довгострокові наслідки (розвиток хронічних неінфекційних захворювань; скорочення тривалості життя, інвалідизація)

➤ *За соціально-економічними наслідками*

Соціальні наслідки (зниження якості життя, погіршення соціальної адаптації, формування негативних поведінкових моделей у молоді)

Економічні наслідки (зростання витрат системи охорони здоров'я, втрати продуктивності праці через захворюваність і передчасну смертність, додаткове фінансове навантаження на домогосподарства)

➤ *За демографічними та популяційними наслідками* (підвищення передчасної смертності, зниження середньої очікуваної тривалості життя, негативний вплив на демографічні показники)

➤ *За екологічними наслідками* (забруднення повітря тютюновим димом, накопичення недопалків як токсичних відходів, негативний вплив на довкілля та міське середовище)

➤ *За фармацевтично-медичними наслідками* (підвищена потреба у фармакотерапії хронічних захворювань, зниження ефективності деяких лікарських засобів у курців, необхідність застосування замісної нікотинової терапії та препаратів для лікування тютюнової залежності, зростання ролі фармацевтичної опіки у профілактиці та припиненні куріння).

Медико-соціальні наслідки тютюнопаління зумовлюють суттєвий тягар хронічних неінфекційних захворювань населення України. Тютюнопаління є одним із провідних факторів ризику розвитку хронічного обструктивного захворювання легень, ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних порушень, а також злоякісних новоутворень, зокрема раку легень, гортані та підшлункової залози [19, 21]. Тривалий вплив тютюнового диму спричиняє системне ураження судинної стінки, інтенсифікує процеси окислювального стресу та сприяє прогресуванню атеросклеротичних змін.

Пасивне куріння також має серйозні наслідки для громадського здоров'я. Люди, які не курять, але тривалий час перебувають у середовищі тютюнового диму, мають підвищений ризик серцево-судинних і респіраторних захворювань. Особливо вразливими є діти, у яких пасивне куріння може призвести до затримки розвитку легенів, бронхітів, отитів і навіть синдрому раптової дитячої смерті [24, 29] .

Тютюнопаління в Україні має не лише суттєві медичні, але й значні соціально-економічні наслідки, що проявляються у зростанні навантаження на систему охорони здоров'я, втраті працездатності населення та негативному впливі на макроекономічні показники держави. За оцінками міжнародних і національних експертів, сукупні економічні втрати, пов'язані з курінням, становлять близько 3,0–3,2 % валового внутрішнього продукту України щороку, що еквівалентно мільярдам гривень [10, 24]. Ці втрати формуються як за рахунок прямих витрат на медичне лікування захворювань, спричинених тютюнопалінням, так і через непрямі економічні збитки, пов'язані зі зниженням продуктивності праці та передчасною смертністю.

Прямі економічні витрати включають фінансування лікування серцево-судинних, онкологічних і респіраторних захворювань, етіологічно пов'язаних із вживанням тютюну, зокрема ішемічної хвороби серця, інсульту, хронічного обструктивного захворювання легень і злоякісних новоутворень [26, 29]. За даними Центру громадського здоров'я, лікування таких хвороб щороку потребує значних бюджетних ресурсів, що формує стійке фінансове навантаження на систему охорони здоров'я та зменшує можливості фінансування інших пріоритетних напрямів медичної допомоги.

Водночас не менш вагомими є непрямі економічні втрати, пов'язані з тютюнопалінням, зокрема втрата працездатності серед курців, підвищений рівень тимчасової та стійкої інвалідизації, а також передчасна смертність осіб працездатного віку призводять до зменшення трудового потенціалу країни та скорочення обсягів виробництва [24]. За оцінками МОЗ України, тютюнопаління є причиною десятків тисяч передчасних смертей щороку, що зумовлює значні втрати людського капіталу та негативно позначається на довгостроковому економічному розвитку держави.

Окремим аспектом економічного впливу тютюнопаління є його наслідки на рівні домогосподарств. Дослідження показують, що значна частка українських сімей регулярно витрачає кошти на тютюнові вироби, що зменшує ресурси, доступні для витрат на харчування, освіту та медичну

допомогу, та поглиблює соціально-економічну вразливість окремих груп населення [4, 7, 10]. Таким чином, тютюнопаління сприяє не лише загальнодержавним економічним втратам, але й погіршенню добробуту населення на мікрорівні.

Слід також зазначити, що економічні втрати, спричинені тютюнопалінням, перевищують надходження до державного бюджету від акцизного оподаткування тютюнових виробів, що підтверджує економічну неефективність толерування високого рівня споживання тютюну в суспільстві [29]. У цьому контексті посилення антитютюнової політики розглядається не лише як захід охорони здоров'я, але й як інструмент захисту економічних інтересів держави.

Отже, наявні дані переконливо свідчать, що тютюнопаління в Україні зумовлює значні прямі та непрямі економічні втрати, погіршує стан громадського здоров'я, знижує працездатність населення та негативно впливає на загальний соціально-економічний розвиток країни.

Висновки до розділу 1

Тютюнова залежність залишається однією з провідних глобальних медико-соціальних проблем. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі налічується близько 1,3 млрд споживачів тютюну, а щорічна смертність, асоційована з тютюнопалінням, становить близько 8 млн випадків, з яких понад 1,3 млн припадає на осіб, що зазнають впливу пасивного куріння.

Проведений аналіз показав, що у період 2000–2025 років у всіх регіонах світу зафіксовано зниження поширеності тютюнокуріння. Найвищі рівні куріння зберігаються у Регіоні Південно-Східної Азії (24,6 % у 2025 р.), тоді як найнижчі - в Африканському регіоні (8,9 %). Європейський регіон ВООЗ, до якого належить Україна, характеризується відносно високими показниками поширеності куріння (24,4 % у 2025 р.), що підкреслює актуальність проблеми для країн цього регіону.

Для тютюнопаління характерні стійкі гендерні та вікові відмінності. У глобальному масштабі рівень куріння серед чоловіків значно перевищує аналогічні показники серед жінок, а найбільший тягар тютюнової залежності припадає на осіб середнього працездатного віку.

В Україні динаміка поширеності тютюнокуріння загалом відповідає світовим тенденціям. За період 2000–2025 років загальна поширеність куріння серед населення віком 15 років і старше зменшилася з 35,3 % до 19,3 %. Найбільш виражене зниження спостерігалось серед чоловіків (з 62,1 % до 34,9 %), серед жінок показники знизилися з 12,9 % до 6,3 %.

Наслідки тютюнопаління мають системний і багатовимірний характер, охоплюючи медичні, соціальні та економічні компоненти. Вживання тютюну призводить до зростання тягаря хронічних неінфекційних захворювань, передчасної смертності та інвалідизації населення, водночас формуючи стійке фінансове навантаження на систему охорони здоров'я та економіку держави. Значний вплив активного й пасивного куріння на здоров'я населення, особливо працездатних осіб і дітей, зумовлює довгострокові демографічні втрати та погіршення якості життя.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Висока поширеність куріння, значний тягар пов'язаних із ним захворювань, а також суттєві соціально-економічні втрати зумовлюють необхідність системного підходу до контролю над тютюнопалінням на національному та міжнародному рівнях. Сучасні підходи до профілактики та лікування тютюнової залежності поєднують законодавчі, інформаційно-освітні, медико-профілактичні та фармакологічні заходи. Особлива роль у цій системі належить профілактиці як найбільш ефективному способу зниження рівня ініціації куріння, а також лікуванню тютюнової залежності із застосуванням доказових методів, спрямованих на підтримку відмови від куріння та запобігання рецидивам.

2.1 Первинна профілактика тютюнової залежності

Сучасні підходи до профілактики тютюнової залежності ґрунтуються на комплексному підході, що поєднує заходи державної політики, системи охорони здоров'я, освіти та громадського суспільства. Основна мета цих заходів полягає у зниженні поширеності тютюнопаління, попередженні ініціації куріння, особливо серед дітей і молоді, а також у створенні умов для припинення вживання тютюнових і нікотиновмісних продуктів серед дорослого населення.

Ключову роль у сучасній профілактиці відіграють законодавчі та регуляторні заходи, спрямовані на обмеження доступності тютюнових виробів, заборону реклами та стимулювання продажу, впровадження акцизної політики та захист населення від впливу тютюнового диму у громадських місцях. Водночас важливим компонентом є інформаційно-освітні стратегії, орієнтовані на підвищення рівня обізнаності населення щодо шкоди тютюнопаління та формування здорової поведінки.

Суттєве значення мають медико-профілактичні підходи, що включають раннє виявлення тютюнової залежності, консультування щодо відмови від куріння та інтеграцію профілактичних заходів у первинну медичну допомогу.

У сучасних умовах особлива увага приділяється також адаптації профілактичних заходів до нових викликів, зокрема поширення електронних сигарет і пристроїв для нагрівання тютюну, що потребує оновлення підходів до регулювання та профілактики. Загалом ефективність сучасних підходів до профілактики тютюнової залежності визначається їх системністю, науковою обґрунтованістю та орієнтацією на довгострокові результати у сфері громадського здоров'я.

Первинна профілактика тютюнової залежності спрямована на запобігання початку вживання тютюнових і нікотиновмісних продуктів, насамперед серед осіб, які раніше не курили. Основною метою первинної профілактики є формування негативного ставлення до куріння, підвищення рівня обізнаності щодо його шкідливого впливу на здоров'я та створення соціального середовища, у якому куріння не сприймається як норма поведінки.

Первинна профілактика тютюнової залежності на законодавчому рівні є ключовим інструментом державної політики громадського здоров'я та базується на регуляторних механізмах, спрямованих на зменшення доступності та привабливості тютюнових виробів. До таких заходів належать повна або часткова заборона реклами, стимулювання продажу та спонсорства тютюнової продукції, встановлення бездимних зон у громадських і робочих приміщеннях, підвищення акцизного оподаткування тютюнових виробів, а також обмеження доступу до них шляхом регулювання місць і умов продажу та встановлення мінімального віку для придбання.

Законодавчі антитютюнові заходи мають доведену ефективність у зниженні рівня ініціації куріння, насамперед серед дітей, підлітків і молоді. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, підвищення цін на тютюнові вироби шляхом акцизного оподаткування є найбільш результативним регуляторним інструментом, оскільки істотно обмежує

економічну доступність тютюну для соціально вразливих груп населення. Водночас запровадження бездимних середовищ та заборона реклами формують несприятливе соціальне середовище для куріння, сприяють зміні суспільних норм і зменшують соціальну прийнятність тютюнопаління. Таким чином, законодавчі заходи первинної профілактики створюють структурні умови для зниження поширеності тютюнової залежності на популяційному рівні та є фундаментальною складовою ефективної антитютюнової політики держави.

Важливою складовою профілактики тютюнової залежності є інформаційно-освітні кампанії, спрямовані на підвищення рівня знань населення щодо шкоди тютюнопаління та наслідків вживання нікотиновмісних продуктів. Такі кампанії реалізуються через засоби масової інформації, заклади освіти, заклади охорони здоров'я, соціальні мережі та цифрові платформи.

Інформаційно-освітні заходи мають на меті не лише інформування, але й формування мотивації до здорового способу життя, розвиток критичного мислення щодо маркетингових стратегій тютюнової індустрії та подолання поширених міфів про «безпечність» електронних сигарет і пристроїв для нагрівання тютюну. Ефективність таких кампаній значно зростає за умови їх регулярності, адаптації до вікових і соціальних особливостей цільових груп та поєднання з іншими профілактичними заходами.

Профілактика тютюнової залежності серед дітей і молоді розглядається як пріоритетний напрям, оскільки саме в підлітковому віці найчастіше відбувається ініціація куріння та формування нікотинової залежності. Особливу небезпеку в сучасних умовах становить поширення електронних сигарет і ароматизованих нікотиновмісних продуктів, які часто сприймаються молоддю як менш шкідливі.

Профілактичні заходи у цій віковій групі включають інтеграцію тематики здорового способу життя та профілактики куріння до освітніх програм, проведення інтерактивних занять, тренінгів і соціальних проєктів, а

також формування навичок відмови від ризикованої поведінки. Важливу роль відіграє створення бездимного середовища у закладах освіти та громадських просторах, що сприяє зниженню соціальної прийнятності куріння.

2.2 Характеристика стратегії MPOWER та її реалізація в Україні

Стрімке поширення тютюнопаління у другій половині XX століття, високий рівень тютюново-асоційованої захворюваності та смертності, а також обмежена ефективність фрагментарних профілактичних заходів зумовили необхідність формування системного, науково обґрунтованого підходу до контролю над тютюном на глобальному рівні. Тютюнова епідемія набула транснаціонального характеру, що проявляється в агресивному маркетингу тютюнових виробів, високій доступності продукції та значному впливі тютюнової індустрії на формування споживчої поведінки, особливо серед молоді. У цих умовах стало очевидним, що окремі локальні або добровільні ініціативи не забезпечують сталого зниження поширеності куріння та не дозволяють ефективно протидіяти комерційним детермінантам тютюнової залежності.

Саме необхідність уніфікації підходів, посилення державного регулювання та впровадження доказових інструментів впливу на попит на тютюн стала підґрунтям для розроблення Всесвітньою організацією охорони здоров'я комплексної стратегії контролю над тютюном. Її концептуальною основою стала Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (WHO FCTC), а практичним інструментом реалізації — пакет заходів MPOWER [30], спрямований на системне зниження поширеності тютюнопаління, захист населення від впливу тютюнового диму та обмеження негативного впливу тютюнової індустрії.

Контроль над тютюном є одним із пріоритетних напрямів глобальної політики громадського здоров'я, оскільки тютюнопаління залишається провідною причиною передчасної смертності та інвалідизації населення. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, тютюн щорічно спричиняє

понад 8 млн смертей у світі, з яких близько 1,3 млн пов'язані з пасивним курінням [24]. Значна частина цих втрат обумовлена серцево-судинними, онкологічними та респіраторними захворюваннями, що формують основний тягар неінфекційних хвороб.

Основою сучасної глобальної стратегії боротьби з тютюном є Рамкова конвенція Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну [28], що набула чинності у 2005 році та об'єднує понад 180 держав-учасниць. Для практичної реалізації положень Конвенції ВООЗ у 2008 році було розроблено пакет заходів MPOWER, який охоплює шість ключових напрямів впливу (рис. 2.1).



Рис. 2.1 Складові стратегії MPOWER [27]

Для комплексної оцінки сучасних підходів до контролю над тютюнопалінням нами було проведено аналіз реалізації ключових складових стратегії MPOWER в Україні. Зазначена стратегія охоплює шість взаємопов'язаних напрямів впливу на поширеність тютюнокуріння, що поєднують епідеміологічний моніторинг, законодавчі, фіскальні, інформаційні та медико-профілактичні заходи (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Реалізація компонентів стратегії MPOWER в Україні

Складова MPOWER	Сутність заходу	Реалізація в Україні	Проблемні аспекти в Україні
М – Monitor (Моніторинг)	Систематичний збір і аналіз даних щодо поширеності тютюнокуріння, форм споживання та ефективності антитютюнових політик	Впроваджено регулярні національні та міжнародні дослідження (GATS, GYTS), аналітичні звіти ЦГЗ МОЗ України	Дані свідчать про зниження традиційного куріння, але зростання використання e-cig та НТР, особливо серед молоді
Р – Protect (Захист від диму)	Створення бездимного середовища: заборона куріння в закритих громадських місцях, на робочих місцях і в транспорті	Законодавчо заборонено куріння у громадських місцях, закладах освіти та охорони здоров'я	Проблеми з дотриманням заборон у закладах громадського харчування та розважальних установах
О – Offer (Допомога у відмові)	Забезпечення доступу до консультацій, програм підтримки та фармакотерапії для відмови від куріння	Обмежена реалізація: відсутні національні програми відшкодування, допомога переважно несистемна	Низька доступність професійної допомоги та лікарських засобів для припинення куріння

Продовження таблиці 2.1

Складова MPOWER	Сутність заходу	Реалізація в Україні	Проблемні аспекти в Україні
W – Warn (Попередження)	Графічні та текстові попередження на упаковках, інформаційні кампанії	Запроваджено великі графічні попередження, проводяться національні інформаційні кампанії	Висока ефективність щодо підвищення обізнаності, але обмежений вплив на альтернативні продукти
E – Enforce (Заборона реклами)	Повна заборона реклами, просування та спонсорства тютюнових виробів	Заборона реклами у традиційних ЗМІ та публічних заходах	Недостатній контроль за прихованою рекламою у цифровому середовищі та соцмережах
R – Raise (Підвищення податків)	Підвищення акцизів з метою зниження доступності тютюнових виробів	Акцизна політика гармонізується з вимогами ЄС, ціни зростають	Рівень оподаткування ще не досяг рекомендованих ВООЗ ≥75 % роздрібної ціни

Україна є стороною Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну з 2006 року та взяла на себе міжнародні зобов'язання щодо впровадження комплексної політики контролю над тютюнопалінням. Реалізація пакету MPOWER в Україні здійснюється поетапно та охоплює законодавчі, фінансові, інформаційно-освітні й медико-профілактичні заходи, спрямовані на зниження поширеності тютюнової та нікотинової залежності серед населення.

Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України відіграє ключову роль у формуванні та реалізації державної політики у сфері профілактики тютюнової та нікотинової залежності, зокрема в частині інформаційно-просвітницьких і аналітичних заходів. Діяльність ЦГЗ охоплює систематичний збір, аналіз і публікацію епідеміологічних даних щодо поширеності тютюнокуріння, використання альтернативних нікотиновмісних продуктів, а також оцінку ефективності національних антитютюнових заходів у межах реалізації Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну.

Окреме місце в діяльності ЦГЗ посідають інформаційно-освітні кампанії, спрямовані на підвищення рівня обізнаності населення щодо шкоди тютюнопаління та нікотинової залежності. Ці кампанії реалізуються через офіційні вебресурси, соціальні мережі, тематичні інформаційні матеріали, а також у межах національних і міжнародних ініціатив, зокрема Всесвітнього дня без тютюну. Основний акцент робиться на популяризації доказової інформації, спростуванні міфів щодо «меншої шкідливості» електронних сигарет і пристроїв для нагрівання тютюну, а також на формуванні негативного ставлення до куріння як соціально неприйнятної поведінки.

Таким чином, ЦГЗ виконує функцію національного інформаційного та аналітичного центру, який поєднує моніторинг, комунікацію ризиків і підтримку реалізації антитютюнової політики, створюючи основу для ефективної первинної та вторинної профілактики тютюнової залежності.

Для реалізації такої складової, як *Monitor* (моніторинг поширеності тютюнокуріння в Україні сформовано систему регулярного епідеміологічного

моніторингу тютюнокуріння на основі міжнародно уніфікованих досліджень, зокрема Global Adult Tobacco Survey та Global Youth Tobacco Survey [10]. За даними ЦГЗ МОЗ України, упродовж 2000–2025 років поширеність щоденного куріння серед дорослого населення знизилася з понад 35 % до близько 19–20 %, що свідчить про позитивну динаміку реалізації антитютюнових заходів [10]. Водночас результати моніторингу вказують на зростання поширеності альтернативних нікотиновмісних продуктів. Зокрема, за даними Global Youth Tobacco Survey, частка підлітків віком 13–15 років, які мали досвід використання електронних сигарет, зросла з 18,4 % у 2017 році до 19,6 % у 2023 році, що формує нові виклики для системи громадського здоров'я.

Для реалізації складової *Protect* (захист населення від пасивного тютюнового диму) на законодавчому рівні в Україні запроваджено заборону куріння у закладах громадського харчування, на робочих місцях, у транспорті, закладах освіти та охорони здоров'я [10]. За оцінками ВООЗ, впровадження бездимних середовищ дозволяє знизити експозицію населення до пасивного тютюнового диму на 80–90 % у приміщеннях, де заборона дотримується повною мірою [30]. Разом із тим, попри позитивний вплив цього заходу, проблемою залишається ефективний контроль за дотриманням законодавства, особливо у закладах сфери послуг та розважального сектору.

Складова *Offer* (надання допомоги у припиненні куріння) в Україні залишається відносно найменш розвиненою. За даними ВООЗ, в світі понад 60 % курців мають намір відмовитися від куріння, однак лише близько 30 % отримують доступ до професійної допомоги або фармакотерапії [28]. В Україні допомога у припиненні куріння здебільшого обмежується короткими консультаціями лікарів первинної ланки, тоді як спеціалізовані програми та державне відшкодування вартості лікарських засобів для лікування тютюнової залежності практично відсутні.

У цих умовах важливу роль відіграють аптечні заклади, які забезпечують доступ населення до нікотин-замісної терапії та інших засобів

для припинення куріння. Міжнародні дослідження свідчать, що поєднання фармакотерапії з професійним консультуванням підвищує ймовірність успішної відмови від куріння у 1,5–2 рази [27, 30]. Важливим практичним інструментом реалізації компоненту Offer в Україні є національний інформаційний ресурс StopSmoking, який функціонує як відкритий цифровий майданчик для населення. Основною метою цього ресурсу є надання достовірної, науково обґрунтованої інформації щодо наслідків тютюнопаління, механізмів формування нікотинової залежності та сучасних методів відмови від куріння.

Сайт містить структуровані матеріали про немедикаментозні та медикаментозні підходи до припинення куріння, включно з нікотин-замісною терапією та іншими засобами з доведеною ефективністю. Особливу цінність ресурсу становлять інтерактивні інструменти самодопомоги, зокрема калькулятори фінансових витрат на куріння, які дозволяють користувачам оцінити власні економічні втрати від тютюнопаління та потенційну фінансову вигоду від відмови від нього. Такий підхід посилює мотиваційний компонент профілактики, поєднуючи медичні аргументи з економічними стимулами.

Крім того, StopSmoking виконує важливу освітню функцію, сприяючи підвищенню рівня медичної та фармацевтичної грамотності населення. Інформація подається у доступній формі, орієнтованій на різні цільові групи, що дозволяє використовувати ресурс як елемент самостійної підготовки осіб, які планують припинити куріння, а також як допоміжний інструмент у рамках ширших інформаційно-просвітницьких кампаній (рис. 2.2)

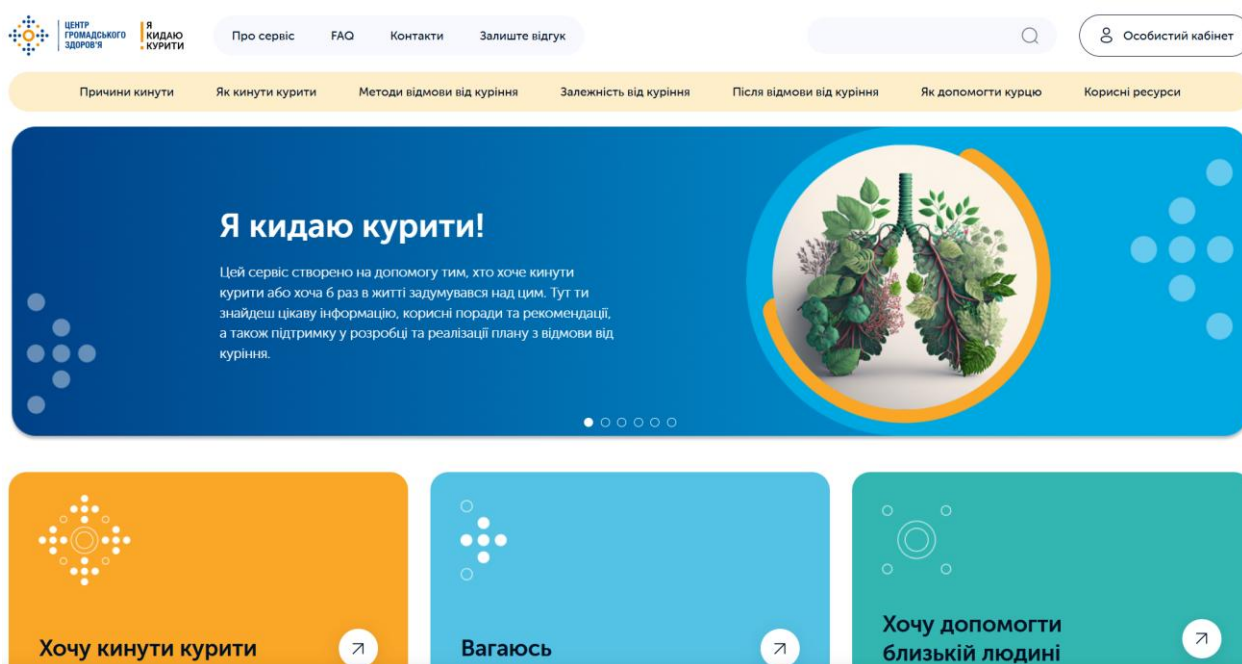


Рис. 2.2 Головна сторінка сайту <https://stopsmoking.org.ua/>

У сукупності діяльність ЦГЗ МОЗ України та функціонування ресурсу StopSmoking формують цілісну інформаційно-освітню інфраструктуру контролю над тютюном, яка доповнює законодавчі та фінансові заходи. Водночас обмежена інтеграція таких ресурсів із системою відшкодування фармакотерапії та спеціалізованими програмами підтримки курців вказує на наявність потенціалу для подальшого розвитку цього напрямку, зокрема через посилення зв'язку між інформаційними платформами та фармацевтичним ринком засобів для лікування тютюнової залежності.

Для реалізації складової *Warn* (попередження про шкоду тютюну) в Україні впроваджено обов'язкові великі графічні попередження на упаковках тютюнових виробів відповідно до стандартів ВООЗ. Доведено, що такі попередження підвищують рівень усвідомлення ризиків куріння та збільшують кількість спроб відмови від нього, особливо серед молоді та осіб із низьким рівнем медичної грамотності [19, 22]. Крім того, реалізуються інформаційно-освітні кампанії в межах національних програм громадського здоров'я та під час Всесвітнього дня без тютюну, що сприяє формуванню негативного ставлення до куріння у суспільстві [10].

Для реалізації складової *Enforce* (заборона реклами та маркетингу) в Україні законодавчо заборонено рекламу тютюнових виробів у традиційних засобах масової інформації. Водночас, наголошується на проблемі прихованого маркетингу у цифровому просторі та соціальних мережах, особливо щодо електронних сигарет і ароматизованих нікотиновмісних продуктів, орієнтованих на молодь [12, 23]. Недостатній контроль у цій сфері може знижувати ефективність інших антитютюнових заходів, що потребує подальшого вдосконалення нормативно-правового регулювання.

З метою реалізації складової *Raise* (підвищення податків на тютюнові вироби) фіскальна політика України щодо тютюнових виробів поступово гармонізується з вимогами Європейського Союзу. Підвищення акцизів упродовж останніх років сприяло зростанню роздрібних цін на сигарети та зниженню їх економічної доступності. За оцінками ВООЗ, підвищення ціни на тютюнові вироби на 10 % дозволяє зменшити рівень їх споживання на 4–8 %, особливо серед молоді [27]. Водночас Україна ще не досягла рекомендованого рівня, за якого податки становлять не менше 75 % від роздрібної ціни тютюнових виробів, що свідчить про наявність потенціалу для подальшого посилення цього інструменту [10, 28].

Таким чином, реалізація заходів MPOWER в Україні характеризується суттєвими досягненнями у сферах моніторингу, захисту від пасивного куріння, інформування населення та фіскального регулювання. Водночас напрями Offer і Enforce залишаються недостатньо розвиненими, що обмежує ефективність загальної антитютюнової політики. Це зумовлює необхідність посилення ролі системи охорони здоров'я та фармацевтичного сектору у наданні доступної допомоги курцям і створює обґрунтовані

2.3 Аналіз сучасних підходів до лікування тютюнової залежності

Тютюнова залежність у сучасній медичній науці розглядається як хронічне рецидивуюче захворювання, зумовлене фармакологічною дією нікотину на центральну нервову систему та закріплене поведінковими й соціальними

чинниками. Відповідно до позиції ВООЗ, ефективне лікування тютюнової залежності потребує комплексного поєднання немедикаментозних і медикаментозних методів, індивідуалізованого підбору терапії та тривалої підтримки пацієнта.

2.3.1 Немедикаментозні методи лікування тютюнової залежності

Немедикаментозні методи є фундаментальним компонентом лікування тютюнової залежності та обов'язковою складовою комплексного підходу до припинення куріння. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, поведінкова підтримка має пропонуватися всім курцям незалежно від рівня нікотинової залежності як мінімальний стандарт медичної допомоги. Саме ці методи формують основу втручань, спрямованих на зміну поведінки та зниження ризику рецидивів, і можуть застосовуватися як самостійно, так і в поєднанні з фармакотерапією.

До немедикаментозних підходів належать короткі консультації, мотиваційне інтерв'ювання, поведінкова та когнітивно-поведінкова терапія, групові програми підтримки, а також цифрові та дистанційні інтервенції. Найпростішою та водночас ефективною формою втручання є коротке консультування тривалістю від 30 секунд до 3–5 хвилин, що здійснюється медичними або фармацевтичними працівниками [17]. Таке консультування передбачає виявлення факту куріння, стислий виклад ризиків для здоров'я, оцінку готовності пацієнта до відмови та надання чіткої рекомендації припинити куріння. За даними ВООЗ, навіть мінімальне консультування підвищує ймовірність спроби відмови від куріння на 30–40 %, що підтверджує його доцільність у практиці охорони здоров'я [19].

Поведінкова та когнітивно-поведінкова терапія належать до найбільш досліджених немедикаментозних методів лікування тютюнової залежності. Вони спрямовані на ідентифікацію тригерів куріння, таких як стресові ситуації, емоційні чинники або соціальне оточення, а також на формування навичок контролю потягу до нікотину та профілактику рецидивів.

Застосування когнітивно-поведінкових підходів дозволяє замінити автоматизовані поведінкові реакції, пов'язані з курінням, більш адаптивними стратегіями подолання. Доведено, що інтенсивні програми поведінкової підтримки, які включають кілька індивідуальних або групових сеансів, суттєво підвищують частоту тривалої абстиненції порівняно з відсутністю будь-якої поведінкової допомоги.

Додатковий позитивний ефект забезпечують групові програми відмови від куріння, які базуються на принципах соціальної підтримки та взаємодії між учасниками. Обмін досвідом, емоційна підтримка та спільна мотивація сприяють підвищенню прихильності до лікування й зменшенню ризику зриву, особливо на ранніх етапах припинення куріння.

В останні роки важливе місце у лікуванні тютюнової залежності посідають цифрові та дистанційні інтервенції, зокрема мобільні застосунки, SMS-програми та телефонні «гарячі лінії» [25]. Такі інструменти забезпечують регулярні мотиваційні нагадування, можливість самоконтролю прогресу та доступ до підтримки у зручний для пацієнта час. Дані метааналізів свідчать, що використання цифрових програм достовірно підвищує рівень утримання від куріння порівняно з відсутністю будь-якої підтримки.

Найвищу ефективність демонструє поєднання немедикаментозних методів із фармакотерапією. За даними клінічних досліджень, комбінування поведінкової підтримки з лікарськими засобами подвоює шанси на успішну та тривалу відмову від куріння порівняно з використанням лише немедикаментозних підходів. Саме тому сучасні клінічні настанови розглядають немедикаментозні методи не як альтернативу, а як обов'язковий компонент комплексного лікування тютюнової залежності [19].

Таким чином, немедикаментозні методи створюють необхідне підґрунтя для успішної відмови від куріння, формуючи мотивацію пацієнта та навички контролю залежної поведінки. Водночас у більшості курців із середнім і високим рівнем ніотинової залежності досягнення стійкої абстиненції потребує додаткового застосування фармакотерапії, що зумовлює важливу

роль лікарських засобів і фармацевтичної опіки в сучасних підходах до лікування тютюнової залежності.

2.3.2 Медикаментозні методи лікування тютюнової залежності

Медикаментозне лікування тютюнової залежності спрямоване на зменшення вираженості симптомів нікотинової абстиненції, зниження інтенсивності патологічного потягу до куріння та модуляцію нейрохімічних процесів у центральній нервовій системі, які лежать в основі формування залежності. При припиненні куріння різке зниження рівня нікотину викликає абстинентний синдром, який суттєво знижує ймовірність успішної відмови без фармакологічної підтримки.

Згідно з клінічними рекомендаціями ВООЗ та National Institute for Health and Care Excellence [19, 28]), фармакотерапія рекомендована більшості курців із середнім та високим рівнем нікотинової залежності, а також особам із неуспішними попередніми спробами відмови від куріння. Доведено, що застосування лікарських засобів значно підвищує прихильність пацієнтів до лікування та зменшує ризик ранніх рецидивів, особливо у перші 3–6 місяців після припинення куріння.

Нікотин-замісна терапія

Нікотин-замісна терапія (НЗТ) є найбільш поширеним і добре вивченим методом медикаментозного лікування тютюнової залежності. Її фармакологічний принцип полягає у контрольованому надходженні нікотину в організм у терапевтичних дозах без продуктів згоряння тютюну, що дозволяє поступово зменшувати фізичну залежність і вираженість абстинентних симптомів. До форм НЗТ належать трансдермальні пластирі, жувальні гумки, таблетки або льодяники для розсмоктування, спреї для ротової порожнини та інгалятори. Трансдермальні системи забезпечують стабільний базовий рівень нікотину в плазмі крові, тоді як швидкодіючі форми дозволяють купірувати гострий потяг до куріння. Сучасні клінічні настанови рекомендують комбіноване застосування різних форм НЗТ, що демонструє вищу

ефективність порівняно з монотерапією. Виявлено, що НЗТ підвищує ймовірність тривалої абстиненції від куріння на 50–70 %, а її профіль безпеки дозволяє застосування у широких групах пацієнтів, включно з особами із супутніми хронічними захворюваннями.

НЗТ є найбільш вивченою та широко застосовуваною формою медикаментозного лікування тютюнової залежності, характеризується високим профілем безпеки, може застосовуватися у широких групах населення та є доступною без рецепта в більшості країн, що зумовлює її важливу роль у фармацевтичній практиці та аптечному консультуванні (з медичного контролю).

Препарати центральної дії

До цієї групи належать лікарські засоби, які впливають безпосередньо на центральні механізми формування залежності.

Вареніклін є селективним частковим агоністом нікотинінових ацетилхолінових рецепторів. Він одночасно знижує задоволення від куріння шляхом блокування рецепторів для нікотину та зменшує симптоми абстиненції завдяки частковій стимуляції дофамінергічної системи. Вареніклін вважається одним із найефективніших засобів для припинення куріння, демонструючи найвищі показники довготривалої абстиненції серед усіх зареєстрованих препаратів.

Бупропіон є атипичним антидепресантом, що інгібує зворотне захоплення дофаміну та норадреналіну. Його застосування знижує потяг до куріння та полегшує психоемоційні симптоми абстиненції, зокрема депресивні прояви та дратівливість. Бупропіон рекомендований пацієнтам із супутніми афективними розладами, однак має низку протипоказань і потребує медичного нагляду.

Інші засоби з антінікотиніновим ефектом

Цитизин, алкалоїд рослинного походження, який за механізмом дії є частковим агоністом нікотинінових ацетилхолінових рецепторів, подібним до варенікліну. Цитизин зменшує симптоми абстиненції та знижує задоволення

від куріння, водночас характеризується коротким курсом лікування та відносно низькою вартістю, що робить його привабливим з економічної точки зору. Дані клінічних досліджень свідчать, що ефективність цитизину порівнянна або перевищує ефективність НЗТ при значно нижчих витратах на лікування, що особливо важливо для країн із середнім рівнем доходу та систем охорони здоров'я з обмеженими ресурсами.

Загалом результати численних клінічних досліджень підтверджують, що застосування фармакотерапії для лікування тютюнової залежності підвищує частоту тривалої абстиненції у 1,5–3 рази порівняно з плацебо або відсутністю медикаментозної підтримки. Найвищі показники ефективності досягаються за умови поєднання медикаментозного лікування з поведінковим консультуванням і фармацевтичною опікою.

Отже, фармакотерапія є ключовим елементом лікування тютюнової залежності, оскільки дозволяє контролювати фізіологічні механізми залежності, які значною мірою визначають рецидиви. Нікотин стимулює вивільнення дофаміну в мезолімбічній системі мозку, формуючи позитивне підкріплення та залежність. Різде припинення куріння призводить до абстинентного синдрому, що включає дратівливість, тривожність, зниження концентрації уваги та інтенсивний потяг до куріння. Фармакологічні засоби дозволяють зменшити вираженість абстинентного синдрому, стабілізувати нейрохімічні процеси, підвищити прихильність пацієнта до лікування, низити ймовірність рецидиву в перші 3–6 місяців відмови.

Сучасні клінічні настанови рекомендують комбіновані схеми лікування, що поєднують поведінкову підтримку з фармакотерапією. Таким чином, сучасні підходи до лікування тютюнової залежності базуються на поєднанні немедикаментозних і медикаментозних методів із ключовою роллю фармакотерапії та замісної нікотинової терапії.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз сучасних підходів до профілактики та лікування тютюнової залежності свідчить, що дана патологія є комплексною медико-соціальною проблемою, зумовленою поєднанням фармакологічної дії нікотину, поведінкових механізмів і соціальних чинників. Ефективна протидія тютюнопалінню потребує системного підходу, що охоплює як популяційні, так і індивідуальні втручання.

Встановлено, що первинна профілактика залишається найбільш результативним інструментом зниження рівня ініціації куріння, особливо серед дітей і молоді. Законодавчі та регуляторні заходи, зокрема заборона реклами, створення бездимних середовищ і підвищення акцизного оподаткування, сприяють обмеженню доступності тютюнових виробів і зміні соціальних норм щодо куріння. Водночас інформаційно-освітні кампанії відіграють важливу роль у підвищенні обізнаності населення та формуванні негативного ставлення до тютюнопаління й альтернативних нікотиновмісних продуктів.

Аналіз реалізації стратегії MPOWER в Україні засвідчує наявність суттєвих досягнень у напрямках моніторингу поширеності тютюнокуріння, захисту населення від пасивного тютюнового диму, інформування про шкоду тютюну та фіскального регулювання.

Розгляд сучасних підходів до лікування тютюнової залежності підтверджує ключове значення немедикаментозних методів як базового компонента допомоги всім курцям. Разом із тим у осіб із середнім і високим рівнем нікотинової залежності досягнення стійкої абстиненції здебільшого потребує додаткового застосування фармакотерапії. Лікарські засоби з доведеною ефективністю, зокрема нікотин-замісна терапія, препарати центральної дії та цитизин, істотно підвищують імовірність тривалої відмови від куріння, особливо за умови поєднання з поведінковою підтримкою.

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМ РИНКУ УКРАЇНИ ЗАСОБІВ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

3.1 Аналіз асортименту ЛЗ групи N07B A на фармацевтичному ринку України

Встановлено, що основу засобів для подолання тютюнової залежності становлять лікарські засоби та нікотин-замісна терапія, представлені як рецептурними препаратами (цитизин, вареніклін), так і безрецептурними формами НЗТ (жувальні гумки, спреї, льодяники, трансдермальні пластирі). Найбільш повно в аптеках представлена продукція міжнародних брендів, зокрема НЗТ засобів, що випускаються у різних лікарських формах, що розширює можливості індивідуального вибору для пацієнтів.

Також на фармацевтичному ринку широко представлені інші засоби та біологічно активні добавки, які можуть також реалізовуватись через аптеки і характеризується значною варіабельністю складу, переважно рослинного походження, та нижчим ціновим діапазоном порівняно з лікарськими засобами і НЗТ.

Окремий сегмент формують пластирі та альтернативні продукти, що здебільшого реалізуються через маркетплейси та парафармацевтичні канали. Вони представлені як нікотиновмісними трансдермальними системами, так і продуктами без вмісту нікотину, що розширює спектр доступних споживачам варіантів. Допоміжні продукти, зокрема ароматерапевтичні інгалятори та фітозбори, займають додаткову нішу та орієнтовані на підтримку процесу відмови від куріння.

Аналіз за країною-виробником засвідчив, що фармацевтичний ринок України у сегменті засобів для подолання тютюнової залежності характеризується переважанням імпортової продукції, особливо серед лікарських засобів і нікотин-замісної терапії. ЛЗ з доведеною фармакологічною дією виробляються переважно у країнах Європейського Союзу (Болгарія, Польща, Франція, Швеція, Данія), а також у США (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

**Аналіз асортименту ЛЗ групи N07B A Засоби, що застосовуються при
нікотиновій залежності, представлених на фармацевтичному ринку
України**

Торгівельна назва	Код АТХ	Діюча речовина	Форма випуску	Середня ціна, грн	Країна- виробн ик
Табекс	N07BA04	Цитизин	Таблетки №100	570 грн	Болгарія
Цикотин ІС	N07BA04	Цитизин	Таблетки №100	456 грн	Україна
Ресигар	N07BA04	Цитизин	Таблетки №100	Немає в наявності	Польща
Чемпікс	N07BA03	Вареніклін	Таблетки № 28	Немає в наявності	США
Нікоретте	N07BA01	Нікотин	Спрей	303 грн	Швеція
Нікоретте	N07BA01	Нікотин	Жувальна гумка 4 мг	385 грн	Швеція
Нікоретте	N07BA01	Нікотин	Льодяники 4 мг № 20	Немає в наявності	Швеція

Вітчизняні виробники представлені здебільшого у сегменті НЗТ окремих форм та біологічно активних добавок.

Таким чином, структура ринку засобів для подолання тютюнової залежності в Україні є багатокомпонентною та включає як лікарські засоби і нікотин-замісну терапію, так і немедичні та допоміжні продукти, що відрізняються за формами випуску, ціною, країною-виробником і каналами реалізації.

Нами проведено аналіз асортименту ЛЗ групи N07B A Засоби, що застосовуються при нікотинівій залежності. Виявлено, що на фармацевтичному ринку України зареєстровані три основні фармакологічні підгрупи засобів для припинення куріння, що відносяться до групи N07B A Засоби, що застосовуються при нікотинівій залежності відповідно до класифікації АТХ: N07BA01 (нікотин), N07BA03 (вареніклін), N07BA04 (цитизин). Слід відзначити значну перевагу ЛЗ іноземних виробників, ЛЗ виробництва України лише один, що складає 14,5% асортименту даних ЛЗ (табл. Цикотин ІС)

Найбільш широко представленою групою є препарати на основі цитизину, серед яких наявні як імпорتنі (Табекс, Болгарія), так і вітчизняні (Цикотин ІС, Україна) лікарські засоби. Водночас частина препаратів цієї групи (Ресигар) наразі відсутня в аптечній мережі, що свідчить про нестабільність постачання окремих торговельних позицій.

Препарат варенікліну (Чемпікс), який вважається одним із найбільш ефективних засобів фармакотерапії тютюнової залежності, відсутній на даний час на фармринку України, що обмежує доступ пацієнтів до цього методу лікування.

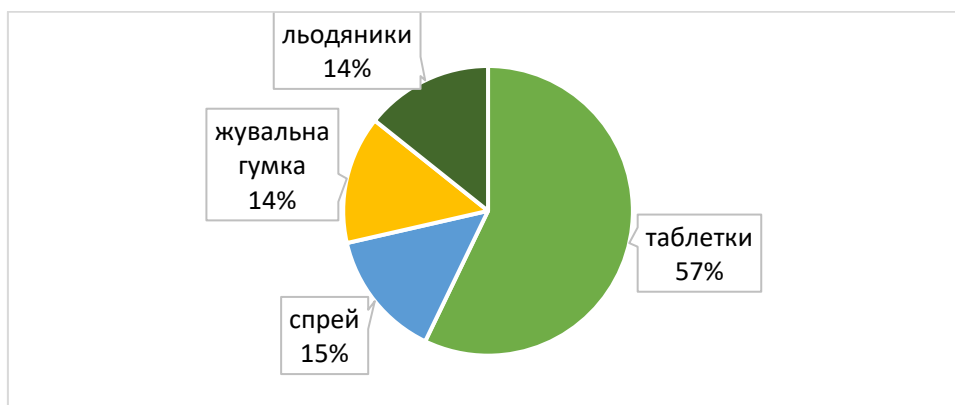


Рис. 3.1 Розподіл ЛЗ групи N07B A за ЛФ

В-цілому, ЛЗ групи N07B A, що застосовуються при нікотинівій залежності та представлені на фармацевтичному ринку України, переважно випускаються у формі таблеток (57 %), що свідчить про їх домінування у

терапевтичній практиці. Інші лікарські форми, а саме спрей, жувальна гумка та льодяники займають приблизно рівні частки (по 14–15 %), забезпечуючи варіативність вибору залежно від індивідуальних потреб пацієнтів. (рис. 3.1).

Сегмент нікотин-замісної терапії представлений переважно препаратами торговельної марки «Нікоретте» (Швеція) у різних лікарських формах (спрей, жувальна гумка, льодяники). Це свідчить про орієнтацію ринку на різні потреби пацієнтів та індивідуалізацію терапії, однак часткова відсутність окремих форм (льодяники) також вказує на обмеження асортименту в певні періоди

Отже, за результатами аналізу виявлено, що фармацевтичний ринок України у сфері лікування тютюнової залежності характеризується обмеженим, але структурованим асортиментом, із домінуванням препаратів цитизину та нікотин-замісної терапії, а також залежністю доступності окремих ефективних лікарських засобів від імпорتنих поставок.

3.2 Аналіз асортименту нікотинових пластирів на фармацевтичному ринку України

Разом із зареєстрованими лікарськими засобами важливе місце у практиці подолання тютюнової залежності посідають трансдермальні нікотинові пластирі та інші допоміжні продукти, які застосовуються як елемент підтримувальної терапії. Їх використання не розглядається як альтернатива фармакотерапії, а як засіб доповнення основного лікування, спрямований на зменшення вираженості абстинентних симптомів, стабілізацію рівня нікотину в організмі та підвищення прихильності пацієнтів до відмови від куріння.

Сучасні клінічні підходи ґрунтуються на принципі комплексності, який передбачає поєднання медикаментозних засобів, поведінкової підтримки та нікотин-замісних форм пролонгованої дії. У цьому контексті трансдермальні пластирі набувають особливої актуальності, оскільки забезпечують тривале та

контрольоване надходження нікотину, зменшуючи ризик зриву у період ранньої абстиненції.

Таблиця 3.2

Аналіз асортименту нікотинових пластирів для подолання тютюнової залежності, доступних в Україні

Оригінальна назва продукту	Виробник	Дозування, мг	Кількість пластирів	Середня ціна, грн
1	2	3	4	5
Anti-Smoke Patch	Не зазначено, (Китай)	Не зазначено	5	499
Rugby Clear Patch (Step 1)	Rugby Laboratories (США)	21	14	3 999
Stop Smoking Patch (Bang De Li)	Bang De Li (Китай)	21	1	85
Aroamas (3 етапи, 56 шт)	LTS Lohmann Therapy-Systeme AG (Німеччина)	25	56	2 691
NicoretteSkin 25 мг 28 шт	LTS Lohmann Therapy-Systeme AG (Німеччина)	25	28	2 691
Nicorette 25 мг	LTS Lohmann Therapy-Systeme AG (Німеччина)	25	7	870
Hodaf 30 шт	Hodaf (Китай)	21	30	373
Nicorette 15 мг 28 шт	LTS Lohmann Therapy-Systeme AG (Німеччина)	15	28	2 691
Nicorette 15 мг	LTS Lohmann Therapy-Systeme AG (Німеччина)	15	7	870
Комплект нікотинових пластирів	Aroamas (США)	<u>набір</u>	56	10 868

Aroamas (3 етапи, 56 шт)				
--------------------------	--	--	--	--

Продовження таблиці 3.2

1	2	3	4	5
Ніквітин 1 (Niquitin 1) 21 мг/24ч, 7 шт	NiQuitin (США)	21	7	1 199
Нікотиновий пластир від паління, 21 мг, 7 шт	не зазначено	21	7	280
Niquitin 21 мг 28 шт	NiQuitin (США)	21	28	2 950
Niquitin 14 мг 28 шт	NiQuitin (США)	14	28	2 950
Ніквітин 2 (14 мг, 7 шт	NiQuitin (США)	14	7	1 199
Нікотиновий пластир MQ 21 мг 7 шт	MQ (виробник не зазначено)	21	7	330
Niquitin 14 мг	NiQuitin (США)	14	7	931

Наступним етапом нашого дослідження нами проаналізовано асортимент нікотинових пластирів, представлених на українському ринку, що використовуються як допоміжний засіб подолання тютюнової залежності. Зазначені нікотинові пластирі реалізуються переважно через електронні канали дистрибуції, зокрема маркетплейси, що виступають вагомим сегментом сучасного фармацевтичного ринку. Крім того, окремі найменування можуть бути представлені на спеціалізованих онлайн-аптечних

ресурсах, офіційних сайтах виробників, а також у мережах роздрібної реалізації лікарських і парафармацевтичних засобів. Для аналізу було обрано один із найбільш популярних і доступних для українського споживача маркетплейсів, Rozetka.ua. Ця платформа є однією з провідних вітчизняних онлайн-торговельних систем, яка активно представлена зокрема в сегменті реалізації медичних, парафармацевтичних та оздоровчих товарів. Саме широке охоплення аудиторії, зручність пошуку та доступність продукції дозволили використати Rozetka як репрезентативне джерело для оцінки асортименту нікотинових пластирів на національному ринку.

Було виявлено 17 найменувань нікотинових пластирів, серед яких найбільш поширеним дозуванням є концентрація 21 мг нікотину, яку мають 7 із 17 позицій, що становить 41,2 % від загальної кількості, переважно ці пластирі орієнтовані на курців з високим рівнем нікотинової залежності. На другому місці за поширеністю є пластирі з дозуванням 25 мг, яке мають 3 позиції (17,7%), це пластирі переважно німецького виробника LTS Lohmann Therapy-Systeme AG та американського Aroamas. Менші концентрації, а саме 15 мг та 14 мг, охоплюють разом 5 позицій, відповідно 29,4% та призначені для наступного етапу поступового зниження дози у терапевтичних програмах (рис.3.2).

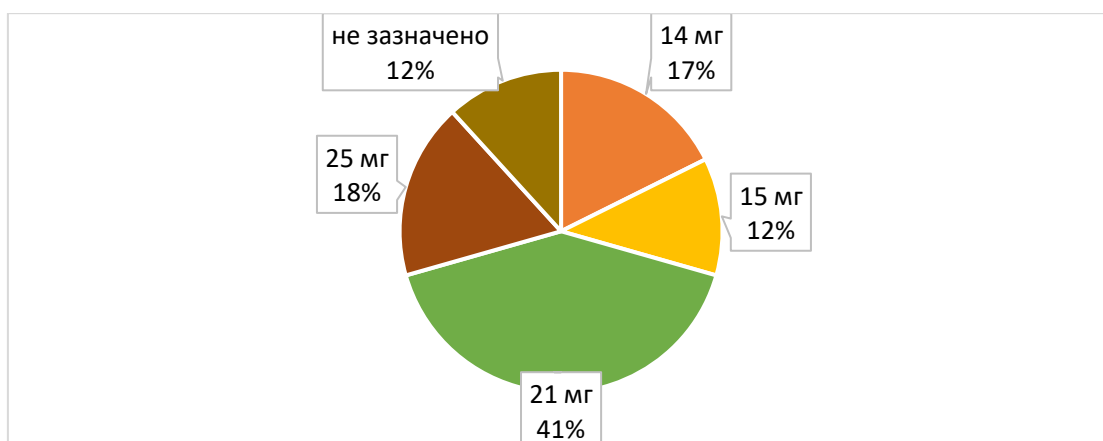


Рис 3.2. Розподіл нікотинових пластирів за дозуванням

Виробниками зазвичай рекомендується використовувати 1 пластир на добу. Аналіз кількості пластирів в упаковці свідчить про переважання 7-

денного формату, який представлений 7 позиціями, що становить 41,2 %. Упаковки на 28 пластирів, відповідні місячному курсу, охоплюють 4 позиції (23,5 %), що дозволяє споживачу уникати частих покупок. Таким чином, на ринку представлено різноманіття доз та схем застосування, проте майже 70 % пропозицій припадає на високі дози (21–25 мг), а понад 58 % упаковок мають об'єм, що відповідає одному або кільком тижням терапії. Це свідчить про загальну спрямованість виробників на підтримку стадійної терапії курців, а також про наявність зручних форматів для початку курсу лікування.

Наступним етапом нами було розраховано вартість курсу лікування тютюнової залежності. Обрано ЛЗ, що наявні на фармацевтичному ринку та доступні для придбання в аптеках, із зазначенням схеми фармакотерапії.

Таблиця 3.3

**Розрахунки вартості фармакотерапії тютюнової залежності ЛЗ
групи N07B A Засоби, що застосовуються при нікотиновій залежності**

Торгівельна назва	Тривалість лікування	Необхідна кількість упаковок на курс лікування	Вартість 1 місяця лікування
Табекс табл № 100	25 днів	1	570 грн
Цикотин ІС табл № 100	25 днів	1	456 грн
Нікоретте , спрей	10-12 тижнів	Мін 2 упаковки на місяць, 6 упаковок	$303 \cdot 2 = 606$ грн
Нікоретте , жувальна гумка №30	мін 3 місяця	1 уп = 4дні, 7 уп/місяць	$385 \cdot 7 = 2695$ грн

Серед досліджуваних ЛЗ найбільш доступними за ціною є ЛЗ діючої речовини цитизин, зокрема, «Табекс» (570 грн за курс) та «Цикотин ІС» (456 грн), тривалість курсу яких становить 25 днів. Ці засоби вирізняються помірною вартістю, але спектр ЛЗ для лікування тютюнової залежності в Україні залишається обмеженим. Так, ЛЗ групи N07BA03 «Чемпікс», який вважається одним із найефективніших засобів, на момент дослідження відсутній у продажу в аптеках. Натомість НЗТ у вигляді спрею або жувальних гумок виявилася суттєво дорожчою. Наприклад, курс лікування жувальною гумкою «Нікоретте» коштує близько 2 695 грн на місяць, а повний тримісячний курс може перевищувати 8 000 грн. Це свідчить про наявність бар'єрів до доступності НЗТ для широких верств населення, особливо в умовах відсутності програм реімбурсації.

При цьому, комплексний підхід до терапії тютюнової залежності, що включає поєднання різних форм препаратів (таблетки, пластирі, спреї тощо), може бути більш ефективним у клінічному плані, дозволяючи персоналізувати лікування згідно з індивідуальними потребами пацієнта. Такий підхід є доцільним у разі середньої або високої нікотинової залежності, коли монотерапія не дає очікуваного результату. Наприклад, комбіноване застосування цитизину з нікотиновими пластирами або спреями дозволяє забезпечити поступову відмову від нікотину з мінімізацією синдрому відміни. За можливості, пластирі можуть бути використані як додатковий засіб упродовж доби, у той час як швидкодіючі форми (спрей, гумка) застосовуються за потребою при появі тяги. Вибір засобів може залежати як від ступеня залежності, так і від фінансових можливостей пацієнта.

З метою економічного обґрунтування лікування, варто порівняти його із витратами на регулярне вживання тютюнових виробів. За даними Держстату України станом на листопад 2025 р., середня роздрібна вартість пачки сигарет (сегмент із фільтром, середній клас) становить 128,15 грн. Отже:

Вартість щоденного вживання 1 пачки сигарет протягом місяця — близько 3 900 грн.

Вартість щоденного вживання 0,5 пачки сигарет протягом місяця — близько 1 950 грн/міс.

Таким чином, навіть дорогі форми терапії НЗТ вартують менше або співставно з витратами на куріння, а доступніші варіанти, зокрема ЛЗ групи N07BA0 цитизин, в десятки разів економічніші. Крім цього, лікування дозволяє уникнути прямих і непрямих витрат, пов'язаних із лікуванням захворювань, спричинених курінням (серцево-судинні, респіраторні, онкологічні хвороби), а також зниженням працездатності.

Загалом, інвестиції в лікування тютюнової залежності є медично доцільними, економічно вигідними та суспільно обґрунтованими, особливо в умовах, коли витрати на куріння вже є значним фінансовим тягарем для домогосподарств.

Висновки до розділу 3

У результаті проведеного дослідження фармацевтичного ринку України засобів для подолання тютюнової залежності встановлено, що основну частину ринку формують лікарські засоби (цитизин, вареніклін) та нікотин-замісна терапія (спреї, жувальні гумки, пластирі), що дозволяє забезпечити диференційований підхід до лікування залежності.

Аналіз виявив, що серед лікарських засобів препарати на основі цитизину мають найбільшу присутність. При цьому лише один з них, а саме, «Цикотин ІС» є вітчизняного виробництва, що складає 5 % від загальної кількості зареєстрованих ЛЗ у цій групі. Інші препарати є імпортованими, а «Ресигар» (Польща) та «Чемпікс», США), хоча і зареєстрований, наразі відсутній у продажу. Це вказує на обмежений вибір для пацієнтів та залежність від зовнішніх постачань.

Окрему нішу займає нікотин-замісна терапія, найбільш широко представлена брендом «Нікоретте» у різних лікарських формах. Однак

наявність окремих форм не є сталою, що створює додаткові труднощі у формуванні повноцінного курсу лікування.

Значна частина асортименту нікотинових пластирів реалізується через маркетплейси, зокрема Rozetka.ua, яка є однією з провідних онлайн-платформ для парафармацевтичної продукції. Було виявлено 17 актуальних позицій пластирів із переважанням високих доз (21–25 мг), що становлять понад 58 % асортименту. Найбільш поширеним є 7-денний формат упаковки (41,2 %), що потребує регулярного оновлення запасів, у той час як повноцінний курс на 56 штук представлений лише в 11,8 % випадків.

Порівняння вартості лікування із витратами на щоденне паління свідчить про економічну доцільність терапії. Так, курс лікування цитизином коштує від 456 до 570 грн, тоді як щомісячні витрати на 1 пачку сигарет на день складають близько 3 900 грн. Навіть дорожчі засоби НЗТ, вартість яких може сягати 2600–2700 грн на місяць, залишаються вигіднішою альтернативою.

Таким чином, лікування тютюнової залежності не лише є клінічно ефективним, а й економічно виправданим. Водночас ринок потребує значно більшого асортименту препаратів, розширення вітчизняного виробництва. Комплексний підхід із поєднанням різних лікарських форм, з урахуванням індивідуальних потреб і фінансових можливостей, має стати основою сучасної моделі боротьби з нікотиною залежністю.

ВИСНОВКИ

Результати дослідження підтверджують, що тютюнова залежність залишається однією з провідних медико-соціальних проблем сучасності, із суттєвим тягарем захворюваності та смертності. Незважаючи на позитивну динаміку зниження поширеності куріння як у світі, так і в Україні, рівень тютюнокуріння залишається високим, особливо серед чоловіків та працездатного населення.

Комплексність природи тютюнової залежності, що охоплює нейробіологічні, поведінкові та соціальні механізми, обумовлює необхідність багаторівневих втручань. Ефективна протидія вимагає поєднання заходів профілактики з лікуванням.

Аналіз фармацевтичного ринку України показав, що найбільш поширеними є лікарські засоби на основі цитизину, а також продукти нікотин-замісної терапії. Проте асортимент залишається обмеженим і нерівномірним, з переважанням імпортованих препаратів та відсутністю окремих ефективних засобів, зокрема варенікліну. Частка вітчизняної продукції у сегменті ЛЗ становить лише 14,5 %. Особливу нішу формують нікотинові пластирі, реалізація яких відбувається переважно через маркетплейси. Аналіз платформи Rozetka.ua показав переважання високих доз (21–25 мг) та короткострокових упаковок (на 7 днів), що створює певні логістичні незручності для пацієнтів.

Порівняльний аналіз витрат на лікування і на щоденне вживання сигарет засвідчив, що навіть відносно дорогі форми терапії є економічно доцільними. Зокрема, місячний курс нікотинових жувальних гумок коштує близько 2 695 грн, що суттєво менше за витрати на щоденне куріння однієї пачки сигарет (понад 3 900 грн/міс).

Отже, боротьба з тютюновою залежністю має ґрунтуватися на принципах доступності, комплексності та персоналізації, а подальші кроки мають включати розширення асортименту, підтримку вітчизняного виробництва та запровадження механізмів державної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гутор Т. Г., Козій-Бределева С. П. Поширеність вживання тютюнових виробів серед молодого населення Львівської області. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 4(86). С. 13–18. DOI: 10.11603/1681-2786.2020.4.11904.
2. Поширеність паління серед студентів-медиків / Н. Д. Корольова та ін. *Довкілля та здоров'я*. 2019. № 3(92). С. 28–30. DOI: 10.32402/dovkil2019.03.028.
3. Крушинська Н. А., Лизогуб В. Г. Шкідливий вплив паління кальяну на серцево-судинну систему. *Артериальная гипертензия*. 2020. Т. 13, № 5. С. 20–30. DOI: 10.22141/2224-1485.13.5.2020.218438.
4. Латіна Г. О., Заїкіна Г. Л., Завадська М. М. Проблема тютюнопаління серед сучасних підлітків. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Вип. 3(1). С. 193–196. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2014_3\(1\)__42](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2014_3(1)__42) (дата звернення: 12.12.2025).
5. Латіна Г. О., Заїкіна Г. Л. Стан поширення та основні напрями профілактики тютюнопаління у підлітків 11-17 років (регіонарний аспект). *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 6(28). С. 349–354. DOI: 10.26693/jmbs05.06.349.
6. Лісецька І. С., Дівнич Т. Я. Проблема поширеності шкідливої звички паління серед дівчат юнацького віку. *Український журнал здоров'я жінки*. 2024. № 4(173). С. 62–67. DOI: 10.15574/HW.2024.
7. Лісецька І. С., Рожко М. М. Паління як чинник ризику виникнення захворювань тканин пародонту. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2020. № 6(110). С. 36–43. DOI: 10.15574/SP.2020.110.36.
8. Вплив законодавчих змін у сфері охорони здоров'я щодо тютюнопаління на захворюваність та смертність від серцево-судинної патології серед населення України / Е. М. Омельченко та ін. *Довкілля та здоров'я*. 2021. № 2(99). С. 15–22. DOI: 10.32402/dovkil2021.02.015.

9. Поширення куріння та вживання алкоголю серед школярів м. Ужгорода / І. М. Рогач та ін. *Вісник проблем біології і медицини*. 2020. Т. 2, № 156. С. 324–327. DOI: 10.29254/2077-4214-2020-2-156-324-327.
10. *Рекомендації громадам, як розвивати напрям відмови від куріння* / Центр громадського здоров'я МОЗ України. Київ, 2025. 112 с. URL: <https://surl.lu/cdxpqm> (дата звернення: 12.12.2025).
11. Amiri S., Khan M. A. B. Digital interventions for smoking abstinence: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *J. Addict. Dis.* 2023. Vol. 41, № 1. P. 4–29. DOI: 10.1080/10550887.2022.2058300.
12. E-cigarettes and future cigarette use / J. L. Barrington-Trimis et al. *Pediatrics*. 2016. Vol. 138, № 1. P. e20160379. DOI: 10.1542/peds.2016-0379.
13. Intentions to smoke cigarettes among never-smoking U.S. middle and high school electronic cigarette users / R. E. Bunnell et al. *Nicotine Tobacco Research*. 2015. Vol. 17, № 2. P. 228–235. DOI: 10.1093/ntr/ntu166.
14. Dai X., Gakidou E., Lopez A. D. Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: strengthening the evidence base for policy action. *Tobacco Control*. 2022. Vol. 31, № 2. P. 129–137. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056535.
15. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors / R. Doll et al. *BMJ*. 2004. Vol. 328, № 7455. P. 1519–1527. DOI: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
16. 2025 Guidelines For Treating Tobacco Nicotine Dependence / ENSP. Brussels, 2025. URL: https://ensp.network/wp-content/uploads/2025/05/2025-Guidelines-For-Treating-Tobacco-Nicotine-Dependence-English-v2.pdf?utm_source=chatgpt.com (Date of access: 22.11.2025).
17. Harmful effects of nicotine / A. Mishra et al. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*. 2015. Vol. 36, № 1. P. 24–31. DOI: 10.4103/0971-5851.151771.

18. Myung S. K., Park J. Y. Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Nicotine Tob. Res.* 2019. Vol. 21, № 11. P. 1473–1479. DOI: 10.1093/ntr/nty180.
19. *Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence* : NICE guideline NG209 / National Institute for Health and Care Excellence. London : NICE, 2021. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209> (Date of access: 22.11.2025).
20. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy / M. Saba et al. *J. Clin. Pharm. Ther.* 2014. Vol. 39, № 3. P. 240–247. DOI: 10.1111/jcpt.12131.
21. Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults / K. Siddiqi et al. *BMC Medicine.* 2020. Vol. 18, № 222. DOI: 10.1186/s12916-020-01677-9.
22. Global burden of all-cause and cause-specific mortality due to smokeless tobacco use: systematic review and meta-analysis / D. N. Sinha et al. *Tob. Control.* 2018. Vol. 27, № 1. P. 35–42. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053302.
23. *E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General* / U. S. Department of Health and Human Services. Atlanta : USDHHS, 2016. URL: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/44007> (Date of access: 22.11.2025).
24. *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General* / U. S. Department of Health and Human Services. Atlanta : USDHHS, 2020. URL: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf> (Date of access: 22.11.2025).
25. Mobile phone-based interventions for smoking cessation / R. Whittaker et al. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Vol. 4, № 4. P. CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub4.
26. Control and prevention of smokeless tobacco products: Report by WHO / World Health Organization. Geneva : WHO FCTC, 2014. URL: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_9-en.pdf (Date of access: 22.11.2025).

27. Tobacco: Key facts / World Health Organization. Geneva : WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Date of access: 22.11.2025).
28. *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults* / World Health Organization. Geneva : WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431> (Date of access: 22.11.2025).
29. WHO Framework Convention on Tobacco Control / World Health Organization. Geneva : WHO, 2003. URL: <https://fctc.who.int> (Date of access: 22.11.2025).
30. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2023: Addressing New and Emerging Products* / World Health Organization. Geneva : WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164> (Date of access: 22.11.2025).
31. Smokeless tobacco and risk of head and neck cancer: evidence from a case-control study in New England / J. Zhou et al. *Int. J. Cancer*. 2013. Vol. 132, № 8. P. 1911–1917. DOI: 10.1002/ijc.27839.