

Сравнительная оценка современных видов медикаментозной антиникотиновой терапии (обзор исследований)

С. В. Горяйнов

НИИ клинико-экономической экспертизы и фармакоэкономики РГМУ (НИИ КЭЭФ), Москва, Россия

Борьба с курением по-прежнему остаётся одной из важнейших задач медицины, поскольку позволяет значительно снизить риск большого числа заболеваний. В настоящее время для лечения табакозависимости доступны несколько видов медикаментозных вмешательств, таких как никотин-заместительная терапия (НЗТ), применение бупропиона и варениклина. Для сопоставления их эффективности был произведён анализ результатов прямых сравнительных исследований. Наиболее достоверные из имеющихся данных свидетельствуют о том, что варениклин превосходит НЗТ и бупропион по эффективности в отношении прекращения курения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: курение; НЗТ; никотиновый пластырь; бупропион; варениклин.

Курение как уникальный этиологический фактор играет существенную роль в развитии многих заболеваний: хронической обструктивной болезни лёгких, рака лёгкого, рака желудка, язвенной болезни, атеросклероза, внематочной беременности и др. Наряду с этим уникальность курения состоит в том, что оно является предотвращаемым фактором риска, но, несмотря на это, борьба с ним всё еще представляется трудно выполнимой задачей, и в арсенале врача в настоящий момент имеется весьма ограниченный выбор по-настоящему эффективных средств. Проблему осложняет отсутствие чёткого понимания механизмов развития табакозависимости. Долгое время основным способом лечения считалась никотин-заместительная терапия (НЗТ) [1]. По мере того, как всё большее распространение стала приобретать точка зрения о том, что курение имеет психогенную природу, появились данные об эффективности некоторых антидепрессантов, в частности бупропиона, как средства для прекращения курения [2]. Недавно на рынке появился новый лекарственный препарат, разработанный специально для лечения табакозависимости — варениклин. Именно три перечисленных варианта терапии сейчас являются наиболее распространёнными методами лечения табакозависимости. Поскольку эти вмешательства демонстрируют различные подходы к пониманию проблемы курения, отсутствуют чёткие критерии выбора

между ними, и в реальной клинической практике он основывается на показателях эффективности того или иного вида терапии.

Цель обзора: сравнить эффективность и безопасность применения варениклина с бупропионом и НЗТ для прекращения табакокурения.

Материалы и методы

Поиск информации. Общая последовательность сбора информации приведена на рисунке. Поиск публикаций научных исследований осуществлялся в доступных нам электронных базах данных: Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) и регистры контролируемых испытаний и систематических обзоров The Cochrane Library (<http://www.thecochranelibrary.com>). Запросы для поиска в системе Medline были сформулированы при помощи ключевых слов, операторов булевой логики и параметра поиска [PT], отбиравшего только работы, помеченные как клинические испытания или мета-анализы: «(varenicline OR champix OR chantix) AND (clinical trial [PT] OR meta-analysis [PT])», «(varenicline OR champix OR chantix) AND (bupropion OR (nicotine replacement OR NRT)) AND (clinical trial [PT] OR meta-analysis [PT])». Поиск в базе данных The Cochrane Library осуществлялся при помощи этих же запросов, но без использования параметра [PT].

Соответствующими теме настоящего обзора считались те исследования, в которых проводилось сравнение эффективности и безопасности применения указанных методов для прекращения табакокурения между собой, при этом исключались исследования, сравнивавшие лекарственные средства с плацебо. В анализ включались только рандомизированные контролируемые испытания (РКИ) и выполненные на их основе систематические обзоры с мета-анализом, поскольку полученные в них результаты обладают наибольшей достоверностью для оценки эффектов от лечебных вмешательств. Обзорные и аналитические статьи в качестве источников информации не использовались. Ограничения, касающиеся формата публикации, отсутствовали: имелись как полнотекстовые статьи, так и рефераты, при наличии в них достаточного количества необходимой информации. Для выбора работ с наиболее достоверными результатами качество используемой методологии всех потенциально пригодных исследований оценивалось по шкале Джадада. При наличии соответствующих данных из исследований выбирались результаты, полученные в ходе анализа по методике intention-to-treat (ИТТ) — расчёты выполнялись в соответствии со схемой рандомизации пациентов независимо от того, была ли прекращена терапия досрочно или нет, и имелись ли отклонения от протокола исследования.

Результаты поиска. Всего в указанных базах данных найдено 69 ссылок (после исключения повторяющихся и ссылок на незавершенные исследования), из которых 59 не имели отношения к теме обзора. Из оставшихся работ три были исключены по следующим причинам: одна — из-за отсутствия контрольной группы; вторая — не было сравнения результатов, полученных в группах варениклина и бупропиона, кроме того исследование не обладало достаточной статистической базой; третья — из-за не адекватно выбранных статистических методов проведения оценки симптомов абстинентного синдрома и удовлетворения от курения. Таким образом, для включения в обзор было отобрано семь исследований [3 – 9], из которых четыре являлись РКИ [3 – 6], а три — систематическими обзорами с мета-анализом [7 – 9]. В двух РКИ проводилось сравнение варениклина с бупропионом замедленного высвобождения (бупропион СР), в двух других РКИ — сравнение варениклина с никотиновым пластырем. Результаты оценки качества методологии исследований приведены в табл. 1. Считается, что качественное РКИ должно иметь оценку не менее 3 баллов по шкале Джадада [10].

Во всех отобранных исследованиях проводилась титрация доз активных препаратов. Варениклин —

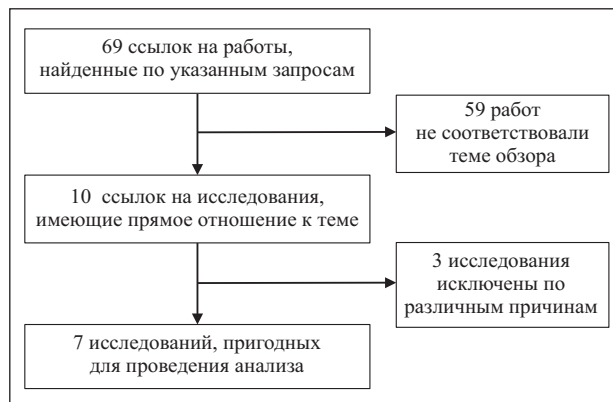


Схема сбора информации

0,5 мг 1 р/сут с 1-го по 3-й день; 0,5 мг 2 р/сут с 4-го по 7-й; 1 мг 2 р/сут с 8-го дня до конца лечения. Бупропион СР — 150 мг 1 р/сут с 1-го по 3-й день, 150 мг 2 р/сут с 4-го дня до конца лечения. НЗТ в исследовании Aubin et al. — 21 мг/сут в течение первых шести недель, 14 мг/сут в течение последующих двух недель и 7 мг/сут в течение последних двух недель; НЗТ в исследовании Tsukahara et al. — 52,5 мг/сут в течение первых четырех недель. Помимо активных препаратов в исследованиях Gonzales et al., Jorenby et al. и Aubin et al. дополнительно выдавался информационный буклет, рассказывающий, как бросить курить. Кроме того, во всех работах во время каждого визита в клинику или телефонного разговора с участником исследования врач проводил краткую разъяснительную беседу.

Оценка эффекта. Основным критерием оценки эффективности являлась частота длительного воздержания от курения в течение конкретного временного периода, указанная самим участником исследования (ни одной «затяжки») и подтвержденная определением уровня СО в выдыхаемом воздухе (≤ 10 мг/л). Дополнительно в некоторых работах оценивалась распространенность длительного воздержания от курения в течение последних семи дней, предшествующих визиту в клинику, что также подтверждалось определением уровня СО в выдыхаемом воздухе. Отличием распространенности длительного воздержания от частоты явля-

Таблица 1 | Количественная оценка качества методологии отобранных РКИ

Авторы исследования	Сумма баллов по шкале Джадада
Gonzales et al. [3]	5
Jorenby et al. [4]	5
Aubin et al. [5]	3
Tsukahara et al. [6]	3

лось то, что в последнем случае учитывались только те пациенты, у которых воздержание от курения было подтверждено за весь предшествующий период времени (на предыдущих визитах), а не только за последние семь дней.

Результаты

Сравнение эффективности. Результаты сравнения эффективности применявшихся препаратов приведены в табл. 2.

В исследовании Gonzales et al. частота длительного воздержания от курения при использовании варениклина была выше, чем при использовании бупропиона СР в периоды 9–12 и 9–24 нед. ($p < 0,001$ и $p = 0,007$, соответственно), однако в период 9–52 нед. статистически значимых различий отмечено не было ($p = 0,057$). Аналогичные данные получены при оценке распространённости длительного воздержания за последние семь дней: отмечена статистически значимая разница, выявившая преимущества варениклина на 12-й и 24-й нед. ($p < 0,001$ и $p = 0,01$, соответственно), однако на 52-й нед. она отсутствовала ($p = 0,13$) [3]. В исследовании Jorenby et al. статистически значимые различия, отобразившие превосходство варениклина, касались всех показателей [4].

В работе Aubin et al. статистически значимая разница в пользу варениклина по частоте длительного воздержания от курения отмечена в период 9–12 и 9–52 нед. ($p = 0,001$ и $p = 0,040$, соответственно), однако ее не выявлено в период 9–24 нед. ($p = 0,081$) [5]. В то же время в исследовании Tsukahara et al. статистически значимых отличий между группами, получавшими варениклин и никотиновый пластырь не наблюдалось [6].

В трех других исследованиях по всем показателям зафиксированы статистически значимые различия, выявившие преимущества варениклина (нижняя граница ДИ > 1) [7–9].

Сравнение безопасности. Оценка безопасности осуществлялась по результатам тех же работ, на основании которых оценивалась эффективность, при наличии в них необходимых данных.

В исследовании Gonzales et al. отмечено, что лечение варениклином более часто сопровождалось появлением тошноты в сравнении с бупропионом СР (28,1 и 12,5 % соответственно). В свою очередь в группе бупропиона СР чаще, нежели в группе варениклина, встречалась бессонница (21,9 и 14,0 % соответственно). Среди других побочных эффектов при лечении варениклином или бупропионом СР отмечены: сухость во рту (6,6 и 8,8 %, соответственно), метеоризм (5,7 и 4,3 %), запор (5,4 и 7,0 %), изменение сновидений (10,3 и 5,5 %), раздражительность (6,0 и 5,2 %), расстройство сна

(5,7 и 4,0 %), головная боль (15,5 и 14,3 %), головокружение (6,0 и 5,8 %) и назофарингит (5,7 и 5,2 %). Наблюдались также два случая тяжёлых побочных эффектов, которые были расценены как связанные с исследуемым препаратом: пароксизм фибрилляции предсердий в группе варениклина и большой эпилептический приступ в группе бупропиона СР. Летальных исходов во время периода лечения не было.

В работе Jorenby et al. описаны следующие побочные эффекты при лечении варениклином или бупропионом СР: запор (9,0 и 6,5 %, соответственно), метеоризм (5,8 и 2,1 %), сухость во рту (5,5 и 7,6 %), диспепсические расстройства (5,5 и 2,9 %), рвота (5,2 и 2,1 %), бессонница (14,3 и 21,2 %), изменение сновидений (13,1 и 5,9 %), расстройства сна (4,7 и 6,8 %), тревога (4,4 и 5,3 %), головная боль (12,8 и 7,9 %), головокружение (6,4 и 7,4 %), утомляемость (7,3 и 3,8 %). Наиболее частыми в группе варениклина являлись тошнота, бессонница и изменение сновидений, в группе бупропиона СР — бессонница. Летальных исходов в период лечения не зафиксировано. Средняя прибавка в весе на момент окончания 12-недельного периода лечения в группе варениклина составила $2,29 \pm 0,18$ кг, в группе бупропиона СР — $1,52 \pm 0,21$ кг; при этом средняя прибавка в весе среди лиц с длительным воздержанием от курения в период 9–12 нед. составила $2,89 \pm 0,24$ и $1,88 \pm 0,34$ кг соответственно.

В исследовании Aubin et al. наиболее частыми побочными эффектами в группах варениклина и НЗТ являлись тошнота (37,2 и 9,7 %, соответственно), бессонница (21,3 и 19,2 %), головная боль (19,1 и 9,7 %) и изменения сновидений (11,7 и 8,4 %). Кроме того отмечались запор (8,2 и 2,4 %), головокружение (7,4 и 3,5 %), рассеянность внимания (6,4 и 1,4 %), рвота (6,1 и 1,1 %), диарея (5,9 и 2,7 %), метеоризм (5,9 и 1,4 %), извращение вкуса (5,9 и 1,1 %), боль в эпигастрии (5,6 и 1,1 %) и утомляемость (5,6 и 2,4 %). В группе варениклина помимо этого отмечен один случай серьёзного побочного эффекта — развития депрессии, которая была расценена как связанная с применением исследуемого препарата. Средняя прибавка в весе к окончанию 12-недельного периода лечения в группе варениклина составила 1,82 кг, в группе НЗТ — 1,62 кг; средняя прибавка в весе у лиц с длительным воздержанием от курения в период 9–12 нед. составила 2,02 и 2,07 кг соответственно. Смертельных исходов за период лечения не отмечено.

По результатам мета-анализа Nides et al. отмечены следующие побочные эффекты (варениклин и бупропион СР соответственно): тошнота (28,8 и 9,9 %), головная боль (14,2 и 11,1 %), бессонница (14,2 и 21,5 %), изменение сновидений (11,7 и

Таблица 2 | Результаты исследований, отобранных для обзора

Литературный источник	Дизайн/выборка	Схема лечения	Результаты	Распространенность длительного воздержания от курения
Gonzales et al. [3]	Многоцентровое (США) двойное слепое РКИ, 1025 человек, возраст 18 – 75 лет	Варениклин (n = 352) 1 мг 2 р/сут, бупропион (n = 329) 150 мг 2 р/сут или плацебо (n = 344) в течение 12 нед. Общая длительность наблюдения — 52 нед.	9 – 12 нед.: варениклин 44 %, бупропион СР 29,5 % (p < 0,001); отношение шансов (ОШ) = 1,93 (95 % ДИ 1,40 – 2,68). 9 – 24 нед.: варениклин 29,5 %, бупропион СР 20,7 % (p = 0,007); ОШ = 1,63 (95 % ДИ 1,14 – 2,33). 9 – 52 нед.: варениклин 21,9 %, бупропион СР 16,1 % (p = 0,057); ОШ = 1,46 (95 % ДИ 0,99 – 2,17).	12-я нед.: варениклин 50,3 %, бупропион СР 35,9 % (p < 0,001). 24-я нед.: варениклин 33,5 %, бупропион СР 24,9 % (p = 0,01). 52-я нед.: варениклин 28,1 %, бупропион СР 22,8 % (p = 0,13).
Jorenby et al. [4]	Многоцентровое (США) двойное слепое РКИ, 1027 человек, возраст 18 – 75 лет	Варениклин (n = 344) 1 мг 2 р/сут, бупропион (n = 342) 150 мг 2 р/сут или плацебо (n = 341) в течение 12 нед. Общая длительность наблюдения — 52 нед.	9 – 12 нед.: варениклин 43,9 %, бупропион СР 29,8 % (p < 0,001); ОШ = 1,90 (95 % ДИ 1,38 – 2,62). 9 – 24 нед.: варениклин 29,7 %, бупропион СР 20,2 % (p = 0,003); ОШ = 1,69 (95 % ДИ 1,19 – 2,42). 9 – 52 нед.: варениклин 23 %, бупропион СР 14,6 % (p = 0,004); ОШ = 1,77 (95 % ДИ 1,19 – 2,63).	12-я нед.: варениклин 50,3 %, бупропион СР 36,3 % (p < 0,001); ОШ = 1,84 (95 % ДИ 1,34 – 2,51). 24-я нед.: варениклин 35,2 %, бупропион СР 26,3 % (p = 0,009); ОШ = 1,56 (95 % ДИ 1,11 – 2,17). 52-я нед.: варениклин 30,5 %, бупропион СР 23,4 % (p = 0,05); ОШ = 1,46 (95 % ДИ 1,04 – 2,06).
Aubin et al. [5]	Международное многоцентровое открытое РКИ, 757 человек, возраст 18 – 75 лет	Варениклин (n = 378) 1 мг 2 р/сут в течение 12 нед. или никотиновый пластырь (n = 379) в течение 10 нед. Общая длительность наблюдения — 52 нед.	9 – 12 нед. (8 – 11 для НЗТ): варениклин 55,6 %, никотиновый пластырь 42,2 % (p < 0,001); ОШ = 1,76 (95 % ДИ 1,31 – 2,36). 9 – 24 нед. (8 – 24 нед. для НЗТ): варениклин 32,2 %, никотиновый пластырь 26,6 % (p = 0,081); ОШ = 1,33 (95 % ДИ 0,97 – 1,82). 9 – 52 нед. (8 – 52 нед. для НЗТ): варениклин 25,9 %, никотиновый пластырь 19,8 % (p = 0,040); ОШ = 1,44 (95 % ДИ 1,02 – 2,03).	В тексте не приведен результат ПТ-анализа по этому показателю.
Tsukahara et al. (VN-SEESAW) [6]	Одноцентровое открытое РКИ, 32 человек, возраст 27 – 64 лет	Варениклин (n = 16) 1 мг 2 р/сут в течение 12 нед. или никотиновый пластырь (n = 16) в течение 8 нед. Общая длительность наблюдения — 24 нед.	9 – 12 нед.: варениклин 71,4 %, никотиновый пластырь 78,6 % (разница статистически недостоверна). 9 – 24 нед.: варениклин 64,3 %, никотиновый пластырь 71,4 % (разница статистически недостоверна).	Данный показатель не рассчитывался.
Nides et al. [7]	Мета-анализ	2 РКИ, сравнивавшие варениклин и бупропион СР	9 – 12 нед.: варениклин 44 %, бупропион СР 29,7 % (p < 0,0001); ОШ = 1,86 (95 % ДИ 1,49 – 2,33). 9 – 24 нед.: варениклин 29,6 %, бупропион СР 20,4 % (p < 0,0001); ОШ = 1,64 (95 % ДИ 1,28 – 2,10). 9 – 52 нед.: варениклин 22,4 %, бупропион СР 15,4 % (p = 0,0008); ОШ = 1,59 (95 % ДИ 1,21 – 2,10).	Результаты приведены только на рисунке, точные показатели по которому определить сложно, однако значения в группе варениклина были больше, чем в группе бупропиона СР на 12-й, 24-й и 52-й неделях, во всех случаях разница являлась статистически значимой.
Cahill et al. [8]	Мета-анализ	3 РКИ, сравнивавшие варениклин и бупропион СР; 1 РКИ, сравнивавшее варениклин и НЗТ	Варениклин в сравнении с бупропионом СР 9 – 52 нед.: отношение рисков (ОР) = 1,52 (95 % ДИ 1,22 – 1,88). Варениклин в сравнении с никотиновым пластырем 9 – 52 нед.: ОР = 1,31 (95 % ДИ 1,01 – 1,71).	Данный показатель не рассчитывался.
Wu et al. [9]	Мета-анализ	3 РКИ, сравнивавшие варениклин и бупропион СР; методика непрямого сравнения варениклина и никотинового пластыря.	Варениклин в сравнении с бупропионом СР: 9 – 12 нед.: ОШ = 1,61 (95 % ДИ 1,16 – 2,21); 9 – 52 нед.: ОШ = 1,58 (95 % ДИ 1,22 – 2,05). Варениклин в сравнении с никотиновым пластырем: 9 – 12 нед.: ОШ = 1,78 (95 % ДИ 1,23 – 2,57); 9 – 52 нед.: ОШ = 1,66 (95 % ДИ 1,17 – 2,36).	Данный показатель не рассчитывался.

5,7 %), запор (7,2 и 6,7 %), сухость во рту (6,1 и 8,2 %), метеоризм (5,8 и 3,1 %).

Во всех перечисленных работах [3 – 5, 7] не приведено результатов сравнительного статистического анализа частоты развития побочных эффектов между исследуемыми группами.

Ограничения исследований

Результаты, полученные в ходе отобранных для обзора исследований, обладают ограниченной обобщаемостью, поскольку в исследованиях участвовали лишь мотивированные на прекращение курения лица без тяжёлых сопутствующих заболеваний, таких как заболевания сердечно-сосудистой системы, обструктивные заболевания лёгких, нарушения углеводного обмена, психические заболевания, злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами, тяжёлые нарушения функции почек или печени.

В исследованиях Gonzales et al. и Jorenby et al. отмечено значительное выбывание пациентов (более 20 %), в связи с чем их результаты нельзя считать достоверными. В исследовании Aubin et al. также имелось значительное количество выбывших, однако при расчёте результатов применена методика «наихудшего исхода» — все досрочно выбывшие участники считались курящими. В данной работе также существует вероятность систематической ошибки по причине отсутствия «ослепления». Результаты исследования Tsukahara et al. обладают недостаточной достоверностью, поскольку получены на очень маленькой по размерам выборке, сделанной, в отличие от предыдущей работы, в одном центре, помимо этого также отсутствовало «ослепление» контроля.

Таким образом, из имеющихся на текущий момент результатов работ, посвящённых сравнению варениклина с бупропионом СР, достоверными могут считаться лишь полученные в ходе рассматриваемых в данном обзоре мета-анализов. Мета-анализ Nides et al. выполнен на основе двух РКИ [3, 4], тогда как мета-анализы Cahill et al. и Wu et al. дополнительно включали ещё одно РКИ [11], не использовавшееся в данном обзоре по упоминавшимся ранее причинам (отсутствие прямого сравнения групп и достаточной статистической чувствительности). В сравнении с работой Wu et al., исследование Cahill et al. выполнено позже и является кокрановским систематическим обзором.

В мета-анализе Wu et al. использована методика непрямого сравнения варениклина и никотинового пластыря, однако результаты прямых сравнительных исследований, в частности, Aubin et al. и Cahill et al., обладают большей достоверностью.

Выводы

1. При применении варениклина отмечается более высокая частота длительного воздержания от курения в течение последних четырех недель активного лечения и последующих 40 недель наблюдения в сравнении с бупропионом СР.

2. При применении варениклина отмечается более высокая частота длительного воздержания от курения в течение последних четырех недель активного лечения и последующих 40 недель наблюдения по сравнению с никотиновым пластырем.

3. Сравнить частоту развития побочных эффектов при назначении варениклина, бупропиона СР и никотинового пластыря не представляется возможным, поскольку результаты статистического тестирования в соответствующих исследованиях не проводились.

ЛИТЕРАТУРА

1. Silagy C., Lancaster T., Stead L., Mant D., Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD000146.
2. Hughes J., Stead L., Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD000031.
3. Gonzales D., Rennard S. I., Nides M., Oncken C., Azoulay S., Billing C. B., Watsky E. J., Gong J., Williams K. E., Reeves K. R. Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; Jul 5; 296(1): 47 – 55.
4. Jorenby D. E., Hays J. T., Rigotti N. A., Azoulay S., Watsky E. J., Williams K. E., Billing C. B., Gong J., Reeves K. R. Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; Jul 5; 296(1): 56 – 63. Erratum in: *JAMA* 2006; Sep 20; 296(11): 1355.
5. Aubin H. J., Bobak A., Britton J. R., Oncken C., Billing C. B. Jr, Gong J., Williams K. E., Reeves K. R. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax* 2008; Aug; 63(8): 717 – 724.
6. Tsukahara H., Noda K., Saku K. A randomized controlled open comparative trial of varenicline vs nicotine patch in adult smokers: efficacy, safety and withdrawal symptoms (the VN-SEESAW study). *Circ J* 2010; Mar 25; 74(4): 771 – 778.
7. Nides M., Glover E. D., Reus V. I., Christen A. G., Make B. J., Billing C. B. Jr, Williams K. E. Varenicline versus bupropion SR or placebo for smoking cessation: a pooled analysis. *Am J Health Behav* 2008; Nov-Dec; 32(6): 664 – 675.
8. Cahill K., Stead L. F., Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; Jul 16; No. 3: CD006103.
9. Wu P., Wilson K., Dimoulas P., Mills E. J. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; Dec 11; 6: 300.
10. Moher D., Pham B., Jones A., Cook D. J., et al. Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *Lancet* 1998; 352: 751 – 756.
11. Nides M., Oncken C., Gonzales D., Rennard S., Watsky E. J., Anziano R., Reeves K. R. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2006; Aug 14 – 28; 166(15): 1561 – 1568.

Сведения об авторе:

Горяйнов Сергей Вадимович

младший научный сотрудник лаборатории доказательной медицины
НИИ КЭЭФ РГМУ

Адрес для переписки:

Москва, 117997; ул. Островитянова, д. 1
Телефон: +7 (499) 245-3807
E-mail: ocdp@inbox.ru

RESEARCH. ANALYSIS. EXAMINATION

Evidence-Based Medicine

Comparative Evaluation of Modern Types of Anti-Nicotine Drug Therapy (review)

S. V. Goryaynov

Smoking cessation still remains one of the major concerns of medicine, because it offers the possibility to abate significantly the risk of many diseases. Nowadays, several types of medication interventions, such as nicotine replacement therapy (NRT), application of bupropion and varenicline are available. To compare their effectiveness the analysis of direct head-to-head comparative trials was performed. The most reliable data revealed that varenicline is more effective for smoking cessation than NRT and bupropion.

Keywords: smoking; NRT; nicotine patch; bupropion; varenicline.

NB!

Уважаемые читатели!

Подписка на журнал «Медицинские технологии. Оценка и выбор» 2011 г. доступна с любого номера журнала.

По вопросам оформления подписки просим обращаться к Издателю (редакционная подписка) или в региональные агентства альтернативной подписки:

- «Урал-Пресс» (www.ural-press.ru)
- «Информнаука» (www.informnauka.ru)
- «МК-Периодика» (www.periodicals.ru)
- «Интер-Почта» (www.interpochta.ru)

На II полугодие 2011 г. по почтовым каталогам

- «Российские и зарубежные газеты и журналы» (Роспечать)
- «Пресса России» (индекс 45196 — годовая подписка)
- «Почта России»

При оформлении редакционной подписки достаточно прислать заявку Издателю (по факсу или e-mail) в произвольной форме с указанием количества экземпляров журнала, а также наименования и реквизитов организации-заказчика для последующего корректного оформления отгрузочных документов (счета-фактуры и накладной).

После оплаты счета (для организации) или квитанции (для индивидуальной подписки) просим уведомить Издателя по факсу +7 (495) 482-5590 или e-mail press@folium.ru и получить подтверждение от сотрудника Издательства по телефону или e-mail о том, что Ваша подписка принята и адрес в квитанции или реквизиты организации указаны четко и разборчиво.

В стоимости учтены все почтовые расходы. Вы будете получать журнал по почте раз в квартал по указанному Вами адресу (не забывайте, пожалуйста, указывать почтовый индекс).

Всего доброго и до встречи на страницах журнала!