



© Т.И.Андреева, 2010  
УДК 613.84

### ЗАЧЕМ И КАК СЛЕДУЕТ ПОМОГАТЬ ПАЦИЕНТАМ-КУРИЛЬЩИКАМ В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ

#### WHY AND HOW TO HELP SMOKING PATIENTS IN CESSATION OF TOBACCO USE

Андреева Татьяна Ильинична, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Школа здравоохранения» Национального университета «Киево-Могилянская академия», Киев, Украина, e-mail: tatianandreeva@yandex.ru

Tatiana I. Andreeva, MD, PhD, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy, Kiev, Ukraine, e-mail: tatianandreeva@yandex.ru

#### Реферат

Лекция посвящена возможностям врачей оказывать помощь курильщикам в прекращении курения (ПКПК). Из-за недостаточной ПКПК в странах бывшего СССР большая часть курильщиков выбывает из-за смерти, а не благодаря прекращению курения. Врачи чаще спрашивают о курении пациентов старшего возраста, имеющих запущенные

заболевания, хотя наибольший эффект от их вмешательства возможен в отношении более молодых курильщиков. Совет медицинского работника о прекращении курения является вмешательством с доказанной эффективностью. Врачи должны уточнять курительный статус пациентов, советовать курильщикам прекратить курить и предлагать им помощь. Приведены доказательные данные последних лет. Описаны действия врача, краткие интервенции, диагностика никотиновой зависимости и готовности пациента к прекращению курения, медикаментозные средства для ПКПК.

**Ключевые слова:** табачная эпидемия, прекращение курения, краткие интервенции, фармакотерапия, медицинские работники.

#### Abstract

The lecture is devoted to physicians' possibilities in providing smoking cessation help (PSCHE). Because of insufficient SCH in the former USSR countries, a large proportion of smokers stop being smokers due to deaths and not quitting smoking. Physicians are more likely to ask about smoking those patients who are older and have chronic diseases while younger smokers would more likely benefit. Stop smoking advice from health worker is an evidence-based intervention. Physicians should keep up-to-date records of patients' smoking status, advise smokers to stop, and offer them assistance with doing so. Recent evidence-based data regarding smoking cessation is reviewed. Physician's activities, content of brief interventions, diagnostics of nicotine dependence and readiness to quit, and pharmacotherapy for smoking cessation are described.

#### Key words

tobacco epidemic, smoking cessation, brief intervention, pharmacotherapy, health workers

#### Общие представления о табачной эпидемии, по международным данным

Наблюдения, накопившиеся в развитых странах еще до того, как потребление табака стало осознаваться как проблема в странах с низким и средним уровнями доходов, были систематизированы в виде описательной модели табачной эпидемии Аланом Лопесом и соавторами.[55] Модель включает в себя четыре динамических процесса: распространенность курения среди мужчин и женщин в отдельности, а также смертность от вызванных потреблением табака болезней среди мужчин и женщин. Первой начинает возрастать распространенность курения среди мужчин; рост распространенности курения среди женщин начинается позднее, обычно через несколько десятилетий после мужской (в зависимости от страны и уровня эмансипации в ней). Рост смертности начинается примерно через 20-30 лет, так как заболевания, наиболее заметно связанные с курением (прежде всего, рак легкого), развиваются после нескольких десятилетий курения.

Заболевания, в отношении которых установлена причинная роль курения и воздействия табачного

дыма, многочисленны, но не являются предметом данного материала. Тем, кто хотел бы познакомиться с наиболее доказательными публикациями на данную тему, можно рекомендовать доклады Главного врача США, начиная с 1964 года, когда Лютером Терри был обнародован первый такой доклад. В них поэтапно сообщается о тех заболеваниях, связь которых с табаком была установлена в соответствующие годы (1964-1979), о последствиях курения для женщин (1980), об изменяющихся свойствах сигарет (1981), об онкологических заболеваниях (1982), о сердечно-сосудистых заболеваниях (1983), о хронической обструктивной болезни легких (1984), о последствиях курения на рабочем месте (1985), о последствиях употребления бездымного табака (1986), о последствиях непроизвольного курения (1986), о никотиновой зависимости (1988), о выгодах прекращения курения (1990), о предупреждении потребления табака среди молодых людей (1994), о сокращении потребления табака (2000), о последствиях потребления табака (2004), о последствиях подверженности воздействию табачного дыма (2006)

([http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgf/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgf/index.htm)) На русском языке можно рекомендовать обзор [3], полностью доступный в интернет.

Однако, как и любая другая, табачная эпидемия имеет фазу подъема и фазу спада. Снижение распространенности курения (а как следствие этого через 20-30 лет и смертности) происходит, с одной стороны, потому, что наступает насыщение популяции, большая часть мужчин уже курит, многие из остальных являются уже бывшими курильщиками. Привлечение новых курильщиков среди подростков не успевает замещать выбывающих из-за прекращения курения или смерти. С другой стороны, в обществе начинает осознаваться связь между заболеваниями, ростом смертности, с одной стороны, и курением, с другой, предпринимаются определенные действия по ограничению курения табака.

Развитые в сфере контроля над табаком страны в настоящее время наблюдают снижение смертности среди мужчин, а последние несколько лет некоторые из них даже и среди женщин.

#### **Развитие табачной эпидемии в странах бывшего СССР**

Некоторые авторы считают,[38] что описанная выше модель табачной эпидемии, построенная на опыте развитых стран,[55] не подходит для стран бывшего Советского Союза. В отличие от развитых стран, здесь якобы уже слишком давно высокая распространенность курения среди мужчин, которая не переходит в стадию снижения, и по-прежнему низкая распространенность курения среди женщин, которая не достигает уровней, характерных для развитых стран.

Для стран Восточной Европы, включая европейские страны бывшего СССР, характерна стадия стабилизации распространенности курения среди мужчин. Фактически она может расти или

снижаться в зависимости от большей успешности маркетинговых усилий табачной индустрии или мер контроля над табаком, однако, меньшая распространенность курения среди более образованных мужчин, чем среди лиц со средним образованием, указывает на то, что среди мужского населения табачная эпидемия идет на убыль. При этом более высокая распространенность курения среди образованных женщин, чем среди женщин со средним образованием, указывает на восходящий характер эпидемии среди них.[10]

Эти сведения о распространенности курения означают, что обусловленная табаком смертность и среди мужчин, и среди женщин будет продолжать расти. Согласно логике развития событий табачной эпидемии, распространенность курения среди женщин тоже должна продолжать расти. Однако не исключено, что при использовании адекватных мер контроля над табаком на распространенность курения среди женщин, пока она не слишком высока, проще влиять, поскольку среди курящих женщин еще не так много лиц с выраженной зависимостью, как среди мужчин, и женское курение традиционно было социально менее приемлемым, чем мужское.

Проведенные нами исследования в Украине [4; 6; 36; 78] указывают на то, что использование мер контроля над табаком, имеющих доказанную эффективность [5] и предусмотренных Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака, приводит к достаточно быстрому снижению распространенности курения. Так, распространенность ежедневного курения между 2005 и 2010 годами снизилась среди мужчин с 62% до 49%, среди женщин с 17% до 9%. Анализ изменений соотношения курильщиков и некурящих в возрастных когортах показал, что снижение распространенности курения среди мужчин только наполовину произошло за счет прекращения курения и наполовину за счет преждевременных смертей курильщиков и бывших курильщиков. Среди женщин прекращение курения происходило только в возрастной группе 25-45 лет, а в остальных группах распространенность курения снижалась также преимущественно за счет смертности. Все это указывается на недостаточную эффективность помощи в прекращении курения.

Опросы курильщиков указывают на то, что врачи задают вопросы о курении преимущественно курильщикам старших возрастных групп, часто посещающим медицинские учреждения и, вероятно, имеющим хронические заболевания, вызванные потреблением табака, менее обеспеченным, чаще пенсионерам или инвалидам. При этом упускается возможность повлиять на курительное поведение тех курильщиков, в отношении которых вмешательство может иметь максимальную пользу.

#### **Роль и место помощи в прекращении курения в сокращении распространенности курения**

Прекращение курения приносит существенную и немедленно проявляющуюся пользу для здоровья курящих всех возрастов. Отказавшиеся от курения

живут дольше, чем те, кто продолжает курить, независимо от того, в каком возрасте они прекращают курить. Повышенный риск смерти из-за курения начинает уменьшаться вскоре после прекращения и для большинства заболеваний через 10-15 лет достигает риска, характерного для некурящих.

Исследование британских врачей в течение 50 лет показало, что длительное курение, которое обычно начинается в подростковом возрасте или в молодости, увеличивает риск смерти, характерный для каждой возрастной группы, втрое. При этом люди, которые прекратили курить до достижения 50-летнего возраста, имеют вдвое меньший риск смерти в течение последующих 15 лет по сравнению с теми, кто продолжает курить. Отказ от курения в 30, 40, 50 или 60 лет позволяет сохранить, соответственно, 10, 9, 6 лет или 3 года ожидаемой продолжительности жизни. У пациентов, отказавшихся от курения, здоровье лучше, чем у курящих.[28]

Согласно модели вызванных потреблением табака смертей во всем мире, построенной авторами книги «Сдерживание эпидемии: правительства и экономика контроля над табаком» [25] на основе оценок обусловленной табаком смертности в развитых странах [58], суммарное количество смертей начиная с 1950 года к 2000 году составило 70 миллионов, а к 2050 составит в отсутствие интервенций 520 миллионов. Если доля молодых людей, начинающих курить, к 2020 году будет сокращена вдвое, то суммарное количество смертей удастся сократить только на 20 миллионов, то есть до 500 миллионов смертей. Если же потребление табака взрослыми будет сокращено к 2020 году вдвое, то это позволит уменьшить количество смертей до 320 миллионов. Все это указывает на особое значение помощи в прекращении курения для сокращения глобального бремени смертей, обусловленных потреблением табака.

### **Эффективность интервенций, направленных на прекращение курения**

Совет медицинского работника, касающийся прекращения курения, является вмешательством с доказанной эффективностью.

Мета-анализ [76] исследований эффективности рекомендаций, полученных пациентами от врача, показал, что совет врача увеличивает число курильщиков, которые прекращают курить. Хотя абсолютный эффект является небольшим (1-3%), это вмешательство может иметь существенное воздействие на здоровье, поскольку во многих странах большинство курильщиков ежегодно посещает своего врача. Было показано, что наблюдается достоверное увеличение вероятности того, что пациенты не будут курить в течение как минимум последующих шести месяцев. Более интенсивные вмешательства обуславливали некоторое дополнительное преимущество.[13]

Важно, чтобы врачи своевременно уточняли курительный статус всех своих пациентов, регулярно советовали ВСЕМ курильщикам прекратить курить и,

при возможности, предлагали им помощь в этом и, при необходимости, повторяли этот совет.[76]

Для эффективных вмешательств со стороны медицинских работников важно то, какие именно компоненты таких вмешательств они будут использовать. Многочисленными исследованиями показана эффективность так называемого индивидуального поведенческого консультирования. [52] Там, где доступны поведенческие программы поддержки и лечения, их нужно предлагать в обязательном порядке.[76] Эффективными компонентами вмешательства являются материалы для самопомощи, последующие встречи с оценкой результата, а также консультации, использующие в своей основе психологические [13] и мотивационные [43] теории.

Кроме врачей общей практики, эффективными могут быть вмешательства со стороны других медицинских работников и в других клинических условиях. Доказана эффективность вмешательств со стороны медицинских сестер.[62] при этом, чем более интенсивным и специализированным является вмешательство, тем больше его эффект. Поведенческие интервенции, осуществляемые стоматологами в процессе осмотра ротовой полости, повышают уровни прекращения потребления табака среди курильщиков и потребителей некурительного табака.[20; 21] Показана эффективность интенсивных поведенческих вмешательств в отношении пациентов, находящихся в стационаре,[57; 65] независимо от их диагноза при поступлении; при этом важна большая интенсивность программы и включение в нее хотя бы одной последующей встречи с оценкой результата через месяц после выписки.

Телефонные службы помощи в прекращении курения эффективны в том случае, если они предоставляют интенсивную поддержку в виде многочисленных проактивных звонков, интенсивность которых повышает шансы на долгосрочный успех.[77] Рентабельность проактивных звонков и их сочетания с медикаментозной помощью исследуется в контролируемых испытаниях.[23]

Некоторые интервенции за пределами клинической практики также имеют доказанное влияние на вероятность прекращения курения. Известно, что 10% повышение цен на табачные изделия увеличивает уровень отказа от курения на 3-5%. Законодательные меры, требующие освобождения рабочих и общественных мест от табачного дыма, приводят к повышению уровней отказа от курения на 12-38%. [54]

При этом кампании в СМИ, направленные на прекращение курения [12], имели противоречивые результаты, в зависимости от места и времени проведения и, по-видимому, сочетания с другими эффективными мерами контроля над табаком. Исследования, касающиеся программ, осуществляемых с использованием мобильных телефонов, указывают на их возможную эффективность для повышения краткосрочных

уровней прекращения курения [86], при этом долгосрочные эффекты требуют оценки в дополнительных исследованиях.

Международная программа «Quit and Win» (Бросай курить и выигрывай) оценивается как эффективная по данным опросов населения, проводимых в странах с низким уровнем доходов; однако обзор [16] контролируемых исследований указывает, что хотя среди участников конкурса доля отказавшихся от курения выше, чем среди населения в целом, влияние этих процессов на популяционном уровне невелико.

Программы, осуществляемые на рабочих местах [19], также имели противоречивые эффекты: материальные стимулы к прекращению курения увеличивали количество попыток, но не оказывали влияния на долю курильщиков; при этом другие компоненты программ, такие как консультирование и никотиновая заместительная терапия, доказавшие свою эффективность также и в других местах, сохраняли присущую им эффективность.

Ряд интервенций, которые традиционно практикуются медицинскими работниками в странах бывшего Советского Союза, не имеют доказанной эффективности при проведении контролируемых рандомизированных испытаний, то есть их эффекты не превышают эффекта плацебо. К таким вмешательствам относятся гипнотерапия [7], акупунктура и связанные с ней методы, такие как акупрессура, лазерная терапия и электростимуляция [85], нет надежных доказательств эффективности аверсивной терапии [41], анксиолитиков [46; 47] и физических упражнений [82] для прекращения курения.

#### **Краткие интервенции медицинских работников в отношении курения и их проведение**

В самом кратком виде врачу необходимо сделать четыре вещи: во-первых, каждому пациенту задать вопрос о том, курит ли он, во-вторых, записать курительный статус в карточку или историю болезни, в-третьих, всем курящим пациентам рекомендовать отказаться от курения, мотивируя это состоянием здоровья или особыми обстоятельствами жизни пациента, известными врачу, то есть дать персонализированную рекомендацию, в-четвертых, предложить пациенту помощь в прекращении курения, если она необходима.

В более развернутом виде между вопросом о курении и советом отказаться от курения имеет смысл выяснить, насколько пациент зависим от никотина и насколько он готов услышать рекомендацию врача.

#### **Подходы к диагностике табачной зависимости и готовности курильщика к прекращению курения**

##### **Оценка желания курильщика освободиться от курения**

Достаточно распространенным в руководствах для профессионалов по прекращению курения является подход с позиций мультидисциплинарной модели готовности к изменению поведения

Prochaska&DiClemente. [60; 63] Ее также называют Моделью Стадий Изменения.

Согласно этой модели, в каждый конкретный момент времени курильщики в отношении прекращения курения могут находиться в одной из четырех стадий: действия, готовности, размышления или предразмышления. В каждой стадии курильщики имеют разные потребности, и необходимы разные действия врача, оказывающего им помощь.

Те специалисты, которые не используют эту модель помощи в прекращении курения, предлагают одинаковые вмешательства, независимо от готовности курильщика к изменениям. Их подход основан на предположении, что любой курильщик, которого обнаружили и попросили прекратить, фактически так и поступит. Низкая частота прекращения курения показывает, что такой единообразный подход не принимается многими курильщиками. Ставить задачу добиться 100% результата в отношении курильщиков не реалистично. Если рассматривать в качестве цели только окончательный отказ от курения, можно упустить возможность мотивировать продвижение курильщика к следующей стадии готовности.

Опыт показывает, что курильщики могут «перемещаться» от одной стадии в другую под действием самых разных причин. Если в результате консультации курильщик переместился в сторону большей готовности к прекращению курения, то цель достигнута.

Чтобы диагностировать, на какой стадии находится курильщик, полезно задать ему вопрос: «Что Вы чувствуете по поводу Вашего курения?»

#### **1. Группа курильщиков на стадии предразмышления**

Согласно результатам большинства опросов, около 60% курильщиков хотели бы когда-то отказаться от курения, а оставшиеся 40% не думают о прекращении курения и могут сопротивляться любым попыткам даже обсудить эту тему. Они, как правило, видят больше позитивных аспектов курения, и им не нравится признавать недостатки. Ни в какие службы помощи такие курильщики обычно не обращаются, а если и обращаются под давлением кого-либо из близких, то разговор ведут довольно резко, пытаются говорить не столько о себе, сколько о службе, в которую обратились.

Не готового к отказу от курения можно мягко поощрить к размышлениям о его привычке и подсказать, что к этой теме можно будет обратиться позднее, если потребуется помощь в осуществлении желания прекратить курение. Разговор на эту тему может быть очень коротким, поскольку эти курильщики склонны к сопротивлению, и перемены маловероятны на этой стадии.

Если курильщик не готов отказаться от курения, чтение лекций, запугивание и устрашающая тактика будут неэффективны и, в большинстве случаев, могут даже привести к обратному эффекту.

Подход при работе с «не готовыми» курильщиками состоит в том, чтобы поощрить их

обдумать позитивные аспекты курения. Это будет способствовать тому, чтобы увидеть также и негативные аспекты и обратиться снова, когда они будут готовы обсуждать вопрос о курении.

## **2. Группа курильщиков на стадии размышления**

Около 40% курильщиков «не уверены» или имеют двойственное отношение к собственному курению. Они размышляют над выгодами прекращения курения, но также боятся его нежелательных последствий. Курильщики в этой стадии открыты к обсуждению вопросов о курении и о его прекращении. Цель работы с «не уверенными» клиентами состоит в том, чтобы помочь им исследовать их привычку, помочь взвесить «за» и «против» курения и решить, является ли продолжение курения стоящим для них в данный момент. Обсуждение того, что особенно беспокоит их в связи с курением или его прекращением, часто обнаруживает те барьеры, по поводу которых может быть предложена помощь. Это может быть, например, беспокойство по поводу увеличения массы тела или симптомов отмены. «Не уверенному» курильщику может потребоваться какое-то время для взвешивания «за» и «против» курения, прежде чем аргументы «против» возьмут верх.

## **3. Группа курильщиков на стадии готовности к прекращению курения**

Только 20% курильщиков готовы к прекращению курения. Эти курильщики намерены прекратить курение. Для них недостатки курения перевешивают преимущества.

Эта группа требует более активного вмешательства со стороны консультанта, поскольку именно эти люди при благоприятном результате взаимодействия могут «переместиться» в стадию действия. Им необходима информация о том, что следует делать, и чего делать не следует, чтобы достичь результата. «Готовые» к изменениям курильщики нуждаются в специфической короткой консультации, которая помогла бы им преодолеть симптомы отмены и факторы, провоцирующие курение. Кроме того, для них важна эмоциональная поддержка, как со стороны консультанта, так и со стороны близких им людей. «Готовый» к изменениям курильщик может нуждаться в нескольких попытках освобождения от курения, прежде чем он достигнет успеха.

## **4. Группа «действия»**

Именно на этой стадии курильщик предпринимает попытки прекращения курения. Время пребывания курильщика в этой стадии обычно весьма непродолжительно, хотя иногда курильщику требуются заметные усилия для сохранения состояния некурения в течение нескольких месяцев, а иногда и лет.

## **5. Группа «бывших» курильщиков**

Это стадия, которой курильщик должен достичь в долгосрочной перспективе. Поддерживается воздержание от курения, соблазн покурить постепенно

снижается и исчезает. Мысли о курении у этих бывших курильщиков могут быть частыми или редкими, хотя могут быть ситуации, когда им хочется закурить. Только пройдя через стадию бывшего курильщика, человек может вновь стать некурящим, каким он был изначально.

## **6. Группа «сорвавшихся»**

Срыв - это возврат к курению. Срыв может быть кратковременным, после которого продолжают попытки не курить, или долгосрочным, после которого курильщик может оказаться фактически на любой из перечисленных выше стадий. Задача профессионала, оказывающего помощь, состоит в том, чтобы помочь пациенту продвинуться как можно ближе к возможности отказа от курения, чтобы повторный путь был проделан в меньшие сроки.

### **Ценность данной модели**

Использование модели позволяет максимально использовать ресурсы консультанта. Она защищает консультанта от разочарований повторяющихся неудач и позволяет сохранять энтузиазм для помощи следующим курильщикам. Поскольку в каждом таком разговоре консультанта с курильщиком ставятся более узкие и конкретные задачи, чем прекращение курения всеми и немедленно, то каждый разговор может стать успешным.

### **Диагностика уровня зависимости от никотина**

Диагностировать уровень зависимости от никотина необходимо, поскольку он будет определять, от каких действий можно будет ожидать эффекта, а от каких - нет.

Когда времени мало, можно задать всего два или даже один вопрос: «Через сколько минут после пробуждения Вы выкуриваете первую сигарету?» и «Сколько сигарет выкуриваете в течение дня?» Опыт консультирования показывает, что ответы на эти два вопроса обычно связаны.[9] Всех курильщиков можно разделить на четыре группы.

1. Ночные курильщики - просыпаются ночью, чтобы покурить. Их доля в нашем наблюдении составила 8%, но можно ожидать увеличения их доли со временем осуществления успешных мер контроля над табаком, поскольку при снижении распространенности курения первыми бросают курить менее зависимые курильщики, и доля тех, кто отличается выраженной зависимостью, постепенно возрастает. Обычно выкуривают более 25 сигарет в день. Эти курильщики отличаются самым ранним началом курения, самым большим стажем, хотя средний возраст их не отличается от других групп. Среди них самая большая доля сообщает о трех и более безуспешных попытках отказаться от курения.

2. Те, кто курит сразу после пробуждения, в течение первого получаса. Это была самая большая группа (50%). Выкуривают 20-25 сигарет в день.

3. Те, кто начинают курить после завтрака (28%). Выкуривают 15-20 сигарет в день. Обычно сообщают о том, что предпринимали всего одну попытку прекращения курения. Только в этой группе курильщики сообщали о попытках сократить

количество выкуриваемых сигарет, подчеркивают важность манипуляций с сигаретой и использование курения как средства преодолеть стресс.

4. Те, кто выкуривает первую сигарету по пути на работу или учебу. Это самая молодая группа с наименьшим стажем курения.

Третьей и четвертой группам может быть достаточно рекомендовать отказаться от курения, возможно, оказать некоторую поведенческую поддержку. Первая и вторая группы определенно нуждаются в медикаментозной помощи. При этом, чем более выражена зависимость, тем более длительным и трудным может оказаться процесс прекращения курения.

Для проведения поведенческого консультирования бывает важно задать и другие вопросы о курении. Однако они подробно описаны в предыдущих работах, [1; 2] с которыми может познакомиться заинтересованный читатель. Последовательность и количество вопросов будут зависеть от того, обратился ли курильщик сам или разговор инициирован врачом, и какую стадию готовность к изменениям мы диагностировали на предыдущей стадии.

#### **Медикаментозные препараты, используемые для прекращения курения**

##### **Никотиновая заместительная терапия**

Многочисленными рандомизированными испытаниями показано [75], что все имеющиеся на рынке формы никотиновой заместительной терапии (НЗТ), включая жевательную резинку, пластырь, назальный спрей, ингалятор, подъязычные и жевательные таблетки, эффективны для прекращения курения.[44; 29] В среднем, они повышают вероятность успешного прекращения курения на 50-60%, и их эффективность не зависит от условий применения и интенсивности сопутствующей поддержки или поведенческого консультирования.

Выбор конкретной формы может быть основан на восприимчивости к побочным эффектам, предпочтениях пациента и доступности препаратов. Нет данных о различной эффективности стандартных доз разных видов препаратов НЗТ. В одном прямом сравнении между резинкой, пластырем, назальным спреем и ингалятором не было выявлено краткосрочных различий в уровнях воздержания от курения или дискомфорта в связи с отменой.[75]

Относительная эффективность никотиновой заместительной терапии не зависит от объема поведенческой поддержки, проводимой при личном контакте. НЗТ может использоваться для сокращения объема курения при подготовке к попытке прекращения курения.

Среди препаратов НЗТ в России зарегистрированы жевательная резинка и никотиновый ингалятор.

##### **Никотиновый пластырь**

На фоне никотинового пластыря курильщики, которые испытывали проблемы с воздержанием от курения на первых неделях лечения, с большей

вероятностью восстанавливали отказ от курения и достигали успеха.[33] Исследования указывают, что начало использования никотинового пластыря за две недели до даты прекращения курения может увеличить вероятность успеха,[68; 70] при этом дополнительное использование пластыря увеличивало вероятность успешного прекращения курения примерно вдвое,[67] хотя первоначальные симптомы отмены не обязательно облегчались на фоне применения пластыря, однако вероятность успеха через шесть месяцев была достоверно выше.[70]

Добавление к никотиновому пластырю другой формы никотиновой заместительной терапии повышает вероятность успеха. Все сочетания никотинового пластыря с другими препаратами НЗТ давали лучшие результаты, чем монотерапия, при этом уровень побочных эффектов не превышал таких уровней для отдельных препаратов.[71] Никотиновый пластырь создает базовый уровень концентрации никотина в организме пациента, на его фоне другие препараты могут обеспечить дополнительные концентрации в моменты повышенной тяги.[44]

##### **Жевательная резинка и таблетки**

Для курящих с выраженной зависимостью больше подходит жевательная резинка с дозировкой 4 мг никотина, чем 2 мг. Это же различие в дозировке касается и жевательных таблеток.[72] Применение НЗТ позволяет справиться с эмоциональными симптомами отмены, наблюдающимися в первые недели после прекращения курения, которые в значительной мере прогнозируют возврат к курению.[72]

##### **Безникотиновая фармакотерапия**

Препараты, рекомендуемые для лечения табачной зависимости, так или иначе вмешиваются в обмен нейромедиаторов головного мозга, участвующих в регулировании дофаминовой активности и тем самым в формировании никотиновой зависимости, таких как ГАМК, ацетилхолин, глутамат, норадреналин и серотонин.[35] Анализ эффективности разных препаратов указывает на то, что формирование никотиновой зависимости происходит при участии дофаминовых и адренергических структур, но не серотонинергических.[48]

##### **Бупропион (зибан)**

Амфобутамон (бупропион) является первым не-никотиновым препаратом, лицензированным для лечения табачной зависимости.[24] Он был лицензирован в США в 1997 году и в Великобритании в 2000 году для помощи в прекращении курения людям старше 18 лет.[87] В России зибан также зарегистрирован, однако не всегда имеется в наличии.

Фармакологически он является ингибитором нейронального захвата дофамина и в меньшей степени норадреналина, и не влияет на обмен серотонина.[27; 87] Бупропион эффективен для прекращения курения [29], для профилактики возврата к курению [8], и его эффективность усиливается в условиях поведенческого консультирования.[27] Было показано, что Бупропион SR150 повышает уровни прекращения

курения по сравнению с плацебо и удваивает шансы долгосрочного прекращения курения.

Эффективность бупропиона не объясняется его действием как антидепрессанта; он работает одинаково хорошо как у курильщиков с депрессией в анамнезе, так и без нее. Врачи, прописывающие зибан, должны знать о противопоказаниях к его использованию, например, при судорогах в анамнезе. Хотя судороги как побочный эффект встречаются редко, нужно учитывать, что их риск возрастает при одновременном назначении препаратов, снижающих порог судорожной готовности. Следует также иметь в виду, что бупропион является ингибитором ферментов, и на его фоне может возрасть концентрация в крови принимаемых пациентом антидепрессантов, препаратов антиаритмического и антипсихотического действия.[87]

Некоторые исследования указывают на преимущества бупропиона по сравнению с НЗТ, но его назначение предполагает учет многочисленных противопоказаний и побочных эффектов, и поэтому он не занимает ведущего места, принадлежащего НЗТ. Выбор между использованием НЗТ и бупропиона, вероятно, будет зависеть от предпочтений пациента, противопоказаний, стоимости и доступности. Там где некоторые формы НЗТ доступны без рецепта, курильщики могут вначале захотеть использовать их.

Замечено, что использование бупропиона имеет преимущества у онкологических пациентов, так как повышает энергетический обмен и снижает риск рвоты.[49]

#### **Другие антидепрессанты**

Среди прочих антидепрессантов эффективность в прекращении курения показал только нортриптилин,[45] применение которого удваивает шансы успешного прекращения курения,[48] однако в связи с выраженными побочными эффектами его не относят к препаратам первого ряда, в который входят препараты НЗТ, бупропион и варениклин.

Мета-анализ клинических испытаний, использовавших нортриптилин в качестве единственного медикаментозного средства, показывает его существенные долгосрочные преимущества. При этом неясно, более или менее эффективен нортриптилин, чем бупропион, и увеличивает ли уровни прекращения курения использование нортриптилина совместно с НЗТ. Это медикаментозное лечение не лицензировано для помощи в прекращении курения. Пациентов следует тщательно наблюдать на предмет известных неблагоприятных эффектов: заторможенность, запор, задержка мочи и сердечные проблемы. При передозировке нортриптилин может вызвать летальный исход. Серьезные неблагоприятные эффекты не послужили причиной для беспокойства в клинических испытаниях, касающихся прекращения курения, но число прошедших испытания людей было относительно невелико. Эти соображения служат причиной разногласий в отношении использования

нортриптилина в качестве терапии первой либо второй линии.[83]

#### **Клонидин**

Клонидин следует рассматривать как медикаментозное лечение второй линии для тех курильщиков, которым не помог ни один из препаратов НЗТ, бупропион или варениклин, или тех, кто имеет противопоказания к их использованию. Это медикаментозное лечение не лицензировано для помощи в прекращении курения. Клонидин может использоваться в виде таблеток или пластыря. Пациентов следует тщательно наблюдать на предмет известных неблагоприятных эффектов, таких как гипотония и седативное действие. Однако седативные эффекты могут быть желательными на фоне отмены никотина, если курильщик испытывает чрезвычайную агитацию и тревогу, которые НЗТ не облегчает. Клонидин можно добавить к НЗТ или использоваться вместо нее при таких обстоятельствах.[40]

#### **Варениклин**

Варениклин – недавно разработанный препарат. Он появился в ряде стран в 2006 году. Он является частичным агонистом альфа-4-бета-2-н-холинергических рецепторов мезолимбической системы и применяется с целью сокращения симптомов отмены никотина, что происходит, благодаря поддержанию достаточных уровней дофамина, а также с целью уменьшения подкрепления, связанного с продолжением курения, что является следствием действия как антагониста.[17; 18; 34; 39; 61; 66; 73]

В США варениклин одобрен под торговой маркой Chantix, а в Европейском Союзе – Champix.[50] В России также зарегистрирован под названием Чампикс в августе 2008 года, и уже собрал много положительных отзывов.

Рандомизированные контролируемые испытания указывают на преимущества варениклина не только по сравнению с плацебо, но также и с НЗТ [11] и бупропионом [17; 27; 29], для прекращения курения. В некоторых испытаниях показано, что применение варениклина также эффективно для профилактики срыва,[8; 42; 80] однако эти сведения ставятся под сомнение другими авторами. Пока не проводилось испытаний, которые бы позволили судить об эффективности сочетания варениклина с НЗТ или бупропионом.[56]

Хотя выраженность таких частых побочных эффектов, как тошнота и бессонница невелика, и препарат хорошо переносится,[81] обращает на себя внимание возможность влияния препарата на настроение пациента с возможным развитием депрессии и суицидальных мыслей, что требует осторожности при его использовании. [17] При этом варениклин характеризуется как новый препарат, который предоставляет возможности для помощи тем пациентам, прекращение курения которых затруднялось побочными эффектами НЗТ и бупропиона.[59]

Лечение рекомендуется начинать за неделю до намеченной даты прекращения курения и сочетать с поведенческим консультированием. Дозировка подбирается таким образом, чтобы минимизировать проявления тошноты. Рекомендуется 0.5 мг однократно в 1-3 дни; затем 0.5 мг два раза в день на 4-7 дни; 1 мг дважды начиная с 8 дня. После отказа от курения рекомендуется поддерживающая терапия в течение 12 недель.[51]

#### **Римонабант**

Римонабант, селективный антагонист каннабиоидных рецепторов типа CB1,[64] блокирует высвобождение дофамина в *nucleus accumbens*, главном центре удовольствия в головном мозге. Он уменьшает никотиновую зависимость посредством восстановления баланса в эндоканнабиоидной системе, нарушенного на фоне длительного воздействия никотина.[15; 22] Было показано, что возврат к курению происходит при участии эндоканнабиоидной системы.[26]

Препарат эффективен не только в процессе отказа от курения, но и при поддержании состояния некурения.[53] Он также продемонстрировал эффект, касающийся потери веса, что может быть полезно для курильщиков, обеспокоенных опасностью набрать дополнительную массу в связи с прекращением курения,[35] а также для лечения метаболического синдрома, [14] сахарного диабета и дислипидемии [79] как факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.[37] Таким образом, препарат является многообещающим при наличии таких часто сочетающихся факторов риска.

Испытания, сравнившее различные режимы назначения римонабанта, показало, что при дозировке 20 мг достигались лучшие результаты с точки зрения прекращения курения и профилактики рецидива. Потеря веса наблюдалась у курильщиков с избыточной массой тела и ожирением, но не у тех, кто имел нормальную массу тела.[15]

В испытании, в котором сочеталось использование римонабанта и никотинового пластыря, было показано, что такое сочетание более эффективно, чем использование римонабанта в отдельности; при этом не отмечалось увеличение массы тела, в том числе у курильщиков, имевших проблемы с лишним весом.[64]

В России римонабант был сначала зарегистрирован под торговой маркой Акомплиа, однако действие лицензии было приостановлено по соображениям безопасности, но затем в марте 2008 года препарат был зарегистрирован под торговой маркой Зимулти.(<http://www.vidal.ru/vracham/Informatsiya-dlya-spetsialistov/Besopasnost-lekarstv/Preduprezhdeniya/Rimonabant-priostanovleno-deistvie-litsenzii.html>)

#### **Лобелин**

В отношении лобелина, частичного агониста никотина, не было проведено рандомизированных

испытаний, которые бы указывали на эффективность для прекращения курения. [74]

#### **Цитизин**

В работах западных авторов цитизин упоминается как препарат, который широко применялся для прекращения курения в странах Центральной и Восточной Европы [18] еще с 1960-х годов в составе препарата Табекс, но оставался незамеченным в англоязычной литературе.[30; 31] Он дешев в производстве и более доступен для пациентов, чем перечисленные выше препараты.[31] Именно на его основе синтезирован ныне наиболее многообещающий ныне препарат варениклин.[18]

По сравнению с препаратами, производимыми западными фармацевтическими компаниями, в отношении которых проводится большое количество дорогостоящих клинических испытаний, Табекс длительное время оставался препаратом с благоприятной клинической историей, однако без доказательств его эффективности. В Польше было проведено неконтролируемое испытание, показавшее эффективность табекса на уровне НЗТ.[88] На 2008 год [18] нашлось одно испытание, которое сравнивало влияние цитизина и плацебо и обнаружило достоверно более высокие уровни прекращения курения по прошествии двух лет. По данным другого обзора,[31] в 1960-е и 1970-е годы в Германии[69] было проведено три плацебо-контролируемых испытания. При этом нет результатов оценки безопасности, побочных эффектов, а также потенциала вызывать зависимость.

#### **Создание служб помощи в прекращении курения**

Помощь должна основываться на вмешательствах с доказанной эффективностью. Обзор обзоров методов помощи в прекращении курения показал,[54] что наиболее эффективными являются групповая поведенческая терапия (2.17, ДИ 1.37-3.45), бупропион (2.06, ДИ 1.77-2.40), интенсивные рекомендации по прекращению курения со стороны врача (2.04, ДИ 1.71-2.43), НЗТ (1.77, ДИ 1.66-1.88), индивидуальное консультирование (1.56, ДИ 1.32-1.84), консультирование по телефону (1.56, ДИ 1.38-1.77), вмешательства со стороны медсестер (1.47, ДИ 1.29-1.67) и материалы для самопомощи, разработанные с учетом особенностей пациента (1.42, ДИ 1.26-1.61).

Работа национальных систем здравоохранения должна регулироваться национальными руководствами по оказанию помощи в прекращении курения, которые оговаривают минимальные требования к работе этой системы. Например, такого рода руководство, обновленное в Великобритании в 2000 году,[84] предусматривает, что (1) медицинские работники первичного звена и стационарной помощи регистрируют в медицинской документации курительный статус пациентов; (2) врачи общей практики рекомендуют пациентам отказаться от курения не реже, чем раз в год, и делают об этом записи; (3) как стационарным, так и амбулаторным пациентам-курильщикам, а также беременным

курильщикам дается рекомендация отказаться от курения как можно быстрее, и об этом делаются соответствующие записи; (4) пациентам рекомендуется использовать НЗТ, при этом нет научных оснований для назначения пациентам одних, а не других форм НЗТ; (5) специализированные клиники национальной системы здравоохранения по прекращению курения должны быть первым пунктом, куда направляется пациент-курильщик, который хочет получить большую помощь, чем может быть предоставлена врачом общей практики; (6) если пациент не может обратиться в специализированную клинику, ему должна быть предоставлена помощь специалиста в пределах данной клиники; (7) помощь специализированных клиник должна предоставляться в соответствии с существующим спросом, который может возрастать со временем.

На пути к созданию такой системы немало препятствий, которые не являются предметом данной публикации. И хотя оказание медицинской помощи никогда не является преждевременным, для стран бывшего СССР пока не наступил момент, характерный для стран с большим опытом осуществления мер контроля над табаком.

#### **Место помощи в прекращении курения среди других мер контроля над табаком**

Меры, которые способны повлиять на снижение распространенности курения в популяции, можно классифицировать в зависимости от их потенциальных эффектов и ресурсов, необходимых для их осуществления.

Повышение налогов и цен на сигареты не требует финансовых вложений, напротив, наполняет бюджет и эффективно способствует отказу от курения.

Информирование курильщиков через предупреждения на пачках также практически не требует ресурсов, потому что табачные компании все равно печатают пачки для сигарет. Эта мера эффективно влияет на информированность и мотивирует курильщиков отказаться от курения.

Запрет табачной рекламы достаточно дешев, требуются ресурсы на мониторинг возможных нарушений. Способствует снижению распространенности, благодаря меньшему уровню приобщения новых курильщиков.

Освобождение общественных и рабочих мест от табачного дыма эффективно, но требует контроля соблюдения.

Все перечисленные выше меры могут быть достаточно быстро и дешево осуществлены и приведут к тому, что курильщики с малым уровнем зависимости откажутся от курения самостоятельно. В популяции увеличится доля курильщиков с выраженной зависимостью,[32] которые не смогут отказаться от курения самостоятельно и будут требовать профессиональной помощи. Как мы видели в предыдущих разделах, эта помощь эффективна, но требует разнообразных ресурсов в виде подготовленных специалистов, в виде оплачиваемого их рабочего времени, в виде медикаментов, стоимость

которых нужно возмещать, потому что их применение рентабельно. Там, где законодательные меры контроля над табаком еще не задействованы, врачи могут пока не ощущать потребности пациентов в помощи в прекращении курения. С другой стороны, если врачи не предлагают такую помощь, пациенты могут не рассматривать врачей в качестве источника возможной помощи. На эту ситуацию указывают многочисленные форумы, на которых курильщики обмениваются информацией о том, как бросить курить и где взять эффективные препараты. Однако, кому как не врачам влиять на ход эпидемии, уносящей ежегодно сотни тысяч жизней жителей страны?

#### **Какой информацией можно воспользоваться, чтобы начать деятельность по оказанию помощи в прекращении курения**

Теме прекращения курения были посвящены материалы Всемирной Организации Здравоохранения ко Дню без Табака 1999 года. На русском языке эти материалы размещены на сайте <http://adic.org.ua/nosmoking/wntd/1999/teaser.htm>

Данные, лежащие в основе научно-обоснованного подхода к лечению табачной зависимости, представлены на сайте <http://www.treatobacco.net>, где они сгруппированы по таким темам, как эффективность, безопасность, демография и влияние на здоровье, экономика здоровья, политика. Материалы сайта представлены на английском, испанском, французском, португальском, немецком, русском, итальянском языках.

Обширные международные материалы по прекращению курения обобщены на русском языке в книге «Помощь курильщикам в прекращении курения. Практическое руководство для работников здравоохранения. - Киев, 2002. - 150 с.»

Более кратко информация о помощи в прекращении курения представлена в книге «Помощь подросткам в прекращении курения», опубликованной на сайте <http://contactobinfo.narod.ru/books/unicef/cess-teen/index.html>.

Специально теме отказа от курения и помощи в прекращении курения посвящен наш сайт <http://adic.org.ua/quit>, а на сайте Ресурсного Центра по Контролю над Табаком (<http://contactobinfo.narod.ru>) этим темам посвящены странички Материалы о лечении табачной зависимости и Отказ от курения и помощь в прекращении курения

#### **Литература**

1. Андреева, Т.И. Как помочь подросткам освободиться от курения / Татьяна Андреева. - Киев, 2003. - 64 с. ISBN 966-8012-18-6 <http://www.adic.org.ua/nosmoking/books/unicef/cess-teen/index>.
2. Андреева, Т. Помощь курильщикам в прекращении курения: Практическое руководство для работников здравоохранения / Татьяна Ильинична Андреева. - Киев: Украинский информационный центр по проблемам алкоголя и наркотиков (УИЦПАН), 2002. - 146 с. - ISBN 966-8012-07-0.

3. Андреева, Т. Табак и здоровье / Татьяна Андреева, Константин Красовский. – Киев, 2004. – 224 с. ISBN 996-8012-30-5  
<http://www.adic.org.ua/nosmoking/books/tob-health/index.html>.
4. Андреева, Т.И. Корреляты и недавние изменения распространенности курения среди взрослых в Украине / Т.И.Андреева, К.С.Красовский, Н.Н.Харченко // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2009. – №1. – С. 50-57. (на украинском языке, резюме на трех языках [http://www.ekmair.ukma.kiev.ua/bitstream/123456789/5771/1/ejph\\_2009\\_01.pdf](http://www.ekmair.ukma.kiev.ua/bitstream/123456789/5771/1/ejph_2009_01.pdf))
5. Красовский, К.С. Глобальная табачная эпидемия и противостояние ей в Украине / Константин Красовский, Татьяна Андреева // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. — 2008. — № 4. — С. 66-70. (на украинском языке, резюме на трех языках [http://www.library.ukma.kiev.ua/dspace/bitstream/123456789/241/1/east\\_eur\\_2008\\_04.pdf](http://www.library.ukma.kiev.ua/dspace/bitstream/123456789/241/1/east_eur_2008_04.pdf))
6. Красовский, К.С. Оценка динамики распространенности табакокурения в Украине / К.С.Красовский, Т.И.Андреева, А.А.Григоренко, Н.А. Бутыльская // Вестник социальной гигиены и организации здравоохранения Украины - 2009(2). - С. 91-99. (на украинском языке, резюме на русском языке С.98 [http://www.nbu.gov.ua/portal/Chem\\_Biol/VSG/2009\\_2.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Chem_Biol/VSG/2009_2.pdf))
7. Abbot, N.C. Hypnotherapy for smoking cessation / N. C.Abbot, L. F.Stead, A. R.White, J.Barnes, E.Ernst // Cochrane Database Syst Rev. – 2000(2): p. CD001008.
8. Agboola, S. A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers / S.Agboola, A.McNeill, T.Coleman, J.Leonardi Bee // Addiction. – 2010. 105(8). – p. 1362-80.
9. Andreeva, T. Diagnostics of nicotine dependence in Quitline counseling work / Tatiana Andreeva // 12th World Conference on Tobacco or Health. – Helsinki, 2003.
10. Andreeva, T.I. Changes in smoking prevalence in Ukraine in 2001-5 / T.I Andreeva, K.S. Krasovsky // Tob Control. – 2007. – 16(3). – p. 202-6.
11. Aubin, H.J. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial / H.J.Aubin, A.Bobak, J.R.Britton, C.Oncken, C.B.Billing, Jr., J.Gong, K. E. Williams, K. R. Reeves // Thorax. – 2008. – 63(8). – p. 717-24.
12. Bala, M. Mass media interventions for smoking cessation in adults / M. Bala, L. Strzeszynski, K. Cahill // Cochrane Database Syst Rev. – 2008(1). – p. CD004704.
13. Bodner, M.E. Advice as a smoking cessation strategy: a systematic review and implications for physical therapists / M.E. Bodner, E. Dean // Physiother Theory Pract. – 2009. – 25(5-6) - p. 369-407.
14. Boyd, S.T. Rimonabant—a selective CB1 antagonist / S.T.Boyd, B.A. Fremming // Ann Pharmacother. – 2005. – 39(4). – p. 684-90.
15. Cahill, K. Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation / K.Cahill, M. Ussher // Cochrane Database Syst Rev. – 2007(4). – p. CD005353.
16. Cahill, K. Quit and Win contests for smoking cessation / K.Cahill, R. Perera // Cochrane Database Syst Rev. – 2008(4). – p. CD004986.
17. Cahill, K. A preliminary benefit-risk assessment of varenicline in smoking cessation / K.Cahill, L. Stead, T. Lancaster // Drug Saf. – 2009. – 32(2). – p. 119-35.
18. Cahill, K. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation / K.Cahill, L.F.Stead, T.Lancaster // Cochrane Database Syst Rev. – 2008(3). – p. CD006103.
19. Cahill, K. Workplace interventions for smoking cessation / K.Cahill, M. Moher, T. Lancaster // Cochrane Database Syst Rev. – 2008(4). – p. CD003440.
20. Carr, A.B. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review / A.B.Carr, J.O. Ebbert // Community Dent Health. – 2007. – 24(2). – p. 70-4.
21. Carr, A.B. Interventions for tobacco cessation in the dental setting / A.B.Carr, J.O. Ebbert // Cochrane Database Syst Rev. – 2006(1). – p. CD005084.
22. Cohen, C. CB1 receptor antagonists for the treatment of nicotine addiction / C.Cohen, E.Kodas, G.Griebel // Pharmacol Biochem Behav. – 2005. – 81(2). – p. 387-95.
23. Coleman, T. Protocol for the Proactive Or Reactive Telephone Smoking CeSsation Support (PORTSSS) trial / T.Coleman, A. McEwen, L. Bauld, J. Ferguson, P. Lorgelly, S. Lewis // Trials. – 2009. – 10. – p. 26.
24. Covey, L.S. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation / L. S.Covey, M.A.Sullivan, J.A.Johnston, A.H.Glassman, M.D.Robinson, D. P.Adams // Drugs. – 2000. – 59(1). – p. 17-31.
25. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control / Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka // World Bank. – Washington, D.C., 1999. – 122 p. – ISBN 0-8213-4519-2
26. Diergaarde, L. Contextual renewal of nicotine seeking in rats and its suppression by the cannabinoid-1 receptor antagonist Rimonabant (SR141716A) / L.Diergaarde, W.de Vries, H.Raaso, A. N.Schoffelmeeer, T. J.De Vries // Neuropharmacology. – 2008. – 55(5). – p. 712-6.
27. Doggrell, S.A. Which is the best primary medication for long-term smoking cessation--nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline? / S.A.Doggrell // Expert Opin Pharmacother. – 2007. – 8(17). – p. 2903-15.
28. Doll, R. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors / R.Doll, R.Peto, J.Boreham, I.Sutherland // BMJ. – 2004. – 328(7455). – p. 1519.

29. Eisenberg, M.J. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials / M.J.Eisenberg, K.B.Filion, D.Yavin, P.Belisle, S.Mottillo, L.Joseph, A.Gervais, J.O'Loughlin, G.Paradis, S.Rinfret, L.Pilote // *CMAJ*. – 2008. – 179(2). – p. 135-44.
30. Etter, J.F. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis / J.F.Etter // *Arch Intern Med*. – 2006. – 166(15). – p. 1553-9.
31. Etter, J.F. Cytisine for smoking cessation: a research agenda / J.F.Etter, R.J.Lukas, N.L.Benowitz, R.West, C.M.Dresler // *Drug Alcohol Depend*. – 2008. – 92(1-3). – p. 3-8.
32. Fagerstrom K.O. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers / K O Fagerström, M Kunze, R Schoberberger, N Breslau, J R Hughes, R D Hurt, P Puska, L Ramström, W Zatoński // *Tobacco Control*. – 1996. – 5. – p. 52-56.
33. Ferguson, S.G. Prediction of abstinence at 10 weeks based on smoking status at 2 weeks during a quit attempt: secondary analysis of two parallel, 10-week, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of 21-mg nicotine patch in adult smokers / S.G.Ferguson, J.G.Gitchell, S.Shiffman, M.A.Sembower // *Clin Ther*. – 2009. – 31(9). – p. 1957-65.
34. Garrison, G.D. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation / G.D.Garrison, S.E.Dugan // *Clin Ther*. – 2009. – 31(3). – p. 463-91.
35. Garwood, C.L. Emerging pharmacotherapies for smoking cessation / C.L.Garwood, L.A. Potts // *Am J Health Syst Pharm*. – 2007. – 64(16). – p. 1693-8.
36. GATS Ukraine Country Report. – Kiev: 2010.
37. Gelfand, E.V. Rimonabant: a selective blocker of the cannabinoid CB1 receptors for the management of obesity, smoking cessation and cardiometabolic risk factors / E.V.Gelfand, C.P.Cannon // *Expert Opin Investig Drugs*. – 2006. – 15(3). – p. 307-15.
38. Gilmore, A. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study / A.Gilmore, J.Pomerleau, M.McKee, R.Rose, C.W.Haerpfer, D.Rotman, S.Tumanov // *Am J Public Health*. – 2004. – 94(12). – p. 2177-87.
39. Glover, E.D. Varenicline: progress in smoking cessation treatment / E.D.Glover, J.M. Rath // *Expert Opin Pharmacother*. – 2007. – 8(11). – p. 1757-67.
40. Gourlay, S.G. Clonidine for smoking cessation / S.G.Gourlay, L.F. Stead, N.L. Benowitz // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2004(3). – p. CD000058.
41. Hajek, P. Aversive smoking for smoking cessation / P.Hajek, L.F.Stead // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2004(3). – p. CD000546.
42. Hajek, P. Relapse prevention interventions for smoking cessation / P.Hajek, L.F.Stead, R.West, M.Jarvis, T.Lancaster // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2009(1). – p. CD003999.
43. Heckman, C.J. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis / C.J.Heckman, B.L.Egleston, M.T. Hofmann // *Tob Control*. – 2010. – Epub 2010/08/03. – 10.1136/tc.2009.033175 [doi]
44. Henningfield, J.E. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence / Jack E.Henningfield, Reginald V.Fant, August R.Buchhalter, Maxine L.Stitzer // *CA Cancer J Clin*. – 2005. – 55(5). – p. 281-299.
45. Hughes, J.R. Antidepressants for smoking cessation / J.R.Hughes, L.F. Stead, T. Lancaster // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2007(1). – p. CD000031.
46. Hughes, J.R. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation / J.R.Hughes, L.F. Stead, T. Lancaster // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2000(2). – p. CD000031.
47. Hughes, J.R. Anxiolytics for smoking cessation / J.R.Hughes, L.F. Stead, T. Lancaster // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2000(4). – p. CD002849.
48. Hughes, J.R. Nortriptyline for smoking cessation: a review / J.R.Hughes, L.F. Stead, T. Lancaster // *Nicotine Tob Res*. – 2005. – 7(4). – p. 491-9.
49. Karam-Hage, M. Pharmacotherapy for tobacco cessation: nicotine agonists, antagonists, and partial agonists / M.Karam-Hage, P.M.Cinciripini // *Curr Oncol Rep*. – 2007. – 9(6). – p. 509-16.
50. Keating, G.M. Varenicline: a review of its use as an aid to smoking cessation therapy / G.M.Keating, M.A.Siddiqui // *CNS Drugs*. – 2006. – 20(11). – p. 945-60.
51. Lam, S. Varenicline: a selective alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist approved for smoking cessation / S.Lam, P.N.Patel // *Cardiol Rev*. – 2007. – 15(3). – p. 154-61.
52. Lancaster, T. Individual behavioural counselling for smoking cessation / T.Lancaster, L.F. Stead // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2005(2). – p. CD001292.
53. Le Foll, B. Blocking cannabinoid CB1 receptors for the treatment of nicotine dependence: insights from pre-clinical and clinical studies / B.Le Foll, B.Forget, H.J.Aubin, S.R.Goldberg // *Addict Biol*. – 2008. – 13(2). – p. 239-52.
54. Lemmens, V. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: a systematic review of reviews / V.Lemmens, A.Oenema, I. K.Knut, J.Brug // *Eur J Cancer Prev*. – 2008. – 17(6). – p. 535-44.
55. Lopez, A.D. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries / A.D.Lopez, N.E.Collishaw, T.Piha // *Tob Control*. – 1994. – 3(3). – p. 242-247.
56. McNeil, J.J. Smoking Cessation-Recent Advances / J.J.McNeil, L. Piccenna, L.L. Ioannides-Demos // *Cardiovasc Drugs Ther*. – 2010. – Epub 2010/07/06.
57. Munafo, M. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients: a systematic review / M.Munafo, N.Rigotti, T.Lancaster, L.Stead, M.Murphy // *Thorax*. – 2001. – 56(8). – p. 656-63.
58. Peto, R. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 / Peto, R. – 1994: Oxford University Press.

59. Potts, L.A. Varenicline: the newest agent for smoking cessation / L.A.Potts, C.L.Garwood // *Am J Health Syst Pharm.* – 2007. – 64(13). – p. 1381-4.
60. Prochaska, J.O. In search of how people change: applications to addictive behaviors / J.O.Prochaska, C.C. DiClemente, J.C. Norcross // *Journal of Addictions Nursing.* – 1993. – 5(1). – p. 2-16.
61. Reus, V.I. Varenicline: new treatment with efficacy in smoking cessation / V.I.Reus, R.S.Obach, J.W.Coe, H.Faessel, H.Rollema, E.Watsky, K.Reeves // *Drugs Today (Barc).* – 2007. – 43(2). – p. 65-75.
62. Rice, V.H. Nursing interventions for smoking cessation / V.H. Rice, L.F. Stead // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008(1). – p. CD001188.
63. Richmond, R. Teaching medical students about tobacco / Robyn Richmond // *Thorax.* – 1999. – 54. – p. 70-78.
64. Rigotti, N.A. A randomized controlled trial of adding the nicotine patch to rimonabant for smoking cessation: efficacy, safety and weight gain / N.A.Rigotti, D.Gonzales, L.C.Dale, D.Lawrence, Y.Chang // *Addiction.* – 2009. – 104(2). – p. 266-76.
65. Rigotti, N.A. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients / N.A.Rigotti, M.R.Munafo, L.F.Stead // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2007(3). – p. CD001837.
66. Rollema, H. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for smoking cessation / H.Rollema, J.W.Coe, L.K.Chambers, R.S.Hurst, S.M.Stahl, K.E.Williams // *Trends Pharmacol Sci.* – 2007. – 28(7). – p. 316-25.
67. Rose, J.E. Precessation treatment with nicotine patch significantly increases abstinence rates relative to conventional treatment / J.E.Rose, J.E.Herskovic, F.M.Behm, E.C.Westman // *Nicotine Tob Res.* – 2009. – 11(9). – p. 1067-75.
68. Rose, J.E. Precessation treatment with nicotine skin patch facilitates smoking cessation / J.E.Rose, F.M.Behm, E.C.Westman, P.Kukovich // *Nicotine Tob Res.* – 2006. – 8(1). – p. 89-101.
69. Scharfenberg, G. [Cytisine (Tabex) as a pharmaceutical aid in stopping smoking]. *Dtsch / Gesundheitsw.* – 1971. – 26(10). – p. 463-5.
70. Schuurmans, M.M. Effect of pre-treatment with nicotine patch on withdrawal symptoms and abstinence rates in smokers subsequently quitting with the nicotine patch: a randomized controlled trial / M.M.Schuurmans, A.H.Diacon, X.van Biljon, C.T.Bolliger // *Addiction.* – 2004. – 99(5). – p. 634-40.
71. Shah, S.D. Systematic review and meta-analysis of combination therapy for smoking cessation / S.D.Shah, L.A.Wilken, S.R.Winkler, S.J.Lin // *J Am Pharm Assoc (2003).* – 2008. – 48(5). – p. 659-65.
72. Shiffman, S. Effect of nicotine lozenges on affective smoking withdrawal symptoms: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial / S.Shiffman // *Clin Ther.* – 2008. – 30(8). – p. 1461-75.
73. Stack, N.M. Smoking cessation: an overview of treatment options with a focus on varenicline / N.M.Stack // *Pharmacotherapy.* – 2007. – 27(11). – p. 1550-7.
74. Stead, L.F. Lobeline for smoking cessation / L.F.Stead, J.R.Hughes // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2000(2). – p. CD000124.
75. Stead, L.F. Nicotine replacement therapy for smoking cessation / L.F.Stead, R.Perera, C.Bullen, D.Mant, T.Lancaster // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008(1). – p. CD000146.
76. Stead, L.F. Physician advice for smoking cessation / L.F.Stead, G.Bergson, T.Lancaster // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008(2). – p. CD000165.
77. Stead, L.F. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines / L.F.Stead, R.Perera, T. Lancaster // *Tob Control.* – 2007. – 16 Suppl 1. – p. i3-8.
78. Tobacco in Ukraine: national survey of knowledge, attitudes and behavior. A survey of Ukrainian population / Tatiana Andreeva. Kiev: The International Centre for Policy Studies, 2005.
79. Tonstad, S. Rimonabant: a cannabinoid receptor blocker for the treatment of metabolic and cardiovascular risk factors / S.Tonstad // *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* – 2006. – 16(2). – p. 156-62.
80. Tonstad, S. Varenicline for smoking cessation / S.Tonstad // *Expert Rev Neurother.* – 2007. – 7(2). – p. 121-7.
81. Tsai, S.T. A randomized, placebo-controlled trial of varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, as a new therapy for smoking cessation in Asian smokers / S.T.Tsai, H. J.Cho, H.S.Cheng, C.H.Kim, K.C.Hsueh, C.B.Billing, Jr., K.E.Williams // *Clin Ther.* – 2007. – 29(6). – p. 1027-39.
82. Ussher, M.H. Exercise interventions for smoking cessation / M.H.Ussher, A.Taylor, G.Faulkner // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008(4). – p. CD002295.
83. Wagena, E.J. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis / E.J.Wagena, P.Knipschild, M.P.Zeegers // *Addiction.* – 2005. – 100(3). – p. 317-26.
84. West, R. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority / R.West, A.McNeill, M.Raw // *Thorax.* – 2000. – 55(12). – p. 987-99.
85. White, A.R. Acupuncture and related interventions for smoking cessation / A.R.White, H.Rampes, J.L.Campbell // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2006(1). – p. CD000009.
86. Whittaker, R. Mobile phone-based interventions for smoking cessation / R.Whittaker, R.Borland, C.Bullen, R.B.Lin, H.McRobbie, A.Rodgers // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2009(4). – p. CD006611.

87. Wilkes, S. The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation / S.Wilkes // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. – 2008. – 3(1). – p. 45-53.
88. Zatonski, W. An uncontrolled trial of cytisine (Tabex) for smoking cessation / W.Zatonski, M.Cedzynska, P.Tutka, R.West // Tob Control. – 2006. – 15(6). – p. 481-4.

### 1-е информационное письмо

Информация о IV Всероссийской ежегодной научно-практической конференции с международным участием, врачей медико-санитарных частей МВД РФ и с участием врачей Республики Татарстан: «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике»

Конференция состоится 14-15 октября 2010 г. с 8-00 до 18-00 в культурном центре МВД по РТ им. Менжинского, по адресу г. Казань, ул. Карла Маркса, 26.

#### Организаторы конференции:

МВД РФ,  
МВД по РТ,  
Медико-санитарная часть МВД по РТ,  
Министерство здравоохранения РТ,  
Управление здравоохранения г. Казани,  
Казанский государственный медицинский университет,  
Кафедра общей врачебной практики КГМУ,  
Казанская государственная медицинская академия,

ООО «Отель-клиника».

#### Оргкомитет конференции:

Начальник МСЧ МВД по РТ, полковник внутренней службы, к.м.н. **Потапова Марина Вадимовна.**

**Председатель конференции** – профессор кафедры общей врачебной практики КГМУ, академик РАЕ, Заслуженный врач РТ **Амиров Наиль Багауевич.**

**Сопредседатель конференции** – Зав.кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ, профессор, академик АН РН, Заслуженный врач РТ **Визель Александр Андреевич.**

Зав.кафедрой общей врачебной практики КГМУ, профессор, Заслуженный врач РТ **Сигитова Ольга Николаевна.**

Зав.кафедрой кардиологии и ангиологии КГМА, профессор **Маянская Светлана Дмитриевна.**

Зав.кафедрой терапии КГМА, профессор **Сайфутдинов Рафик Галимзянович.**

Начальник клинического госпиталя МВД по РТ **Сабиров Ленар Фарахович.**

Начальник поликлиники МСЧ МВД по РТ, старший лейтенант внутренней службы **Хисамеев Рустем Шагитович.**

Начальник информационного центра МВД по РТ, подполковник внутренней службы **Нижельская Ирина Алексеевна.**

Ассистент кафедры ОВП КГМУ, к.м.н. **Абдулхаков Сайяр Рустемович.**

Доцент кафедры терапии КГМА, к.м.н. **Галеева Зарина Мунировна.**

Начальник организационно-методического и лечебно-профилактического отдела МСЧ МВД по РТ, капитан внутренней службы **Хабирова Лилия Мирсаитовна.**

Старший инспектор организационно-методического и лечебно-профилактического отдела МСЧ МВД по РТ, майор внутренней службы **Павлова Гульнара Шамильевна.**

**Заявки на участие в конференции, тезисы и статьи** принимаются **до 01.09.2011 г. :**

в приемной начальника МСЧ МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Лобачевского, 13, тел. (843) 291-36-87 или в приемной начальника клинического госпиталя МВД по РТ по адресу г. Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел/факс (843) 277-88-84.

**Адрес проведения конференции:** г. Казань, ул. Карла Маркса, 26. Культурный центр МВД по РТ им. Менжинского.

Контактные телефоны: (843) 277-88-84, **291-26-76**, 291-26-84, факс: 277-88-84,

e-mail: zarina26@bk.ru, sayarabdul@yandex, namirov@mail.ru

Будет выпущен очередной номер рецензируемого научно-практического журнала «Вестник современной клинической медицины» и приложение к журналу «Материалы конференции» (см. правила оформления статей и кратких сообщений для авторов на сайтах www.kgmu.kcn.ru и www.hospitalmvdrt.ru).

Программа конференции формируется и будет выслана дополнительно.

По всем вопросам согласования программы конференции обращаться к председателю конференции **Амирову Наиль Багауевичу**

контактные телефоны: +7 843 291 26 76 (служ.); +7 9053 130 111 (сот.);

e-mail: namirov@mail.ru

Информация для фирм-спонсоров конференции:

Спонсорский взнос составляет от 15 000 до 60 000 рублей. В рамках взноса возможны следующие мероприятия: размещение баннеров на сцене, 1-2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотереи. Проведение сателлитных симпозиумов.

Ниже приведены расценки с учетом налога.

17 250 – один выставочный стол

34 500 – 2 выставочных стола

52 000 – 2 выставочных стола + организация викторин и лотереи

69 000 – Генеральный спонсор – размещение баннеров на сцене, 2 выставочных стола, размещение рекламы в журнале, организация викторин и лотереи.

46 000 – Сателлитный симпозиум.

Победители викторин и лотереи будут награждаться в конце 1-го дня работы конференции.