



РАПСИГО
CSPP

Российско-американской программы по сотрудничеству институтов гражданского общества | US-Russia Civil Society Partnership Program

Рабочая группа «Общественное здоровье»

ПРЕКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

под редакцией профессора А.К. Дёмина

Москва, Российская Федерация – Вашингтон, округ Колумбия, США

Май 2013

Содержание

Декларация интересов	9
Благодарности	10
Уровень научной обоснованности рекомендаций	14
Предисловие	
Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака	17
Опыт Российской Федерации	20
Опыт США	26
Опыт ЕС	29
Российско-Американская программа по сотрудничеству институтов гражданского общества (РАПСИГО)	31

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ: ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ (Части 1-3 основаны на ENSP ESCG с изменениями и дополнениями)

Глава 1. Оценка/диагностика потребления табака и табачной зависимости	35
1.1. Потребление табака является болезнью	35
1.2. Определения, классификации, термины и конкретные объяснения	36
1.2.1. Табачная зависимость: приобретенное заболевание, переносчиком которого является табачная промышленность	36
1.2.2. Механизм индукции табачной зависимости	37
1.2.3. Никотин - не единственный водитель табачной зависимости	38
1.2.4. Никотиновая зависимость по данным ВОЗ	38
Воздержание от никотина/табака (прекращение курения)	38
Синдром отмены никотина	39
Курительный статус	40
1.3. Курение - хроническое рецидивирующее заболевание	40
1.3.1. Развитие табачной зависимости	40
1.3.2. Лечение табачной зависимости у прекративших потребление табака	41
1.4. Регулярное выявление курильщиков является обязательным в современной медицинской практике	42
1.5. Оценка/диагностика табака и табачной зависимости	42
1.5.1. Клинический диагноз потребления табака и табачной зависимости	42
1.5.2. Анализ предыдущих попыток прекращения курения	44
1.5.3. Мотивация к прекращению курения	44
1.5.4. История болезни пациента, не имеющего психических заболеваний	46
1.5.5. История тревожности и депрессии пациента	46
1.5.6. Контрацепция	47
1.5.7. Лабораторная диагностика табачной зависимости	47
Окись углерода (CO)	47
Котинин	49
Полезность биомаркеров	49
Глава 2. Общие рекомендации по лечению потребления табака и табачной зависимости	51
2.1. Потребление табака	51
2.2. Табачная зависимость как болезнь	51
2.3. Прекращение курения	52
2.3.1. Лечебное просвещение	52
2.3.2. Поведенческая поддержка (КПТ)	52
2.3.3. Имеющиеся лекарства	52

2.3.4. Прекращение потребления табака	53
2.4. Лечение табачной зависимости после прекращения потребления табака	53
2.5. Профилактика рецидивов	53
Глава 3. Краткие рекомендации для медицинских работников по прекращению потребления табака у отдельных групп пациентов	54
3.1. Общие рекомендации	54
3.2. План вмешательства для медицинского персонала, участвующего в оказании помощи курильщикам	54
3.3. Рекомендации для врачей общей практики	54
3.4. Рекомендация для госпитализированных пациентов	55
3.5. Рекомендация для беременных	55
3.6. Рекомендация для пациентов с плановой операцией	56
ЧАСТЬ ВТОРАЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	57
Глава 4. Стандартные методы вмешательства при потреблении табака	57
4.1. Лечебные вмешательства при потреблении табака и табачной зависимости: основные этапы истории	57
4.1.1. Стандартный подход к прекращению курения	57
Ответственность всех работников здравоохранения	57
Оценка готовности к прекращению курения	58
Алгоритм «5А»	58
Анализ готовности к прекращению курения	59
Стратегия «5R»	60
Помощь по прекращению курения для немотивированных курильщиков	61
Сокращение курения	61
Потребители табака, недавно прекратившие курение	61
Для людей, никогда не потреблявших табак	63
Рекомендации	63
4.1.2. Эффективность лекарственных средств для лечения потребления табака и табачной зависимости	63
Доступные лекарства	63
Эффективность доступных лекарств	65
4.1.3. Соблюдение рекомендаций по лечению	67
Рекомендации	67
4.1.4. Подход системы здравоохранения для лечения потребления табака и табачной зависимости	68
4.1.5. Критерии воздержания от табака в научной работе и клинических исследованиях	69
Определение для научной оценки	69
Определение для клинической практики	69
Рекомендации	70
4.1.6. Лечебное вмешательство для прекращения курения является обязательным	70
Рекомендации	72
4.1.7. Типы вмешательств по прекращению курения	72
4.1.7.1. Минимальное (краткий совет)	72
4.1.7.2. Лечение табачной зависимости врачами общей практики, или другими врачами – не специалистами	73
4.1.7.3. Специализированные индивидуальные вмешательства, направленные на прекращение курения	73
4.1.7.4. Специализированное групповое вмешательство, направленное на прекращение курения	75
4.2. Фармакологическое лечение табачной зависимости	76

4.2.1. Лечение с помощью НЗТ	76
4.2.1.1. Механизм действия	76
4.2.1.2. Клинические доказательства эффективности НЗТ	77
Мета-анализ Кокрановского Сотрудничества	78
Мета-анализ Майкла С. Фиоре (Michael C. Fiore)	79
4.2.1.3. НЗТ в сочетании с фармакотерапией	79
4.2.1.4. Показания	79
4.2.1.5. Сокращение курения с применением заменителей никотина	80
4.2.1.6. Применение в клинических условиях	81
Заменители никотина в пластыре	81
Пероральные заменители никотина	83
Биодоступность перорального никотина	83
Назальный спрей	85
4.2.1.7. Инструкции по прописыванию препаратов	85
Выберите начальную дозу никотин-заместительной терапии	85
Сочетание заменителей никотина	85
Коррекция дозы через 24-72 часа	86
Признаки передозировки	86
Признаки недостаточной дозы	86
4.2.1.8. Противопоказания	87
4.2.1.9. Побочные эффекты, меры предосторожности, предупреждения, взаимодействия лекарств	87
Риск зависимости от пероральных заменителей	87
Побочные эффекты никотин-заместительной терапии	88
Побочные эффекты лечения, по сравнению с симптомами, связанными с прекращением курения	89
Рекомендации	89
4.2.2. Лечение бупропионом SR	89
Механизм действия	90
Клинические данные об эффективности бупропиона	90
Показания	91
Клиническое применение	92
Инструкции по назначению	93
Противопоказания	93
Побочные эффекты, меры предосторожности, предупреждения, взаимодействия препарата	93
Главные побочные эффекты	93
Другие побочные эффекты	94
Меры предосторожности при использовании	94
Показания для прерывания лечения бупропионом	95
Экономическая эффективность лечения бупропионом	95
Рекомендации	96
4.2.3. Лечение варениклином	96
4.2.3.1. Механизм действия	96
4.2.3.2. Клинические доказательства эффективности варениклина	97
Эффективность у курильщика без сопутствующих заболеваний	97
Эффективность длительного лечения	99
Эффективность у пациентов с ХОБЛ	100
Эффективность у пациентов с заболеваниями сердца	100
Эффективность у ВИЧ-инфицированных	100
Эффективность у пациентов с психическими расстройствами	101
Эффективность при прекращении потребления бездымного табака	101

4.2.3.3. Варениклин в комбинированной фармакотерапии	102
4.2.3.4. Варениклин и консультирование	102
4.2.3.5. Показания	103
4.2.3.6. Клиническое применение	103
4.2.3.7. Меры предосторожности при лечении варениклином	103
Пациенты с почечной недостаточностью	103
Водители автомобилей и операторы тяжелой техники	103
Пациенты с психическими заболеваниями	104
4.2.3.8. Переносимость и безопасность	104
Тошнота	104
Бессонница	105
Сердечно-сосудистые осложнения	105
Психические расстройства	106
Другие побочные эффекты	106
Рекомендация	107
4.2.4. Лечение клонидином	107
Меры предосторожности, предупреждения, противопоказания, побочные эффекты	108
Предложения для клинического применения	108
Рекомендация	109
4.2.5. Лечение нортриптилином	109
Фармакологическая характеристика	109
Эффективность	109
Побочные эффекты	110
Дозировка	110
Практические аспекты применения нортриптилина	110
Рекомендация	111
4.2.6. Рекомендации по продлению продолжительности лечения	112
Продленная никотин-заместительная терапия	112
Продленное лечение варениклином	113
Продленное лечение бупропионом	113
4.2.7. Комбинация фармакологической терапии	114
4.2.7.1. Индивидуальные терапевтические схемы	114
4.2.7.2. Общие принципы комбинационной фармакотерапии	115
4.2.7.3. Комбинация никотин-заместительной терапии (НЗТ)	115
НЗТ + пароксетин	116
Никотиновый пластырь + пероральный никотин	116
Никотиновый пластырь + никотиновый спрей	116
Никотиновый пластырь + никотиновый ингалятор	117
Никотиновый пластырь + бупропион	117
НЗТ + бупропион	118
Нортриптилин + НЗТ	118
Варениклин + НЗТ	118
Рекомендации	119
Варениклин + бупропион SR	120
4.2.8. Цитизин	120
4.3. Нелекарственное лечение потребления табака и табачной зависимости	124
Рекомендации	124
4.3.1. Поддержка по телефону и материалы для самопомощи	125
4.3.1.1. Поддержка по телефону	125
Эффективность служб поддержки по телефону	126
4.3.1.2. Материалы для самопомощи	127

Пример контрольного списка и вопросов для материалов, предназначенных для самопомощи	127
Зачем потреблять табак?	127
Табачная зависимость	127
Индивидуальные последствия потребления табака	128
Последствия для семьи, друзей потребителей табака и их коллег по работе	129
Преимущества отказа от потребления табака	129
Подготовка к прекращению курения	130
Лечение, которое помогает прекратить курить	130
Эффективность образовательного материала для пациента	131
4.3.1.3. Помощь с использованием компьютера / сети Интернет	132
4.3.2. Мотивационное интервью (МИ)	134
Что такое мотивационное интервью?	134
Основные принципы МИ	134
Некоторые важные особенности МИ	135
Мотивационное интервью в клинической практике	135
Доказательства эффективности	136
Рекомендации	137
4.3.3. Индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)	138
Принципы КПТ	138
Эффективность КПТ	138
Как управлять поведенческой зависимостью от курения	140
Рекомендации	140
4.3.4. Психологическая поддержка для прекращения курения	141
Рекомендация	143
4.4. Комбинированное лечение с использованием консультаций и лекарств	144
Рекомендации	144
4.5. Рекомендации по лечению для особых ситуаций и групп риска	146
4.5.1. Рекомендации по лечению беременных	146
4.5.2. Рекомендации по лечению молодых людей в возрасте до 18 лет	147
Консультирование и терапия по прекращению курения, рекомендуемые людям в возрасте до 18 лет	148
Программы, разработанные специально для подростков	149
Телефонные консультации	149
Фармакотерапия для подростков	150
Рекомендации	152
4.5.3. Рекомендации по лечению курильщиков с респираторными, сердечно-сосудистыми, психическими, онкологическими и другими сопутствующими заболеваниями	152
Сердечно-сосудистые заболевания	153
Респираторные заболевания	154
ХОБЛ	154
Рекомендации	156
Астма	156
Рекомендация	157
Туберкулез	157
Онкологические заболевания	158
Психические расстройства, потребители наркотиков	159
ВИЧ-инфицированные пациенты	161
4.5.4. Рекомендации в связи с увеличением массы тела после прекращения курения	162
Рекомендация	163

4.6. Рекомендации по лечению для предотвращения рецидивов курения	164
4.7. Групповое консультирование для прекращения курения	167
4.8. Рекомендации для подхода сокращения курения	169
Рекомендация	169
4.9. Имеющиеся данные в отношении других мер для поддержки прекращения курения	170
Вакцины	170
Другие препараты	170
Нелекарственные вмешательства	171
4.10. Электронные сигареты	173
Глава 5. Научные исследования и научные рекомендации по оценке прекращения курения	174
5.1. Критерии для клинических исследований в области прекращения курения	174
5.2. Экономическая эффективность лечения табачной зависимости	175
5.3. Предложения по реализации рекомендаций по прекращению курения	178
5.4. Рекомендованные источники ресурсов научной литературы по прекращению курения	180
ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ: СТАНДАРТЫ ДЛЯ АККРЕДИТАЦИИ СЛУЖБ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ОБУЧЕНИЮ ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА	181
Глава 6. Рекомендации по обучению профессиональных работников здравоохранения лечению потребления табака и зависимости, и стандарты качества для специалистов по прекращению потребления табака и служб по прекращению потребления табака	181
Литература	183
6.1. Рекомендации по критериям стандартного обучения знаниям и умениям по прекращению курения	183
6.2. Рекомендации для разработки учебных программ по прекращению курения для дипломированных выпускников медицинских высших учебных заведений	185
Обоснование	185
Содержание программы обучения	185
Методы обучения	185
6.3. Рекомендации по разработке учебных программ по прекращению курения для обучения выпускников медицинских университетов–сертификационная программа	188
Обоснование	188
Цели учебной программы	188
Методы обучения	188
Подробности программы очного обучения	188
Оценка	189
Учебная программа для врачей в области торакальной медицины	189
6.4. Рекомендации по разработке учебных программ по прекращению курения для других категорий профессиональных работников, участвующих в обеспечении прекращения курения: психологи, медицинские сестры, лица, формирующие политику в области охраны здоровья	190
Рекомендации	190
6.5. Стандарты обучения для врачей клиницистов по прекращению курения	191
Современное положение	191
Содержание обучения	191
Обязательное содержание учебной программы	191
Содержание базовой подготовки (дни 1 и 2)	191
Содержание последующего наблюдения (день 3)	192
Оценка обучения	192

Материал для использования при обучении	192
Разрешение на проведение учебных курсов по лечению потребления табака	193
Замечания	194
6.6. Стандарты качества при лечении табачной зависимости	194
Определение	194
Роль и обязанности специалиста по лечению табачной зависимости	194
Табачная зависимость - знание и образование	194
Навыки консультирования	195
Оценочное интервью	195
Планирование лечения	195
Фармакотерапия	196
Профилактика рецидивов	196
Подход к трудным / особым категориям курильщиков	197
Документация и оценка	197
Профессиональные ресурсы	197
Право и этика	197
Профессиональное развитие	198
6.7. Требования к аккредитации специализированной службы по прекращению потребления табака	199
6.7.1. Три уровня служб по прекращению потребления табака	199
Специализированные подразделения по прекращению потребления табака (СППТ)	199
Практика специалиста по прекращению потребления табака (ПСПК)	199
Консультационный центр по прекращению потребления табака (КЦПТ)	199
6.7.2. Аккредитация специализированных подразделений по прекращению потребления табака	200
Кадровые ресурсы	200
Материальные ресурсы	201
Категории потребителей табака, которые должны быть направлены в службы по прекращению курения	202
Потребитель табака с высоким риском	202
Все потребители табака	202
Конкретная группа	202
Действия здравоохранения	202
Учебная деятельность	204
Исследовательская деятельность	204
Роль служб по прекращению потребления табака в укреплении здоровья	205
Рекомендация	205
Приложение 1. Тринадцать лет табачного законодательства. Автор А.К. Дёмин. Российская ассоциация общественного здоровья, март 2013 года.	207
Приложение 2. За пределами ратификации. Будущее для вовлечения США в международную борьбу против табака. Доклад Центра политики глобального здоровья Центра стратегических и международных исследований. Автор Томас Дж. Боллики, ЦСМИ, ноябрь 2010 года. – 21 с. ¹	222

¹ Beyond Ratification. The Future for U.S. Engagement on International Tobacco Control. *A Report of the CSIS Global Health Policy Center*. Author Thomas J. Bollyky. CSIS, November 2010. – 21 p.
http://csis.org/files/publication/111210_Bollyky_ByndRatifica_WEB.pdf

Декларация интересов

Члены рабочей группы «Общественное здоровье»:

Елена Викторовна Дмитриева, сопредседатель, доктор социологических наук, директор Фонда «Здоровье и развитие», Москва dmitrieva.ev@gmail.com

Джудит Туигг (Judith Twigg), сопредседатель, профессор, Школа правительства Douglas Wilder, Университет Виргинского сообщества (Virginia Commonwealth University), директор партнерства между Университетом Виргинского сообщества и СПбГУ jtwigg@vcu.edu

Андрей Константинович Дёмин, кандидат медицинских наук, доктор политических наук, президент Российской ассоциации общественного здоровья, профессор Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова и Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова, и врач ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Фулбрайтовский стипендиат kukuv@icloud.com

Сандра Г. Хассинк (Sandra G. Hassink), MD, директор Nemours инициативы по избыточной массе тела в педиатрии в детской больнице A.I. Dupont в Вилмингтоне, штат Делавэр; председатель этического комитета и член ревизионного совета учреждения детская больница duPont; ассистент по педиатрии медицинского колледжа Jefferson, Университета Томаса Джефферсона; член Национальной ассоциации детских больниц и связанных институтов, член фокусной группы по избыточной массе тела; член Совета директоров Американской педиатрической академии; консультант по педиатрии Делавэрского Бюро по инвалидности и член Комитета по окружающей среде и общественному здоровью Делавэрского медицинского общества shassink@nemours.org

Василий Викторович Власов, доктор медицинских наук, профессор, президент Общества специалистов доказательной медицины, профессор Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова и Высшей школы экономики, член МОО «Содействия общественному здравоохранению», формулярного комитета при Президиуме Российской академии медицинских наук, Международной организации по оценке медицинских технологий (Health Technology Assessment International), Общества эпидемиологических исследований США (Society for Epidemiologic Research, USA), Международной эпидемиологической ассоциации (International Epidemiological Association) vlassov@cochrane.ru

Дональд У. Зейглер (Donald W. Zeigler, PhD), адъюнкт клинический доцент, Школа общественного здоровья, Иллинойский университет в Чикаго и ассистент, коммунальная и социальная медицина, департамент профилактической медицины, Медицинский центр Университета Rush, Чикаго, Иллинойс. Директор в отставке, Профилактика и здоровые стили жизни, Американская медицинская ассоциация. Является активным членом секции Американской ассоциации общественного здоровья по алкоголю, табаку и другим наркотикам и Форума торговли и здоровье zeiglerdw@aol.com

заявляют об отсутствии конфликта интересов с фармацевтическими или табачными компаниями.

Благодарности

Данный проект получил поддержку гранта РАПСИГО и Фонда Евразия в размере 22000 долларов США, а также взносами в натуре неправительственных организаций России и США, участников РАПСИГО.

Члены рабочей группы «Общественное здоровье» выражают благодарность:

Европейской сети по предупреждению курения и табака (The European Network for Smoking and Tobacco Prevention) (www.ensp.org), Совету редакторов и Совету ревизоров Европейских рекомендаций по прекращению курения (ENSP-ESCG) за разработку *Европейских рекомендаций по прекращению курения*, которые были использованы в качестве ядерного документа в данном проекте.

Организациям и специалистам России и США, принявшим участие в рассмотрении проекта рекомендаций:

Партнерам в США

Американская педиатрическая академия (American Academy of Pediatrics)

www.aap.org

Ассоциация по лечению потребления табака и табачной зависимости (Association for treatment of tobacco use and tobacco dependence ATTUD)

www.attud.org

Американская ассоциация общественного здоровья (American Public Health Association)

www.apha.org

Партнерам в России

Российская ассоциация общественного здоровья РАОЗ

www.raoz.ru

Общество специалистов доказательной медицины ОСДМ

www.osdm.org

Фонд «Здоровье и развитие»

www.fzr.ru

Специалистам, рассмотревшим рекомендации и сделавшим свой вклад:

Виктория Викторовна Аршинова

кандидат психологических наук

старший научный сотрудник лаборатории «Медико-социальная реабилитация»

Московского государственного психолого-педагогического университета

Москва

Vkt.arshinova@gmail.com

Виктория Викторовна Барцалкина
кандидат психологических наук
руководитель лаборатории «Медико-социальная реабилитация»
Московского государственного психолого-педагогического университета
Москва
Bartsalkina50@mail.ru

Мэтью П. Барс (Matthew P. Bars), MS , CTTS
Директор – программа лечения табака пожарной части города Нью-Йорк,
программа медицинского мониторинга и лечения Всемирного торгового центра (Director -
Fire Dept of the City of NY Tobacco Treatment Program, World Trade Center Medical
Monitoring & Treatment Program)

Медицинский центр Джерси сити центр совершенства Айквит смокинг (Jersey City
Medical Center IQuit Smoking Center of Excellence)

Главный исполнительный директор Интелликвит (CEO-IntelliQuit)

Председатель Комитета по политике и правительственным делам Ассоциации по
лечению потребления табака и табачной зависимости (Chairman-ATTUD Policy &
Government Affairs Committee)

Член редакционного совета журнала по прекращению курения (Member-Editorial
Board of the Journal of Smoking Cessation)

163 Indian Hollow Court
Mahwah, New Jersey 07430 USA
mbars@Libertyhcs.org
matt.bars@yahoo.com

Майкл С. Фиоре (Michael C. Fiore), MD, MPH, MBA
Профессор, медицинский университет Уисконсин-Мэдисон (Professor, Medicine
University of Wisconsin-Madison)

Директор, Центр исследований табака и вмешательств Университета Уисконсин
(UW Center for Tobacco Research and Intervention)

1930 Monroe Street, Suite 200
Madison, WI 53711 USA
mcf@ctri.wisc.edu

Том Хоустон (Tom Houston), MD, FAAFP, FACPM
Центр здоровья сердца МкКоннелл (McConnell Heart Health Center)
клинический профессор, Департамент семейной медицины и колледж
общественного здоровья (Clinical Professor, Department of Family Medicine and College of
Public Health)

Университет штата Огайо (The Ohio State University)
3773 Olentangy River Road, Columbus, Ohio 43214
thouston@ohiohealth.com

Диакон Иоанн Клименко (Иван Петрович Клименко)
кандидат химических наук
ответственный секретарь Всероссийского Иоанно-Предтеченского братства
«Трезвение» Русской Православной Церкви
Москва
o.ioann.klimenko@gmail.com

Олег Талгатович Кутушев
кандидат медицинских наук
руководитель Центра по профилактике и лечению табачной и нехимических
зависимостей
Московского научно-практического центра наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы
Москва
kutushev@mail.ru

Владимир Филиппович Левшин
доктор медицинских наук
профессор кафедры общественного здравоохранения и профилактической
медицины
Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М.
Сеченова
руководитель отделения оценки эффективности и осуществления методик
профилактики рака
Всероссийский онкологический центр имени Н.Н. Блохина
Москва
lev@crc.umos.ru

Александр Николаевич Маюров, профессор
член-корреспондент Петровской академии наук и искусства
академик Академии социальных технологий
академик Международной академии прогнозирования
академик и президент Международной академии трезвости
Нижний Новгород
Mayurov3@gmail.com

Раджаб Давронович Сафаев, доктор медицинских наук
член Нью-Йоркской академии наук
профессор кафедры хирургии Московского института повышения квалификации
врачей
муниципальное учреждение здравоохранения «Раменская центральная районная
больница»
Московская область, г. Раменское
Safaev_r@mail.ru

Стивен А. Шредер (Steven A. Schroeder), M.D.
Заслуженный профессор здоровья и здравоохранения (Distinguished Professor of
Health and Health Care)
Директор центра лидерства по прекращению курения (Smoking Cessation Leadership
Center)
Калифорнийский университет (University of California), San Francisco
3333 California Street, Suite 430, San Francisco, CA 94143
Schroeder@medicine.ucsf.edu

Кристин Шеффер (Christine Sheffer), Ph.D.
Медицинский доцент (Associate Medical Professor)
Коммунальное здоровье и социальная медицина (Community Health and Social
Medicine)
Школа биомедицинского образования (School of Biomedical Education)

Городской колледж Нью-Йорка (City College of New York)
Harris Hall Suite 400, 160 Convent Ave
New York, NY 10033 USA
csheffer@med.cuny.edu

Александр Сергеевич Шпрыков, доктор медицинских наук
доцент кафедры туберкулеза Нижегородской государственной медицинской
академии
председатель Нижегородского областного отделения Российского общества
фтизиатрии
член Европейского респираторного общества
Нижний Новгород
olgachpr@aport.ru

Анатолий Сергеевич Шидловский, доктор медицинских наук
академик Академии медицинских и технических наук Российской Федерации
профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Нижегородской
государственной медицинской академии
Нижний Новгород
Shi-an@list.ru

Майкл Стейнберг (Michael Steinberg), MD, MPH, FACP
Президент, Ассоциация по лечению потребления табака и табачной зависимости
(President, Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence)
Университет медицины и стоматологии Нью Джерси – медицинская школа Robert
Wood Johnson (University of Medicine and Dentistry of New Jersey - Robert Wood Johnson
Medical School)
Программа табачной зависимости, Отделение общей внутренней медицины
(Tobacco Dependence Program, Division of General Internal Medicine)
125 Paterson Street, Suite 2300, New Brunswick, NJ 08903 USA
steinbmb@umdnj.edu

Ольга Анатольевна Суховская, доктор биологических наук
руководитель Всероссийского консультативного телефонного центра помощи
в отказе от потребления табака
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
фтизиопульмонологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербург
sukhovskaya@mail.ru

за рассмотрение материалов проекта и ценный вклад.

Представители ВОЗ, Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Департамента здравоохранения и социальных служб США, ведущих центров / институтов,
поставщики помощи в двух странах были проинформированы о проекте и приглашены
участвовать в нем.

Уровень научной обоснованности рекомендаций

Таблица 1: В настоящих рекомендациях имеющиеся данные разделены на три категории, на основании типа, качества и количества исследований, на которые имеются ссылки.

Уровни научной обоснованности

Категория научной обоснованности	Источники данных	Определение
А	Контролируемые и рандомизированные исследования (КРИ). Большая база данных.	Большое число исследований, которые включают значительное число участников.
В	Контролируемые и рандомизированные исследования. Ограниченная база данных.	Исследования включают ограниченное число пациентов, последующий анализ, или анализ подгрупп КРИ, или мета-анализ КРИ. Рандомизированные исследования малого размера, различных групп населения, с противоречивыми результатами.
С	Нерандомизированные исследования. Наблюдательные исследования. Консенсус экспертов.	Подтверждение в неконтролируемых исследованиях, или наблюдательных исследованиях.

Предисловие

Потребление табака в любой форме – рецидивирующая болезнь, представляющая трудности для достижения ремиссии. Сегодня наркологическая теория и практика могут привести к устойчивой ремиссии, длящейся год, лишь небольшую часть зависимых потребителей табака.

В России, в США, странах ЕС, как и в большинстве стран мира, проблема прекращения потребления табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости имеет высокую социальную и экономическую значимость. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), табачная эпидемия является одной из основных угроз для общественного здоровья, с которой когда-либо сталкивался мир, так как она убивает почти шесть миллионов человек в год.

Отечественные и международные исследования подтвердили, что в России около 50 миллионов потребителей табака, или более трети общей численности населения. В Российской Федерации только среди взрослых курят 43,9 миллиона человек, 60,2% мужчин и 21,7% женщин. Потребление табака в России является одним из основных факторов, вызывающих сокращение продолжительности жизни в стране.¹

По распространенности курения страна занимает первое место в мире. Ежегодно преждевременно умирает от потребления продукции табачных компаний более 400 тысяч наших сограждан.

В США курят 19,0% взрослых (43,8 миллионов).² Курение вызывает почти 20% смертей. По расчетам, курение вызывает 443 тысячи смертей ежегодно, включая смерти от вторичного табачного дыма.³

По данным исследования Евробарометр, опубликованным в 2012 году⁴, курит более чем каждый четвертый гражданин (28%), а в возрастной группе от 25 до 39 лет курят 37%. Табак убивает 50% регулярных потребителей, т.е. 500 тысяч европейцев каждый год.⁵

Эти тревожные цифры заставляют государства принимать меры, направленные на прекращение табачной зависимости. Доказано, что потребление табака и табачная зависимость являются болезнью, и, следовательно, ее необходимо диагностировать и лечить так же, как другие хронические заболевания.

Самостоятельно прекратить потребление табака и избавиться от табачной зависимости могут немногие.

Многомиллионная армия зависимых от продукции глобализовавшейся табачной индустрии используется табачниками для защиты своих паразитических интересов. Попытки эффективного преодоления табачной эпидемии пока блокируются фальшивыми доводами, в том числе пугалом экономических и политических рисков.

Вмешательства, направленные на прекращение, имеют среднесрочное влияние на количество смертей и, следовательно, должны поощряться. Как поясняется в докладе Всемирного банка *Сдерживание эпидемии: Правительства и экономика борьбы против табака*, на примере стран ЕС: если начало курения уменьшается на 50% к 2020 году, число смертей от табака снизится с 520 до примерно 500 миллионов в 2050 году. С другой

¹ Machenbach et al. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. [Lancet](#). 2013 Mar 30;381(9872):1125-34. По данным Тома Хоустона (Tom Houston). Апрель 2013 года.

² http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm#use

³ http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/tobacco_related_mortality/

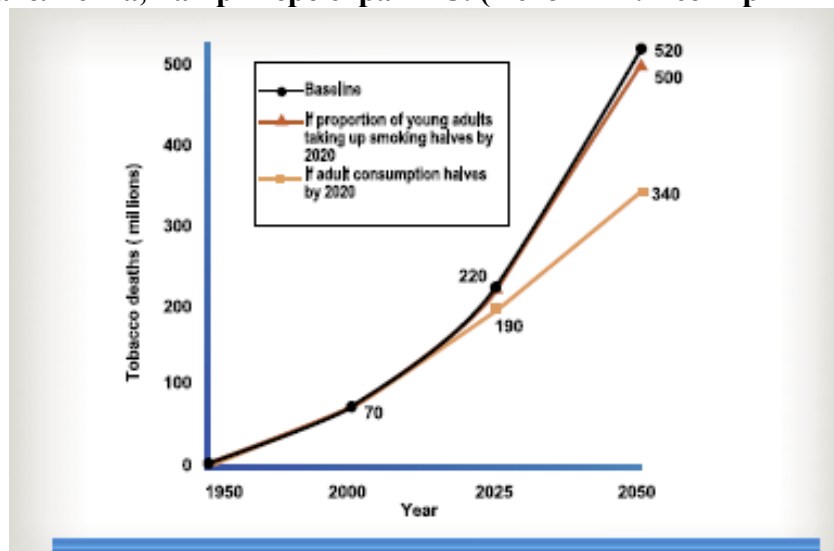
⁴ Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans Towards Tobacco, European Commission, May 2012 http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf

⁵ <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=->

//EP//TEXT+TA+20091126+ITEMS+DOC+XML+V0//FR&language=FR

стороны, если половина курящих в настоящее время людей прекратят курение к 2020 году, число смертей от курения будет сокращено с 520 до 340 миллионов в 2050 году.

Рисунок 1: Если курящие в настоящее время люди не прекратят курение, число смертей от табака резко возрастет в ближайшие 50 лет. Расчетные накопленные смерти в 1950-2000 годах при использовании различных стратегий вмешательства, на примере стран ЕС. (Источник: Всемирный Банк)



(надписи по оси абсцисс – год, по оси ординат – число случаев смерти от табака (в миллионах). Верхний график – исходный, средний – если доля молодых взрослых начинающих курить, уменьшится к 2020 году в два раза, нижний – если потребление взрослыми уменьшится к 2020 году в два раза).

Для масштабного освобождения населения любой страны от табачной зависимости необходимо решить по крайней мере два вопроса. Первый – выработка технологии работы с потребителями табака, которая была бы эффективна, безопасна, доступна и приемлема.

Второй вопрос связан с оплатой работ по прекращению потребления табака. В связи с огромными социально-экономическими потерями от потребления табака, необходимо включить эти работы в программу государственных гарантий. Для этого стоимость соответствующих работ, предлагаемых на рынок этой помощи, также должна быть минимальной.

Очевидна потребность в оптимизации предлагаемой сегодня помощи по прекращению потребления табака. Подходы, которые не получили подтверждения в отечественной и мировой теории и практике, не прошли испытания принципами научной обоснованности и достоверности, не должны применяться вплоть до получения соответствующих положительных результатов.

Более того, учреждения и специалисты, предоставляющие соответствующую помощь, должны соответствовать утвержденным процедурам лицензирования и сертификации. Подготовка специалистов также является ключевым направлением для успеха.

Профессиональные работники здравоохранения и пациенты в равной степени должны извлечь выгоду из новейших и самых безопасных методов диагностики, из последних исследований табачной зависимости и последствий и неблагоприятных эффектов курения, и самых успешных стратегий и видов лечения для борьбы с этой болезнью. Одна из успешных стратегий - создание бездымной среды, что позволит снизить финансовое давление на системы здравоохранения во всем мире.⁶

⁶ European Smoking Cessation Guidelines. ENSP. – Brussels, 2012. – 228 p.
http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf

Кроме того, должны быть приняты целевые действия, направленные на молодых людей, чтобы убедить их в том, чтобы избежать потребления табачных изделий, предотвращая, таким образом, зависимость. Это крайне важно в связи с тем, что потребление в подростковом возрасте становится табачной зависимостью к завершению юности. Ранее использованные стратегии оказали свое действие, но, учитывая тревожную статистику, ясно, что мы нуждаемся в более непосредственном и хорошо приспособленном инструменте для решения проблемы курения табака. Мы должны признать, что потребление табака является болезнью и развивать наши стратегии соответствующим образом.⁷

Также очевидно, что вмешательства, направленные на прекращение потребления табака, должны сопровождаться инициативами по политике по борьбе против табака на уровне населения, ограничениями рекламы и продвижения, и другими изменениями политики, как очерчено в Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака.⁸

Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака

Ключевой характеристикой нарастающих усилий международного сообщества, направленных на преодоление глобальной табачной эпидемии, является интеграция на основе международного законодательства системы ООН – Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ). Конвенция принята большинством стран мира, включая Россию и США, страны Европы, в 2003 году. Ныне число членов – сторон Конвенции составляет 176 из 192 стран – членов ВОЗ.

Конвенция охватывает около 90% населения мира.

Табачные корпорации осуществляли массированный подрыв процесса РКБТ с самого начала,⁹ однако в Конвенции содержатся определенные положения по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости:

«Статья 14. Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака.

1. Каждая Сторона разрабатывает и распространяет надлежащие, всесторонние и комплексные руководящие принципы, основанные на научных данных и наилучшей практике, с учетом национальных обстоятельств и приоритетов и принимает эффективные меры для содействия прекращению употребления табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости.

2. Для достижения этой цели каждая Сторона стремится:

а) разработать и осуществить эффективные программы, направленные на содействие прекращению употребления табака, в том числе в таких местах, как учебные заведения, медико-санитарные учреждения, рабочие места и места проведения спортивных мероприятий;

б) включать диагностику и лечение табачной зависимости и услуги по консультированию в отношении прекращения употребления табака в национальные программы, планы и стратегии в области здравоохранения и просвещения при участии, в соответствующих случаях, работников здравоохранения, работников в общинах и социальных работников;

⁷ European Smoking Cessation Guidelines. ENSP. – Brussels, 2012. – 228 p. http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf

⁸ По данным Тома Хоустон (Tom Houston). Апрель 2013 года.

⁹ См., например: Assunta M, Chapman S. Health treaty dilution: a case study of Japan's influence on the language of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. J Epidemiol Community Health 2006;60:751-6. По данным В.В. Власова. Апрель 2013 года.

с) создать в учреждениях медико-санитарной помощи и центрах реабилитации программы по диагностике, консультированию, профилактике и лечению табачной зависимости; и

д) сотрудничать с другими сторонами в облегчении доступа к лечению и доступности по цене лечения табачной зависимости, включая фармацевтические препараты, в соответствии со Статьей 22. Такие препараты и их компоненты могут включать лекарственные средства, препараты, используемые для введения лекарственных средств, а также для диагностики в соответствующих случаях.»¹⁰

На своей четвертой сессии в ноябре 2010 г. Конференция Сторон (КС) приняла руководящие принципы осуществления Статьи 14 РКБТ ВОЗ о "Мерах по сокращению спроса, касающихся табачной зависимости и прекращения употребления табака" (решение FCTC/COP4(8)).¹¹

«...(i) призывают Стороны укрепить или создать устойчивую инфраструктуру, мотивирующую попытки прекратить употребление табака, обеспечивающую широкий доступ к поддержке для потребителей табачных изделий, желающих отказаться от их употребления, и являющуюся устойчивым источником ресурсов для обеспечения такой поддержки;

(ii) определяют основные эффективные меры, необходимые для содействия прекращению употребления табака и включения лечения табачной зависимости в национальные программы борьбы против табака и системы здравоохранения; и

(iii) призывают Стороны делиться опытом и сотрудничать, чтобы содействовать развитию или укреплению поддержки в целях прекращения употребления табака и лечения табачной зависимости....

Для содействия прекращению употребления табака и обеспечению эффективного лечения табачной зависимости потребуются определенные элементы инфраструктуры. Во многих странах значительная часть этой инфраструктуры (например, система первичной медико-санитарной помощи) уже существует. Чтобы содействовать по возможности скорейшему прекращению употребления табака и разработке лечения табачной зависимости при возможно более низких затратах, странам следует использовать в максимально возможной степени имеющиеся ресурсы и инфраструктуру и обеспечить, чтобы потребители табака получали, по крайней мере, краткую консультацию....

С учетом национальных обстоятельств и приоритетов Сторонам следует разработать и распространить всесторонние руководящие принципы по лечению табачной зависимости, основанные на наилучших имеющихся научных данных и надлежащей практике. Эти руководящие принципы должны включать два основных элемента: (1) национальную стратегию прекращения употребления табака, призванную содействовать отказу от употребления табака и обеспечить лечение табачной зависимости, которая ориентирована главным образом на лиц, отвечающих за финансирование и осуществление политики и программы; и (2) национальные руководящие принципы в отношении лечения¹², ориентированные главным образом на тех, кто будет разрабатывать, управлять и обеспечивать для потребителей табака поддержку в прекращении употребления табака.

Национальная стратегия прекращения употребления табака и национальные руководящие принципы в отношении лечения табачной зависимости должны обладать следующими основными параметрами:

¹⁰ http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9789244591017_rus.pdf

¹¹ WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf

¹² Руководящие принципы в отношении лечения являются систематически разрабатываемыми положениями в помощь руководителям служб, практикующим специалистам и пациентам при принятии решений относительно надлежащего лечения табачной зависимости и прекращения употребления табака.

- они должны опираться на фактические данные;
- процесс их разработки должен быть огражден от любых фактических и потенциальных конфликтов интересов;
- их следует разрабатывать в сотрудничестве с основными заинтересованными сторонами, включая помимо прочего ученых, занимающихся проблемами здравоохранения, преподавателей, профессиональные организации в области здравоохранения, работников здравоохранения, преподавателей, лиц, работающих с молодежью, и неправительственные организации, которые обладают соответствующими знаниями и опытом в этой области;
- работа над ними должна быть поручена или возглавлена правительством, однако при активном партнерстве и консультациях с другими заинтересованными сторонами; однако если процесс разработки руководящих принципов лечения будет инициирован другими организациями, они должны это сделать при активном сотрудничестве с правительством; и
- необходимо, чтобы они включали план распространения и осуществления, подчеркивали важность того, чтобы все провайдеры услуг (в рамках или вне сектора здравоохранения) служили примером, не употребляя табак, и периодически подвергались обзору и обновлению в свете поступающих научных данных и в соответствии с обязательствами, предусмотренными в Статье 5.1 РКБТ ВОЗ.

Дополнительные основные параметры национальных руководящих принципов лечения:

- они должны получить широкое одобрение на национальном уровне, в том числе со стороны организаций и / или ассоциаций специалистов здравоохранения;
- они должны включать возможно более широкий спектр мероприятий, например систематическую идентификацию лиц, потребляющих табак, предоставление кратких консультаций, телефонные линии для бросающих курить, личное оказание поведенческой поддержки обученными для этого работниками, системы по обеспечению доступности лекарств, являющихся бесплатными, или по приемлемой цене и системы в поддержку основных шагов по оказанию помощи в отказе от употребления табака, включая отражение факта употребления табака во всех медицинских записях;
- они должны охватывать все ситуации и всех провайдеров как внутри, так вне сектора здравоохранения».¹³

В соответствии с решением FCTC/COP4(8), Секретариат Конвенции создает базу данных источников информации, относящихся к данным Руководящим указаниям, основанную на информации, представленной Сторонами посредством своих отчетов об осуществлении и других соответствующих международных источников. Данный перечень рекомендует ключевые ресурсы, которые являются глобальными, периодически обновляются, легко доступные, и непосредственно связаны со Статьей 14. Из этих сайтов Стороны смогут найти ресурсы или ссылки к ресурсам, которые помогут им в осуществлении Статьи 14, включая опыт других Сторон, примеры национальных руководящих принципов, информацию о мониторинге и оценке, и прямой линк собственно с РКБТ ВОЗ.

Текст Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака www.who.int/fctc/text_download

Секретариат Конвенции, РКБТ ВОЗ <http://www.who.int/fctc>

Инициатива по освобождению от табака ВОЗ (WHO Tobacco Free Initiative) <http://www.who.int/tobacco>

Кокрановские обзоры по прекращению потребления табака http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/94_reviews.htm Кокрановские обзоры готовит

¹³ http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/guidelines_14_ru.pdf

международная сеть исследователей, чтобы помочь провайдером услуг здравоохранения, лицам, формирующим политику и пациентам сделать хорошо информированные решения по вопросам здравоохранения. Кокрановская группа по табачной зависимости (The Cochrane Tobacco Addiction Group), базируется в Оксфордском университете, выполняет обзор фактических данных в отношении отдельных видов лечения, вмешательств на общинном уровне и общественных политик, которые помогают прекращению курения и предотвращают начало потребления табака.

Веб-сайт по прекращению потребления табака / лечению SRNT treatobacco.net www.treatobacco.net является периодически обновляемым, независимым веб-сайтом, на котором обобщаются научные фактические данные о лечении табачной зависимости и имеет ресурсную библиотеку, которая включает национальные руководящие принципы по лечению.

Значительный опыт разработки и реализации мер, направленных на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости, накоплен отдельными странами мира.

Недавнее поперечное исследование национальных рекомендаций по лечению табачной зависимости в 173 странах – сторонах РКБТ ВОЗ (участвовали 163 страны), обнаружило что 121 страна, приславших ответы, рекомендации были у 53 стран (44%), в Российской Федерации таких рекомендаций нет. Основная часть изученных национальных рекомендаций включали стратегию по распространению, указывали источники финансирования и имели профессиональное одобрение. Чаще всего в рекомендациях имелись ссылки на рекомендации, принятые в США, Соединенном Королевстве и Новой Зеландии.¹⁴

Опыт Российской Федерации

В Российской Федерации накоплен важный теоретический и практический потенциал в области прекращения потребления табака и лечения табачной зависимости. Российская Федерация присоединилась к РКБТ ВОЗ в 2008 году.

Президент Российской Федерации В.В. Путин подписал Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».¹⁵

В книге «Россия: дело табак. Расследование массового убийства», опубликованной в 2012 году,¹⁶ рассматривается подрыв внутреннего законодательства и процесса Рамочной конвенции, доминирующая роль иностранных табачных компаний, захвативших практически полностью местный табачный рынок. Впервые проанализированы последствия потребления табака на жизнь и здоровье населения России, а также все аспекты жизнедеятельности табачного бизнеса, включая организацию, экономику, кадровое обеспечение, продвижение табака, проникновение в государственные регулирующие органы, частный бизнес и экспертное сообщество, гражданское общество. Предложены меры по воздействию на социально опасный бизнес в национальных интересах.

После проникновения иностранных табачных компаний в Россию в 1991 году, производство сигарет было увеличено с 140 миллиардов штук в год в 1995 году до 413

¹⁴ Pine-Abata H. et al. A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 121 countries. Addiction doi:10.1111/add.12158 в печати. По данным Мартина Роу (Martin Raw). Апрель 2013 года.

¹⁵ Подписан закон об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака. <http://kremlin.ru/acts/17571>

¹⁶ Дёмин А.К., Дёмина И.А., Дёмин А.А., Дёмин А.А., Дёмина И.А. Россия: дело табак. Расследование массового убийства. Первое специальное независимое расследование социально опасного бизнеса в национальных интересах: малоизвестные факты, анализ, рекомендации. Москва: Российская ассоциация общественного здоровья, 2012. – 555 с. Табл. 24, Рис. - 275, библиография около 2000 – 75 а.л. www.raoz.ru

миллиардов штук в 2008 году. Представители промышленности похваляются, что фабрики, построенные в России, способны производить 700 миллиардов сигарет в год. Число смертей, вызываемых потреблением продукции табачной промышленности, увеличилось с 275 тысяч в 1990 году до 415 тысяч в 2008 году. Распространенность потребления табака резко возросла среди женщин и детей, ставших целями для маркетинга. По данным GATS (2009 год), распространенность курения среди мужчин самая высокая в возрастной группе 25-44 года и приближается к 70%, а среди женщин – до 40% в возрастной группе 19-24 года. Распространенность потребления табака среди профессиональных работников здравоохранения приближается к показателям среди населения в целом.

Стоимость ежегодно производимых сигарет составляет около 13 миллиардов долларов США, а фактическое предложение превысило 446 миллиардов штук сигарет в 2008 году. На продвижение продукции расходуется более 1 миллиарда долларов США в год. После уплаты ничтожных акцизов, прибыль вывозится за рубеж, ущерб не возмещается. Основные страны - получатели астрономического размера табачных финансовых потоков из России – Япония (в 2009 году 37,5% объема Российского рынка принадлежало JTI), США (26,4% рынка у PMI), Соединенное Королевство (BAT – 19,6% рынка и IT – 8,5%), и Южная Корея (KT&G – 0,9% рынка России). Население расходует на табак средства, приближающиеся по размерам к расходам Федерального бюджета на образование, или на здравоохранение, физическую культуру и спорт. Российский парадокс заключается в том, что чем выше у человека уровень образования, тем выше вероятность, что этот человек будет курящим.

Иностранные табачные компании консультируют руководителей, оплачивают работу ведущих экспертов, отбирают талантливую молодежь. Страшные «заслуги» их руководителей торжественно отмечены высокими правительственными наградами.

Для нескольких ключевых субъектов Федерации, в том числе табачной столицы и кузницы правящей элиты - Санкт-Петербурга, спешно построенные, самые большие в мире, фабрики иностранных табачных компаний стали бюджетобразующими предприятиями.

Ныне Россия превращена в табачную супердержаву, глобальный центр всемирного табачного зла, ключевую логистическую, производственную, сбытовую, кадровую и управленческую площадку пяти иностранных табачных компаний, крупнейших на планете, применяющих суперсовременные подходы, подкрепленные давлением со стороны ведущих государств мира.

Названные факты объясняют трудности адекватного противодействия табачной эпидемии в России в национальных интересах, в том числе эффективного законодательного регулирования. Дело зашло так далеко, что для защиты страны от табачной угрозы могут потребоваться соглашения, аналогичные международным мерам по оружию массового уничтожения.

Табачная проблема в России находится на «перепутье». Разрушительное воздействие потребления табака хорошо документировано, и растет осознание факта, что борьба против табака может помочь решить основные демографические вызовы для страны. В то же время, есть политики, не поддерживающие осуществление энергичных мер по борьбе против табака, будучи озабоченными заявлениями табачной промышленности о вымышленных политических рисках борьбы с зависимостью, охватывающей более 50 миллионов граждан. Развитие борьбы против табака будет определять будущее политики и практики здорового образа жизни в России. Таким образом, борьба против табака превратилась в жгучую проблему внутренней и внешней политики страны.

Вместе с тем, в Федеральном законе Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и

последствий потребления табака», содержатся важнейшие положения, касающиеся прекращения потребления табака и лечения табачной зависимости:

«Статья 17. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

1. Лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, оказывается медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

2. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, включая профилактику, диагностику и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, оказывается на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

4. Лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана».

При этом ни стандарты, ни порядок соответствующей помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации пока не согласованы и не утверждены, даже для взрослых, не говоря о зависимых несовершеннолетних.

Одно из очевидных затруднений на этом пути – относительная дороговизна качественной помощи по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости, в сочетании с наличием десятков миллионов потребителей.

В то же время, в стране создана национальная сеть центров медицинской профилактики, недавно дополненная национальной сетью центров здоровья, и с 2007 года здоровый образ жизни, включая прекращение потребления табака, приобрел статус государственного приоритета.

17 ноября 2011 года началась работа Всероссийской бесплатной телефонной линии помощи по отказу от курения в соответствии с «Концепцией осуществления государственной политики по противодействию потребления табака на 2010-2015 годы», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 года №1563-р.¹⁷

Таким образом, в России создаются структурные предпосылки для крупномасштабной государственной программы по прекращению потребления табака.

Обзор доступных многочисленных отечественных методических указаний и рекомендаций по этой проблеме, начиная с 1988 года, показывает, что они разработаны представителями различных медицинских специальностей, в основном - психиатров-наркологов, онкологов, кардиологов, фтизиатров, пульмонологов, медицинских психологов, представителей профилактической медицины, военных врачей и других, в условиях ограниченного взаимодействия представителей разных специальностей.

Данная особенность определяет различия в методических подходах, диагностике, лечении и профилактике курения, использованных в имеющихся указаниях и рекомендациях. Вопросы основанности на научных данных, стандартов и аккредитации

¹⁷ По данным О.А. Суховской. Апрель 2013 года.

данной помощи разработаны недостаточно, как и связи с зарубежными центрами и специалистами.

Таблица 2: Доступные отечественные методические указания и рекомендации по отказу от курения (в хронологическом порядке)

1. Медицинская помощь при табакокурении в практическом здравоохранении. Методические рекомендации. Составители Цешковский М.С., Милюевская И.Л. под редакцией Смирнова В.К. Министерство здравоохранения СССР. М., 1988.
2. Об оказании медико-психологической помощи лицам, желающим прекратить курение табака. Методические рекомендации для врача. Смирнов В.К., Чудновский В.А., Болдырева Т.А. М., 1993.
3. Схема сбора анамнеза при табачной зависимости. В.К. Смирнов. М., 1996.
4. Помощь при табакокурении в практическом здравоохранении. Методические рекомендации для медицинских работников. Левшин В.Ф. М., 1998.
5. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Болезни легких курящего человека //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1999 - №4. – с. 3-10.
6. Дифференцированные подходы к диагностике, клинике и лечению табачной зависимости у лиц с пограничными психическими расстройствами. Методические указания. Смирнов В.К., Ермолова О.И., Шарахов Ю.А., Гарницкая А.С. М., 2000.
7. Клиника и терапия табачной зависимости. Руководство для врачей. Смирнов В.К. М., 2000. - 96 с.
8. Лечение табачной зависимости (табакизма). Методические рекомендации. Н.С. Ишеков, А.Г. Соловьев, Н.И. Ишекова, И.А. Кирпич, под редакцией П.И. Сидорова. Департамент здравоохранения Администрации Архангельской области. Северный научный центр Северо-Западного отделения РАМН. Северный государственный медицинский университет. Архангельск, 2001. - 14 с.
9. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. М.: Рус. Мед. Журн., 2001: 904-912 с.
10. Табакокурение и туберкулез легких: Клинические и экспериментальные аспекты. Учебно-методическое пособие. Шпрыков А.С., Жаднов В.З., Шкарин А.В. Издательство НГМА, Нижний Новгород, 2002. - 52 с.
11. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактики хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака. Методические рекомендации. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Зайцева О.Ю., Новиков К.Ю. Минздравсоцразвития России. - 2003, №2002/154. - 48 с.
12. Методика групповых занятий по оказанию медицинской помощи в отказе от курения. Левшин В.Ф. М., РАОЗ. 2003. - 32 с.
13. Организация помощи лицам, желающим отказаться от курения. Организационно-методическое письмо. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Шальнова С.А., Максимова М.А., Попович М.В., Гамбарян М.Г., Приезжева О.Н., Вихирева О.В. М., 2003.
14. Медицинская помощь в отказе от курения (сборник организационно-методических материалов). Составители: Оганов Р.Г., Калинина А.М., Шальнова С.А. и др. М., 2004.
15. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Шальнова С.А., Вихирева О.В. Изменения функции внешнего дыхания при лечении бета-адреноблокаторами у курящих и некурящих пациентов со стабильной стенокардией напряжения // Российский кардиологический журнал. -2004. - №2(46). - с. 41-44
16. Министерство обороны Российской Федерации, Военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации, Государственный институт повышения квалификации врачей Министерства обороны Российской Федерации, Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко. Диагностические и клинические подходы к лечению курения как болезни в Вооруженных силах Российской Федерации. По материалам программы научных исследований Главного военного клинического госпиталя имени академика Н.Н. Бурденко и конференции “Курение табака как проблема 21 века”. Методические рекомендации. Утверждены Начальником военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации. Авторы Брюсов П.Г., Ардашев В.Н., Сафаев Р.Д. Москва, 2004. - 39 с.
17. Мурадов А.В., Шидловский А.С., Скопцов Е.А., Худенко Т.В., Фролов А.Ю., Сатина О.В., Кузнецова О.В., Каврелишвили Т.Ю. Антикурение – новое дополнение к стандартам и протоколам по анестезиологии и реаниматологии // Вестник интенсивной терапии. 2005. - 5. - с.13-14.
18. Мурадов А.В., Шидловский А.С., Романов И.Н., Фролов А.Ю., Сатина О.В. Ингаляции фurosемида при подготовке к операции курящих пациентов // Вестник интенсивной терапии. 2006. - 7. - с.39 -40.

19. Вихирева О.В. Отказ от курения./Кардиология: национальное руководство/под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова, - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - с. 267-277.
20. Роль и место иглорефлексотерапии в лечении лиц с табачной зависимостью. Методические рекомендации № 99. Составители Харенко В.Н., Кутушев О.Т., Ермолова О.И., Брюн Е.А., Михайлова В.А. Правительство Москвы, Департамент здравоохранения. М., 2008. - 15 с.
21. Профилактика табакокурения среди юношей призывного и допризывного возрастов. Методические рекомендации №46. Составители Кутушев О.Т., Лыков В.И., Столяров Г.Б. Правительство Москвы, Департамент здравоохранения. М., 2010. - 23 с.
22. Медицинская помощь по отказу от потребления табака и лечение курящего человека. Программа дополнительного профессионального образования (усовершенствования) преподавателей Минздравсоцразвития России. Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Савченко Л.М., Астанина С.Ю. ФГОУ ИПК ФМБА, ГОУ ДПО РМАПО. М., 2010. - 30 с.
23. Приказ Минздравсоцразвития России №222Н от 7 апреля 2010 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с бронхо-легочными заболеваниями пульмонологического профиля». www.minzdravsoc.ru
24. Метод биологической обратной связи в комплексном лечении табачной зависимости. Методические рекомендации. Составители Кутушев О.Т., Смирнов В.К., Сперанская О.И., Ермолова О.И., Дышленко Л.Г., Соболева А.Д., Князева Н.А. Правительство Москвы, Департамент здравоохранения М., 2010. - 19 с.
25. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике. Учебное пособие. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. М., 2010.- 58 с. http://new.med-prof.ru/files/metod_saxarova.pdf
26. Гамбарян М.Г. Как бросить курить? Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 23 с.
27. Сперанская О.И. Табачная зависимость: перспективы исследования диагностики, терапии. «Библиотека врача специалиста». М., 2011.
28. Левшин В.Ф. Табакизм: патогенез, диагностика, лечение. М., 2012.
29. Смышляев А.В. Актуальность вопроса разработки стандартов оказания специализированной медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением табака. //Актуальные вопросы терапии табачной зависимости. Материалы XII Московской научно-практической конференции. – 2012. – С. 93-100.
30. Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г., Гулин А.Н., Еганян Р.А., Зубкова И.И., Ипатов П.В., Калинина А.М., Пономарева Е.Г., Соловьева С.Б. Организация осуществления диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. Утверждены Главным специалистом по профилактической медицине Министерства здравоохранения Российской Федерации С.А. Бойцовым. ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2013. – 87 с.

Единых официально утвержденных рекомендаций по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости, охватывающих разные формы потребления табака, имеющие место в стране, разработанных совместно представителями различных заинтересованных медицинских специальностей, в настоящее время в России нет. Стандарты качества помощи по прекращению потребления табака и лечения табачной зависимости, и процедуры аккредитации данной помощи не утверждены.

Таким образом, стоит задача разработки и применения стандартов и порядков помощи в соответствии с программой государственных гарантий, во исполнение законодательства. Этому может способствовать интеграция ранее подготовленных и апробированных в отечественной практике разработок, с учетом принципа обоснования фактическими научными данными, и мирового опыта. Также на повестке дня разработка стандартов качества и процедуры сертификации данной помощи, подготовки кадров.

По данным международного исследования GATS в России, 2009 года, активность Российских потребителей продукции табачной индустрии по отказу от курения очень низкая, и нуждается в подкреплении:

«- Менее трети российских курильщиков (32,1%) предпринимали попытку бросить курить за прошедший год.

- Больше всего предпринимавших попытки бросить курить – среди курильщиков в возрасте 15-18 лет (46,2%).

- 60,3% курильщиков выразили желание бросить курить, при этом прекратить курить хотело бы больше женщин (70,7%), чем мужчин (55,8%).

- Всего лишь 3,6% курильщиков планируют предпринять попытку бросить курить в следующем месяце, и только 10,8% – в следующем году.

- Пятая часть тех (20,1%), кто предпринимал попытки бросить курить, использовали лекарственные препараты, помогающие избавиться от никотиновой зависимости;

- Гораздо меньшая доля курильщиков, пытавшихся бросить курить, использовали психологические консультации (3,5%) или немедикаментозные методы (3,7%).

Менее трети курильщиков (31,8%), побывавших на приеме у медицинского работника в течение последних 12 месяцев до опроса, сообщили о том, что медицинский работник посоветовал им бросить курить».¹⁸

В России осуществляются различные мероприятия, направленные на информирование по вопросам профилактики потребления табака и прекращения потребления табака среди военнослужащих,¹⁹ профессиональных работников здравоохранения и образования, студентов. Например, в Нижегородской медицинской академии в 2002 году создан Антикурительный комитет, а в 2008 году – центр по прекращению курения.²⁰

Имеется необходимость распространения прекращения потребления табака на вторичное²¹ и третичное курение.

Специалисты по психологии указывают на необходимость разработки содержания и требований к вовлечению населения, предоставления психологической и реабилитационной поддержки потребителям табака, акцента на потреблении табака несовершеннолетними. Необходимо определить группы риска в отношении возраста, социального положения, культурных традиций, и т.п. при лечении и профилактике потребления табака. Требуется сопоставительный анализ успехов различных социальных институтов, таких как здравоохранение, образование, культура, правоохранительная система, в области профилактики и лечения табачной зависимости.²²

Вместе с тем, существует общественное движение за прекращение потребления табака, практически не связанное с официальным здравоохранением. Сторонники этого движения заявляют, что применяются передовые методы, разработанные такими практиками, как Шичко, Гринченко, Григорьев, Худолин, Линдеман, Рязанцев и многими другими.²³

Опыт США

Потребление табака является единственной наиболее предотвратимой причиной смерти и болезней в Соединенных Штатах.²⁴ Каждый год около 443 тысяч американцев умирают от связанных с табаком болезней. На каждого человека, который умирает от потребления табака, приходится еще 20 человек, страдающих, по крайней мере, одной серьезной, связанной с табаком, болезнью. Кроме того, употребление табака расходы США 193 миллиардов долларов ежегодно в прямых медицинских расходов и потерянной продуктивности.²⁵

С 1965 по 2010 год, распространенность курения среди взрослых в Соединенных Штатах снизился с 42,4% до 19,3%, в частности, из-за увеличения числа тех, кто бросил

¹⁸ http://www.minzdravsoc.ru/health/habits/12/Key_Findings_GATS_Russia_report_the_very_final.doc

¹⁹ По данным Р.Д. Сафаева. Апрель 2013 года.

²⁰ По данным А.С. Шидловского. Апрель 2013 года. Шестаков А.Ф., Шидловский А.С., Шпрыков А.С. Общественный антикурительный комитет Нижегородской медицинской академии отмечает 10-летие // Вестник НГМА, 2012, № 1(163), с.4.

²¹ По данным В.Ф. Левшина. Апрель 2013 года.

²² По данным В.В. Барцалкиной и Н.Б. Флоровой. Апрель 2013 года.

²³ По данным А.Н. Маюрова. Апрель 2013 года.

²⁴ <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicId=41#five>

²⁵ <http://www.healthypeople.gov/2020/LHI/tobacco.aspx>

курить. С 2002 года число бывших курильщиков в США превысило число курильщиков.²⁶ Среди врачей, в настоящее время курят только 2-4%.²⁷

Распространенность попыток прекращения потребления табака в США увеличилась в 2001 - 2010 годах среди курильщиков в возрасте 25 - 64 лет, но не в других возрастных группах. В 2010 году 68,8% взрослых курильщиков хотели прекратить курить, 52,4% сделали попытку прекратить курить в прошлом году, 6,2% недавно прекратили курить, и 31,7% использовали консультирование и / или лекарства, когда они пытались прекратить курить. Кроме того, 68,3% курильщиков, которые пытались прекратить курить, сделали это без использования научно обоснованных консультирования по прекращению курения или лекарств.²⁸

Большое количество известных исследований и практических разработок по прекращению курения и лечению табачной зависимости, были осуществлены в США,²⁹ хотя эта страна принадлежит к небольшому числу стран мира, которые подписали, но не ратифицировали Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака.³⁰

Рабочая группа США по профилактическим службам (U.S. Preventive Services Task Force USPSTF) рекомендует врачам спрашивать всех взрослых о потреблении табака и предоставлять вмешательства по прекращению курения тем, кто использует табачные изделия. Рабочая группа также рекомендует врачам спрашивать всех беременных о потреблении табака и предоставлять дополненную, составленную для беременных, консультацию тем, кто курит.³¹ Такие услуги теперь будут включены во все медицинское страхование и будут осуществляться без соплатежей или вычетов, наряду с другими профилактическими услугами в рамках национальной реформы здравоохранения, Акте о доступной помощи 2010 года.³²

В ключевом национальном руководстве по прекращению потребления табака, *Рекомендации по лечению потребление табака и зависимости клинической практики Службы общественного здоровья США* (обновление 2008 года),³³ делается вывод, что и консультации и лекарства эффективно увеличивают распространенность прекращения курения, при применении по отдельности, и еще более эффективны при совместном использовании. Индивидуальные, групповые и телефонные консультации являются эффективным средством помощи курильщикам прекратить курить, и семь утвержденных Администрацией пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration FDA) препаратов для прекращения потребления табака первого ряда надежно увеличивают долгосрочные показатели воздержания от курения.³⁴

Имеются доступные поведенческие и фармакологические методы лечения, которые, как было показано, повышают способность курящих прекратить курить и

²⁶ http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/you_can_quit/alone/

²⁷ *HEALTH JOURNAL*. May 25, 2010. Checking Up on the Doctor. What Patients Can Learn From the Ways Physicians Take Care of Themselves. The Wall Street Journal <http://online.wsj.com/article/SB10001424052748704113504575264364125574500.html>

²⁸ Quitting Smoking Among Adults --- United States, 2001—2010 *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* November 11, 2011 / 60(44);1513-1519

²⁹ http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm#use

³⁰ U.S. Engagement in International Tobacco Control. A Report of the CSIS Global Health Policy Center. Author Benn McGrady. CSIS, June 2009. – 13 p. http://www.voltairenet.org/IMG/pdf/Tobacco_Control.pdf «Большее вовлечение США в международные усилия по борьбе против табака может принести выгоды для глобального здоровья по вопросам, относящимся к надзору и мониторингу, нелегальной торговле, и регулированию продукции».

³¹ <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstbac2.htm>

³² <http://www.healthcare.gov/law/full/index.html>

³³ http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/treating_tobacco_use08.pdf

³⁴ <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/decisionmakers/systems/index.html>

выгодны для отдельных людей, и для общества. Поведенческие вмешательства включают личные консультации поставщиков медицинских услуг, телефонные линии по прекращению потребления табака, и печатные материалы. Фармакологические вмешательства включают никотиновую заместительную терапию (НЗТ) (жевательная резинка, пастилки, пластыри), атипичный антидепрессант бупропион, и варениклин. Программы часто совмещают поведенческие и фармакологические методы лечения, и предоставляют консультирование в сочетании с НЗТ, бупропионом или варениклином.

По данным доклада 2010 года, использование лекарств для прекращения потребления табака, примерно в пять раз более распространено, по сравнению с использованием консультирования, на что может влиять, в частности, широкая доступность продаваемых без рецепта лекарств для прекращения потребления табака (например, никотиновый пластырь, жевательная резинка, и пастилки).³⁵

В США программы по прекращению курения обладают потенциалом благоприятного соотношения затрат и выгод, с точки зрения социальной перспективы, основанной на государстве. За каждый доллар, который США тратят на предоставление лечения по прекращению курения, страна получает среднюю потенциальную отдачу от инвестиций в размере 1,26 доллара США. Несмотря на относительно высокие цены на сигареты в США, реальная стоимость для общества в расчете на пачку, выше в 3,27 раза. Хотя совет профессиональных работников здравоохранения приводит к большему числу попыток прекратить потребление табака, и увеличивает использование эффективных лекарств, которые могут почти в два или три раза повысить показатели успешного прекращения, в 2010 году только 48,3% людей, посетивших поставщика медицинской помощи, сообщили, что получили совет по прекращению курения.³⁶

Активно участвуют в деятельности по прекращению потребления табака Ассоциация по лечению потребления табака и табачной зависимости (ATTUD),³⁷ Национальное сотрудничество по прекращению потребления табака (NTCC),³⁸ медицинские специальности, ведущие университеты и медицинские центры, и добровольные организации здоровья, наряду с федеральными и местными правительствами.

Департамент здравоохранения и социальных служб США выпустил документ «Здоровые люди 2020», цели и задачи страны на 10-летний период по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, одна из целей заключается в снижении заболеваемости, инвалидности и смертности, связанной с потреблением табака и воздействием вторичного дыма. Одной из ключевых областей в целях относительно потребления табака в документе «Здоровые люди 2020», являются изменения в системе здравоохранения: принятие политики и стратегии по расширению доступа, доступность и использование служб и лечения по прекращению курения.³⁹

Основываясь на более чем 45-летних научных данных, ясно, что потери от потребления табака могут быть значительно сокращены. Рабочая группа по профилактическим службам сообщества, созданная Департаментом здравоохранения и социальных служб, выявляет основанные на научных данных вмешательства в отношении здоровья населения, чтобы предоставить информацию для принятия решений

³⁵ <http://www.lung.org/stop-smoking/tobacco-control-advocacy/reports-resources/cessation-economic-benefits/states/united-states.html>

³⁶ <http://www.lung.org/stop-smoking/tobacco-control-advocacy/reports-resources/cessation-economic-benefits/states/united-states.html>

³⁷ <http://www.attud.org/> ATTUD.org Ассоциация по лечению потребления табака и табачной зависимости (Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence) является бесприбыльной организацией поставщиков помощи, посвященной продвижению основанного на научных данных лечения потребления табака для потребителя табака, и улучшению доступности этого лечения.

³⁸ <http://www.tobacco-cessation.org/>

³⁹ <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=41>

правительству, медицинским работникам, исследователям и сообществам. Рекомендации Руководства по службам профилактики сообщества, подготовленного рабочей группой, включают в себя:

- Оценку риска для здоровья работающих и обеспечение обратной связи, стимулов и конкуренции для изменения здоровья работающих по найму и расширения прекращения курения;

- Политики свободы от табака на рабочем месте и в других общественных местах;
- Увеличение цены за единицу товара на табачные изделия;
- Вмешательства средств массовой информации, которые используют краткие, повторяющиеся сообщения, чтобы информировать и мотивировать курильщиков прекратить курить;

- Снижение собственных расходов курильщиков на лечение по прекращению потребления табака; и

- Многокомпонентные мероприятия, которые включают поддержку по телефону.⁴⁰

Линии по прекращению курения – это основанные на телефоне службы по прекращению потребления табака, которые помогают потребителям табака прекратить потребление табака, путем предоставления поддержки, индивидуального плана прекращения и других услуг.⁴¹ Линии по прекращению курения достигают курильщиков через средства массовой информации, печатную рекламу, и сети направлений медицинских работников и общественных организаций.⁴² Жители всех 50 штатов США, Пуэрто-Рико, Гуама и округа Колумбия имеют доступ к службам QuitLine, доступным через национальный бесплатный номер (1-800-QUIT NOW). Линии по прекращению курения являются источником направлений для медицинских работников, которые могут не иметь времени и персонала для обеспечения всех шагов рекомендуемой модели консультирования по прекращению курения "5А": Задать вопрос об употреблении табака, дать совет прекратить курить, оценить готовность к попытке прекратить курить, оказать помощь попытке прекратить курить, а также организовать последующее наблюдение. Североамериканский консорциум Quitline (North American Quitline Consortium NAQC) развивает научно обоснованные службы Quitline через разнообразные сообщества в Северной Америке.⁴³

Хотя США сделали приоритетом сокращение потребления табака, многие проблемы остаются нерешенными, чтобы снизить потребление табака до такого уровня, когда оно уже не будет проблемой общественного здоровья для нации, в том числе постоянное вмешательство табачной промышленности.⁴⁴

Опыт ЕС

Статья 168 Договора о ЕС гласит:

«Высокий уровень защиты здоровья человека должен быть обеспечен при определении и осуществлении всех политики и деятельности Союза.... Европейский парламент и Совет, действуя в соответствии с обычной законодательной процедурой, и после консультации с Экономическим и Социальным комитетом и Комитетом регионов, может также принять меры стимулирования, направленные на защиту и улучшение здоровья человека и, в частности, по борьбе с основными трансграничными бедствиями для здоровья, меры, касающиеся мониторинга, раннего предупреждения и борьбы с серьезными трансграничными угрозами для здоровья, и меры, которые имеют своей

⁴⁰ <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/cessation/index.html>

⁴¹ <http://naquitline.org>

⁴² http://www.naquitline.org/resource/resmgr/Sustainability/100812_who-calls-quitlines.pdf

⁴³ <http://www.naquitline.org/>

⁴⁴ Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. Lancet, Vol 381, 23 Feb 2013.

прямой целью защиту общественного здоровья в отношении табака и злоупотребления алкоголем, исключая какую-либо гармонизацию законов и правил Государств-Членов.⁴⁷

Важная роль ЕС по политике в области здоровья подтверждена в Договоре о Реформе, который был согласован Главами Государств и Правительства ЕС в Лиссабоне 19 октября 2007 года, и в котором предлагается усилить политическую важность здоровья. Ожидается новая общая цель по поддержке благосостояния граждан, а также поощрение сотрудничества между Государствами-Членами в области здоровья и служб здравоохранения. Работа по здоровью на уровне Сообщества повышает ценность действий Государств-Членов, в частности, в области профилактики заболеваний, включая работу по ... решению проблемы курения, ...».⁴⁸

Доклад EQUIPP⁴⁹ и доклад e.SCCAN⁵⁰ 2010 года могут стать основой для определения уровня имеющихся в настоящее время служб по прекращению курения в различных Европейских странах. Кроме того, секретариат ENSP в Брюсселе собрал другие соответствующие данные с помощью опроса членов ENSP.⁵¹

Практически в каждой стране Европы разработаны рекомендации по данной проблеме. Названные вопросы раскрываются, на современном уровне, с учетом РКБТ ВОЗ, мирового опыта, в том числе ЕС, отдельных стран Европы, США и России, в книге «Европейские рекомендации по прекращению курения: Авторитетное руководство для всеобъемлющего понимания последствий и осуществления лечения и стратегий по лечению табачной зависимости. Пересмотренное 1-е издание. Октябрь 2012 года. ISBN: 978-2-9600708-1-1», недавно опубликованной Европейской сетью по предупреждению курения и табака (European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl).⁵²

Ответственный издатель: Панайотис К. Бехракис (Panagiotis K. Behrakis), президент ENSP. Презентация документа состоялась 3 октября 2012 года на специальном собрании представителей заинтересованных Европейских организаций в Европейском Парламенте, г. Брюссель, Бельгия.

Мероприятие, которое провела член Европейского парламента Елена Оана Антонеску (Elena Oana Antonescu), было посвящено представлению и обсуждению рекомендаций, объемом в 228 страниц, подготовленных в течение 2011-2012 годов Советом редакторов в составе признанных в мире экспертов:

Панайотис К. Бехракис (Panagiotis K. Behrakis), MD, PhD (McGill), FCCP, Президент ENSP, доцент респираторной физиологии Афинского университета и Адъюнкт профессор Гарвардского Университета;

Назми Билир (Nazmi Bilir), профессор общественного здоровья, Университет Хацетепе, медицинский факультет, департамент общественного здоровья, Анкара, Турция;

⁴⁷ Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:en:PDF> Неофициальный перевод А.К. Дёмина

⁴⁸ White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, COM(2007) 630 final, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf

⁴⁹ Bridgehead International, EQUIPP: Europe Quitting: Progress and Pathways, London, 2011 http://www.ensp.org/sites/default/files/uploads/EQUIPP_report.pdf

⁵⁰ European Smoking Cessation Clinic Assessment and Networking project (e.SCCAN) <http://ofta-asso.fr/esccan/>

⁵¹ http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf

⁵² http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf

Люк Клэнси (Luke Clancy), BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, врач по респираторным болезням и Генеральный директор Ирландского института исследований свободы от табака (TobaccoFree Research Institute Ireland TFRI); Ирландия;

Бертран Даутценберг (Bertrand Dautzenberg), профессор грудной медицины больницы Pitié-Salpêtrière, Париж и председатель Французского бюро по профилактике табагизма (Office français de prévention du tabagisme OFT), Париж, Франция;

Андрей Константинович Дёмин, кандидат медицинских наук, доктор политических наук, врач ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессор Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова и Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова, президент Российской ассоциации общественного здоровья, Москва, Российская Федерация;

Ханс Гиллиам (Hans Gilljam), MD, профессор общественного здоровья, Karolinska Institute, Стокгольм, Швеция;

Антигона Трофор (Antigona Trofor), M.D. Ph.D., доцент пульмонологии Университета медицины и фармации Gr. Т. Рора, Яссы и врач по болезням респираторной системы клиники легочных болезней, Яссы, Румыния.

В Совет ревизоров Европейских рекомендаций вошли:

София Каттаруцца (Sofia Cattaruzza), руководитель UNITAB, Университет Sapienza, Рим, Италия;

Флорин Думитру Михалтан (Florin Dumitru Mihăltan), профессор пневмологии, Национальный институт пневмологии M. Nasta, президент Румынского общества пневмологов, Бухарест, Румыния;

Манфред Неубергер (Manfred Neuberger), O. Univ.-Prof. M.D., Вена, Австрия;

Биагио Тингхино (Biagio Tighino), президент Итальянского общества табакологии (SITAB), координатор рабочей группы по Руководящим указаниям SITAB, руководитель Центра по прекращению курения, ASL Monza e Brianza, Италия;

Пауло Д. Витория (Paulo D. Vitória), психолог, PhD, профессор профилактической медицины факультета наук о здоровье – Университет da Beira Interior, член координационной бригады Португальской телефонной линии по отказу от табака, член Наблюдательного совета Португальского общества табакологии (SPT), Португалия;

Винсензо Зага (Vincenzo Zagà), главный редактор журнала Tabaccologia, Итальянского общества табакологии (SITAB), Болонья, Италия;

Витольд А. Затонски (Witold A. Zatoński), профессор, M.D., PhD., директор отдела эпидемиологии и профилактики рака, директор сотрудничающего центра ВОЗ, Варшава, Польша.

Инициатор и управляющий проектом Корнел Раду-Логхин (Cornel Radu-Loghin), директор по политике и стратегии Секретариата ENSP. Координацию, составление, редактирование и пересмотр ESCG выполнил Майкл Форрест (Michael Forrest), сотрудник по коммуникациям Секретариата ENSP.

Примечательно, что в качестве основы при разработке Европейских рекомендаций использованы *Рекомендации Румынского общества пульмологов по прекращению курения и помощи курящему*, опубликованные в 2010 году.⁵³

«Проект по разработке Европейских рекомендаций получил финансовую поддержку Европейской комиссии в рамках Программы ЕС в области Общественного Здравоохранения на 2008-2013 годы. Подготовка рекомендаций поддержана неограниченным образовательным грантом компаний Pfizer Limited и Servier Pharma. Рекомендации не обязательно отражают мнение Pfizer Limited или Servier Pharma, а

53 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

содержание и рекомендации принадлежат Совету Редакторов ENSP, а не фармацевтическим компаниям, оказавшим поддержку».⁵⁴

Видение ENSP – «будущее, где коллеги Европейцы не будут страдать от бедствий, по причине плохого здоровья и ранней смерти в связи с табаком. Мы хотим, чтобы дети и молодые люди могли расти, не будучи мишенью для сообщений, которые стремятся заманить их в пожизненную зависимость. Мы хотим, чтобы все европейцы могли дышать чистым воздухом, не загрязненных табачным дымом. Мы хотим помочь курильщикам выбраться из смертельной ловушки. **Мы хотим положить конец табачной эпидемии.**

ENSP, таким образом, поставила перед собой амбициозную цель сделать **Европу полностью свободной от табака к 2040 году**. Важно установить дату, и также важно повторять эту цель при любой возможности, чтобы сделать эту цель реальностью во время нашей жизни.

Мы продолжаем вкладывать наши усилия в поддержку Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), которая, по нашему убеждению, является наиболее эффективным инструментом для достижения наших целей. Поскольку мы стремимся к созданию большей согласованности деятельности по профилактике курения и к продвижению всесторонних стратегий борьбы против табака на национальном и Европейском уровнях, укрепление приверженности ENSP по оказанию помощи курящим в прекращении курения путем разработки настоящих Европейских руководящих указаний по прекращению курения, является логичным и соответствует Статье 14 РКБТ».⁵⁵

Российско-Американская программа по сотрудничеству институтов гражданского общества (РАПСИГО)^{56 57}

«Российско-Американская программа по сотрудничеству институтов гражданского общества» (РАПСИГО) началась в мае 2011 года. Программа реализуется Фондом «Евразия» (в США) в партнерстве с Фондом «Новая Евразия» (в России). Окончание программы намечено на конец мая 2013 года.

РАПСИГО продолжает работы, начатые участниками саммитов лидеров гражданского общества России и США, состоявшихся в 2009 и 2010 годах, на которых представители организаций гражданского общества двух стран признали необходимость расширения сотрудничества по широкому набору тематических областей.

Посредством динамичного и свободного диалога, участники программы, в рамках деятельности Рабочих групп РАПСИГО, разрабатывают конкретные и инновационные рекомендации по политике, чтобы ускорить прогресс в таких областях, как противодействие коррупции, защита детей и детства, развитие местных сообществ, образование и молодежь, защита окружающей среды, равенство полов, высшее образование, права человека и верховенство закона, средства массовой информации и доступ к информации, миграция, и общественное здоровье.

Конечной целью является создание устойчивых механизмов разработки и направления рекомендаций от граждан, к лицам, формирующим политику, что вело бы к более широкому сотрудничеству и улучшению жизни граждан обеих стран.

В рамках программы РАПСИГО предусмотрена серия мероприятий, включая три конференции лидеров гражданского общества двух стран (две из которых состоятся в Москве, и одна – в Вашингтоне), конкурс малых грантов, выделяемых на поддержку совместно реализуемых проектов, и онлайн совещание 11 рабочих групп. РАПСИГО также разработала платформу Интернет ресурсов, позволяющую участникам

⁵⁴ European Smoking Cessation Guidelines. ENSP. – Brussels, 2012. – 228 p.

⁵⁵ http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf

⁵⁶ <http://www.eurasia.org/CSPP>

⁵⁷ <http://www.usrussiacivilsociety.org>

обмениваться информацией о своей деятельности, обновлять планы сотрудничества и публиковать новости и информацию о мероприятиях.

Первая ежегодная конференция РАПСИГО «Институты гражданского общества России и США: расширяем партнерство» состоялась 14 - 15 ноября 2011 года в Москве. Представители 70 российских и американских НКО, а также ведущие эксперты гражданского общества собрались в Москве, чтобы обсудить успехи, проблемы и перспективы сотрудничества в обеих странах.

Приоритетные направления рабочей группы «Общественное здоровье»:

- Предупреждение неинфекционных заболеваний у детей и подростков (табак, алкоголь, ожирение, легальные и нелегальные наркотики): межсекторальный подход, участие семьи, влияние отрицательных факторов;

- Развитие прозрачной системы здравоохранения: участие НПО, система рейтингов, взаимодействие между профессионалами и общественностью, вовлечение средств массовой информации;

- Здоровье мигрантов и обеспечение здравоохранения для мигрантов: опыт США и России.

15-16 ноября 2012 года, более 70 представителей гражданского общества США и России собрались в Вашингтоне, Округ Колумбия, на вторую ежегодную конференцию «РАПСИГО: вперед вместе». Основная цель конференции – обсудить продвижение и будущие возможности сотрудничества двух стран в области гражданского общества. На открытии, ряд официальных лиц из России и США подчеркнули значимость гражданской дипломатии для Российско-Американских отношений. Среди выступавших были представители Посольства Российской Федерации в США, Госдепартамента США и Агентства по международному развитию США.

В ходе второй конференции члены рабочей группы по общественному здоровью приняли решение содействовать разработке рекомендаций по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости.

Проект рабочей группы «Разработка и распространение совместных Российско-Американских рекомендаций по прекращению потребления табака в поддержку продвижения здорового стиля жизни в обеих странах и в мире» вносит непосредственный вклад в продвижение двух приоритетных областей Рабочей Группы по Здоровью Двусторонней Президентской Комиссии Россия – США: охрана здоровья матери и ребенка, и борьба с неинфекционными заболеваниями. Потребление табака является ведущим фактором риска в обеих областях.

Российско-американские рекомендации по прекращению курения будут включать в себя конкретные разделы по оказанию помощи для прекращения потребления табака у женщин, беременных, и детей.

Кроме того, проект будет способствовать развитию Первой комбинированной программы профилактики потребления табака и алкоголя для беременных, представленной на веб-сайте Двусторонней Президентской Комиссии Россия – США.⁵⁸

Ожидается, что проект будет выгоден для улучшения здоровья населения в двух странах, позволит заинтересованным организациям и экспертам взаимно ознакомиться с опытом, будет способствовать глобальному процессу РКБТ ВОЗ.

Этот проект направлен на поддержку деятельности по прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости, и усилит ее воздействие посредством:

- предоставления профессиональным работникам здравоохранения образца для прекращения потребления табака и лечения табачной зависимости, и рекомендаций и наилучших практик;

⁵⁸ <http://www.state.gov/p/eur/ci/rs/usrussiabilat/198296.htm>

- предоставления сообществу по борьбе против табака инструментов для мониторинга и аккредитации.

При планировании и выполнении проекта принимаются во внимание стандарты гендерных аспектов. Проект продолжается с 18 февраля по 15 мая 2013 года, при технической и финансовой (22000 долларов США) поддержке программы РАПСИГО.

В качестве основы для работы экспертов России и США решено использовать недавние Европейские рекомендации по прекращению курения (European guidelines on smoking cessation (ESCG)), опубликованные Европейской сетью по предупреждению курения и потребления табака (European network for Smoking and Tobacco Prevention – ENSP) в 2012 году. Эти рекомендации подготовлены с широким использованием опыта России и США. Также, один из членов рабочей группы по общественному здоровью РАПСИГО (профессор А.К. Дёмин), участвовал в подготовке рекомендаций в качестве члена Совета редакторов. Ожидается, что в результате работ проекта РАПСИГО, эксперты и организации двух стран рассмотрят рекомендации, они будут опубликованы на русском и английском языках, дополнены необходимыми материалами, и обеспечат возможности для всех заинтересованных специалистов и организаций двух стран, сделать свой вклад в эту совместную работу, имеющую высокую социальную, экономическую и политическую значимость.

Все заинтересованные эксперты и организации по проблеме прекращения потребления табака и лечению табачной зависимости, приглашены принять участие в рассмотрении рекомендаций.

Рекомендации представлены 1 мая 2013 года в Вашингтоне, округ Колумбия, США, и 14 мая 2013 года в Москве, Российская Федерация, и широко распространены.

Проект способствует осознанию общественностью, что потребление табака и табачная зависимость – болезнь, которую надо лечить, и что прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости имеет важное значение и практически осуществимо, и этому способствует международное сотрудничество.

Общественные организации и эксперты, принимающие участие в данной работе, передадут полученные результаты заинтересованным органам государственного управления России и США, в том числе в интересах межправительственного сотрудничества в сфере общественного здоровья.

В частности, необходимо отметить, что ряд авторитетных экспертов сегодня рассматривают растительный препарат цитизин (табекс), разработанный и широко применявшийся в бывших социалистических странах, в том числе в бывшем СССР, разрешенный и применяемый в Российской Федерации, как самое перспективное средство для прекращения потребления табака и лечения табачной зависимости в крупномасштабных государственных программах по критериям безопасности, эффективности, действенности и доступности.⁵⁹ Стоимость месячного курса лечения составляет менее 270 рублей. Таким образом, Российский опыт может быть выгодным для удовлетворения колоссальных внутренних и глобальных потребностей. В частности, заслуживает внимания вопрос об организации контролируемых рандомизированных исследований и обобщения опыта применения этого препарата в России.

С другой стороны, представители органов государственного управления и специалисты Российской Федерации смогут воспользоваться опытом США и других стран, с учетом различия применяемых методов в настоящее время.

Два документа являются приложением к рекомендациям. Они направлены на продвижение процесса РКБТ ВОЗ в двух странах и в мире в целом:

⁵⁹ Archives of Internal Medicine (2006): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16908787>
NEJM 2011 <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoal102035>

1. *Тринадцать лет табачного законодательства в России*. Автор А.К. Дёмин, Российская ассоциация общественного здоровья. март 2013 г.

2. *За пределами ратификации. Будущее вовлечения США в международную борьбу против табака. Доклад Центра политики глобального здоровья*. Автор Томас Дж. Боллики (Thomas J. Bollyky). Центр международных и международных исследований, ноябрь 2010 года. – 21 с.

Перспективы глобальной политики и управления также обсуждаются в докладе МакГрейди, Бенн. *Противостояние табачной эпидемии в новую эру либерализации торговли и инвестиций*. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (McGrady, Benn. *Confronting the Tobacco Epidemic in a New Era of Trade and Investment Liberalization*. Geneva: World Health Organization, 2012).⁶⁰

Ожидается, что рекомендации вызовут интерес специалистов и будут полезны не только в России и США, но во многих других странах, в том числе СНГ, и будут способствовать прогрессу в этом жизненно важном направлении.

Данная работа также будет способствовать тому, чтобы врачи и другие профессиональные работники здравоохранения действовали как ролевые модели для своих пациентов и для общества в целом, не курили и выступали в защиту политики по борьбе против табака и изменений на практике. Данный аспект нуждается в дальнейшем развитии. Курящие врачи посылают запутанные сигналы о вреде потребления табака, и, например, консультируют своих пациентов по курению достоверно меньше, чем не курящие врачи. В странах Восточной Европы большое число врачей по-прежнему курят, в отличие от своих коллег в Соединенном Королевстве, Австралии / Новой Зеландии, и в США. Отдельные врачи и медицинские общества, к которым они принадлежат, имеют ключевое значение для достижения социальных изменений, о которых заявлено в данных рекомендациях, и принятие личных изменений в отношении здоровья, а также официальных политических заявлений в поддержку целей борьбы против табака, имеет важное значение. Настоящие рекомендации используют возможность сделать акцент на роли отдельных врачей и организованной медицины в борьбе против табака.⁶¹

На пути к планете Земля без табака еще лежат многочисленные проблемы. Настоящие рекомендации являются шагом в правильном направлении, и основой для всеобъемлющего и целостного подхода к прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости.

Профессиональные работники здравоохранения и потребители табака теперь обладают всеобъемлющим набором инструментов для оказания помощи при прекращении потребления табака и лечении табачной зависимости, и есть надежда, что на этой основе удастся спасти еще больше жизней курящих сегодня людей.

⁶⁰ http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503723_eng.pdf

⁶¹ По данным Тома Хоустона (Tom Houston,). Апрель 2013 года.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ: ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ¹

Глава 1. Оценка / диагностика потребления табака и табачной зависимости

1.1. Потребление табака является болезнью

Потребление курительных и бездымных табачных изделий является одной из основных причин заболеваемости, потери трудоспособности и смертности во всем мире (в соответствии с РКБТ ВОЗ). Известно, что ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у курильщиков на десять лет короче, чем у некурящих: половина курильщиков потеряют 20 лет здоровой жизни, прежде чем умрут от связанных с табаком болезней.²

Рассматриваемое состояние должно быть правильно определено как курение и потребление табака. Табачная промышленность проводила маркетинг курения как *свободы* и *выбора стиля жизни*, однако, курение является *болезнью* и *зависимостью*. Табачная зависимость является заболеванием, которое является основным двигателем потребления табака среди взрослых. Табачная зависимость связана с долгосрочным, ежедневным потреблением табачных продуктов (сигареты, трубки, сигары, биди, кальяны, жевательный табак и т.д.). Большинство курильщиков не могут прекратить курение по своей воле. В медицине хроническое курение определяется как табачная зависимость, никотиновая зависимость, табачное привыкание или никотиновое привыкание.⁴

Поэтому врачи и профессиональные работники здравоохранения должны принимать во внимание, что табачная зависимость является болезнью, а не привычкой, пороком, удовольствием, свободой или стилем жизни, как это представляет табачная промышленность в своих манипуляциях.

Основным этиологическим фактором заболевания табачной зависимостью является никотин. Никотин - вызывающий сильную зависимость наркотик, который содержится в табаке и определяет зависимость у людей, хронически потребляющих табачные изделия. Любое действие, связанное с потреблением табака, является вредным для здоровья. Хотя, в зависимости от интенсивности, продолжительности потребления и типа табачных изделий, не все потребители табака имеют одинаковый характер риска, реакция профессиональных работников здравоохранения на потребление табака должна быть одинаковой: лечить табачную зависимость у курильщиков без промедления.

Табачная зависимость является хроническим, рецидивирующим заболеванием, а не выбором стиля жизни.⁵ Так как табачная зависимость является болезнью, необходимы ее диагностика и лечение, как и в случае других хронических заболеваний. Медицинский работник обязан принять меры и инициировать прекращение курения. При оценке деятельности врачей и профессиональных работников здравоохранения, быстрое начало лечения табачной зависимости рассматривается как хорошая практика, так как главным двигателем потребления табака является табачная зависимость. Только в исключительных случаях двигателем курения табака является свободный выбор курильщиком стиля своей жизни. Плохая практика – отказ в лечении или в организации лечения пациентов с табачной зависимостью. Минимальным вмешательством является минимальное

¹ Части 1-3 основаны на European Smoking Cessation Guidelines ENSP? 2012 с изменениями и дополнениями.

² Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors BMJ 2004, doi:10.1136/bmj.38142.554479.A

⁴ Noțiuni generale de tabacologie – supliment al ghidului GREFA, Tehnopress Iași, 2008, www.srp.ro

⁵ На основе компилированной обратной связи от Майкла Стейнберга (Michael Steinberg), президента ATTUD. Апрель 2013 года.

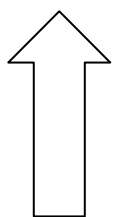
консультирование, которое является нейтральной практикой (предотвращает плохую практику) (Рисунок 2).

Если потребление табака и табачная зависимость воспринимаются правильно, т.е. как болезнь, курильщики с табачной зависимостью нуждаются в медицинской помощи по прекращению курения. Это обеспечивается лечением табачной зависимости, которое проводит профессиональный работник здравоохранения. Такая медицинская помощь включает диагностику хронического потребления табака и табачной зависимости. За этим следует, как и в отношении любой другой болезни, регулярное лечение для достижения ремиссии потребления табака, и лечение хронической табачной зависимости.

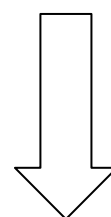
Рисунок 2: Хорошая, нейтральная и плохая практика при оказании помощи курильщикам по прекращению курения

Заботиться о всех курильщиках

Хорошая практика



**Минимальное
консультирование**
Нейтральная практика



Плохая практика
Ничего не делать

В заключение отметим, что при курении табака человек не только вводит никотин в собственный организм, поддерживает или усиливает табачную зависимость, но и подвергает себя риску многочисленных тяжелых болезней, многие из которых приводят к смерти, будучи вызваны содержащимися в табаке ядами. Чем раньше начато лечение табачной зависимости, чем раньше пациент прекращает курение, пероральное потребление табака и вдыхание табачного дыма, тем больше выгоды для здоровья пациента. Табачную зависимость следует лечить без промедления у всех курильщиков, вплоть до достижения ремиссии в потреблении табака.

1.2. Определения, классификации, термины и конкретные объяснения

1.2.1. Табачная зависимость: приобретенное заболевание, переносчиком которого является табачная промышленность

Табачная зависимость является пристрастием к табаку, вызываемым наркотиком никотином. Курильщик, страдающий табачной зависимостью, не может прекратить потребление табака, несмотря на то, что это наносит ему / ей вред. В то время как никотин, содержащийся в табаке, вызывает никотиновую зависимость, токсические эффекты, в основном, обусловлены другими веществами, содержащимися в табачном дыме.

Причина, по которой лица, потребляющие табак ежедневно, по крайней мере, в течение нескольких недель, не могут легко прекратить курение, - зависимость, главным образом, в связи с никотином, содержащимся в табаке. Вдыхаемый никотин является наркотиком, способен вызвать зависимость такой же силы, как героиновая или кокаиновая, или даже сильнее.

Потребители табака, которые начали курить в подростковом возрасте, как правило, имеют более сильную зависимость, чем начавшие потреблять табак, будучи взрослыми. Никотин, вещество с психо-активными свойствами, создает тягу к сигаретам, сигарам, трубкам, лишая курильщиков способности легко прекратить курение, и заставляет

курильщиков переживать физические и психологические симптомы при воздержании от курения.

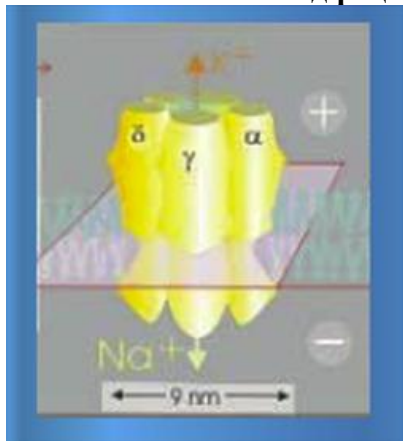
1.2.2. Механизм индукции табачной зависимости

При вдыхании, никотин достигает артериального кровообращения головного мозга через легкие через семь секунд. Здесь никотин фиксируется на специфических ацетилхолиновых рецепторах (в основном $\alpha 4 \beta 2$ никотиновые рецепторы в центральной нервной системе, в дофаминовой области вознаграждения (Рисунок 3).

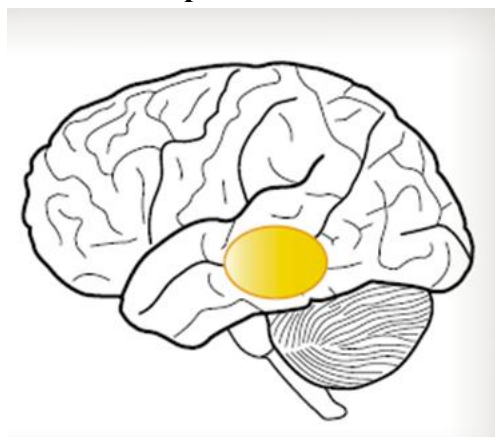
Каждая выкуренная сигарета немедленно уменьшает тягу, но снижает чувствительность рецепторов никотина и увеличивает их количество, тем самым усиливая тягу к следующей сигарете. Это стимулирование, вызванное потреблением табака, запускает хроническое потребление.⁶

После вдыхания никотина, в *nucleus accumbens* и *locus coeruleus* (Рисунок 3) происходит увеличение концентрации норадреналина, определяющее ощущения психо-когнитивной стимуляции, которые человек воспринимает как приятные, особенно, когда это происходит в условиях тяги (первый опыт курения сигарет, как правило, неприятный).

Рисунок 3: Рецептор никотина в клеточной мембране: nucleus accumbens головного мозга и вид рецептора никотина на мембране



Трансмембрана никотинового рецептора



Как и при других зависимостях, никотиновая зависимость вызывает толерантность.⁷ Во время фазы инициации табачной зависимости, курильщику приходится увеличивать количество вводимого никотина, чтобы воссоздать ощущения той же силы. Дофамин является главным нейротрансмисмитером, вовлеченным в положительное подкрепление, вызываемое никотиновой стимуляцией вышеназванных центров головного мозга, и является ключевым биохимическим фактором в развитии симптомов отмены и рецидива.⁸

После начального периода адаптации, курящий человек нуждается в своей индивидуальной дозе никотина для достижения нейтрального состояния ощущений и предотвращения симптомов отмены. Эта морфологическая адаптация, происходящая в центральной нервной системе, соответствует развитию физической зависимости.⁹

1.2.3. Никотин - не единственный водитель табачной зависимости

Более того, помимо физической зависимости, повторное потребление табачных изделий может стать привычкой. Социальные контакты и ситуации, связанные с

⁶ Cornuz J., Humair J.-P., Zellweger J.-P., Desaccoutumance au tabac, Schwiz Med Forum, 2004; 4:334-339

⁷ По данным Тома Хоустон (Tom Houston). Апрель 2013 года.

⁸ По данным Тома Хоустон (Tom Houston). Апрель 2013 года.

⁹ Cornuz J., Humair J.-P., Zellweger J.-P., Desaccoutumance au tabac, Schwiz Med Forum, 2004; 4:334-339

определенной повседневной активностью, могут подкреплять потребление табака. Через некоторое время, такое поведение закрепляется в повседневной жизни. Когда, по разным причинам, невозможно удовлетворить тягу к курению, могут возникнуть симптомы отмены никотина, к которым относятся нервозность, возбуждение, и даже агрессивность.

Если курящий человек прекращает курить, у него может развиваться синдром отмены. Такие реакции являются следствием физической зависимости, а также психологической. Никотиновая зависимость имеет два компонента: физическая зависимость¹⁰ и психологическая зависимость.

Для оказания поддержки пациенту при синдроме отмены никотина, требуются как фармакологическое лечение для облегчения физических симптомов, так и поведенческая терапия с целью изменить отношение пациента к потреблению психоактивных веществ.

1.2.4. Никотиновая зависимость по данным ВОЗ

Человек считается никотин-зависимым, когда он/она имеет в анамнезе хроническое потребление со следующими характеристиками: потребляет психоактивное вещество, продолжает самостоятельно вводить психоактивное вещество, несмотря на воспринимаемые негативные последствия, имеет высокую толерантность к веществу и отмечает появление симптомов отмены при попытке прекратить потребление.¹¹

Никотиновая зависимость имеет многофакторную детерминированность, в которой главной особенностью является желание испытать фармакологические эффекты никотина, а также избежать возможных явлений отмены и условных связей, как положительных (никотин приводит к психоактивной стимуляции), так и отрицательных (отсутствие никотина приводит к дискомфорту).¹²

Согласно критериям, принятым ВОЗ в *Международной классификации болезней*, табачная зависимость включена в раздел *Психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением табака* и имеет код заболевания F17 (Таблица 3).

Синдромами зависимости называют кластер физических, психологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых потребление вещества (в данном случае табака) становится приоритетом для данного человека, а не другое поведение, которое в прошлом имело более высокую значимость для этого человека (смотрите раздел 1.5.1.).

Воздержание от никотина / табака (прекращение курения)

Воздержанием от табака считается отсутствие любого потребления табака, на протяжении, как минимум, шести недель (с момента прекращения потребления табака). Другими словами, если курильщик установил день прекращения курения, с полным прекращением курения, то срок исчисляется с этого дня. После прекращения курения, рецидив определяется как курение ≥ 7 сигарет в течение семи последовательных дней, или в течение двух недель подряд. Курение меньшего количества табака определяется как срыв. Для оценки прекращения и раннего рецидива, во всех случаях рекомендуется оценка воздержания в течение 6 месяцев.

Синдром отмены никотина

10 Cannon D.S., Baker T.B., Piper M.E., Scholand M.B., Lawrence D.L., Drayna D.T., McMahon W.M., Villegas G.M., Caton T.C., Coon H., Leppert M.F., Association between phenylthiocarbamide gene polymorphisms and cigarette smoking, *Nicotine Tob. Res.*, 2005 Dec., 7(6), 853-8

11 Trofor A., Radu-Loghin C., Fumatul de la obicei la boala - 101 întrebări despre fumat –ediția a 2-a revăzută și adăugită, Editura Tehnopress 2005

12 Benowitz N.L., Brunetta P.G.-Smoking Hazard and Cessation- in Murray & Nadel's-Textbook of Respiratory Medicine-Mason Broadbudd Murray, Nadel, 2005

Введение никотина в организм, в основном путем вдыхания, приводит к никотиновой зависимости. Когда никотин-зависимый человек перестает получать никотин, у него развивается синдром отмены никотина.

Таблица 3: Классификация табачной зависимости в классификации болезней ICD10CM ВОЗ (будет применяться в США с октября 2013 года, еще не одобрена в ЕС)¹³

Веб-сайт для справок

<http://www.icd10data.com>

Никотиновая зависимость F17

Исключает (другие конкретные коды)

- табачную зависимость в анамнезе (Z87.891)
- потребление табака NOS (272.0)
- потребление табака (курение) во время беременности, родов и послеродовом периоде (O99.33-)
- токсический эффект никотина (T65.2-)

F17 Никотиновая зависимость

F17.2 Никотиновая зависимость

F17.20 Никотиновая зависимость, неуточненная

F17.200 неосложненная

F17.201 в ремиссии

F17.203 никотиновая зависимость неуточненная, с отменой

F17.208 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.209 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

F17.21 Никотиновая зависимость, сигареты

F17.210 неосложненная

F17.211 в ремиссии

F17.213 с отменой

F17.218 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.219 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

F17.22 Никотиновая зависимость, жевательный табак

F17.220 неосложненная

F17.231 в ремиссии

F17.243 с отменой

F17.258 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.229 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

F17.29 Никотиновая зависимость, другие табачные продукты

F17.290 неосложненная

F17.291 в ремиссии

F17.293 с отменой

F17.298 с другими расстройствами, вызванными никотином

F17.299 с неуточненными расстройствами, вызванными никотином

Симптомы отмены никотина вызывает внезапное прекращение поступления никотина. Отмена никотина может проявляться в течение первых четырех - двенадцати часов после прекращения курения. Среди симптомов отмены:

- острая / неконтролируемая потребность курить (тяга);
- раздражительность;
- чувства беспокойства, гнева, тревоги;
- усталость;
- повышенный аппетит, особенно на сладкое и, как следствие, увеличение массы тела;
- проблемы с концентрацией и сосредоточением памяти;

¹³ <http://www.icd10data.com/>

- депрессия;
- головные боли;
- бессонница;
- головокружение.

Эти симптомы различаются у разных людей. Некоторые курильщики ощущают отмену сильнее, чем другие. Все эти проявления носят временный характер, достигая максимальной силы в первые 24 - 72 часа, и ослабевают в последующие три-четыре недели.

Симптомы отмены никотина представляют собой сумму всех изменений, вызванных резким прекращением поступления никотина. Эти изменения создают особенные затруднения в первые две-шесть недель, и должны сопровождаться квалифицированной медицинской помощью и психологической поддержкой. Таким образом, лучшая стратегия, рекомендуемая всеми руководствами по прекращению курения для лечения никотиновой зависимости, предусматривает сочетание медикаментозного лечения с психо-поведенческой терапией.¹⁴

КуриТЕЛЬНЫЙ статус

КуриТЕЛЬНЫЙ статус является способом классификации людей, в зависимости от их отношения к курению. Некоторые стандартные вопросы считаются полезными при оценке куриТЕЛЬНОГО статуса. Среди них следующие:

1. Вы курили когда-нибудь?
2. Сколько сигарет вы выкурили за Вашу жизнь? Больше или меньше, чем 100 штук? (100 сигарет = 80 г табака, так как 1 сигарета содержит 0,8 г табака)
3. Вы курите каждый день / в определенные дни / в конкретных ситуациях? В каких ситуациях?
4. Сколько лет Вы курили?
5. Сколько сигарет (или других табачных изделий, например, трубок, сигар и т.д.) Вы обычно курите в день?

6. Сколько лет / месяцев назад Вы прекратили курение?

Практический метод определения куриТЕЛЬНОГО статуса пациента:

- ***Ежедневный курильщик*** - человек, который курит ежедневно, по крайней мере, на протяжении трех месяцев.
- ***Случайный курильщик*** - человек, который курил, но не ежедневно.
- ***Некурящий*** - человек, который выкурил менее 100 сигарет за свою жизнь (или 100 граммов табака, в случае курения трубки, сигар и других табачных изделий).
- ***Бывший курильщик*** - человек, который прекратил курение, по крайней мере на шесть месяцев.

1.3. Курение - хроническое рецидивирующее заболевание

1.3.1. Развитие табачной зависимости

Как показано выше, курение, определяемое как хроническое потребление табака (эквивалентные термины - табачная зависимость или никотиновая зависимость) является болезнью, а не привычкой. Кроме того, никотиновая / табачная зависимость является хроническим патологическим состоянием рецидивирующей природы, которое приобретается, в основном, в подростковом возрасте.

Табачная зависимость имеет много характеристик хронической болезни: большинство курильщиков продолжают потреблять табак в течение многих лет или

¹⁴ Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. Addictive Behaviors. 1999;24:155–166

десятилетий, и переживают рецидивы, несмотря на то, что им, возможно, удавалось прекратить курение на короткий или более длительный период времени (Рисунок 4).

1.3.2. Лечение табачной зависимости у прекративших потребление табака

При табачной зависимости, возможно, потребуются постоянные и повторные терапевтические вмешательства, а также долгосрочное последующее наблюдение, пока не будет достигнута ремиссия.^{15 16}

Понимание хронического характера этой зависимости ведет к необходимости долгосрочного наблюдения, а не просто вмешательства, осуществляемого во время острых стадий.

Поэтому, после рецидива может потребоваться несколько курсов фармакологического лечения, иногда с чередованием разных препаратов, а также обучение пациентов и предложение им психо-поведенческой поддержки, чтобы избежать риска рецидива, который может препятствовать новым попыткам прекращения курения или блокировать их. Пока не предложено эффективное лечение табачной зависимости у воздерживающегося курильщика. Статус бывшего курильщика не является надежной гарантией завершения табачной зависимости (Рисунок 4).

Рисунок 4: Развитие потребления табака и табачной зависимости. Инициация потребления табака начинается в подростковом возрасте; через несколько месяцев или лет развивается и, вероятно, сохраняется до конца жизни, табачная зависимость; прекращение курения может произойти, но курильщик не станет некурящим, останется бывшим курильщиком¹⁷ (надпись на корабле: Табачная (никотиновая) зависимость).



Хотя многие врачи могут лечить пациентов с хроническими заболеваниями, такими, как сахарный диабет, артериальная гипертензия, ХОБЛ, и т.д., они чувствуют себя менее комфортно, когда дело доходит до лечения табачной зависимости, поскольку врачи игнорируют тот факт, что табачная зависимость является хроническим заболеванием. Подход к курению, как к хроническому заболеванию, ускоряет лечебный процесс, увеличивает вероятность успеха фармакотерапии, направленной на прекращение курения, и сокращает рецидивы.

¹⁵ Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. Addictive Behaviors. 1999;24:155–166

¹⁶ По данным Майкла Стейнберга (Michael Steinberg), президента ATTUD. Апрель 2013 года.

¹⁷ По данным Майкла Стейнберга (Michael Steinberg), президента ATTUD. Апрель 2013 года. «Этот рисунок интересный, но его надо сделать более ясным. Мы полагаем «курильщик» находится в синей части и «бывший курильщик» в части прекращения? Почему рецидив и прекращение накладываются друг на друга?»

Мы рекомендуем всем практикующим специалистам, которые помогают пациентам, определенным как курильщики, подходить к потреблению табака и табачной зависимости, как к хроническому рецидивирующему заболеванию и определять это заболевание медицинским понятием «табачная зависимость».

1.4. Регулярное выявление курильщиков является обязательным в современной медицинской практике

Для достижения самых лучших показателей прекращения курения, всех курильщиков необходимо систематически выявлять при любых медицинских контактах, независимо от того, пришел ли пациент на консультацию по поводу связанных с табаком болезней, или нет. Наилучшие возможности для этого имеются во время случайных или ежегодных посещений врача, так как большинство людей посещают своего семейного врача или врача общей практики по крайней мере, один раз в год, или регулярно / изредка посещают стоматолога или другого врача или профессионального работника здравоохранения, по различным причинам, связанным со здоровьем, или по иным причинам. Все врачи, независимо от их специальности, должны использовать эти контакты, для выявления курильщиков и организации лечения по прекращению курения.

Клиническая оценка потребления табака является обязательным действием медицинского работника и должна получить статус стандартной меры.

Настоящие Рекомендации предлагают фиксировать курительный статус и другое потребление табака, в медицинской документации пациента, например, при госпитализации или выписке, в направлениях, результатах лабораторных исследований и т.д. Это предложение основано на мета-анализе девяти рандомизированных исследований влияния скрининга на потребление табака и показатели прекращения курения. Кроме того, в обзоре, опубликованном в 2009 году, МакКалоу (McCullough) и соавт. показали, что число больных, зарегистрированных для получения консультаций по прекращению курения было выше, если врачи систематически опрашивали пациентов о потреблении табака и составляли план прекращения потребления табака.

1.5. Оценка / диагностика потребления табака и зависимости

Оценка курильщиков - процесс, состоящий из клинической и биологической оценки воздействия табачного дыма, оценки табачной зависимости, оценки психоповеденческого профиля и последствий потребления табака.

1.5.1. Клинический диагноз потребления табака и зависимости

Клинический диагноз учитывает:

Курительный статус

Курительный статус (некурящий, бывший курильщик, случайный курильщик, курящий ежедневно, потребитель перорального табака), как показано в Главе 4.

Тип потребляемых табачных изделий

Тип потребляемых табачных изделий дает представление об уровне зависимости, так как никотиновая зависимость является более тяжелой у потребителей сигарет, по сравнению с теми, кто потребляет сигары, трубки, кальяны, электронные сигареты или пероральный табак.

Потребление табака

Потребление табака может быть определено как:

– количество выкуриваемых сигарет в день;

– количество пачек сигарет / лет (количество пачко-лет - ПЛ). Это результат умножения числа пачек сигарет, выкуриваемых в день, на количество лет курения (например, если кто-то курит 15 сигарет в день в течение 15 лет, получается $15 \times 15 / 20 = 11,2$ ПЛ).

Оценку табачной зависимости

Табачная зависимость может быть диагностирована в соответствии с определением ВОЗ. Табачная зависимость определяется наличием по крайней мере 3 из 7 критериев этого определения, если они присутствуют одновременно, в течение последних 12 месяцев

- сильное желание курить,
- затруднения в контроле количества потребляемого табака,
- симптомы отмены при сокращении или прекращении потребления табака,
- продолжение потребления, несмотря на очевидные вредные последствия,
- приоритет курения по отношению к другим видам деятельности,
- высокая толерантность,
- физические симптомы отмены табака.

Тест зависимости от никотина Фагерстром (Fagerström) (Таблица 4) обеспечивает не только указание на наличие или отсутствие зависимости, но и дает определенное количество баллов, что имеет значительную ценность для клинической практики.

Таблица 4: Тест зависимости от никотина Фагерстрома (Fagerström) (ТЗНФ) (FTND)¹⁹

1. Как скоро, после Вашего пробуждения, Вы выкуриваете первую сигарету?
 - менее 5 минут (3)
 - 6 – 30 минут (2)
 - 31 – 60 минут (1)
 - более 60 минут (0)
2. Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено (например, в церкви, кинотеатре, поезде, ресторане и др.)?
 - да (1)
 - нет (0)
3. От какой сигареты Вам было бы труднее всего отказаться?
 - от первой сигареты утром (1)
 - от всех остальных (0)
4. Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?
 - 10 и меньше (0)
 - 11 – 20 (1)
 - 21 – 30 (2)
 - 31 или более (3)
5. Курите ли Вы чаще, в первые часы после пробуждения, чем в остальную часть дня?
 - да (1)
 - нет (0)
6. Курите ли Вы также, когда Вы так больны, что основную часть дня проводите в постели?
 - да (1)
 - нет (0)

Пациент может непосредственно заполнять вопросник. Число баллов составляет от 0 до 10. Это позволяет точно оценить никотиновую зависимость, на этой основе будет разработано лечение:

- 0 – 3 балла: табачная зависимость низкая или отсутствует
- 4 – 6 баллов: средняя табачная зависимость
- 7 – 10: высокая табачная зависимость.

Чем выше суммарный балл теста, тем выше никотиновая зависимость у обследуемого человека. 4 балла или более указывают на необходимость применения фармакологического лечения, и предсказывают более серьезный синдром отмены.

¹⁹ Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159–182

Ключевыми являются вопросы 1 и 4: число сигарет, выкуриваемых в день, и время выкуривания первой сигареты после пробуждения утром. Эти два вопроса может задать врач во время консультации. Они составляют короткую версию теста, с числом баллов от 0 до 6, с теми же значениями для оценки, как и ТЗНФ.

Для углубленной оценки синдрома никотиновой зависимости, уместно описать как можно точнее все аспекты и более тонкие механизмы мотивации, способствующей зависимости, такие как: толерантность, положительные и отрицательные условия, процессы противодействия, эффект вознаграждения, социальные навыки. Однако, такую оценку выполняют не в стандартном порядке, а только в специализированных центрах.

Такая оценка возможна с помощью нескольких инструментов, в том числе Шкалы синдрома никотиновой зависимости (NDSS)²⁰ и Висконсинского перечня причин табачной зависимости (WIRTD).

Таблица табачной зависимости (TDT) - еще одна шкала для самостоятельного измерения, разработана для характеристики критериев табачной зависимости APA–DSM IV2. Согласно этой таблице, 0 означает отсутствие симптомов табачной зависимости, а 1 удостоверяет критерии табачной зависимости.

1.5.2. Анализ предыдущих попыток прекращения курения

Для анализа предыдущих попыток прекращения курения, используется ряд вопросов о количестве попыток прекращения, самом длительном периоде прекращения курения, о ранее проводившемся лечении по прекращению курения, и о том, что включало в себя это лечение, об истории симптомов отмены, о любых факторах риска рецидива, о положительных моментах, отмеченных в период воздержания. Эти особенности важны для прогнозирования успеха лечения или факторов риска неудачи, а также для соблюдения режима лечения и способности пациента к преодолению симптомов отмены никотина.

1.5.3. Мотивация к прекращению курения

Мотивация курильщика к прекращению курения всегда приветствуется, и все профессиональные работники здравоохранения могут оценить мотивацию пациента с помощью прямых вопросов (см. Таблицу 5):

Таблица 5: Пример прямых вопросов для оценки мотивации к прекращению курения

- Желаете ли Вы прекратить курение (сейчас)?
- Если Вы решите прекратить курить, как Вы думаете, Вы добьетесь успеха? Какие Ваши шансы на успех, по Вашему мнению?
- Каковы Ваши причины желать прекратить курение?
- Как важно для Вас прекратить курение?

Для исследовательских целей может быть использована валидизированная шкала, такая как RFQ (Причины прекращения курения). Описание шкалы см. здесь.²¹

Согласно классической модели Дж.О. Прочаска и С.С. ДиКлемента (J.O. Prochaska and C.C. DiClemente) для количественного определения мотивации, психологический процесс прекращения курения проходит несколько стадий (Рисунок 5):

- *Пре-рассмотрение*: пациент полностью удовлетворен своим курительным поведением и не ощущает никакой необходимости в изменении; 2 APA–DSM IV:

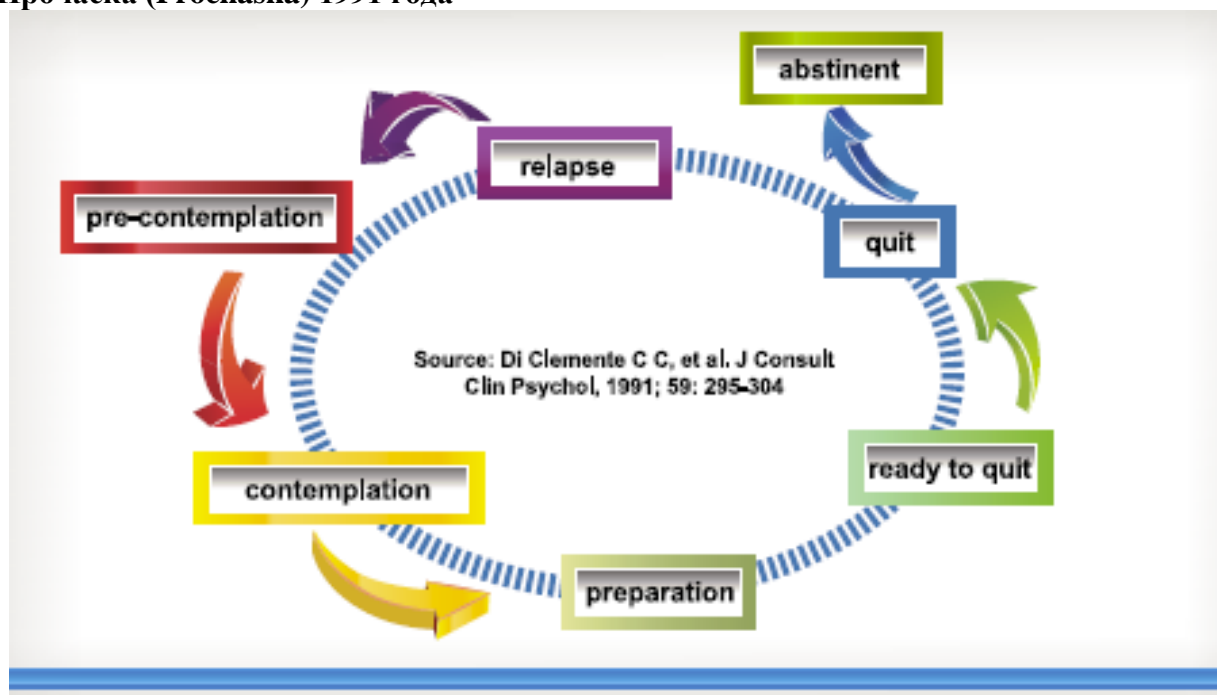
20 Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob. Res.*, 2004, Apr., 6(2), 327–48

21 David McDonald D., O'Brien J., Farr E., Haaga D.A.F. Pilot study of inducing smoking cessation attempts by activating a sense of looming vulnerability. *Addictive Behaviors* 35 (2010) 599–606

Психиатрическая ассоциация - Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам;

- *Рассмотрение*: пациент ощущает необходимость перемен, но не настолько сильно, чтобы подтолкнуть себя к действию или составлению плана действий;
- *Подготовка*: пациент решил попробовать изменить свое курительное поведение и готов к этому изменению в ближайшем будущем;
- *Действие*: пациент начинает попытку прекращения курения.

Рисунок 5: Стадии к подготовке изменения, в соответствии с моделью Прочаска (Prochaska) 1991 года



Надписи: На 12 часах: рецидив. По часовой стрелке: воздерживающийся, прекращение, готовый к прекращению, подготовка, рассмотрение, пре-рассмотрение.

Врачи могут не «инициировать» прекращение потребления табака, однако, они должны обсуждать и поощрять прекращение потребления табака во всех случаях. Поощрение со стороны врача определенно является одним из факторов, ведущих в конечном счете к прекращению потребления табака.²²

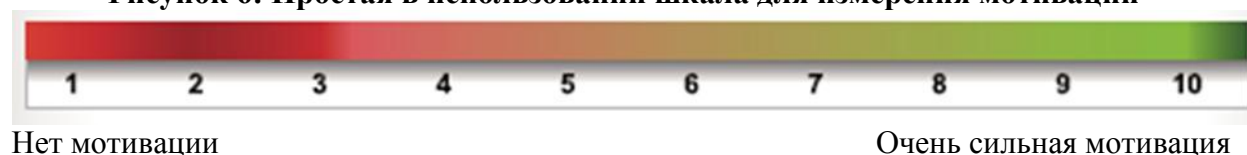
Нет точных приборов для измерения мотивации, но может оказаться очень полезной шкала от 1 до 10 баллов, с помощью которой пациенты могут самостоятельно оценить, где именно они находятся, в зависимости от их собственных ответов на вопросы о мотивации к прекращению курения, (см. Рисунок 6). Есть некоторые опубликованные инструменты для измерения мотивации, в частности, RMQSQ из 11 пунктов (Вопросник готовности и мотивации к прекращению курения).

Курильщикам с сопутствующими заболеваниями, и пациентам с табачной зависимостью, профессиональные работники здравоохранения должны сообщить о решении провести лечение табачной зависимости, для достижения ремиссии курения. Как и в отношении всех решений в медицине, пациент может свободно отказаться от лечения, но профессиональный работник здравоохранения должен предложить лечение по прекращению курения с такой же убедительностью, с какой он предлагает лечение диабета или гипертонии.

²² По данным Тома Хоустона (Tom Houston). Апрель 2013 года.

Профессиональные работники здравоохранения должны обсуждать потребление табака у пациентов, которые не имеют никотиновой зависимости.²³

Рисунок 6: Простая в использовании шкала для измерения мотивации



В каждом конкретном случае и в зависимости от имеющихся ресурсов, клиническая оценка курильщика должна дополняться выполнением психологического и мотивационного опроса. Эти рабочие инструменты будут обеспечивать дополнительные элементы характеристики психо-поведенческого профиля пациента, тем самым увеличивая вероятность успеха. При этом мотивационное интервью является частью лечения.

1.5.4. История болезни пациента, не имеющего психических заболеваний

История болезни пациента имеет значение при выборе варианта лечения, в отношении любого лекарственного взаимодействия или несовместимости в связи с сопутствующими расстройствами / заболеваниями.

Сердечно-сосудистые, травматические, кожные, инфекционные и др. заболевания также могут требовать осторожности при назначении медикаментозного лечения по прекращению курения; поэтому необходимо отметить их наличие в медицинской документации курильщика.

1.5.5. История тревожности и депрессии пациента

Как правило, депрессия и тревожность являются наиболее частыми состояниями, описанными у тяжелых курильщиков. Очень часто наличие таких синдромов заставляет проявлять осторожность, или повышает озабоченность побочными эффектами лечения по прекращению курения. Чтобы лучше лечить курильщиков с депрессией, врач может количественно определить депрессию и дисфорию, с помощью двух простых вопросов:

• Вы чувствовали себя грустным, подавленным, отчаявшимся в течение прошедшего месяца?

• Было ли у Вас, в течение прошедшего месяца, ощущение, что Вы занимаетесь делами без удовольствия и интереса?

Утвердительный ответ на оба вопроса может быть истолкован, как сильный признак наличия депрессии. Другой, еще более быстрый способ количественного определения депрессии – задать только один вопрос:

- *Было ли Вам грустно в течение большинства дней за последние две недели?*

Если ответ «да», мы снова можем считать, что курильщик находится в депрессии. Эта ситуация лучше всего применима к курящим пациентам с инсультом в анамнезе. Также известны более сложные тесты для оценки уровня депрессии, в том числе:

- Шкала тревожности и депрессии,
- Подшкала депрессии Хамилтон (Hamilton)²⁵,
- Перечень оценки психических расстройств первичной помощи и депрессии Бек

(Beck).

²³ По данным Тома Хоустона (Tom Houston). Апрель 2013 года.

25 Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. [Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 66: 255-263

1.5.6. Контрацепция

Также очень важно проверить физиологическое состояние у женщин (беременность, кормление грудью, методы контрацепции и т.д.), чтобы эффективно организовать прекращение курения. Варианты лечения в этой группе пациентов могут отличаться.²⁶

1.5.7. Лабораторная диагностика табачной зависимости

Оценка курительного статуса, как определено на основании клинических критериев, также включает биохимические лабораторные тесты для определения биомаркеров воздействия табачного дыма, таких как концентрация окиси углерода в выдыхаемом воздухе и уровень котинина (результата процессов метаболизма никотина).

Окись углерода (CO)

CO – самый простой биомаркер для мониторинга; в отсутствие CO в окружающей среде, он измеряет потребление табака. Концентрация CO в организме курильщика может быть определена путем выдоха курильщика в анализатор окиси углерода. CO измеряется в ppm (частях на миллион). Эта единица измерения, может быть преобразована в эквивалент карбоксигемоглобина, с помощью современного оборудования (Рисунок 7).

Рисунок 7: Приборы для мониторинга окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе



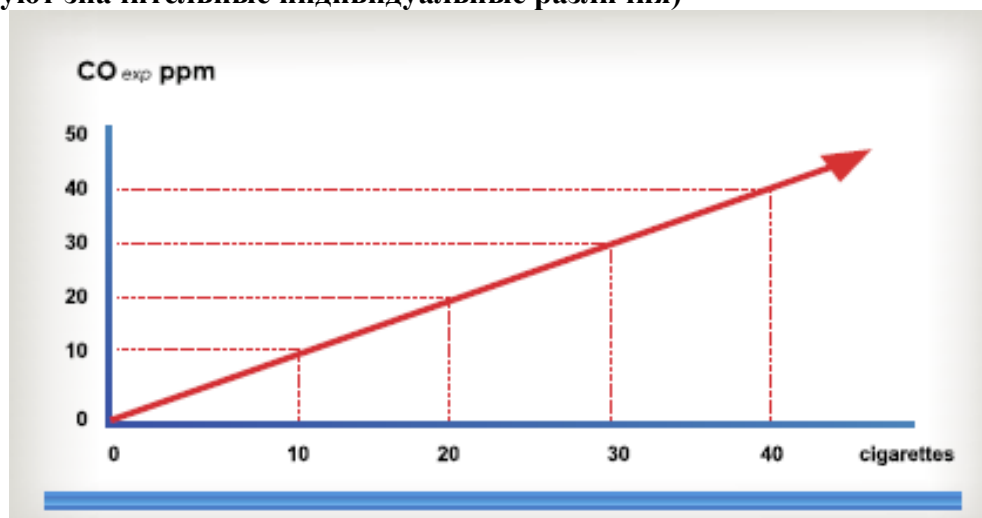
В норме, концентрация угарного газа в выдыхаемом воздухе у некурящего человека не должна превышать 4 ppm. Напротив, уровень CO в воздухе, выдыхаемом курильщиком, может достигать 10-20 ppm (т.е. 2-5% карбоксигемоглобина). Большинство некурящих имеют CO_{exp} < 5 ppm, большинство курильщиков имеют более, чем 10 ppm, причем этот показатель увеличивается вместе с дозой (Рисунок 8). Лучшее пороговое значение для отделения курильщиков от некурящих составляет 7 ppm. Это измерение является очень полезным при объективной оценке воздержания от курения, в течение периода последующего наблюдения. Например, если пациент, получающий фармакотерапию для прекращения курения, заявляет, что не курил в предыдущие дни, однако концентрация CO у него больше 3 ppm, это может означать наличие факта недавнего воздействия табачного дыма, или то, что пациент не сообщает свой истинный курительный статус.

²⁶ По данным Тома Хоустона (Tom Houston). Апрель 2013 года.

В недавнем исследовании (2011 года), предлагается выбрать более низкое пороговое значение (5 ppm), когда речь идет о регионах с сильными законами по освобождению от курения.²⁷

Для получения очень точного истолкования значений этого теста, следует отметить, что период полураспада СО составляет около 4-6 часов; в то же время уровень СО также зависит от физической нагрузки. Кроме того, в течение 24 часов после последней выкуренной сигареты, уровень СО в выдыхаемом воздухе достигает нормальных значений. Это объясняет, почему концентрация СО в первой половине дня (после нескольких часов сна без курения), как правило, ниже. По этой причине, рекомендуется измерять СО во второй половине дня, когда этот тест будет представлять собой более верный биомаркер воздействия табака.

Рисунок 8: Соотношение между количеством сигарет и уровнем СО в выдыхаемом воздухе (результаты кампании HELP ЕС; обратите внимание, что существуют значительные индивидуальные различия)



Надписи: по оси абсцисс: число сигарет, по оси ординат: содержание угарного газа в выдыхаемом воздухе

В клинической практике, высокие значения СО следует объяснить пациенту, как доказательство влияния курения на сердечно-сосудистую функцию, в то время как нормализация значений СО покажет курящему пациенту, что его организм очищается от этого яда. Быстрый переход СО к нормальным значениям призывает курильщика продолжить воздержание от курения. Таким образом, значения СО снижаются на каждом последующем посещении, и это поддерживает попытку прекращения курения. С другой стороны, бывают ситуации, когда концентрация СО может быть выше, чем ожидалось, например, у курильщиков с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). У этих пациентов, более высокий уровень СО объясняется либо образованием СО в результате хронических воспалительных процессов в дыхательных путях при ХОБЛ, или просто более интенсивным курением, описанным у этой категории больных. Кажется, что они, в основном, как правило, курят больше, а также имеют особый способ вдыхания табачного дыма, который приводит к увеличению уровня СО в выдыхаемом воздухе.²⁹

27 Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*. 2011 Jul;106(7):1325-34. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03441.x. Epub 2011 May 27

29 Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005; 100: 159–167

Измерение СО имеет большое значение для лечения, потому что пациент может оценить, как прекращение курения снижает отравление окисью углерода, улучшает насыщение организма кислородом (HbCO), и улучшает соблюдение режима лечения. При этом, поставщик медицинских услуг может изменять лечебное вмешательство, проверяя соблюдение пациентом программы лечения. Таким образом, каждый центр по прекращению курения должен быть оборудован анализатором СО.³⁰

В литературе показана полезность мониторинга окиси углерода, помогающего протоколам сокращения вплоть до прекращения. Профессиональный опыт подчеркивает важность этого. Количественное определение сокращения потребления курения табака с помощью мониторинга СО может вовлекать намного, намного больше курильщиков, объективно подкрепляет усилия курильщика, направленные на сокращение потребления табака, и увеличивает число курильщиков, которые достигают полного воздержания от табака.^{31 32}

Котинин

Котинин является основным продуктом метаболизма никотина. Путем мониторинга его концентрации в организме, можно оценить воздействие табачного дыма на человека. Период полураспада никотина составляет около двух часов; однако концентрация никотина может меняться в зависимости от времени дня, когда была выкурена последняя сигарета. В свою очередь, котинин имеет период полураспада 15-20 часов. Его можно измерять в крови, волосах, слюне и моче. Концентрация котинина в плазме <15 нг / мл, рассматривается как доказательство статуса некурящего. У курильщиков, котинин плазмы составляет около 200 нг / мл, но может достигать до 1000 нг / мл, в зависимости от интенсивности курения. Использование уровня котинина для корректировки лечения не более эффективно, чем использование мониторинга клинических симптомов для корректировки терапевтической дозы.³³ Таким образом, оценка котинина обычно не используется в качестве инструмента для мониторинга прекращения курения в общей клинической практике.

Полезность биомаркеров

Следует отметить мониторинг таких биомаркеров при сокращении курения, в связи с его актуальностью. Основываясь на анализе 13 исследований, направленных на снижение количества выкуриваемых сигарет в день, с помощью никотин-заместительной терапии, в большинстве случаев сделан вывод, что окись углерода и котинин в организме не уменьшаются пропорционально сокращению количества выкуриваемых сигарет в день.

Это правда, что сокращение числа сигарет выкуриваемых в течение дня, не приводит к линейному снижению уровня СО, однако, сокращение числа сигарет в день приводит к более низким уровням СО и может сигнализировать о сокращении потребления табака.³⁴

Это наблюдение привело к двум выводам:

30 Zagà V, Mura M, Invernizzi G. Monossido di Carbonio e fumo di tabacco/ Carbon Monoxide and tobacco smoke. Tabaccologia 2007; 4: 27-33

³¹ Bittoun R. Carbon monoxide meter: the essential clinical tool – the ‘stethoscope’ – of smoking cessation. Journal of smoking cessation. 2008 3(2), 69-70. DOI 10.1375/jsc.3.2.69

³² Shahab L. et al A randomized, controlled trial of adding expired carbon monoxide feedback to brief stop smoking advice: Evaluation of cognitive and behavioral effects. Health Psychology 2011, Vol. 30, No. 1, 49-57.

³³ Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. Addiction. 2011 Apr;106(4):833-43 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205047>

³⁴ Сообщение Мэтью П. Барса (Matthew P. Bars). Апрель 2013 года.

1. Согласованный мониторинг сокращения курения на основе определения СО и котинина невозможен;
2. При использовании заменителей никотина, чтобы помочь курильщикам прекратить курение, интерпретация уровня котинина неоднозначна, по причине дополнительного поступления никотина в связи с заместительной терапией.

Глава 2. Общие рекомендации по лечению потребления табака и табачной зависимости

В этой главе кратко представлены рекомендации по лечению потребления табака и табачной зависимости.

2.1. Потребление табака

Потребление табака в основном происходит за счет табачной зависимости, хронического заболевания, приобретаемого, как правило, в подростковом возрасте. Однако, все профессиональные работники здравоохранения должны рассматривать любое потребление табака (курение или жевание), как опасность для здоровья, даже при отсутствии табачной зависимости. Немногие взрослые люди курят только в связи с поведением, не имея табачной зависимости. Как правило, не имеющие зависимости курильщики начинают курить в конце жизни. Профессиональные работники здравоохранения должны информировать этих пациентов о риске для здоровья, связанном с курением, и должны дать им совет не потреблять табак, хотя это, небольшое, число потребителей табака, не нуждается в лечении. Профессиональные работники здравоохранения должны только информировать и консультировать таких пациентов, для предотвращения этих опасных действий. Профессиональные работники здравоохранения должны быть более активными в отношении подростков, которые курят, не имея табачной зависимости, потому что потребление табака в подростковом возрасте становится табачной зависимостью, ближе к завершению подросткового возраста.

2.2. Табачная зависимость как болезнь

Почти у всех взрослых курильщиков, двигателем курения является приобретенная в подростковом возрасте болезнь, табачная зависимость, которая является хроническим рецидивирующим заболеванием с ремиссиями, хотя потребление табака может быть прекращено, на короткий период времени или пожизненно, с значительной пользой для здоровья.

Курильщики, зависимые от табака, закуривают большую часть своих сигарет, как только снижается уровень никотина в головном мозге, через 30 - 60 минут после предыдущей сигареты. Двигателем потребления табака является не кора головного мозга, а скорее бессознательная часть головного мозга, не контролируемая волей (*accumbens nucleus*).

Как и при других заболеваниях, решение о лечении этой болезни является решением профессионального работника здравоохранения, после диагностики и оценки. Пациент может отказаться от лечения, однако профессиональные работники здравоохранения должны действовать, чтобы вылечить пациента от болезни, которая убивает половину пациентов, страдающих от нее. Так же, как медицинские работники проводят лечение сахарного диабета, артериальной гипертензии или любого другого хронического заболевания, так же профессиональные работники здравоохранения должны лечить табачную зависимость после установления диагноза.

Лечение по прекращению курения было подробно изучено, и имеются инструменты, чтобы помочь курильщикам и другим потребителям табака прекратить потребление табака. Были выполнены масштабные оценки лечения хронической табачной зависимости у бывших курильщиков после прекращения потребления табака. Нет валидизированных инструментов для выявления бывших курильщиков с высоким риском рецидива, и не предложено валидизированного лечения для предотвращения рецидивов в ситуациях высокого риска рецидивов, кроме продолжения лечения по прекращению курения и когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Необходимы новые исследования для оценки новых стратегий по лечению табачной зависимости у некурящих и для предотвращения рецидивов.

2.3. Прекращение курения

Ключевые компоненты успешного прекращения потребления табака (ремиссии) представляют собой сочетания санитарного просвещения, поведенческой поддержки и лекарств, однако, вероятность успеха зависит от подготовки и мотивации к прекращению курения, возраста, сопутствующих заболеваний и многочисленных личных факторов.

Более конкретные эффективные компоненты КПТ рассматриваются в других разделах рекомендаций. Просвещение необходимо, однако лечением является КПТ. Следует уделять больше внимания этим компонентам лечения, включая управление стрессом, постепенное снижение потребления, постановку цели, решение проблемы, понимание цикла пусковой фактор – тяга – реакция, само-мониторинг.¹

2.3.1. Лечебное просвещение

- Объясните болезнь табачной зависимости.
- Объясните причины закуривания сигареты.
- Объясните последствия курения для здоровья.
- Объясните преимущества прекращения курения.
- Объясните лечение по прекращению курения.
- Объясните управление хронической табачной зависимостью для предотвращения рецидива.
- Представьте инструменты, непосредственно доступные для курильщиков.

2.3.2. Поведенческая поддержка (КПТ)

- Определите поведенческие причины курения, долгосрочную и непосредственную стимуляцию.
- Повысьте мотивацию к прекращению курения и уменьшите страх перед прекращением курения и переходом в статус некурящего.
- Научите пациента, как справиться с эмоциями.
- Научите методике самопомощи при возникновении тяги.²
- Обсудите подходы к предупреждению ситуаций, которые могут привести к рецидиву курения.³

2.3.3. Имеющиеся лекарства

• Никотин-заместительная терапия доступна в форме трансдермальных препаратов (пластырей), в форме для перорального приема (жевательная резинка, пастилки, подъязычные таблетки, ингаляторы) и, в некоторых странах, в форме назального спрея. В настоящее время, дозировка является более гибкой, фиксированные комбинации используются редко, и, в основном, для увеличения дозы никотина, достигающей уровня никотина, получаемого из сигарет, используются сочетания пластыря и НЗТ пероральных препаратов.

• Варениклин является специфическим агонистом $\alpha_4\beta_2$ никотиновых рецепторов, используется в качестве монотерапии для прекращения курения. Его эффективность, по сравнению с плацебо, близка к эффективности комбинированной никотин-заместительной терапии в высоких дозах.

• Бупропион - препарат, использовавшийся первоначально для лечения психических расстройств, который показал эффективность при прекращении курения. Этот препарат можно сочетать с НЗТ.

- Нортриптилин и цитизин - дешевые лекарства, доступные в некоторых странах.

¹ По данным Майкла Стейнберга (Michael Steinberg), президента ATTUD. Апрель 2013 года.

² По данным О.А. Суховской. Апрель 2013 года.

³ По данным О.А. Суховской. Апрель 2013 года.

2.3.4. Прекращение потребления табака

Главной целью лечения является прекращение потребления табака.

- Прекращающим курение называется человек, добровольно не выкуливший ни одной сигареты в течение, по крайней мере, 24 часов.
- По возможности, необходимо вести мониторинг воздержания, одновременно с мониторингом СО в выдыхаемом воздухе.
- Для подтверждения воздержания, необходимо подтвердить, что содержание окиси углерода (СО) в выдыхаемом воздухе не превышает 7 ppm.

2.4. Лечение табачной зависимости после прекращения потребления табака

Табачная зависимость является хроническим заболеванием, с высоким риском рецидива после прекращения потребления табака. У половины новых бывших курильщиков, в течение последующего года развивается рецидив. Частота рецидивов выше в первые недели после прекращения потребления табака, поэтому в клинической практике рекомендуется долгосрочное последующее наблюдение, по крайней мере, на протяжении шести месяцев, а желательно - 12 месяцев, для того, чтобы подтвердить воздержание и охватить период высокого риска рецидива.

Даже после нескольких лет воздержания, риск рецидива остается высоким. Необходимы дальнейшие исследования для выявления лиц с высоким риском рецидива.

Тяга к табаку является основным фактором рецидива. Неконтролируемую тягу следует лечить с помощью усиленного консультирования (поддержки) и /или оптимизации фармакотерапии. Тягу и синдром отмены следует оценивать при каждом контакте с пациентом. Для лечения тяги, стандартное лечение может быть дополнено НЗТ в случае острых ситуаций, однако требуются новые исследования по оценке и новые эффективные методы лечения тяги. Тем не менее, данные свидетельствуют о том, что меры профилактики рецидива, вероятно, будут иметь высокую экономическую эффективность.

2.5. Профилактика рецидивов

После прекращения курения, рецидив определяется как курение ≥ 7 сигарет в течение семи последовательных дней, или в течение двух недель подряд. Курение меньшего количества табака определяется как срыв. (Для более конкретного определения в интересах клинической практики, пожалуйста, обратитесь к Разделу 4.1.5. *Критерии воздержания от табака для научной работы*).

После дня прекращения курения, лечение должно быть скорректировано, с учетом уровня тяги и риска рецидива. Существует настоятельная необходимость в проведении исследований, направленных на валидизацию соответствующих инструментов и процедур. Высокая оценка тяги является важным фактором при прогнозировании риска рецидива.

После срыва, приведенные ниже меры могут предотвратить рецидив или вывести пациента в ремиссию:

- увеличение интенсивности сеансов КПТ, по продолжительности времени, формату и количеству сеансов, поддерживает эффективность лечения;
- использование никотиновых пластырей на протяжении более 14 недель, с добавлением, когда это необходимо, НЗТ для острых ситуаций;
- продление применения варениклина с 12 до 24 недель;
- продление применения бупроприона;
- комбинации лекарств.

Глава 3. Краткие рекомендации по прекращению потребления табака

Все практические работники здравоохранения обязаны предоставлять минимальные рекомендации по прекращению курения, или конкретные рекомендации для конкретных пациентов. Отказ от решения проблемы потребления табака у курящего пациента является плохой практикой и усугубляет табачную зависимость у пациента.

3.1. Общие рекомендации

- Все врачи должны рекомендовать прекращение потребления табачных изделий всем потребителям табака. Научные данные свидетельствуют о том, что совет врача достоверно повышает показатели воздержания от курения (уровень научной обоснованности А).⁴

- Эффективность минимального совета является самой высокой при продолжительности вмешательства врача в 3-5 минут, что приводит к увеличению показателя долгосрочного воздержания от курения (уровень научной обоснованности А).

Четкие, но краткие консультации по прекращению курения, предоставленные любым поставщиком медицинских услуг, достоверно повышают показатели воздержания от курения. Анализ продолжительности контакта между врачом и пациентом для этой цели указывает, что минимальная консультация, предлагаемая различными врачами, увеличивает показатель долгосрочного воздержания от курения. Минимальные, краткие консультации оказывают существенное влияние на общественное здоровье в связи с большим числом курильщиков, которые ежегодно обращаются к врачам. Это относится ко всем профессиональным работникам здравоохранения, то есть врачам общей практики, семейным врачам, профпатологам, врачам-специалистам, хирургам, медицинским сестрам, акушеркам, зубным врачам. Доказано, например, что стоматологи и зубные техники могут эффективно оценивать и консультировать курильщиков для целей прекращения курения.

3.2. План вмешательства для медицинского персонала, участвующего в оказании помощи курильщикам

- Оценить курительный статус у каждого пациента, при каждом посещении врача.
- Оказать помощь всем курильщикам, которые хотят прекратить курение.
- Обеспечить тех, кто желает прекратить курение, специализированной консультацией.

- Всегда и везде, где возможно, направлять курильщиков в специализированную службу по прекращению курения или на телефонную линию по прекращению курения.

- Рекомендовать курильщикам с табачной зависимостью, желающим прекратить курение, использовать заменители никотина, или назначить лекарства, и предложить им конкретную информацию и советы по вопросам лечения и консультирования.

3.3. Рекомендации для врачей общей практики

- Все врачи общей практики или семейные врачи должны советовать всем курящим пациентам прекратить курить, и рекомендовать заменители никотина или другие лекарства. Рекомендуется отметить в медицинских документах пациента курительный статус и, в случае необходимости, направить пациента на специализированное лечение и консультирование (уровень научной обоснованности А).

- Семейные врачи и медицинские сестры должны обладать как теоретическими, так и практическими навыками, чтобы быть в состоянии предложить минимальный уровень противокурительного консультирования, а также оказать помощь при попытке

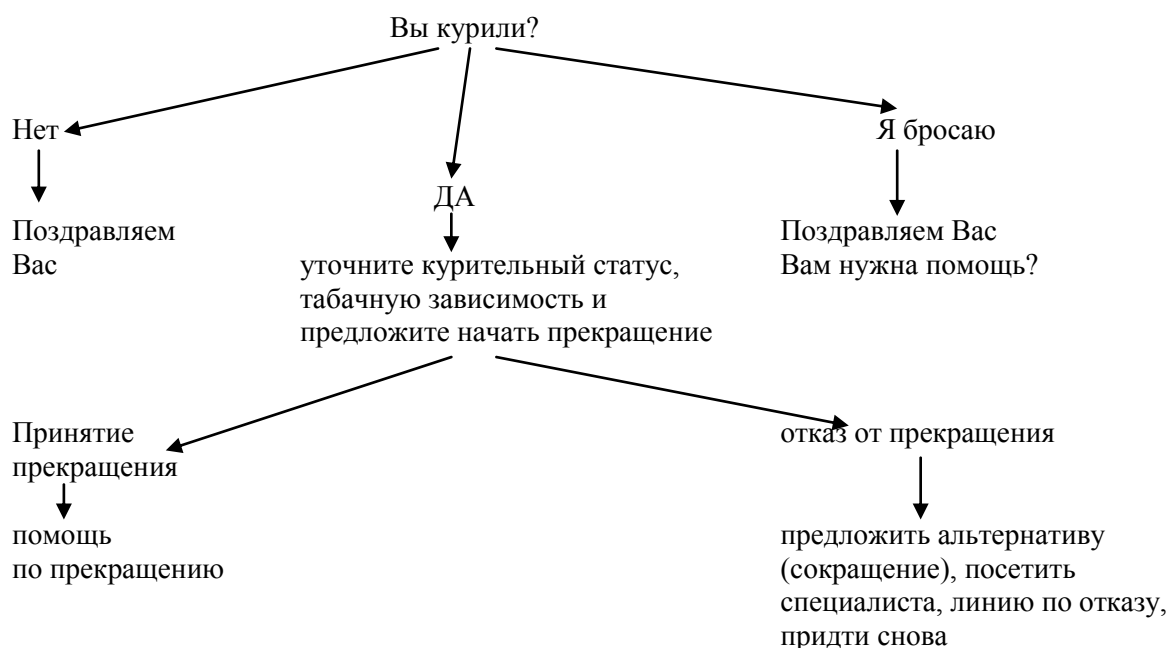
4 Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD000165.

прекращения курения, и рекомендовать соответствующее лечение (уровень научной обоснованности А).

- Курильщики, которые не могут прекратить курение с помощью первоначального стимула (собственная сила воли, краткий совет медицинского работника), должны получить специальное лечение, в качестве второго этапа. Эта стратегия пока еще не применяется повсеместно в современной практике, однако программа консультирования по прекращению курения должна быть начата как часть первичной медицинской помощи, и должна быть продолжена вмешательствами второй линии, в специализированном центре (уровень научной обоснованности С).

- Краткий совет дает курильщикам мотивацию к прекращению курения, когда такой мотивации нет, и в то же время, как было показано, повышает показатель прекращения курения. Многие курильщики не могут прекратить курение без медицинской помощи. По большей части, это тяжелые курильщики, которые имеют более высокий риск развития заболеваний, связанных с курением, и наибольшую потребность в квалифицированном лечении.

Рисунок 9: Минимальное консультирование в общей практике



3.4. Рекомендация для госпитализированных пациентов

- Рекомендуются, чтобы все категории медицинского персонала в больницах оценивали курительный статус всех госпитализированных пациентов, и предоставляли им минимальный совет по прекращению курения. Пациенты должны быть проинформированы о статусе больницы, свободной от табачного дыма (уровень научной обоснованности С).

- Госпитализированным больным, которые являются курильщиками, рекомендуется предоставить квалифицированную медицинскую помощь по прекращению курения (уровень научной обоснованности А).

3.5. Рекомендация для беременных

- Рекомендуются, чтобы все категории медицинского персонала, работающего с беременными (гинекологи, акушерки, медицинские сестры и врачи), оценивали курительный статус и предоставляли минимальный совет по прекращению курения всем курящим беременным. В данном случае, прекращение курения жизненно важно для

будущей матери, так как самое сильное неблагоприятное влияние курения отмечается во время второго и третьего триместров беременности (уровень научной обоснованности С).

3.6. Рекомендация для пациентов с плановой операцией

- Курение удваивает или утраивает риск осложнений, таких как нарушение заживления ран, инфицирование рубцов и других. Прекращение курения за 6 - 8 недель до операции снижает этот риск. Показано также, что прекращение курения после срочной операции и сохранение воздержания в течение 6 недель, почти в два раза снижает риск развития осложнений.⁵

- Очень важно информировать всех пациентов о необходимости прекратить курение до окончания процесса заживления (три недели для малой хирургии и три месяца для ортопедической хирургии) для того, чтобы преодолеть другие риски.

Профессор Анатолий Сергеевич Шидловский приводит клинический опыт академика РАМН А.В. Покровского, лидера в области реконструктивной хирургии кровеносных сосудов (Научно-исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского РАМН), который, во время посещения Нижнего Новгорода летом 2012 года сообщил, что курящих пациентов сначала лечат для прекращения курения, и только после этого направляют на операцию, так как курящие пациенты имеют много тяжелых осложнений после операции. А.В. Покровский опубликовал результаты наблюдения за больными после аорто-фemorальной реконструкции в зависимости от курительного статуса. 10-летняя выживаемость после операции у курящих пациентов составила 61%, у некурящих – 91%.⁶

5 Näsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2010 Jun;92(6):1335-42.

⁶ По данным А.С. Шидловского. Апрель 2013 года. А.В. Покровский. Значение сосудистой хирургии при профилактике и лечении осложнений атеротромбоза / Бюллетень АТЕП. Ежеквартальное издание Национального общества атеротромбоза 1 / 2004, с. 7 - 8.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ: ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Глава 4. Стандартные методы лечения при потреблении табака

4.1. Лечебные вмешательства при потреблении табака и табачной зависимости: основные этапы истории

4.1.1. Стандартный подход к прекращению курения

Ответственность всех работников здравоохранения

Потребители табака должны осознать тот факт, что польза для здоровья от прекращения курения является существенной, и прекращение курения снижает риск связанных с табаком заболеваний, замедляет прогрессирование существующих заболеваний, связанных с табаком, а также повышает ожидаемую продолжительность предстоящей жизни в среднем на 10 лет.¹ Обзор доступных руководств по прекращению курения² показал, что все они единогласно рекомендуют всем врачам и всем профессиональным работникам здравоохранения регулярно выявлять курильщиков и фиксировать курительный статус пациентов в их медицинских документах, в качестве стандартной процедуры, при каждом посещении.

Есть много проблем в клиническом лечении табачной зависимости. Практика многих врачей в отношении помощи курильщикам по прекращению потребления табака (Рисунок 2) была плохой, так как они не предоставляли всем своим курящим пациентам³ лечение по прекращению курения, при том, что только около 20% курильщиков готовы к попытке прекращения курения в любой момент времени.⁴ Кроме того, курильщики слишком часто не используют научно обоснованные процедуры. Провалом заканчиваются примерно 90% - 95% попыток прекращения курения без посторонней помощи. Наконец, распространено нарушение правил приема лекарств и консультирования, что снижает вероятность успешного прекращения курения. Пациенты, обычно, получают только около 50% от рекомендуемой дозы препарата и часто участвуют менее, чем в половине запланированных сеансов консультирования.⁵ Тем не менее, попытки прекращения курения без посторонней помощи могут привести к успеху, и врачи не должны деморализовать курильщиков, которые имеют сильное стремление прекратить курение без посторонней помощи.⁶ Нормальная реакция работника здравоохранения - пригласить пациента вернуться через несколько недель для обсуждения достигнутого успеха, или для анализа трудностей при начале попытки прекращения курения с помощью профессионального работника здравоохранения.

Лечение табачной зависимости следует включить в регулярное лечение в любом контексте здравоохранения (т.е. в первичной помощи, больницах, обеспечении психического и поведенческого здоровья, и т.п.). Это следует рассматривать как часть

1 Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, stop.smoking@wales.nhs.uk

2 Gratziou C., Review of current smoking cessation guidelines, Eur.Respir.Mon.,2008, 42, 35-43

3 Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG, Use of smoking-cessation treatments in the United States, Am J Prev Med 2008;34:102-11

4 National Cancer Institute, Cancer trends progress report — 2009/2010 update, <http://progressreport.cancer>

5 Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. Clin Ther 2008;30:1852-8

6 Pierce JP, Cummins SE, White MM, Humphrey A, Messer K, Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation: do we need to change policy? Annu Rev Public Health. 2012 Apr;33:341-56. Epub 2012 Jan 3

лечения, так чтобы система была ответственна за лечение, а не только отдельные клиницисты.⁷

Потребление табака как распространенная клиническая проблема, детально описано, включая рекомендации, и области неопределенности, М.С. Фиоре (M.C. Fiore) и Т.Б. Бейкером (T.B. Baker) (публикация 2011 года).⁸

Оценка готовности к прекращению курения

Врач обязан дать пациенту совет прекратить курение, оценить готовность пациента к прекращению курения, и помочь пациенту во время попытки прекращения курения. Врач делает это самостоятельно (если имеет соответствующую подготовку), или путем направления в специализированную службу по прекращению курения.⁹

Тридцать лет назад были описаны несколько, основанных на этапности, теоретических моделей поведения (Рисунок 5): предварительное рассмотрение (не намерены прекращать курение), рассмотрение (думают о прекращении курения), подготовка (планирование, чтобы прекратить курение в ближайшие 30 дней), действие (успешное прекращение на срок до 6 месяцев), поддержание (не курят в течение более шести месяцев).

Тогда предполагалось, что людям на этапе (пре-) рассмотрения, по сравнению с теми, кто находится на этапе подготовки или действия, потребуются вмешательства разных типов. Вмешательства, которые поддерживают людей при прекращении потребления табака, должны быть скорректированы с учетом стадии их готовности, и должны быть разработаны так, чтобы двигать их вперед через эти мотивационные этапы, в направлении успешного прекращения курения. Однако, у курильщиков, которые не готовы к прекращению курения, следует лечить табачную зависимость. На основании анализа 31 исследования по сравнению консультирования с вмешательством без посторонней помощи, с использованием этапов и без учета этапов, Кэхилл (Cahill) и соавт. выявили сопоставимые уровни эффективности. Таким образом, профессиональные работники здравоохранения должны лечить всех курильщиков с табачной зависимостью, для прекращения курения, независимо от стадии подготовки к прекращению курения. Для сравнения, врач не может принять решение не лечить пациента, страдающего от рака или диабета, заявляя при этом, что пациент должен быть мотивирован, прежде чем врач начнет лечение. Оказание практической медицинской помощи более эффективно, чем полный отказ от поддержки. Нет имеющихся доказательств, что мотивирование и лечение должны быть предоставлены только курильщикам, находящимся на этапах подготовки и действия.¹⁰

Алгоритм «5А»

Двадцать лет назад, практический план действий и эффективный подход в рамках стандартной стратегии по прекращению курения, основывались на осуществлении пяти простых действий (известных как 5А: спросите, дайте совет, оцените, помогите, организуйте последующее наблюдение). Методология 5А использовалась во всех видах вмешательств для прекращения курения - от первичной краткой консультации, до наиболее сложных, таких, как индивидуальное или групповое специализированное консультирование (Рисунок 10).

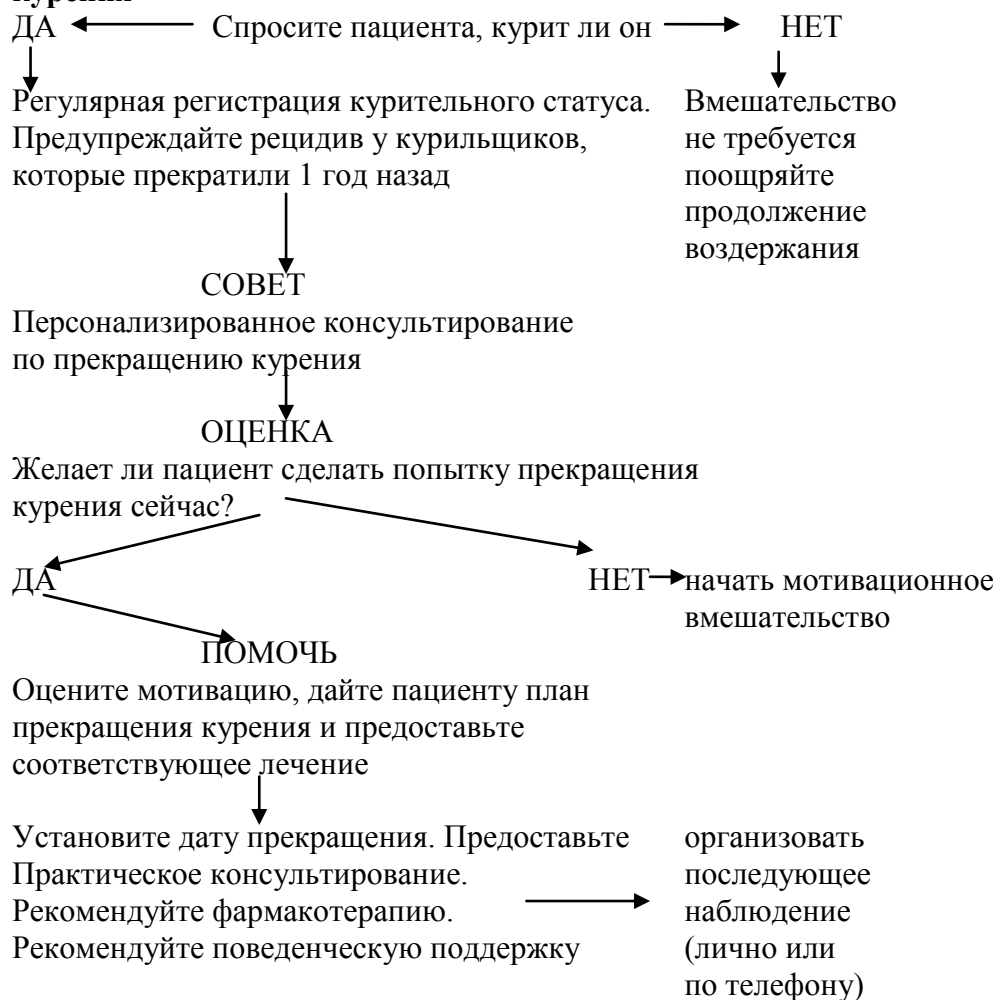
⁷ По данным Майкла Стейнберга (Michael Steinberg), президента ATTUD. Апрель 2013 года.

⁸ Fiore M.C., Baker T.B. Treating smokers in the health care setting. N Engl J Med 2011; 365: 1222-31

⁹ Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4

¹⁰ Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4

Рисунок 10: Алгоритм «5А» для помощи курильщикам при прекращении курения



Анализ готовности к прекращению курения

Профессиональные работники здравоохранения должны оказать помощь всем курильщикам, как мотивированным, так и немотивированным: все пациенты должны получить медицинскую помощь по прекращению курения. Как показано на Рисунке 11, в современной практике встречаются, в основном, четыре ситуации, в зависимости от курительного статуса и стадии мотивации.

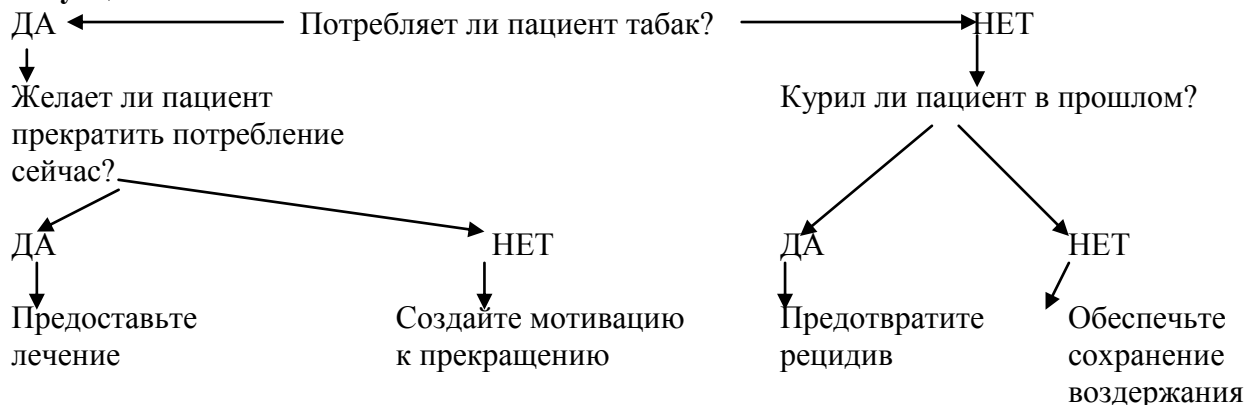
Для каждой из этих ситуаций, ниже приведены адекватные решения:

1. Потребителям табака, которые хотят прекратить курение на момент оценки, рекомендуется немедленно предоставить фармакотерапию и когнитивно-поведенческое консультирование.

2. У курильщиков, которые не хотят прекратить курение на момент оценки, рекомендуется использовать стратегии мотивационного интервью, чтобы поощрять прекращение / содействовать мотивации, направленной на прекращение / укрепление решения в направлении прекращения курения, и как можно скорее в ближайшем будущем. Мета-анализ 14 рандомизированных исследований показал, что, по сравнению с краткой консультацией или обычным лечением, мотивационное интервью увеличило показатель прекращения курения при наблюдении в течение шести месяцев, примерно на 30%. Показатели прекращения курения в двух исследованиях с участием врачей - консультантов (которые, как правило, получили ≥ 2 часов обучения), составили около 8%

при мотивационном интервью, по сравнению с 2% при использовании краткой консультации или обычного лечения.¹¹ Кроме того, показатели прекращения были выше, если курильщики участвовали в двух или более сеансах консультирования, а не в одном, и если такие сеансы продолжались более 20 минут.

Рисунок 11: Прекращение курения в современной практике – самые частые ситуации



Мероприятия, специально предназначенные для этой категории больных, доказали свою эффективность для повышения мотивации к прекращению курения. В Рекомендациях Службы общественного здоровья США 2008 года,¹³ использованы компоненты мотивационного интервью для разработки сокращенного вмешательства, которое проще применять. Эта стратегия консультирования «5R» сосредоточена на имеющихся у конкретного человека причинах прекращения курения, рисках, связанных с продолжением курения, вознаграждении за прекращение курения, и препятствиях для успешного прекращения курения, с повторением консультирования во время посещений в течение периода последующего наблюдения. В одном рандомизированном исследовании показано, что такие консультации (в сочетании с последующим предложением никотин-заместительной терапии), увеличили показатели прекращения курения по достижении шести месяцев (24% по сравнению с 4% в контрольной группе).

Стратегия «5R»

Стратегия «5R», применяемая у курильщиков, не желающих прекратить курение немедленно, включает:

- *Релевантность*: При обсуждении с пациентом, врач должен попытаться ответить на вопрос: "Почему прекращение курения важно для Вас в личном плане"
- *Риски*: Врач должен попытаться определить персонализированные потенциальные риски для здоровья курильщика, и выделить острые (обострения ХОБЛ) и долгосрочные (бесплодие, рак) риски.
- *Вознаграждение*: Врач должен показать пациенту личную выгоду от прекращения курения.
- *Препятствия*: Врач должен попросить пациента определить затруднения и препятствия, которые могут помешать успеху попытки прекращения курения.
- *Повторение*: Вмешательства по отказу от курения должны осуществляться снова и снова, всякий раз, когда врач определяет, что пациент недостаточно желает / готов прекратить курение.

11 Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation, Cochrane Database Syst Rev 2010; 1:CD006936

13 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

Вмешательства, которые направлены на повышение мотивации к прекращению курения¹⁴, обычно включают методы мотивационного интервью, такие как:

- Выражение сопереживания через использование открытых вопросов, использующих тему отношения к курению («Насколько важным Вы считаете прекращение курения для Вас лично?»)
- Использование методики рефлексивного выслушивания ("Итак, Вы думаете, что курение помогает Вам сохранить Вашу массу тела?")
- Поддержка права пациента отказаться от изменений ("Я понимаю, Вы не готовы прекратить курить прямо сейчас. Когда Вы захотите попробовать, я буду здесь, чтобы помочь Вам.")
- Развитие темы расхождения между текущим поведением пациента и личными ценностями ("Вы говорите, что Ваша семья имеет большое значение для Вас. Как Вы думаете, Ваше курение влияет на Ваших жену и детей?")
- Формирование приверженности к изменениям ("Мы собираемся помочь Вам избежать сердечного приступа, который был у Вашего отца".)
- Отношение сопереживания ("Вы беспокоитесь о возможных симптомах отмены?")
- Просьба разрешить предоставить информацию ("Согласны ли Вы изучить вместе со мной несколько поведенческих стратегий, которые помогут Вам справляться с ситуациями, которые заставляют Вас курить?")
- Выявление и вознаграждение собственных ранее достигнутых успехов ("Итак, в последний раз Вы почти смогли прекратить курение.")
- Предоставление простых решений, являющихся небольшими шагами на пути к воздержанию: номер телефона (бесплатная телефонная линия по прекращению курения, листовки с рекомендациями, советами по изменению поведения и т.д.)

Помощь по прекращению курения для немотивированных курильщиков

Мотивация к прекращению курения имеет решающее значение при выборе метода лечения табачной зависимости. Некоторые специалисты считают, что предпочтительнее предоставлять лечение только мотивированным пациентам. Многие специалисты теперь поддерживают прекращение курения, без всякой преамбулы, или на основе так называемого "катастрофического пути". Такие теории были выдвинуты Ларабие (Larabie),¹⁵, а также Уэст и Сохал (West & Sohal)¹⁶, которые обнаружили более высокий показатель успеха при незапланированных попытках, по сравнению с теми, которые планировались заранее. Эти авторы утверждают, что, особенно у пациентов с заболеваниями органов дыхания, все дело в накоплении напряжения, так что неблагоприятное событие, даже небольшое, может ускорить изменение в направлении решения о прекращении курения.^{17 18}

С точки зрения общественного здоровья, гораздо более эффективно предоставление всем курильщикам, зависимым от табака, лечения для прекращения курения, независимо от мотивации, по сравнению с лечением только небольшой части курильщиков, имеющих мотивацию к прекращению курения. К тому же, нет ничего

14 Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in Smoking Cessation European Respiratory Monograph, 2008, 42, 44-50, ISSN 1025-448x

15 Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? Tob Control 2005; 14: 425-428

16 West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ 2006; 332: 458-460

17 Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? Tob Control 2005; 14: 425-428

18 West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ 2006; 332: 458-460

плохого в том, что изначально немотивированный пациент успешно прекращает курение с помощью врача.

Сокращение курения

Если стандартный подход к прекращению курения не приводит к успеху, еще одна возможность заключается в поощрении и обучении немотивированных курильщиков существенному и "как можно большему"¹⁹ сокращению своего ежедневного курения, в период получения никотин - заместительной терапии (НЗТ). Мета-анализ семи рандомизированных контролируемых исследований с участием 2767 курильщиков, которые изначально не желали прекратить курение, показал, что показатель воздержания, через шесть месяцев после начала лечения, был значительно выше среди курильщиков, которые были случайным образом отнесены к получающим НЗТ (никотиновая жевательная резинка, ингалятор или пластырь) в течение шести или более месяцев, и при этом пытались сократить свое курение, по сравнению с курильщиками контрольной группы, соответственно 9% и 5%.²⁰

Потребители табака, недавно прекратившие курение

Поскольку недавно прекратившие курение люди остаются уязвимыми к рецидивам, особенно в первые три-шесть месяцев после окончания лечения, рекомендуется, чтобы врач систематически спрашивал их, при каждом посещении, курят ли они иногда, или ощущают ли желание курить. Потенциальный риск рецидивов курения у таких людей, достигает самого высокого уровня примерно через две недели после дня прекращения курения, и уменьшается в течение следующих недель. Этот риск необходимо оценить, как можно раньше. Следующие вопросы являются очень важными в данном контексте: "Вы все еще чувствуете потребность / желание курить?", "Как трудно для Вас воздерживаться от курения?"

Пациентам с значительным риском рецидива, необходимо предоставить более активную помощь, в том числе, рекомендацию повторить курс лечения, если это считается полезным.

В работе с людьми, недавно успешно прекратившими курение, рекомендуется поощрять продолжение воздержания, поздравлять их с каждой небольшой победой, и тщательно контролировать любой риск рецидива.

Все пациенты, которые недавно прекратили курение, должны получить пользу от предоставления квалифицированной поддержки в течение периода последующего наблюдения, чтобы сохранить статус некурящих. При этом, врач предоставит им минимальные вмешательства, такие как когнитивно-поведенческое консультирование, для поддержания воздержания, и для профилактики рецидива курения.²¹ В случае, если пациенты отмечают симптомы отмены или усиление тяги к курению, необходимо предоставить им более интенсивное консультирование, в условиях специализированного центра. Для тех пациентов, которые прекратили курить, но не испытывают тягу или симптомы отмены, последующее наблюдение может быть осуществлено должным образом на уровне первичной медицинской помощи.

Для людей, никогда не потреблявших табак

19 Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003; 98:1395-402

20 Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2009;338:b1024

21 Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000165

Врач будет снова и снова подтверждать, при каждом посещении, первоначальный некурящий статус пациента, и предоставлять краткие рекомендации, чтобы сохранить этот статус, с помощью своих сообщений, способствующих здоровью. Эти небольшие вмешательства просты, и могут быть выполнены любым врачом, независимо от наличия специализации по прекращению курения.

Рекомендации

- Рекомендуются оценивать мотивацию пациента к прекращению курения, после выявления курения и предоставления рекомендации прекратить курить (уровень научной обоснованности C).²²
- Клиницисты должны использовать мотивационные методики для поощрения тех курильщиков, которые не желают прекратить курение в данный момент, или в ближайшем будущем (уровень научной обоснованности B).²³
- Меры, которые используют мотивационные методики, считаются эффективными для прогнозирования, будет ли пациент в последующем пытаться прекратить курение. Тем не менее, всех зависимых от табака курильщиков необходимо лечить для прекращения курения, независимо от стадии мотивации (уровень научной обоснованности C).

4.1.2. Эффективность лечения потребления табака и табачной зависимости

Исследования подтверждают эффективность консультирования и фармакологических вмешательств, по отдельности или в сочетании, для повышения показателей прекращения курения среди пациентов, которые желают прекратить курение. Существуют научные доказательства эффективности лечения по прекращению курения, в зависимости от использованного метода лечения.²⁴

Обзор литературы показывает, что пациенты, прекращающие курение, опираясь только на собственную силу воли, достигают очень скромных результатов. Хотя большинство курильщиков (80% - 90%) хотят прекратить курение^{25 26}, только 30% сообщают о серьезной попытке прекратить курение в последние 12 месяцев, и эти попытки приводят к успеху только в 5% случаев.²⁷

Доступные лекарства

Два компонента, которые доказали свою эффективность при лечении табачной зависимости: консультирование и фармакотерапия. Что касается конкретной фармакотерапии, в настоящее время для применения рекомендованы многие лекарства, с учетом противопоказаний и предостережений для каждого лекарства. Если суммировать, Администрация по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) утвердила для прекращения курения семь препаратов, как показано в Таблице 6. В Европе ЕМЕА одобрила только НЗТ, варениклин и бупропион. Нортриптилин утвержден в качестве

22 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

23 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

24 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; 2:CD001292

25 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2005; 2:CD001292

26 CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1997; 46: 1217–20

27 Andreas S., Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease- an Effective Medical Intervention, Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int 2009; 106(16): 276–82

антидепрессанта, но не в качестве лекарственного средства для прекращения курения. Цитизин зарегистрирован только в некоторых странах Восточной Европы, включая Россию.

В разных странах Европы, регулирование осуществляют различные Европейские и национальные регулирующие органы. Например, варениклин разрешен Европейским агентством по лекарственным средствам (ЕМЕА).

Среди лекарств, которые были признаны эффективными средствами для прекращения курения, но не утверждены для этих показаний в большинстве стран, - частичный антагонист рецепторов никотина цитизин (утвержден для этих показаний в странах Восточной Европы, включая Россию). Трициклический антидепрессант нортриптилин и антигипертензивный препарат клонидин зарегистрированы во многих странах, но не для прекращения курения.²⁸

В Российской Федерации утверждены НЗТ, варениклин и цитизин.

Таблица 6: Утвержденные FDA лекарства (адаптировано из Фиоре М.С. (Fiore M.C.)²⁹)

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, Часть 1.

ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ИНСТРУКЦИИ
БУПРОПИОН	Дни 1 - 3: 150 мг каждое утро; дни 4 – до завершения: 150 мг x 2 раза в день (по крайней мере в 8 часов) в течение остальной части лечения	Начать за 1-2 недели до дня прекращения; Применять 2 - 6 месяцев
НИКОТИНОВАЯ ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА	2 мг – пациент курит ≤ 24 сигареты в день 4 мг – пациент курит ≥ 25 сигарет в день Единогласно рекомендуемая доза составляет 8 – 12 резинوك разжевываемых за день	Применять до 12 недель
НИКОТИНОВЫЙ ИНГАЛЯТОР	6 – 16 картриджей в день, картридж может доставить 4 мг никотина посредством 80 вдыханий	Применять до 6 месяцев; taper в конце
НИКОТИНОВЫЕ ПАСТИЛКИ	Дозы в 1, 2 и 4 мг; в начале 1 штуку каждые 1 – 2 часа, затем сокращение до 2 мг, если пациент курит через 30 минут или более после пробуждения, и 4 мг, если пациент курит менее, чем через 30 минут после пробуждения	Применять 3 – 6 месяцев
НИКОТИНОВЫЙ НАЗАЛЬНЫЙ СПРЕЙ	0, 5 мг / ноздрю, в начале 1 – 2 дозы / час; пределы: 8 – 40 доз / день	Применять 3 – 6 месяцев
НИКОТИНОВЫЙ ПЛАСТЫРЬ	7, 14, 21 мг / 24 часа (или 10 / 15 / 25 мг / 16 часов) если пациент курит 10 сигарет / день, 21 мг / день в течение 4 недель, затем 14 мг / день в течение 2 недель, затем 7 мг / день в течение 2 недель; если пациент курит < 10 сигарет / день, начинайте с 14 мг / день в течение 6 недель, затем 7 мг / день в течение 2 недель	Применять новый пластырь каждое утро в течение 8 – 12 недель

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, Часть 2.

28 Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International 2011; 108(33): 555–64)

29 Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, N Engl J Med 2011;365:1222-31

ПРЕПАРАТ	ДОЗА	ИНСТРУКЦИИ
ВАРЕНИКЛИН	Дни 1 - 3: 0, 5 мг каждое утро; дни 4 – 7: 0, 5 мг два раза в день; дни 8 – до конца: 1 мг два раза в день	Начать за 1 неделю до дня прекращения; Применять 3 - 6 месяцев
КОМБИНАЦИОННЫЕ ТЕРАПИИ – только комбинация бупропион SR + никотиновый пластырь была утверждена FDA для прекращения курения		
НИКОТИНОВЫЙ ПЛАСТЫРЬ + БУПРОПИОН	Следуйте инструкциям для препаратов по отдельности, приведенным выше	Следуйте инструкциям для препаратов по отдельности, приведенным выше
НИКОТИНОВЫЙ ПЛАСТЫРЬ + ИНГАЛЯТОР НИКОТИНОВЫЙ ПЛАСТЫРЬ + ПАСТИЛКИ НИКОТИНОВЫЙ ПЛАСТЫРЬ + НИКОТИНОВЫЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ РЕЗИНКИ	Следуйте инструкциям для препаратов по отдельности, приведенным выше	Следуйте инструкциям для препаратов по отдельности, приведенным выше

Эффективность доступных лекарств

Мета-анализ 83 рандомизированных исследований, изучавших эффективность различных лекарственных препаратов, по показателю воздержания через шесть месяцев после лечения, показал, что большинство препаратов для прекращения курения (никотиновый пластырь, жевательная резинка, пастилки, назальные спреи, ингаляторы, и бупропион длительного действия), примерно в два раза повышают вероятность достижения воздержания.³¹ Дополнительные данные доступны в разделе 4.2.1. Показатель воздержания на протяжении шести месяцев среди пациентов, рандомизированных в группу плацебо, составил около 14%, по сравнению с 19% до 26% в случае применения различной фармакотерапии. (Так как некоторые исследования включали консультирование, наряду с другими вмешательствами, эти показатели эффективности также отражают некоторые выгоды консультирования).

Напротив, лечение варениклином в сочетании с никотин-заместительной терапией (никотиновый пластырь плюс краткосрочные формы НЗТ, такие как никотиновая жевательная резинка или пастилка), было связано с расчетными показателями воздержания, соответственно, в 33% и 37%.³³ Эти показатели были значительно выше, чем при репрезентативной монотерапии (никотиновый пластырь). Превосходство этих двух препаратов также было показано в сопоставительных исследованиях, в которых их сравнивали с одним препаратом, таким как никотиновый пластырь или бупропион.^{34 35} Было показано, что лекарства для прекращения курения эффективны в реальных условиях здравоохранения и у курильщиков с различными сопутствующими состояниями (злоупотребление психоактивными веществами и депрессия).^{36 37}

31 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

33 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

34 Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, Arch Gen Psychiatry 2009;66: 1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77

35 Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55

36 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

При дополнении консультирования фармакотерапией, показатель успешности прекращения курения увеличивается. Существует устойчивая связь между более интенсивным консультированием (по продолжительности и количеству сеансов) и воздержанием от курения.³⁸ По данным мета-анализа 35 рандомизированных исследований, показатели воздержания в течение шести месяцев достоверно увеличились при увеличении суммарной длительности общего числа консультационных контактов: около 14% при консультировании продолжительностью от 1 до 3 минут, 19% при консультировании от 4 до 30 минут, и 27% при консультировании от 31 до 90 минут, по сравнению с 11% в случае отсутствия консультирования. (Некоторые исследования включали фармакотерапию при всех вариантах консультирования, поэтому применение лекарства также внесло вклад в эти показатели успеха.³⁹) Консультирование, по-прежнему применяется недостаточно, и основной целью является расширение применения консультирования в клинической практике – при личном контакте, или путем направления на телефонную линию помощи по прекращению курения.⁴⁰

Рисунок 12: Воздержание в течение шести месяцев, выраженное показателем вероятности, для различных видов никотин-заместительной терапии, по сравнению с контрольной группой, в соответствии с мета-анализом Майкла С. Фиоре (Michael C. Fiore), в Руководстве врача по прекращению курения США (2008 год)

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗДЕРЖАНИЯ в 6 месяцев/плацебо



4.1.3. Соблюдение рекомендаций по лечению

Многие курильщики не будут участвовать в консультировании, особенно если предусматриваются длительные сеансы или несколько посещений. Таким образом, пациентам должны быть предложены варианты прекращения курения, включая краткое и

37 Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. Arch Intern Med 2009; 169:2148-55

38 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

39 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

40 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

доступное консультирование. Распространено несоблюдение режима приема лекарств для прекращения курения, связанное с убеждением, что лекарства опасны, неэффективны и не должны использоваться, если у человека случился рецидив. В связи с несоблюдением режима приема лекарств, связанным с неудачной попыткой прекращения курения, врач должен обсуждать с пациентом любые озабоченности в отношении лекарств для прекращения курения, и поощрять соблюдение прописанного режима.

Исследования показали, что приемлемость лечения для пациента увеличивается, если лечение легко доступно, а препятствия для лечения минимальные. Например, если лечение откладывается и предлагается в отдаленном месте, только 10% или менее курильщиков начнут такое лечение. При этом, треть пациентов включается в легко доступное лечение.⁴² Принятие лечения пациентами может быть также улучшено, путем повторных предложений помощи, так как интерес курильщиков к прекращению курения может изменяться в течение жизни.⁴³

Иными словами, нет чудесных рецептов прекращения курения. Любой метод приветствуется, если приводит к воздержанию от табака и, неявно, к выгодам для здоровья. В этом отношении очень важно, как врач общается с пациентом, который обращается за помощью по прекращению курения. Врач должен учитывать, что в большинстве случаев, курильщики, обращающиеся в центр по прекращению курения, особенно в амбулаторных условиях, не считают себя больными, даже не понимают, что они страдают зависимостью, и нуждаются в лекарствах для лечения курения. Они считают, что курение больше похоже на "слабость, недостаток воли, плохую привычку" и т.д. Рекомендуется выделить отдельное помещение для проведения бесед с пациентом, путем стимулирования высказываний курильщика, без обвинения пациента. При этом необходимо предпринять попытки установить отношения сотрудничества и взаимного доверия, предоставив в распоряжение пациента все имеющиеся методы для прекращения курения.⁴⁴

Соответствующие препараты необходимо применять так долго, как необходимо, для предупреждения рецидива.⁴⁵

Рекомендации

- Поскольку существует сильная зависимость типа «доза-реакция», между продолжительностью личных консультационных сеансов, и успехом лечения по прекращению курения, интенсивное вмешательство более эффективно, чем менее интенсивное, и должно предоставляться всегда, когда это возможно (уровень научной обоснованности А).⁴⁶

- Врачи клиницисты должны рекомендовать всем пациентам использовать эффективные лекарства для лечения табачной зависимости (уровень научной обоснованности А).⁴⁷

- Врачи клиницисты должны предоставить всем курильщикам, желающим прекратить курение, лечения в формате минимум четырех личных консультационных

42 Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, *Prev Med* 2004;38:412-20

43 Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob Res* 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]

44 Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 57-60

⁴⁵ По мнению Мэтью П. Барса (Matthew P. Bars). Апрель 2013 года.

46 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

47 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

сеансов. Это эффективно повышает показатель воздержания (уровень научной обоснованности А).⁴⁸

- Сочетание консультирования и фармакотерапии для лечения никотиновой зависимости является более эффективным для прекращения курения, чем каждый из этих двух методов по отдельности. Поэтому рекомендуется сочетать оба метода всегда, когда это возможно (уровень научной обоснованности А).⁴⁹

- Если невозможно использовать медикаментозное лечение, рекомендуется применение нелекарственного лечения, так чтобы всем курильщикам была предоставлена лечебную помощь, учитывая, что лечение табачной зависимости показало свою эффективность (уровень научной обоснованности А).⁵⁰

4.1.4. Подход системы здравоохранения для лечения потребления табака и табачной зависимости

Последовательное, эффективное предоставление вмешательств по прекращению потребления табака, требует поддержки со стороны систем здравоохранения. У курильщиков значительно выше вероятность попыток прекращения курения, если лечение потребления табака покрывается страхованием здоровья.⁵¹ В связи с выгодами прекращения курения для здоровья и экономией расходов, все больше страховых компаний теперь планируют покрывать лечение по прекращению курения, основанное на научных данных; например, в 2010 году компания Медикер (Medicare) США расширила покрытие консультациями, охватив всех курильщиков (4 миллиона человек), а не только тех, кто страдает связанными с курением заболеваниями. Кроме того, использование электронных медицинских документов, которые побуждают врачей и персонал клиник систематически выявлять и лечить курильщиков, связано с улучшением документирования курительного статуса, а также может увеличить предоставление лечения по прекращению курения.⁵² Показатели прекращения курения также увеличиваются в связи с обучением клиницистов, и внедрением обратной связи в их деятельность, а также в связи с выделением персонала для оказания лечения, и программами "факс для прекращения курения", которые связывают пациентов с телефонными линиями по прекращению курения, в масштабах страны.

Системы здравоохранения во всем мире принимают во внимание обеспечение минимальных условий для оказания помощи курильщикам по прекращению курения, в зависимости от существующих местных возможностей и ресурсов. Обеспечивается выявление курильщиков, им рекомендуют прекратить курение, повышается доступность лечения. Имеются научные доказательства успешного прекращения курения при предоставлении бесплатного лечения.⁵³

4.1.5. Критерии воздержания от табака в научной работе

48 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

49 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

50 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

51 Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. N Engl J Med 1998;339: 673-9

52 Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, WMJ 010;109:335-40

53 Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, Addiction 2005;100:1012-20

Лечение по прекращению курения считается успешным, когда достигается воздержание от табака.

Определение для научной оценки

Определение воздержания в научной работе и клинических исследованиях основано на шести адаптированных критериях Расселл (Russell), перечисленных ниже⁵⁴:

1. *Продолжительность воздержания*: оценивается как критерий подтверждения воздержания на протяжении не менее 6 месяцев после дня прекращения курения, и фактического достижения прекращения курения.

2. *Определение воздержания*: пациент сообщает о потреблении <7 сигарет в течение шести месяцев после прекращения курения, одновременно отмечается отрицательный результат теста на содержание угарного газа в выдыхаемом воздухе. Следует проводить различие между воздержанием в данный момент (пиковое воздержание), определяемым при посещении медицинского работника, и продолжающимся воздержанием, оценка которого проводится в ходе серии посещений в течение периода последующего наблюдения, продолжительностью 6-12 месяцев.⁵⁵

3. *Обязательная биохимическая проверка воздержания*: рекомендуется определять концентрацию окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе при каждом посещении; этот тест является обязательным для посещения в конце лечения.

4. *Определение намерения следовать правилам достижения ремиссии*: определяется показатель воздержания с учетом всех лиц, получивших лечение, выполнивших полностью программу лечения и все посещения последующего наблюдения. Пациенты, которые были потеряны в период последующего наблюдения (в связи с изменением домашнего адреса, номера телефона и т.д.), будут рассматриваться как активные курильщики, информация о которых хранится в базе данных центра по прекращению курения.

5. *Определение "ремиссии правильного лечения"*: воздержание подтверждается в соответствии с критериями 1-4, только в отношении тех пациентов, которые соблюдали правильное лечение - в стандартных дозах, не добавляли самостоятельно другие методы лечения к терапевтической схеме, выполнили все посещения периода последующего наблюдения, с биохимической проверкой курительного статуса.

54 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

⁵⁵ В США и Соединенном Королевстве «пиковое воздержание» или воздержание в данный момент, возможно, называется «воздержанием точки распространенности». См. *Nicotine Tob Res.* 2003 Feb;5(1):13-25. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. Hughes et al. По сообщению Мэтью Б. Барса (Mathew P. Bars). Апрель 2013 года.

6. Сбор данных должен проводиться с помощью двойных слепых методов, когда это возможно.

Определения для клинической практики

Для клинической практики, мы рекомендуем, чтобы воздержание было подтверждено по истечении шести недель воздержания от табака, после дня прекращения курения, с разрешенным льготным периодом в две недели. Кроме того, воздержание фиксируется, когда заявление пациента об отсутствии курения или использования табака, подтверждается уровнем СОехр ниже 7 ppm. «Льготный период» - период сразу же после дня прекращения курения или вмешательства, в котором продолжение курения не считается неудачей.

Здесь приведены также другие определения, полезные для целей клинической практики.

"Прекращающие курение" - люди, которые не курят в любой день, по крайней мере, в течение 24 часов.

"Срыв" обозначает движение назад, к курению, после предыдущего периода воздержания. Это может относиться к пациентам, прекращающим курение, и бывшим курильщикам, которые курят меньше, чем одну сигарету в день в течение трех дней за неделю, или курят любое количество сигарет, один день за одну неделю, в течение недели перед запланированным посещением. Срыв может быть изолированным событием, за которым следует возобновление воздержания, или же срыв является сильным прогностическим фактором рецидива.

"Рецидив" обычно относится к непрерывному курению, продолжающемуся несколько дней или более, после периода воздержания. *"Неудачи"* или *"рецидивы"* означают ежедневное курение, по крайней мере, на протяжении трех дней, после периода без курения, продолжавшегося не менее 24 часов.

Рекомендации

- В любом терапевтическом вмешательстве по поводу табачной зависимости, все пациенты будут оцениваться при наличии воздержания, при последующем наблюдении и в конце лечения (уровень научной обоснованности C).

- Рекомендуется проверять наличие воздержания и интенсивно помогать людям, недавно прекратившим курение, так как на этом этапе они могут столкнуться с тягой к табаку или другими трудностями (уровень научной обоснованности C).

- У пациентов, которые вернулись к курению, рекомендуется выполнить новую оценку, с тщательным определением мотивации к новой попытке прекращения курения (уровень научной обоснованности C).⁵⁶

4.1.6. Лечебное вмешательство по прекращению курения является обязательным

В Статье 14 Рамочной конвенции по борьбе против табака⁵⁷ говорится, что каждая страна должна обеспечить предоставление помощи по прекращению курения, и осуществление этого подхода в настоящее время рассматривается многими странами.⁵⁸ Помощь по прекращению курения должна быть значимой частью стратегии по борьбе против табака в стране, несмотря на многие заблуждения и ошибки, не соответствующие этой точке зрения.

56 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008

57 World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003

58 West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? Addiction, 105, 1867–1869

В редакционной статье, опубликованной в 2010 году, Уэст (West) и соавт.⁵⁹ развенчали с помощью конструктивной дискуссии о роли помощи по прекращению потребления табака, четыре таких заблуждения.

"Большинство курильщиков прекращают курение без посторонней помощи, поэтому оказание помощи может показаться ненужным".

Это неверно, поскольку тот факт, что большинство курильщиков, которые прекращают курить, делают это без посторонней помощи, не означает, что это самый эффективный метод прекращения. Это лишь отражает тот факт, что число людей, пытающихся прекратить курение без посторонней помощи, значительно больше, чем тех, кто пытается прекратить курение с посторонней помощью, однако данные свидетельствуют, что самостоятельные попытки в четыре раза менее эффективны.

"Продвижение помощи по прекращению курения может заставить курильщиков считать, что они зависимы, так что меньшее их число будет пытаться прекратить курение".

Это неверно, так как данные показывают, что курильщики, которые считали, что они зависимы, имели более высокую вероятность осуществления попытки прекращения курения, по сравнению с другими курильщиками.⁶⁰

"Результаты исследования прекращения курения с посторонней помощью не применимы к реальной жизни".

Это неверно, так как оценка служб по прекращению курения в Англии показала, что почти один из семи курильщиков (14,6%) относились к прекратившим курение, с подтверждением тестом на окись углерода, через год после получения лечения. Аналогичные результаты дают клинические исследования⁶¹, эти показатели значительно выше, чем при попытках прекращения курения без поддержки.

"Другие меры борьбы против табака являются более экономически эффективными, в частности, кампании в СМИ"

Это не верно, так как эффективность мер помощи по прекращению курения тщательно оценивалась, на основе результатов рандомизированных контролируемых исследований, дополненных данными из «реальной жизни», и оказалась превосходной⁵⁸, в то время как оценки эффективности многих других вмешательств по борьбе против табака полагаются на более косвенные данные и взаимодействия. Кроме того, не следует создавать ложное разделение между клиническими вмешательствами и другими вмешательствами по борьбе против табака, поскольку различные вмешательства выполняют разные функции, и они работают в синергии друг с другом. Необходимое сочетание вмешательств будет зависеть от конкретных обстоятельств в каждой стране / регионе в данный момент времени.⁶²

Таким образом, поскольку польза прекращения курения для здоровья хорошо документирована, и помощь людям по прекращению курения является экономически эффективной, по сравнению с другими мерами в секторе здравоохранения,⁶³ необходимо обязательно предлагать медицинскую помощь по прекращению курения каждому курильщику, выявленному в ходе посещения медицинского работника.

59 West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? Addiction, 2010, 105, 1867–1869

60 West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? Addiction, 2010, 105, 1867–1869

61 Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, Addiction 2005; 100: 59–69

62 Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults, Cochrane Database Syst Rev 2008; CD004704

63 Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services

Службы по прекращению курения по всей Европе характеризуются высокой неоднородностью. На данный момент, в то время как Соединенное Королевство делает больший акцент на оказание помощи курильщикам по прекращению курения, чем другие страны, во многих Европейских странах, большинству курильщиков, которые обращаются в центр по прекращению курения, ранее не предоставлялись краткие советы или другое квалифицированное вмешательство для оказания им помощи по прекращению курения. Только меньшая часть таких пациентов осознает опасности продолжения курения, или получила минимальные устные рекомендации по прекращению курения, может быть, даже фармакотерапию или консультирование.

Страны должны установить реалистичные целевые показатели деятельности в отношении числа пациентов, использующих службы по прекращению курения и доли успешно прекративших курение. Эти цели должны отражать демографические параметры местного населения. Службы должны быть направлены на лечение в течение года, по крайней мере, 5% от оценочной численности местной группы людей, которые курят или потребляют табак в любой форме. Эти службы также должны стремиться к показателю успеха не менее 35% при сроке наблюдения в четыре недели, с подтверждением успеха мониторингом окиси углерода. При этом необходимо учитывать всех пациентов, начинающих лечение, и определять успех как воздержание от курения на протяжении третьей и четвертой недель после дня прекращения курения.

Успех должно быть подтвержден показаниями монитора СО, составляющими менее 7 ppm, по прошествии четырех недель. Это не означает, что лечение должно прекратиться после четырех недель.⁶⁴

Рекомендации

- Все врачи должны рекомендовать прекращение курения каждому курящему пациенту. Существуют фактические данные, согласно которым медицинский совет достоверно увеличивает показатель воздержания от курения (уровень научной обоснованности А).

- Во время регулярных посещений, врачи общей практики обязаны консультировать курящих пациентов, чтобы они полностью прекратили курение, назначать им лечение никотиновой зависимости / направлять их в специализированный центр по прекращению курения, по крайней мере раз в год. Эти медицинские действия должны быть отмечены в медицинской документации пациента (уровень научной обоснованности А).

- Каждый раз, когда это возможно, госпитализированным курильщикам должны быть предоставлены их врачом те же вмешательства, какие рекомендованы для врачей общей практики: краткий совет по прекращению курения / консультирование по прекращению курения, назначение фармакотерапии никотиновой зависимости или направление к консультанту / в центр, специализированный по прекращению курения (уровень научной обоснованности А).

4.1.7. Типы вмешательств по прекращению курения

В современной практике существует четыре основных типа вмешательств по прекращению курения:

4.1.7.1 Минимальное (краткий совет)

64 Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, www.nice.org.uk

Этот тип вмешательства длится максимум 3 - 5 минут (в качестве вмешательства 1-го уровня), и рекомендуется для применения в первичной медицинской помощи, семейным врачам, стоматологам, всем категориям специалистов.

Краткий совет представляет собой "сумму устных указаний по прекращению курения, профессионально изложенных медицинским работником, с добавлением информации о вредных последствиях курения". Краткий совет может быть предоставлен любым врачом или профессиональным работником здравоохранения, осуществляющим лечение курящих пациентов, является одним из самых дешевых вмешательств для прекращения курения. При применении только краткого совета, его воздействие очень низкое: лишь один из 40 курильщиков прекращает курение.⁶⁵ Краткий совет становится очень сильным лечебным инструментом, при регулярном применении у всех пациентов, в качестве основного, систематического вмешательства, с последующим направлением в специализированный центр.

Предоставление минимального совета рекомендуется всем категориям курильщиков, бывших курильщиков, а также тем, кто никогда не курил. Предоставление краткого консультирования (3 минуты) более эффективно, чем просто совета пациенту по прекращению курения, и удваивает показатель прекращения, по сравнению с пациентами, не получившими никакого вмешательства.⁶⁶

Система здравоохранения должна предложить лечение, в качестве продолжения кратких возможных вмешательств, для тех курильщиков, которые нуждаются в более интенсивных вмешательствах. Такая поддержка может быть предложена либо индивидуально, либо в группах, и должна включать в себя обучение навыкам совладания с трудностями, подготовку, и социальную поддержку.

4.1.7.2. Лечение табачной зависимости врачами общей практики или другими врачами – не специалистами

Врачи общей практики лечат многие случаи хронических заболеваний, таких, как сахарный диабет, артериальная гипертензия, и могут лечить табачную зависимость, а также другие хронические заболевания.

4.1.7.3. Специализированные индивидуальные вмешательства, направленные на прекращение курения

Такие вмешательства рекомендуется предоставлять, в качестве вмешательств 2-го уровня, в службах по прекращению потребления табака, силами работающих в них обученных врачей, медицинских сестер, или психологов, если таковые имеются.

Лечение включает препараты, которые доказали свою эффективность при лечении никотиновой зависимости, и ряд сеансов когнитивно-поведенческого консультирования, предоставляемых на индивидуальной основе. Специалисты используют термин "консультирование", для определения конкретной когнитивно-поведенческой помощи, оказываемой пациентам при лечении по прекращению курения. Сеансы консультирования играют роль при обеспечении курильщиков знаниями о процессе прекращения курения, и решениями для преодоления препятствий во время попытки прекращения курения.

Специализированное вмешательство обычно осуществляется бригадой (врач, медицинская сестра и – в качестве опции - психолог), обученной в области прекращения курения, включает оказание помощи уже проинформированному пациенту, получившему минимальный совет по прекращению, однако теперь обратился за квалифицированной помощью. Врач играет основную роль в этом процессе, так как несет ответственность за

65 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

66 Gratziau C., Tønnesen P., Smoking cessation and prevention, Eur Respir Mon, 2006, 38, 242–257

рекомендации и совет в отношении фармакотерапии. Медицинская сестра помогает заполнять документацию, формировать базу данных, лабораторных анализов и т.д., и даже может предоставлять минимальный совет. Психолог помогает вмешательству путем добавления элементов психологической поддержки и когнитивно-поведенческих методик.

Оптимально, индивидуальные стратегии по прекращению курения сочетают совет (то есть рекомендацию по прекращению курения), с фармакологическим лечением (варениклин, бупропион, НЗТ и т.д.) и когнитивно-поведенческой терапией. Кроме того, могут быть очень полезны листовки, плакаты, брошюры, различные письменные материалы для самопомощи, а также интернет-инструменты или телефонные линии по прекращению курения. Иногда такие методы самопомощи могут дать достаточно знаний для того, чтобы начать процесс прекращения курения, позволяя мотивированному человеку попытаться прекратить курение самостоятельно, без какого-либо вмешательства специалиста.⁶⁷ Они также полезны, поскольку помогают врачам сэкономить время. Тем не менее, лечебное воздействие таких инструментов при однократном использовании для прекращения курения, очень низкое, по сравнению с минимальным советом, предоставленным врачом.

Очень большое значение имеет долгосрочное последующее наблюдение пациента, путем мониторинга процесса прекращения курения, и возможных побочных эффектов фармакотерапии. Курительный статус необходимо проверять на каждом посещении, в течение периода последующего наблюдения, и объективно оценивать его путем определения концентрации окиси углерода в выдыхаемом воздухе. Измерение уровней котинина в моче, крови, слюне или волосах, также предоставляет полезную информацию о воздействии табака на организм, но эти показатели необходимо корректировать у курильщиков, получающих никотин-заместительную терапию, так как никотин из фармацевтического препарата, добавляется к никотину из табака, если пациент продолжает курить.^{68 69}

Вмешательство в обычном формате: состоит из нескольких (минимум из четырех) сеансов, продолжительностью 20-45 минут, на протяжении 9-12 недель лечения.

На первой консультации, пациенту кратко представляют имеющееся лечение, предупреждают о симптомах отмены, и получают его согласие на самые подходящие решения. Первоначальный контакт необходимо использовать для оценки вероятности успеха и рисков рецидива.

Во время 9-12 недельного стандартного лечения, независимо от его содержания, рекомендуется проводить последующее наблюдение за всеми пациентами, посредством контрольных посещений (не менее двух). Это необходимо, чтобы убедиться, что пациент соблюдает режим лечения, в стандартных дозах, если назначена фармакотерапия, справляется с психо-поведенческими трудностями или симптомами отмены, и отсутствуют побочные эффекты лекарств. Контрольные посещения позволяют врачу обновить курительный статус пациента, вести мониторинг биомаркеров потребления табака, и предотвращать срывы или рецидивы. Эти посещения дают возможность предоставить своевременную поддержку - врач может вмешаться вовремя, если у курильщика пропадает желание прекратить курение, или пациент возвращается к курению, после краткого временного воздержания. Самое важное контрольное посещение – первое, рекомендуется запланировать, чтобы оно состоялось сразу же после целевого дня для прекращения курения.

67 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

68 Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in Smoking Cessation European Respiratory Monograph, 2008, 42, 44-50, ISSN 1025-448x

69 Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, Am J Epidemiology 2000; 151: 251–258

Большинство специалистов рекомендуют установить день для прекращения курения на второй неделе лечения. Однако, в зависимости от опыта врача и особенностей курильщика, следует отметить, что специалист может рекомендовать другой день для прекращения курения, например, на 3-6 неделях, в зависимости от обстоятельств.

Завершающая лечебная консультация проводится, когда лечение заканчивается, как правило, через два-три месяца после первичной консультации, и направлена, главным образом, на оценку воздержания от табака в результате лечения. На этой консультации необходимо вновь оценить клинически и биологически курительный статус. Следует также оценить влечение к курению, а также то, как пациент разрешает сложные ситуации, связанные с курением. Выявляют симптомы отмены и побочные эффекты лекарственного лечения. Одновременно, пациенту, который прекратил курение, необходимо предоставить консультирование, с целью поддержания воздержания, и предотвращения рецидива курения. Пациенты, которым не удалось прекратить курение, должно пройти повторную оценку, чтобы начать следующую попытку прекращения курения.

Основным рекомендуемым подходом к лечению табачной зависимости, является специализированное вмешательство по отказу от курения в индивидуальной форме. Интенсивная программа с еженедельными посещениями, личные консультации с врачом – специалистом по болезням органов дыхания, и использование фармакотерапии могут увеличить показатель прекращения курения у мотивированных курильщиков, пытающихся прекратить курение. Все это может быть легче предоставлено в специализированных центрах по прекращению потребления табака. Однако, так как курение табака включает в себя зависимость от никотина, самый высокий ожидаемый показатель прекращения курения в течение одного года составляет от 25% до 40%.⁷⁰

4.1.7.4. Специализированное групповое вмешательство, направленное на прекращение курения

Многочисленные программы по прекращению курения включают групповые стратегии, основанные на интерактивных методах обучения, и улучшении доступности лечения и психологической поддержки. Групповые программы могут также включать проактивные линии поддержки, если таковые имеются, которые являются очень полезными инструментами.

Хорошо проверенный групповой формат включает в себя около пяти сеансов продолжительностью один час, в течение одного месяца, с посещениями последующего наблюдения. Интенсивная поддержка должна включать в себя предложение или поощрение использования фармакотерапии (при необходимости), а также четкие рекомендации и инструкции о том, как ее использовать.⁷¹

Групповое консультирование должно выполняться специально обученными консультантами, способными заставить курильщиков взаимодействовать, и делиться собственными опасениями по отношению к симптомам отмены и другим затруднениям, но в то же время учиться у коллективного опыта. Также можно предоставлять помощь в форме еженедельных сеансов, и с помощью вспомогательного персонала (медицинские сестры, обученные координаторы, психологи и т.д.). В любом случае, групповой подход может рассматриваться как альтернатива для тех пациентов, которые лучше общаются в группе, однако, если групповой подход имеется, его также можно интегрировать в индивидуальное лечение, для подкрепления лечебного вмешательства.

Рекомендуется предлагать индивидуальные (т.е. личные) и групповые вмешательства, чтобы лучше соответствовать потребностям, и удовлетворить пациентов,

⁷⁰ Gratziou C., Tønnesen P., Smoking cessation and prevention, Eur Respir Mon, 2006, 38, 242–257

⁷¹ Gratziou C., Tønnesen P., Smoking cessation and prevention, Eur Respir Mon, 2006, 38, 242–257

которые должны быть обследованы для диагностики основных психических расстройств. Критериями исключения для группового лечения могут быть расстройства личности, или выраженные психо-патологические черты (например, нарциссические или театральные нарушения, тревожность, социальная фобия, сильные манипулятивные отношения, шизофреническое поведение или мульти-проблемные случаи, как у пациентов с множественными зависимостями). Широко распространенные групповые модели обычно включают предоставление 5-10 сеансов в течение двух-трех месячного периода лечения.

4.2. Фармакологическое лечение табачной зависимости

Поскольку курение является хроническим заболеванием, необходимо лечебное вмешательство с множеством компонентов, среди которых решающее значение имеет лекарственное лечение. Фармакотерапия никотиновой зависимости включает в себя широкий спектр лекарственных препаратов, от заменителей никотина, используемых в различных формах (жевательная резинка, пластырь, назальный спрей, ингалятор, подъязычные таблетки), до антидепрессантов, антагонистов рецепторов никотина и т.д. Две категории лекарственных средств показаны для прекращения курения: лекарства первой линии и лекарства второй линии.

Лекарства первой линии показали эффективность для лечения табачной зависимости, имеют более высокий уровень безопасности и одобрены FDA. Лекарства первой линии должны быть первым выбором для каждого врача, проводящего лечение никотиновой зависимости. При этом необходимо учитывать особенности регулирования в каждой стране.

Лекарства второй линии, рекомендуемые для прекращения курения, представлены лекарствами, эффективность которых доказана, но в меньшей степени, чем в случае лекарств первой линии. Другие причины отнесения препарата ко второй линии – отсутствие одобрения FDA или EMEA для лечения табачной зависимости, или подозрения в наличии больших побочных эффектов, по сравнению с препаратами первой линии. В общем, препараты второй линии рекомендуют в тех случаях, когда лекарства первой линии не могут быть использованы по различным причинам (недостаточная эффективность, противопоказания и т.д.).

Как показал опыт, накопленный в этой области специалистами в последние годы, очевидный прогресс достигнут в отношении эффективности препаратов, используемых для прекращения потребления табака. Таким образом, кроме моно-терапии, может быть использовано сочетание разного лекарственного лечения, продление лечения, корректировка дозировок, чтобы избежать побочных эффектов, сочетание со вспомогательными методами (гипноз, акупунктура и др.), с целью наиболее благоразумного применения существующего лекарственного лечения.

Кокрановский мета-анализы не показывают каких-либо научных данных по рандомизированным контролируемым исследованиям в отношении эффективности гипноза или акупунктуры, тем не менее некоторые курящие пациенты регулярно просят предоставить им гипноз, акупунктуру и т.д.¹

4.2.1. Лечение с помощью НЗТ

4.2.1.1 Механизм действия

Никотин, доставленный в организм человека с табачным дымом или при жевании табака, и никотин, доставленный путем НЗТ – один и тот же никотин, однако кинетика его доставки в головной мозг радикально отличается, что кардинально меняет эффекты никотина.

Никотин-заместительная терапия преследует две цели:

- заполнить рецепторы никотина для устранения тяги и других симптомов отмены: эффект является непосредственным;
- сократить число никотиновых рецепторов: это снижение продолжается в течение нескольких недель и снижает табачную зависимость.

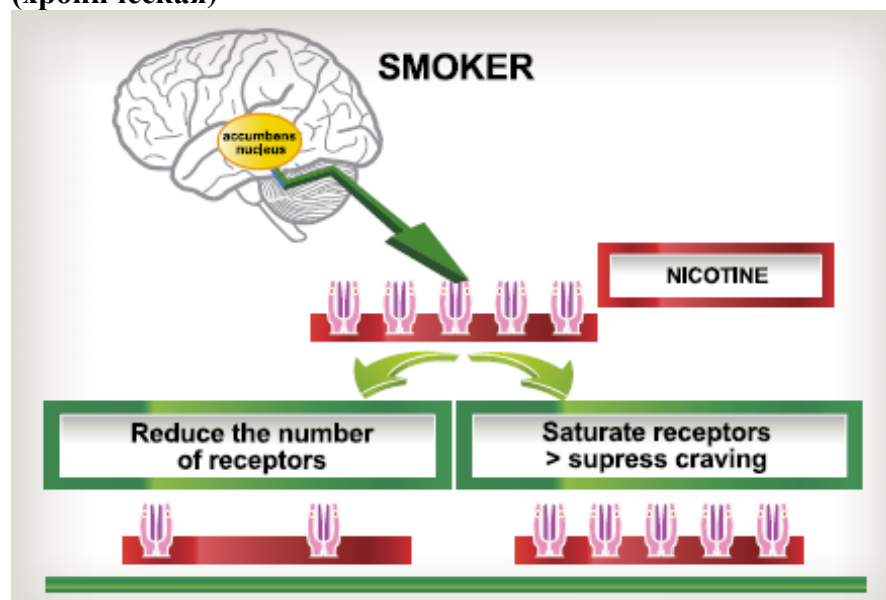
При курении сигареты, никотин достигает головного мозга курильщика в течение 7 секунд и дает рецепторам насыщающий "эффект рывка", значительно превышая ожидаемый уровень никотина (Рисунок 14).

¹ По данным Мютью П. Барса (Mathew P. Bars). Апрель 2013 года.

Вовлеченные клетки в головном мозге реагируют, путем десенсибилизации рецепторов, и увеличения их количества, что приводит к усилению потребности в следующей сигарете. Курильщики имеют гораздо больше никотиновых рецепторов, чем некурящие, что объясняет высокую толерантность к никотину у курильщиков, а также их сильную никотиновую зависимость. Этих рецепторов так много, что они могут быть выделены с помощью позитронно-эмиссионной томографии: центр никотиновой зависимости, который делает более светлыми область nucleus accumbens и область anterior tegmental, где никотиновые рецепторы, в основном, и располагаются в головном мозге.

Никотин-заместительная терапия доставляет никотин в головной мозг гораздо медленнее, чем сигареты, и не дает пиков. Таким образом, НЗТ способна насытить рецепторы никотина, устраняя потребность в никотине, без стимуляции рецепторов. Это приводит к уменьшению количества рецепторов, которое возвращается к норме, после трех месяцев НЗТ. Тем не менее, эти клетки сохраняют память о курении, и, при возобновлении курения, их количество на клеточной мембране может умножиться очень быстро. Следовательно, табачная зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием.

Рисунок 13: Две цели никотин-заместительной терапии: снижение синдрома отмены (острая) и уменьшение зависимости за счет уменьшения числа рецепторов (хроническая)



Надписи (сверху вниз): курильщик, никотин, сокращение числа рецепторов, насыщение рецепторов, большее подавление тяги

4.2.1.2. Клинические доказательства эффективности НЗТ

Как и лечение всех хронических заболеваний, лечение табачной зависимости было предметом многих рандомизированных исследований, выполненных в последние 40 лет.

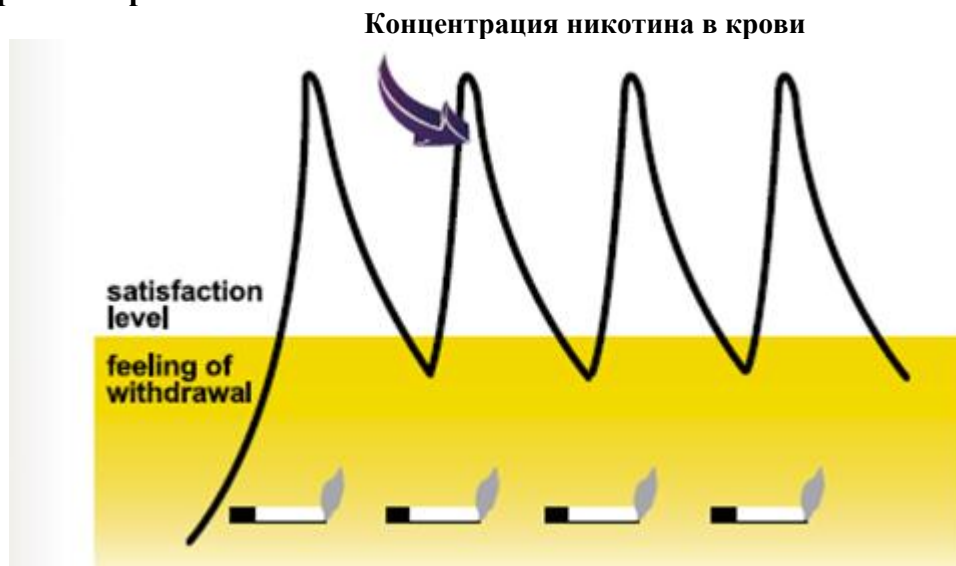
Основные мета-анализы включают анализы Кокрановского Сотрудничества (Cochrane Collaboration)^{2 3 4 5}, которые рассматривают более, чем в 40 анализах

2 Carson KV, Brinn MP, Peters M, Veale A, Esterman AJ, Smith BJ Can smoking cessation interventions targeted at Indigenous populations achieve smoking abstinence? <http://summaries.cochrane.org/CD009046/can-smoking-cessation-interventions-targeted-at-indigenous-populations-achieve-smoking-abstinence>

3 Barth J, Critchley JA, Bengel J Psychosocial smoking cessation interventions such as behavioural counselling, telephone support and self-help interventions are effective in helping people with coronary heart disease stop smoking. Published Online: January 21, 2009 <http://summaries.cochrane.org/CD006886/psychosocial-smoking->

эффективность различных аспектов никотин-заместительной терапии. Также необходимо назвать заключительный доклад Главного Хирурга США, координированный Майклом С. Фиоре (Michael C. Fiore), и руководство по прекращению курения для врачей общей практики.⁶ Эти данные являются согласованными, потому что они основаны на одних и тех же исследованиях. Все эти анализы пришли к выводу об эффективности рекомендованных процедур, и цитируются в настоящих рекомендациях. Эти анализы сообщают, что лечение по прекращению курения не является в полной мере эффективным и, что могут происходить неудачи, такие как рецидив, во время или после лечения табачной зависимости, как хронического заболевания.

Рисунок 14: Динамика уровней никотина в артериях головного мозга при повторном потреблении никотина.



Курение сигарет во времени

Надписи, сверху вниз: уровень удовлетворения, ощущение отмены

Мета-анализ Кокрановского Сотрудничества (Cochrane Collaboration)

Кокрановское сотрудничество (Cochrane Collaboration) выявило 132 исследования никотин-заместительных препаратов. В 111 исследованиях, с более 40 тысячами участников, сравнивали различные типы никотин-заместительной терапии, с плацебо, или с контрольной группой, не получавшей никотин-заместительной терапии.

RR (относительный риск) воздержания от всех форм заменителей, в сравнении с контрольной группой, составляет 1,58 (95% доверительный интервал [ДИ]: от 1,50 до 1,66).

RR для каждого типа составил:

- 1,43 (95% ДИ: от 1,33 до 1,53, 53 исследования) для никотиновой жевательной резинки,
- 1,66 (95% ДИ: от 1,53 до 1,81, 41 исследование) для никотиновых пластырей,
- 1,90 (95% ДИ: от 1,36 до 2,67, 4 исследования) для никотинового ингалятора,

cessation-interventions-such-as-behavioural-counselling-telephone-support-and-self-help-interventions-are-effective-in-helping-people-with-coronary-heart-disease-stop-smoking

4 Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art.

5 Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Library 2004 Issue 1 <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000546.htm>

6 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008

- (95% ДИ: от 1,63 до 2,45, 6 исследований) для пероральных заменителей / пастилок,
- (95% ДИ: от 1,49 до 3,73, 4 исследования) для никотинового назального спрея.

Результаты не зависят от продолжительности лечения, интенсивности предоставленной дополнительной помощи, или контекста, в котором применялась НЗТ.

Сходный эффект отмечен в небольшой группе исследований по оценке применения никотин-заместительной терапии без рецепта.

У сильно зависимых курильщиков, была отмечена значительное преимущество приема жевательной резинки 4 мг, по сравнению с жевательной резинкой 2 мг, но доказательства преимущества пластырей с более высокими дозами, в имеющихся в настоящее время исследованиях, слабее. Вызывает сожаление отсутствие исследований, касающихся высоких доз.

Авторы Кокрановского Сотрудничества (Cochrane Collaboration) пришли к выводу, что все коммерчески доступные формы НЗТ (жевательная резинка, трансдермальный пластырь, назальный спрей, ингалятор и подъязычные таблетки) могут помочь курильщикам в их попытках прекратить курение, и увеличивают вероятность успеха. Применение заменителей увеличивает показатели прекращения курения на 50% -70%, независимо от типа и дозы препарата.

Эффективность никотин-заместительной терапии не является полностью независимой от интенсивности дополнительной помощи, предоставляемой курильщикам. Чем больше имеющаяся поддержка, тем больше выгоды, но заменители никотина являются эффективными даже при отсутствии какой-либо поддержки.

Мета-анализ Майкла С. Фиоре (Michael C. Fiore)

Данные мета-анализа Майкла С. Фиоре (Michael C. Fiore) относятся к показателям прекращения курения на шесть месяцев, по сравнению с плацебо.

Наблюдавшаяся разница в эффективности, между пластырями и пероральными формами, может быть связана с дозой, поскольку чаще исследуются дозы пероральных форм, которые используются в клинических исследованиях с фиксированной дозой.

4.2.1.3 НЗТ в сочетании с фармакотерапией

Кокрановское Сотрудничество (Cochrane Collaboration) показало, что сочетание никотиновых пластырей с оральными формами является более эффективным, чем использовании одного типа заменителя никотина.

- НЗТ может быть использована в сочетании с пероральными и трансдермальными формами;

- НЗТ может быть использована в сочетании с бупропионом и нортриптилином;

- Недавние исследования указывают, что заявление «НЗТ нельзя использовать в комбинации с варениклином для прекращения курения, поскольку лекарственный никотин, как и табачный никотин блокируется варениклином ...», вероятно, неверно. На самом деле, имеется все больше данных, что в соответствующих случаях варениклин и НЗТ хорошо работают вместе.¹² У больных, продолжающих выкуривать несколько сигарет после 2 - 6 недель приема варениклина, нет никаких противопоказаний для замены этих сигарет с помощью НЗТ. Тем не менее, отсутствуют свидетельства, что такая стратегия используется многими пациентами.

4.2.1.4. Показания

Никотин-заместительная терапия предлагается в качестве лечения первой линии для прекращения курения у потребителей табака, мотивированных и не мотивированных к

¹² По данным Мэтью П. Барса (Mathew P. Bars). Апрель 2013 года.

прекращению курения. Эти препараты также можно использовать временно, чтобы уменьшить частоту курения, когда прекращение курения не представляется возможным или приемлемым для потребителя табака. Исследовалась роль НЗТ в профилактике рецидивов и лечении табачной зависимости у субъектов, которые прекратили потребление табака, но испытывают тягу.

4.2.1.5. Сокращение курения с применением заменителей никотина

Сокращение курения с применением никотин-заместительной терапии, рекомендуется только у зависимого курильщика, т.е. курильщика, у которого большое количество никотиновых рецепторов, и их десенсибилизация являются важным фактором потребления¹³ среди курильщиков, набравших более 3, или даже более 6 баллов шкалы Фагерстром (Fagerström).

Сокращение курения необходимо систематически предлагать сильно зависимым курильщикам, с 7 и более баллами по тесту Фагерстром (Fagerström), имеющим связанные с потреблением табака заболевания, и не готовым прекратить курение.

Сокращение курения не является здоровой альтернативой прекращению курения. Сокращение должно быть шагом к последующему прекращению у курильщиков, которые не могут прекратить курить, или не желают прекратить курить. Целью остается полное прекращение курения.

Правдоподобно, но не подтверждено, что сокращение курения приводит к снижению риска, связанного с потреблением табака:

- с падением уровня СО и количества вдыхаемых ультрамалых частиц, правдоподобно снижение сердечно-сосудистого риска;

- с уменьшением количества вдыхаемых ультрамалых частиц и раздражающих веществ, в одном исследовании показано снижение развития ХОБЛ (Lung Health Study¹⁴).

Обоснованы опасения органов управления здравоохранением, которые также должны разделять все врачи, что может быть сделан вывод о существовании менее опасных табачных изделий. Табачная промышленность использует эти аргументы уже много лет, в целях поощрения курения. *Более здоровые сигареты, сигареты с низким содержанием смолы, сигареты с фильтром, кальяны и бездымный табак.* Все это - обман. Все эти табачные изделия поддерживают никотиновую зависимость у потребителей, тем самым поддерживая табачный рынок.

Существовала озабоченность тем, что предлагаемое сокращение курения, у некоторых курильщиков приведет к уменьшению показателя прекращения курения. Не существует данных, поддерживающих эту озабоченность; наблюдался противоположный эффект. Пациенты, не желающие прекратить курение, которым, тем не менее, предложили сократить курение, имеют более высокую вероятность достижения воздержания по прошествии года, по сравнению с пациентами, которым не предлагали сократить курение, а предложили полностью прекратить курение, в качестве единственного решения.¹⁵

Сокращение курения предлагается в качестве выбора второй линии, для курильщиков, которые не желают или не способны прекратить курение полностью.

Эту стратегию особенно полезно применять у курильщиков с заболеваниями, вызванными потреблением табака. Первые исследования были проведены у пациентов с ХОБЛ.

13 Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000 ; 321 : 329-333

14 Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med 2002 ; 166 : 675-79.

15 Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med 2002 ; 166 : 675-79.

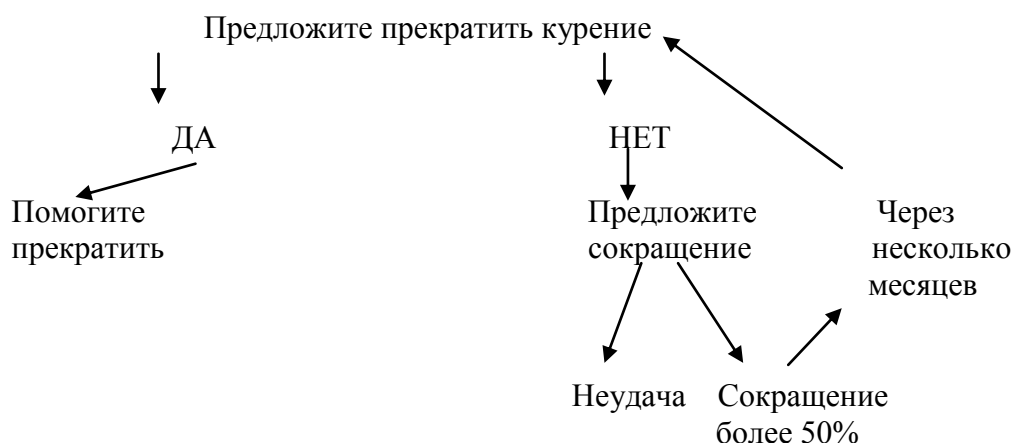
Хотя полное прекращение курения всегда лучше, тем не менее, паллиативное лечение, по крайней мере, временное, представляет двойной интерес у курильщиков, сопротивляющихся прекращению курения:

- сокращается курение и, таким образом, уменьшаются, по крайней мере, некоторые риски, связанные с курением;
- повышается уверенность пациента в собственной способности полностью прекратить курение, и увеличивается количество попыток по прекращению курения, предпринятых в течение года.

Никотин-заместительная терапия используется в качестве замены, по мере уменьшения количества выкуриваемых за день сигарет. Таким образом, потенциально снижается вредное воздействие табачных изделий (иных, чем никотин). Чем больше никотина доставляется более прогрессивным способом, тем меньше поддерживается зависимость.

Доставка фармацевтического никотина будет постепенно увеличиваться, до снижения числа выкуриваемых сигарет не менее, чем на 50%, и может быть еще увеличена, чтобы добиться прекращения курения (Рисунок 15).

Рисунок 15: Стратегия сокращения курения



4.2.1.6. Применение в клинических условиях

Заместители никотина в пластыре

Пластырь был разработан, чтобы избежать трудностей, связанных с использованием жевательной резинки. Он также имеет преимущество, обеспечивая более стабильные концентрации никотина, более благоприятные для прекращения курения, но менее подходит, чем пероральные формы, для удовлетворения острых потребностей в никотине.

Никотин, содержащийся в пластыре, будет постепенно вводиться через кожу и подкожные ткани, и мигрировать из кожи в кровь и головной мозг. Даже после удаления никотинового пластыря, никотин продолжает распространяться из кожи в головной мозг.

Пластырь позволяет обеспечивать хорошие показатели соблюдения его применения, в связи с простотой использования.

Чтобы уменьшить риск местных кожных реакций, пользователь должен ежедневно менять место наложения пластыря, чередуя руки, плечи и грудь.

Есть пластыри для прикрепления на 24 часа, для доставки максимальной дозы 21 мг никотина в день, и системы, которые можно прикреплять на 16 часов, которые доставляют максимальную дозу 25 мг никотина. Таким образом, системы 21 мг / 24 ч доставляют примерно 0,9 мг никотина в час, в то время как системы 25 мг / 16 ч доставляют 1,4 мг / ч (Таблица 7).

Таблица 7: Эквивалентность никотина, доставляемого пластырями за 16 и 24 часа.

	0,3 мг / ч	0,6 мг / ч	0,9 мг / ч	1,6 мг / ч
16 часов	5 мг	10 мг	15 мг	25 мг
24 часа	7 мг	14 мг	21 мг	-

Различные пластыри

Все пластыри основаны на одном принципе, но имеют небольшие кинетические различия (Рисунок 16).

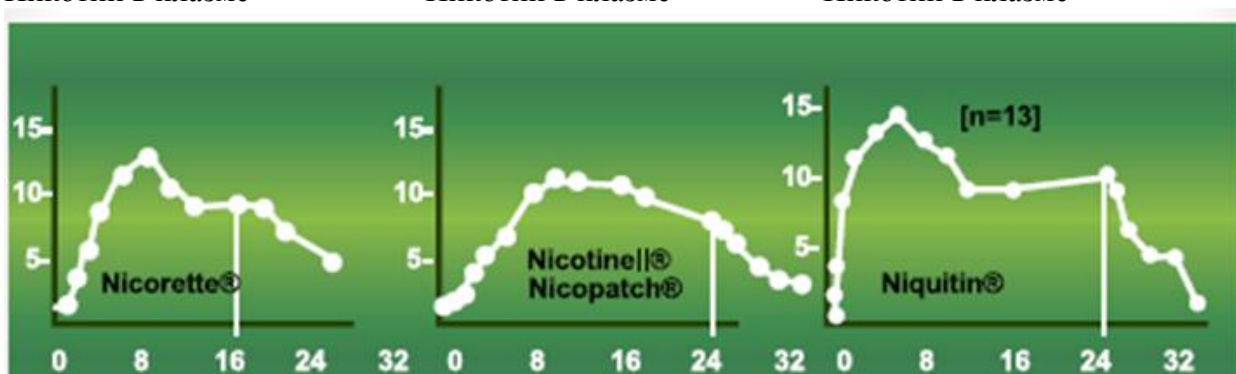
Таким образом, каждая форма пластыря имеет свои небольшие преимущества и недостатки. Можно подобрать лечение для каждого пациента.

Как применять пластыри

Пластырь накладывается утром, до или после душа (проявляя осторожность, чтобы не использовать поверхностно-активные вещества, которые уменьшают всасывание никотина). Пользователь должен избегать наклеивания пластыря в местах, испытывающих значительное давление. Если пластырь отделяется в течение дня, его можно использовать повторно, закрепив, например, липким пластырем.

Рисунок 16: Кинетика никотина в течение 24 часов в зависимости от используемого пластыря (в соответствии с Беноуитц (Benowitz) 1993)¹⁶

Никотин в плазме Никотин в плазме Никотин в плазме



Общая переносимость пластырей

Подобно всем никотин-заместительным препаратам, переносимость пластырей намного лучше среди курильщиков с высокой зависимостью, у которых обычно не возникает никаких побочных эффектов, даже при использовании нескольких пластырей, в то время как у некурящего человека один пластырь может привести к почти постоянным побочным эффектам. Эти побочные эффекты зависят от дозы никотина и тесно связаны с симптомами отмены.

Одним из побочных эффектов, характерных для пластыря, является кожная аллергия: покраснение кожи как реакция на пластырь является обычным явлением, часто свидетельствует о раздражении. Однако, у некоторых пациентов, имеющих аллергию на пластыри, возможна более выраженная аллергическая реакция. Врачи должны спросить пациента о любой возможной аллергии на липкие пластыри. Если симптомы умеренные, можно изменить марки пластыря, так как в разных пластырях используют разные клеи.

Если кожная реакция отмечается после прикрепления пластыря, удалите пластырь и откажитесь от его использования, за исключением очень специфических ситуаций.

¹⁶ Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993 Mar;53(3):316-23

Пероральные заменители никотина

На рынке представлено множество форм пероральной никотин-заместительной терапии.

Есть четыре пероральные формы:

- жевательная резинка,
- подъязычные таблетки, помещаемые под язык,
- пастилки, которые разработаны относительно недавно,
- ингаляторы, которые выглядят как сигаретные мундштуки, содержат никотин для медленного перорального всасывания.

Все эти никотин-заместительные препараты всасываются через слизистую оболочку полости рта.

Всасывание никотина через слизистую оболочку полости рта происходит только в том случае, если рН полости рта является нейтральным. Поэтому пациент должен избегать приема еды или питья, особенно газированных напитков (которые являются кислыми), в течение 30 минут, прежде чем принимать пероральные формы никотин-заместительной терапии.

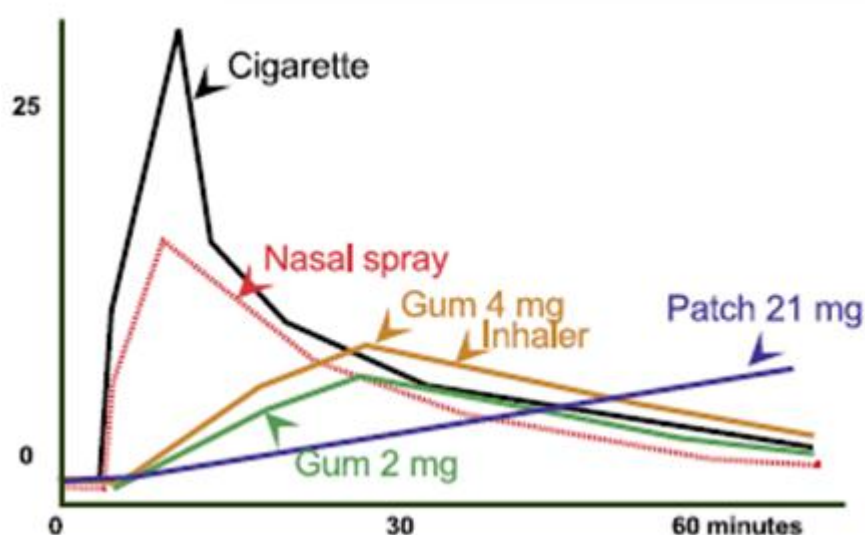
Количество слюны, всасываемой в желудке, должно быть сведено к возможному минимуму, потому что это может вызвать раздражение и икоту. Повышенное слюноотделение и глотание слюны имеют особенно важное значение при применении жевательной резинки курильщиками, которые раньше не пользовались жевательной резинкой, и жуют ее слишком быстро.

Биодоступность перорального никотина

Никотин всасывается через слизистую оболочку рта, когда начинается жевание, на протяжении жевания, и через несколько минут, или в течение от 15 до 30 минут (Рисунок 17).

Рисунок 17: Кинетика никотина в артериальной крови после выкуривания сигареты или приема разных заменителей никотина

Никотин плазмы ng/ml



Надписи (сверху вниз): сигареты, назальный спрей, резинка 4 мг, пластырь 21 мг, ингалятор, резинка 2 мг

Таким образом, достигается постепенное повышение содержания никотина в артериальной крови, гораздо менее резкое, чем при использовании сигарет или назального спрея. Этим объясняется, почему предпочтительнее поддерживать определенный уровень концентраций никотина с постоянными дозами, чтобы при неожиданном возникновении нехватки никотина, прием пероральной формы обеспечил дополнительную, минимально

возможную, корректировку содержания никотина в сыворотке крови. При пиковых концентрациях никотина, при приеме жевательной резинки, на несколько минут может быть превышен уровень никотина, необходимый для насыщения рецепторов. Это может вызвать снижение чувствительности этих рецепторов, и пробуждение новых рецепторов, которые могут в последующем сохраняться. Таким образом, становится понятно, почему некоторым пациентам трудно отказаться от применения жевательной резинки в течение шести месяцев или одного года или более, после прекращения курения. Совершенно неправильно утверждать, что резинка делает пациентов зависимыми от никотина. Они были зависимы от сигарет, и будет правильнее сказать, что пероральный прием никотина, в данном случае, делает вклад в поддержание никотиновой зависимости. Такое явление не отмечено, например, при применении пластырей, которые дают наименее крутую фармакокинетическую кривую никотина, скорее всего, регрессирующую к зависимости, но за счет появления тяги в определенное время дня.

Не весь никотин, содержащийся в резинке, доставляется в полость рта. 2 мг резинка не доставляет 2 мг никотина в слизистую оболочку полости рта и кровь, а скорее только менее 1,5 мг, с колебаниями, в зависимости от бренда (все формы являются резинкой от 1,5 мг до 2 мг никотина, квази биоэквивалентны до 2 мг). Индивидуальные вариации, в значительной степени, зависят от того, как жуется резинка. Кинетические отклонения у разных людей и производителей, как правило, больше при применении пластырей, по сравнению с пероральными формами, но гораздо менее значительные, чем при курении сигарет. Даже курение в разные моменты времени, в течение дня, может привести к получению доз от 1 до 5 мг никотина в одной и той же сигарете.

Эти кинетические изменения не столь значительны на практике, поскольку доза пероральных форм определяется пациентом, принимающим такое количество, которое необходимо для прекращения тяги.

В любом случае, пациент должен знать, что резинка не должна быть использована как простая жевательная резинка, а, наоборот, жевать ее надо медленно, и не глотать слюну.

Доступная жевательная резинка

Жевательная резинка существует, с дозами от 2 мг до 4 мг. 2 мг резинка предназначена для курильщиков с низкой и средней зависимостью, 4 мг - для курильщиков с высокой зависимостью, имеющих 7 или более баллов по шкале Фагерстром. Резинка может иметь природный вкус, может быть приправлена мятой, корицей, апельсином, или обладать фруктовым ароматом.

Прием жевательной резинки

Жевательная резинка требует хорошей техники для достижения эффективности и, предотвращения развития побочных эффектов: боли в полости рта, челюстях, боли в желудке или икоты. Жевательную резинку берут в рот и жуют один или два раза, потом оставляют за щекой в течение 3 минут, а затем жуют раз в минуту в течение двадцати минут. После завершения использования, резинки должны быть утилизированы в месте, недоступном для детей, потому что, как и сигареты, этот продукт содержит никотин.

Подъязычные таблетки

Эти 2 мг таблетки - небольшие таблетки без покрытия, которые должны быть помещены под язык. Они могут вызвать ощущение жжения, но не имеют вкуса. Поскольку нет необходимости жевать или сосать таблетки, можно избежать чрезмерного слюноотечения (что может вызвать икоту). Таблетки растворяются во рту за 15-30 минут.

Пастилки

Пастилки доступны в дозах от 1 до 4 мг и обеспечивают пероральное всасывание лучше, чем резинка. Использование пастилок просто, так как они имеют пленочное покрытие. Их рассасывают медленно, не разжевывая.

Ингаляторы

Ингалятор состоит из белой пластиковой трубки, напоминающей сигаретный мундштук, который открывается для размещения картриджа с никотином. Когда пациент затягивается, подобно курящему сигарету, небольшое количество никотина направляется на слизистую оболочку полости рта, где и всасывается. Картриджи содержат 10 мг никотина. Некоторые тяжелые курильщики потребляют картридж в течение часа; другие могут использовать один и тот же ингалятор весь день, и не закончить картридж к вечеру. Эта форма замещения поддерживает движения, характерные для курения сигарет и приема никотина.

Назальный спрей

Назальные спреи, продаваемые по рецепту, доступны в некоторых странах. Эти назальные спреи имеют то преимущество, что они очень эффективны для подавления симптомов отмены. Они имеют два основных недостатка. Первый - вызывают раздражение носа (иногда существенное), второй - они вводят никотин в головной мозг резко, почти так же быстро, как сигареты, что объясняет устойчивую зависимость от спрея, после прекращения курения.

4.2.1.7. Инструкции по прописыванию препаратов

Выберите начальную дозу никотин-заместительной терапии

Начальная доза никотин-заместительных препаратов может быть легко определена количеством выкуриваемых за день сигарет, а также временем выкуривания первой сигареты (Рисунок 18). Наименее зависимый курильщик не нуждается в лекарственном лечении. Наиболее зависимым, могут потребоваться два пластыря, дополненные пероральными формами.

Конечно, мониторинг концентрации никотина, котинина в моче или уровня СО в выдыхаемом воздухе, может иногда способствовать более тонкой корректировке дозировки, однако в данной таблице предложены дозы, часто близкие к окончательным.

Сочетание заменителей никотина

При прекращении курения, ключевое значение имеет замещение никотина до уровня, близкого к тому, который имел место при курении сигарет (80-90%). Это количество трудно определить заранее, потому что, при курении сигарет, некоторые курильщики в 10 раз более зависимы от никотина, чем другие.

Количество никотина, доставляемого самым сильным пластырем, для многих курильщиков, подобно тому количеству, которое дает пачка сигарет. Однако, у некоторых редких курильщиков, это количество будет слишком большим, а у других - недостаточным.

При необходимости высоких доз никотина, наиболее часто рекомендуемый метод представляет собой сочетание пластырей и пероральных форм, или использование более одного пластыря.

Можно связать пластырь с пероральными формами в переменном порядке, чтобы облегчить тягу, которая может сохраняться. Аналогичный прием используется для облегчения сильных болей у онкологических больных, которым длительно вводили морфин, давая пациентам возможность вводить дополнительные дозы, для облегчения постоянной боли. Пока у пациента сохраняется тяга, нет никакой опасности в сочетании пластырей и пероральных форм. Комбинированное замещение никотина менее опасно, чем комбинация сигарет и сигар.

Рисунок 18: Предлагаемые начальные дозы никотин-заместительной терапии для прекращения курения (источник: INPES, Франция)

Курение	< 10 сиг / день	10 – 19 сиг / день	20 -30 сиг / день	>30 сиг / день
Не каждый день	Не требуется лекарство или пероральная НЗТ	Не требуется лекарство или пероральная НЗТ		
Не курит по утрам	Не требуется лекарство или пероральная НЗТ	Не требуется лекарство или пероральная НЗТ	пероральная НЗТ	
< 60 мин после пробуждения	Не требуется лекарство или пероральная НЗТ	пероральная НЗТ	Пластырь с высокой дозой (0, 9 мг / ч)	Пластырь с высокой дозой (0, 9 мг / ч) ± пероральная НЗТ
< 30 мин после пробуждения		Пластырь с высокой дозой (0, 9 мг / ч)	Пластырь с высокой дозой (0, 9 мг / ч) ± пероральная НЗТ	Пластырь с высокой дозой (0, 9 мг / ч) + пероральная НЗТ
< 5 мин после пробуждения		Пластырь с высокой дозой (0, 9 мг / ч) ± пероральная НЗТ	Пластырь с высокой дозой (0, 9 мг / ч) + пероральная НЗТ	2 пластыря (с высокой + со средней дозой = 1, 6 мг / ч)

Коррекция дозы через 24-72 часа

Наличие пероральных заменителей с различными дозами, позволяет незамедлительно корректировать дозы никотина. Однако курильщики, как правило, колеблются, и опасаются препаратов никотина, хотя в течение многих лет принимают более высокие дозы никотина в форме выкуренного табака. Вместе с тем, курильщики, часто переживают в течение нескольких десятилетий титрование концентраций никотина, путем изменения количества выкуриваемых сигарет и интенсивности потребления. Таким образом, они адаптируют концентрации никотина, для насыщения своих никотиновых рецепторов.

Мы должны быстро определить признаки передозировки (встречается редко) и признаки недостаточной дозы (встречается часто).

Признаки передозировки

Передозировки никотина нет, если сохраняется тяга. У пациента, не имеющего желания курить, передозировка приводит к ощущению, что выкурено слишком много, а также к тошноте, и тахикардии. Эти признаки являются преходящими, и быстро прекращаются в конце лечения, в течение нескольких часов, и при возобновлении лечения с уменьшенными дозами.

Признаки недостаточной дозы

У курильщиков с недостаточной дозировкой никотина отмечают:

- тяга,
- крайняя нервозность в привычной среде,
- тяга к пище, которая заставляет их есть,

- проблемы со сном (но не конкретные)¹⁷
- часто продолжение курения нескольких сигарет.

Часто бывает полезно направлять курильщиков, при регулярной корректировке дозировки, для этого:

- в большинстве случаев предоставляется информация, чтобы они могли самостоятельно корректировать свою дозу,
- курильщиков просят звонить на протяжении 24-72 часов,
- курильщикам рекомендуют позвонить на телефонную линию по прекращению курения, или обратиться за иной поддержкой для прекращения потребления табака, которые могут помочь скорректировать дозу, и предоставить дополнительные советы.

Если пациент принимает более 8-10 пероральных форм или больше сигарет в в пластыре, ежедневно, лучше прикрепить пациенту второй пластырь, для обеспечения стабильной доставки никотина.

4.2.1.8. Противопоказания

Не имеется противопоказаний для применения заменителей никотина, за исключением случаев аллергии (редко встречается при применении пластыря, исключительно редко при применении пероральных форм). В некоторых странах беременность считается противопоказанием. Конечно, никотин-заместительная терапия не показана у некурящих. Меры предосторожности должны быть приняты у детей в возрасте до 18 лет или до 15 лет, у пациентов, недавно перенесших тяжелые сердечно-сосудистые события, и у беременных. Эти меры предосторожности должны быть сопоставлены с особенно высоким риском курения (50% потребителей табака гибнут от связанных с табаком болезней).

4.2.1.9. Побочные эффекты, меры предосторожности, предупреждения, взаимодействия лекарств

Риски, связанные с препаратами никотина подобны тем, которые связаны с никотином в табаке. Не имеется дополнительного риска, в связи с частичной или полной заменой никотина, доставляемого из табака, на никотин, доставляемый заменителями. Потребление лекарств с никотином устраняет сотни токсинов, содержащихся в табачном дыме, и дает общую выгоду для здоровья, по сравнению с потреблением табака. Уменьшение воспаления при прекращении курения, приводит к изменениям в кинетике некоторых лекарственных препаратов, и рекомендуется пересмотреть лечение теофиллином, варфарином и т.д.

Риск зависимости от пероральных заменителей

При использовании пероральных заменителей никотина, существует риск поддержания никотиновой зависимости. Этот риск для здоровья значительно ниже при использовании НЗТ, по сравнению с курением табака. Это не риск развития никотиновой зависимости, а, скорее, риск сохранения этой зависимости от пероральных форм НЗТ. При применении пероральных форм НЗТ, может отмечаться небольшой уровень переполнения никотином головного мозга, которое может привести к сохранению зависимости у некоторых курильщиков, после прекращения курения. Риск зависимости является самым высоким при потреблении табака, намного ниже - при применении пероральных форм табака, еще ниже - при использовании электронной сигареты, еще

17 Zhang L, Samet J, Caffo B et Punjabi NM. Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. Am J Epidemiol 2006;164: 529-37

ниже - при пероральной никотин-заместительной терапии. Этот риск практически отсутствует при использовании никотиновых пластырей (Рисунок 19).¹⁸

У пациентов, которые постоянно используют жевательную резинку, продолжение такого лечения в течение нескольких месяцев или даже лет, не является серьезной медицинской проблемой. Через некоторое время десны пациента часто уже не могут принимать резинку, и пациенты говорят, что "с них достаточно".

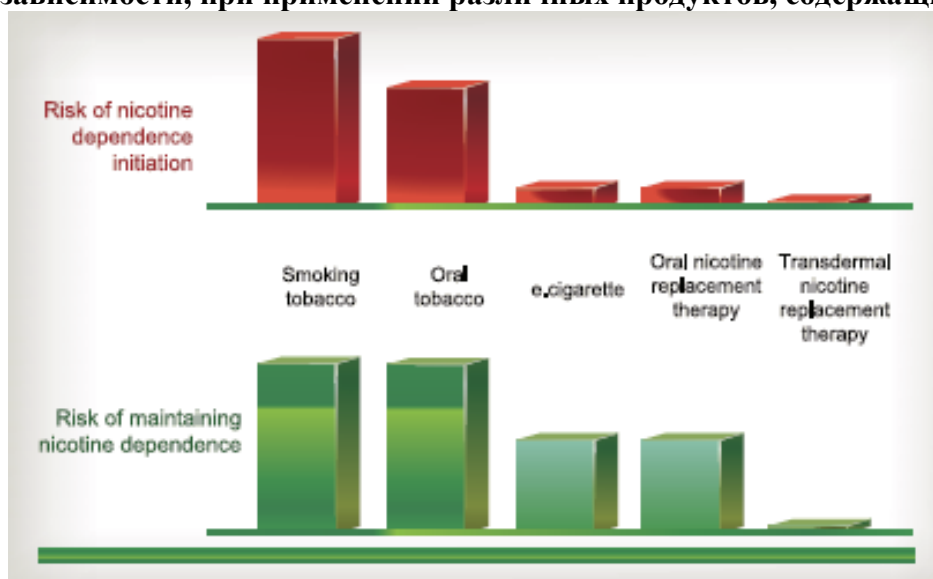
Вы можете помочь пациенту, проверяя длительность потребления резинки. Пациент может принимать резинку, вместо того, чтобы управлять эмоциями на систематической основе, для заполнения постоянного дефицита. В некоторых случаях, при замене пластырей пероральными заменителями, удастся устранить пики никотина в крови, и добиться полного освобождения от никотина.

Побочные эффекты никотин-заместительной терапии

Никотин-заместительная терапия может иметь побочные эффекты, такие как аллергические или неаллергические реакции. Эти явления, как правило, доброкачественные. Иногда бывает трудно понять, что в наблюдаемых побочных эффектах связано с изменением курительного статуса, что с изменением стиля жизни, и что - с лекарством.

В случае аллергии, всегда имеется возможность аллергии на заменители никотина, но этот риск является довольно исключительным, и более теоретическим, чем практическим, однако аллергии существуют в отношении пластырей, в частности, на используемые клеи. Адекватная реакция на такие жалобы зависит от тяжести и степени реакций.

Рисунок 19: Расчетный риск инициирования зависимости и поддержания зависимости, при применении различных продуктов, содержащих никотин



Надписи (сверху вниз): риск инициации никотиновой зависимости, риск поддержания никотиновой зависимости. Курение табака, пероральный табак, электронная сигарета, пероральная НЗТ, трансдермальная НЗТ.

Другие побочные эффекты (смотрите таблицу 8), как правило, умеренные и не сопоставимы с последствиями курения. Поэтому такие препараты, как правило, доступны

¹⁸ Комментарий Тома Хоустона (Tom Houston), Апрель 2013 года: "Имеются ли опубликованные ссылки, в поддержку того, что электронные сигареты имеют средний уровень зависимости? Я не видел исследований, которые изучали бы этот вопрос."

без рецепта, а в некоторых странах, например, в США, пероральные формы с низкими дозами никотина, доступны в супермаркетах.

Таблица 8: Побочные эффекты никотина

Распространенные побочные эффекты (более одного человека на 100):

- головные боли,
- головокружение,
- икота,
- воспаление горла,
- раздражение или сухость в полости рта,
- тошнота, рвота, расстройства пищеварения.

Нераспространенные (более одного человека на 1000):

- сердцебиение

Редкие побочные эффекты (более одного человека на 10 тысяч):

- появление сердечной аритмии.

Всегда безопаснее принимать никотин-заместительную терапию, чем потреблять табак.

Побочные эффекты лечения по сравнению с симптомами, связанными с прекращением курения

- Пациенты часто интерпретируют как побочные эффекты лечения те эффекты, которые на самом деле связаны с прекращением курения. Эффекты отмены, которые чаще всего приписывают лечению - депрессивный синдром и нарушения сна.

- Депрессия является ведущим фактором риска прекращения курения с использованием никотин-заместительной терапии (или другого лечения). Депрессия связана не с препаратом, а, скорее, с прекращением курения, которое может стимулировать скрытую депрессию. Если пациент чувствует себя подавленным в состоянии покоя, или имеет историю депрессии, мы должны рассмотреть это особенно тщательно при оценке состояния пациента, с целью предотвращения рецидива депрессии.

- Нарушения сна и изменения в качестве сна, с которыми сталкивается большинство курильщиков, прекративших курение. Эти изменения имеют различную степень тяжести. Они требуют минимального анализа. Появление ночных кошмаров является немедленным предупреждением о возможной депрессии, другие расстройства могут быть уточнены в течение более длительного периода (и они часто исчезают спонтанно).

Рекомендации

- Никотин-заместительная терапия рекомендуется в качестве эффективной фармакотерапии при прекращении курения (уровень научной обоснованности А).

- Сочетание пероральной НЗТ и пластыря, доставляющих дозы, близкие к дозе никотина в сигаретах, увеличивает показатель успеха (уровень научной обоснованности А).

4.2.2. Лечение бупропионом SR

Первое лекарство в серии безникотиновой терапии, которое доказало эффективность при лечении никотиновой зависимости, бупропион SR, известно в мире с 1997 года, и в Европе с 2000 года. Оно доступно только по рецепту врача. Этот препарат использовался в течение длительного времени в США, у пациентов с шизофренией и другими заболеваниями. Поскольку многие пациенты, получающие этот препарат, прекращали курить непреднамеренно, Линда Ферри (Linda Ferry), который была врачом и лечила этих пациентов, начала изучать эффективность этого препарата при прекращении курения. Была изучена и выведена на рынок форма с длительным высвобождением

препарата. Поскольку бупропион использовался в качестве антидепрессанта в США с 1989 года¹⁹, его неблагоприятный фармакологический профиль очень хорошо документирован, имеются данные в отношении безопасности продукта.²⁰ Как и при применении любого другого антидепрессанта, распространенными побочными эффектами являются сухость во рту, бессонница и головные боли. Потенциальные потребители этого лекарства должны быть проинформированы о его побочных эффектах.²¹

Механизм действия

Бупропион блокирует нейронное высвобождение дофамина и норадреналина и, возможно, действие ингибирования функции антихолинергических никотиновых рецепторов, доказанное в лабораторных условиях.²² Он имитирует эффект никотина, полученного из сигареты, путем ингибирования обратного захвата норадреналина и дофамина и, как полагают, по этому механизму, снижает симптомы отмены никотина. Кажется, что эффективность бупропиона при никотиновой зависимости является свойством, отдельным от его антидепрессивного действия, так как его положительное воздействие на прекращение курения также было показано и у пациентов без депрессии.²³

Бупропион действует, устраняя некоторые симптомы отмены никотина, то есть, в частности, депрессию, за счет снижения тяжести синдрома отмены в целом. Это заставляет рекомендовать его в качестве эффективной помощи в процессе прекращения курения. Бупропион помогает пациентам за счет уменьшения тяги к курению. Введение бупропиона у курильщиков с тяжелой никотиновой зависимостью, значительно снижает симптомы депрессии, связанные с отменой никотина. Бупропион удваивает показатель воздержания, по сравнению с плацебо, и имеет сходные эффекты у мужчин и женщин.²⁴

Недавно опубликованный генетический анализ реакции на бупропион позволяет предположить, что успех прекращения курения с помощью этого лекарства определяется, отчасти, вариацией CYP2B6, гена, кодирующего основной фермент, отвечающий за метаболизм бупропиона (Фауцетте (Faucette) и соавт., 2000), скорее чем генетической вариацией путей холинергических никотиновых рецепторов.²⁵

Клинические данные об эффективности бупропиона

Обзор данных, опубликованных в данной области, выявил 40 рандомизированных исследований, которые поддерживают эффективность бупропиона при лечении никотиновой зависимости. Авторы обзора пришли к выводу, что бупропион удваивает показатель длительного успешного воздержания, по сравнению с плацебо (31 исследование, в которых бупропион был единственным лекарством для прекращения курения, выявило отношение вероятностей OR 1,94; 95%, ДИ 1,72-2,19).²⁶ Эффективность данного препарата неоднократно изучали и оценивали путем мета-анализа. Была

19 Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of Bupropion sustained-release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, *Nicotine Tob.Res.*, 2009 Jul;11(7):859-67)

²⁰ Garcia-Rio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2001; 358: 1009–1010

²¹ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

²² Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, *Eur.Respir.Mon.*, 2008, 42, 74-97

²³ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

²⁴ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

²⁵ King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials, *Neuropsychopharmacology* (2012) 37, 641–650

²⁶ Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, *Eur.Respir.Mon.*, 2008, 42, 74-97

документирована высокая эффективность лечения бупропионом по сравнению с плацебо.²⁷ В рандомизированном, двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании, 27% пациентов, получавших бупропион, сохраняли воздержание по прошествии шести месяцев, по сравнению с 16% у пациентов, получивших плацебо.²⁸ Показатель длительного воздержания у пациентов, получавших бупропион, также удваивался, когда лекарственное лечение сопровождалось поведенческой терапией, по сравнению с плацебо.²⁹ Имеются данные об эффективности бупропиона при прекращении курения, в подгруппе курильщиков с генотипом DRD2 Taq1 A2/A2 гена D2 рецептора дофамина. В конце лечения, показатель воздержания был в три раза выше у пациентов, получавших бупропион, по сравнению с группой плацебо.³⁰

Также было показано, что бупропион SR уменьшает тягу и ослабляет увеличение массы тела после прекращения курения, среди потребителей бездымного табака, пытающихся прекратить курение.³¹

В рандомизированном, двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании для оценки эффективности бупропиона SR для прекращения курения, в группе легких курильщиков (≤ 10 сигарет / день) афро-американского происхождения, бупропион SR эффективно способствовал прекращению курения на протяжении лекарственной фазы лечения. Однако, не наблюдалось никаких статистически значимых различий в показателях долгосрочного воздержания от курения на 26-й неделе, между группой, получавшей бупропион SR, и группой плацебо.³²

В клинической практике, по имеющимся современным данным Румынских исследователей, показатель воздержания на протяжении шести месяцев, при приеме бупропиона SR, составил 28%.³³

Показания

Применение бупропиона является фармакотерапией первой линии, которая доказала свою эффективность при лечении потребления табака и табачной зависимости. Бупропион рекомендуется исключительно по рецепту врача, для всех пациентов, мотивированных к прекращению курения, не имеющих противопоказаний. В то же время, он является эффективной альтернативой для пациентов, которые не переносят НЗТ, или безуспешно пытались использовать НЗТ, а также для пациентов, которые отдают предпочтение лечению без никотина.

Бупропион рекомендуется как эффективный препарат для прекращения курения, в том числе в следующих случаях:

- Чтобы избежать увеличения массы тела после достижения воздержания от табака, бупропион может быть использован у курильщиков, озабоченных ростом массы тела после прекращения курения. Таким образом, Хейс (Hays) и соавт. сообщали в предыдущем исследовании об улучшении контроля массы тела, связанном с более

²⁷ Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, Eur.Respir.Mon., 2008, 42, 74-97

²⁸ Roddy, E. (2004). Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies, BMJ 328: 509-511

²⁹ Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained-release Bupropion in the management of smoking cessation., Drugs 2002; 62: Suppl. 2, 45-52

³⁰ David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies, Nicotine Tob Res 2007; 9: 1521-1527

³¹ Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, CNS Drugs. 2012 Jan 1;26(1):1-10. doi: 10.2165/11598450-000000000-00000., PMID: 22136150 [PubMed - in process]

³² Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. J Natl Cancer Inst. 2012 Feb 22;104(4):290-8

³³ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

высоким показателем воздержания, через год после окончания курса лечения бупропионом, по сравнению с плацебо.³⁴

- Для предотвращения рецидивов курения (у пациентов, которые прошли семинедельный курс бупропиона, и прекратили курение, продолжение лечения бупропионом до 52 недель, приводило к отсрочке рецидива курения.²¹

- Для предотвращения рецидивов курения у больных алкоголизмом во время восстановления.

- У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Хотя Гарсиа Рио (Garcia Rio) и соавт. пришли к гипотезе, что бупропион может привести к повреждению вентиляционной реакции на гипоксию и гиперкапнию, с потенциально вредным воздействием на развитие ХОБЛ, ни в одном из исследований, в которых оценивалась эффективность бупропиона в качестве лекарства для прекращения курения у пациентов с хронической болезнью легких, не выявлены такие побочные эффекты.³⁵

Клиническое применение

Бупропион доступен в коробках по 28 таблеток по 150 мг. В первые три дня, пациенты должны принимать перорально дозу 150 мг каждое утро, затем по 150 мг два раза в день (минимальный интервал – 8 часов) в остальные дни курса лечения, общей продолжительностью от 7 до 9 или до 12 недель. Продление первоначального лечения, приводит к достижению более длительного воздержания от табака.³⁶ Для длительной терапии, рассматривайте применение 150 мг бупропиона в течение шести месяцев после прекращения курения.

Расширенная формула бупропиона 300 мг предназначена для введения один раз в день после начальной дозы бупропиона SR 150 мг в течение трех дней. Хатсуками (Hatsukami) и соавт. Показали, что бупропион может привести к достоверно более раннему прекращению курения у курильщиков, не желающих, или не способных прекратить курение, и что бупропион сокращает потребление табака до даты прекращения. Может быть выгодным продолжение курса бупропиона на несколько месяцев перед целевой датой прекращения.³⁷

Пациенты должны начинать прием бупропиона SR за 1-2 недели до прекращения курения. Они должны установить день прекращения курения на второй неделе лечения, и могут начать принимать бупропион, хотя они все еще курят. Считается, что после одной-двух недель лечения уровень бупропиона в сыворотке крови достигает постоянной величины, и может быть предпринята попытка прекращения курения. Было доказано, что продолжение курения не оказывает существенного влияния на лекарственное лечение бупропионом. По мнению некоторых авторов, если пациенту не удастся прекратить курение в первоначально установленный день, следует рекомендовать отложить прекращение курения до третьей или четвертой недели лечения, до достижения воздержания.³⁸

³⁴ Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained-release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, Ann.Intern.Med., 2001, Sept., 18, 135(6), 423-33

³⁵ Garcia-Rio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, Lancet 2001; 358: 1009–1010

³⁶ Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>

³⁷ По данным Мэтью П. Барса (Mathew P. Bars). Апрель 2013 года.

³⁸ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

Инструкции по назначению

Прекращение курения до намеченного дня: Действительно, некоторые пациенты могут потерять свое желание курить еще до установленного дня прекращения курения, или могут спонтанно уменьшить количество потребляемого табака.

Информация о дозировке: Если имеется бессонница, некоторое облегчение может принести прием вечерней дозы раньше, во второй половине дня.

Алкоголь: Не рекомендуется использовать в сочетании с алкоголем, или, в крайнем случае, только с минимальным количеством.

Если проявляются изменения настроения, обратитесь к врачу.

Противопоказания

Противопоказания существуют в следующих случаях:

- возраст до 18 лет;
- беременность, кормление грудью: не была показана эффективность бупропиона при лечении табачной зависимости у беременных. (Бупропион является агентом класса C FDA в отношении беременности). Оценка бупропиона у пациентов, кормящих грудью, не проводилась³⁹;
- повышенная чувствительность к бупропиону или его неактивным компонентам;
- ранее существовавшие, или имеющиеся в настоящее время, судорожные расстройства, опухоли черепа и головного мозга, припадки или условия, способствующие судорогам, в анамнезе;
- расстройства пищевого поведения;
- биполярное расстройство;
- воздержание от хронического потребления алкоголя, тяжелая печеночная недостаточность, цирроз печени;
- применение ингибиторов МАО в течение последних двух недель, потребление бензодиазепинов в анамнезе.

Побочные эффекты, меры предосторожности, предупреждения, взаимодействия препарата

Главные побочные эффекты

Обзор клинических исследований показал повышение в два раза побочных эффектов у пациентов, получавших бупропион, по сравнению с получающими плацебо.⁴⁰ Наиболее часто встречаются у пациентов, получавших бупропион, следующие побочные эффекты:

- бессонница,
- головная боль,
- сухость во рту.

Для борьбы с сухостью во рту и головными болями рекомендуется постепенно пить от двух до трех литров жидкости в день. Чтобы избежать бессонницы, мы рекомендуем принимать первую таблетку бупропиона утром, как можно раньше, так чтобы вторая таблетка принималась раньше, предпочтительно, по меньшей мере, за четыре часа до сна. Бессонница может быть уменьшена также путем корректировки дозы бупропиона до 150 мг / сут.

В более широком исследовании опыта Франции, относительно лечения по прекращению курения с использованием бупропиона в 2001-2004 годах, авторы отметили

³⁹ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

⁴⁰ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

1682 неблагоприятные реакции, в расчете на 698000 пациентов, получавших бупропион, в течение первых трех лет продаж бупропиона во Франции. Из этих 1682 побочных реакций, 28% были зарегистрированы как тяжелые побочные реакции, со следующим спектром:

- 31,2% кожные реакций (аллергические, ангиоотек типа "сывороточной болезни"),
- 22,5% неврологические реакции (особенно сосудов головного мозга),
- 17,2% нейropsychологические реакций (особенно суицидальные мысли, депрессия).

После тщательного анализа этих случаев, было доказано, что в 66% случаев неврологических / психологических реакций, и почти в 50% случаях неврологических реакций, были выявлены предрасполагающие факторы риска.⁴¹

Другие побочные эффекты

Также, как побочные эффекты, описаны головокружение, повышенное артериальное давление, боль в груди, тревожно-депрессивный синдром, снижение интеллектуальной производительности, нарушение зрения и, реже, судороги, даже аллергические кожные реакции.

Самый тревожный побочный эффект - судороги; они наблюдаются очень редко (1:1000) и им, как правило, способствуют уже существующие факторы риска, такие как нарушения кровообращения головного мозга, черепно-мозговые травмы, эпилепсия, расстройства пищевого поведения, сопутствующее лечение, которое снижает порог судорожной готовности и т.д. Сообщается о редких случаях ангиоотека⁴², гипернатриемии, в том числе о синдроме неадекватной секреции антидиуретического гормона (SIADH), как сообщается, не редком осложнении антипсихотической лекарственной терапии.⁴³

Меры предосторожности при использовании

У более пожилых лиц, рекомендуется откорректировать (в сторону уменьшения) дозу бупропиона в два раза, т.е. 150 мг бупропиона / день, как и у пациентов с тяжелой почечной или печеночной недостаточностью. Водителям и пациентам, которые работают с оборудованием, требующим внимания, рекомендуется ознакомиться с действием бупропиона, до выполнения этих работ, учитывая, что они могут испытывать головокружение, нарушение способности к концентрации и внимания.⁴⁴

Так как у больных, находящихся на лечении бупропионом, отмечалось высокое артериальное давление, требуется тщательный контроль артериального давления, особенно когда используются терапевтические комбинации, такие как сочетание бупропиона и никотиновых пластырей.

У всех пациентов, принимающих бупропион, а также другие препараты для прекращения курения, необходимо проводить мониторинг наличия симптомов в следующих категориях: поведенческие расстройства, враждебность, возбуждение, плохое настроение, мысли о самоубийстве / попытки самоубийства и представление аберрантного поведения. Если такие проявления имеют место, пациенты должны немедленно

⁴¹ Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, Drug Saf., 2008;31(11):1017-26)

⁴² Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, Am.J.Health Syst, Pharm., 2008 Sep 1;65(17):1627-30)

⁴³ Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, Hyponatremia Associated with Bupropion, Electrolyte Blood Press 9:23-26, 2011, ISSN 1738-5997

⁴⁴ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

прекратить использование бупропиона, и связаться со своим врачом.⁴⁵ ЕМЕА и FDA рекомендуют, чтобы, при назначении этого препарата, пациенты сообщали своим врачам о любых психических заболеваниях в анамнезе, до начала приема этого лекарства, и чтобы эти врачи следили за изменениями в настроении и поведении пациента. Для получения дополнительной информации, обратитесь к веб-сайтам FDA, в отношении предупреждений «черного ящика».^{46 47}

Перед назначением бупропиона, врач должен проверить следующие аспекты, которые требуют определенных мер предосторожности при применении препарата:

- прием веществ, которые могут снижать порог судорожной готовности: антипсихотических препаратов, антидепрессантов, трамадола, метилксантинов, системных стероидов, антигистаминных препаратов, антибиотиков, таких как хинолоны, психо-стимулирующих или вызывающих анорексию веществ;

- алкоголизм в анамнезе;

- ранее диагностированные сахарный диабет или травмы черепа и головного мозга.

Повышенное внимание также рекомендуется, в случае одновременного использования лекарственных средств, которые могут взаимодействовать с бупропионом. Необходима осторожность при одновременном использовании препаратов, которые индуцируют или ингибируют фермент 2D6 или структуры Р 450. В то же время, рекомендуется измерение артериального давления, а также концентрации в крови теофиллина, такрина, клозапина, возможно, имипрамина, флувоксамина и пентазоцина, так как она может увеличиваться, при применении этих препаратов одновременно с бупропионом. Одновременное применение бупропиона также приводит к увеличению содержания в крови некоторых антидепрессантов (имипрамина, пароксетина и дезипрамина), некоторых антипсихотических лекарств (рисперидона, тиоридазина), метопролола, антиаритмических препаратов, таких как пропафенон. Внимательный подход также рекомендован при использовании следующих препаратов совместно с бупропионом: циклофосфамида, карбамазепина, вальпроата, леводопы и амантадина.⁴⁸

Показания для прерывания лечения бупропионом

- появление судорог;
- симптомы сывороточной болезни: суставные и мышечные боли, лихорадка;
- анафилактические реакции или гиперчувствительность: сыпь, высыпания на коже, боли / спазмы в грудной клетке, одышка, отеки.

Экономическая эффективность лечения бупропионом

В систематическом обзоре, сравнивающем экономическую эффективность безникотиновой терапии первой линии для прекращения курения (варениклином и бупропионом SR), для выявления различий в используемых моделях и их выводах об экономической эффективности, варениклин имеет преимущества по отношению к бупропиону, в большинстве моделей экономической эффективности. Однако, при истолковании результатов, следует учитывать применимость моделей к клинической

⁴⁵ Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009; 59:314-326)

⁴⁶ <http://www.fda.gov/%20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/%20DrugSafetyInformationforHeathcareProfessionals/ucm169986.htm>

⁴⁷ www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm

⁴⁸ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

практике, а также переменные, которые могут изменить выводы об экономической эффективности.⁴⁹

Рекомендация

• Бупропион SR рекомендуется в качестве эффективной фармакотерапии для отказа от курения (уровень научной обоснованности А).^{50 51}

4.2.3. Лечение варениклином

Варениклин, новейший доступный препарат для лекарственного лечения при прекращении курения, начали использовать во всем мире в 2006 году, с одобрения FDA. Он может быть получен только по рецепту врача, и его не рекомендуется применять в сочетании с заменителями никотина, учитывая его свойства, как антагониста никотиновых рецепторов.

4.2.3.1 Механизм действия

Механизм, посредством которого варениклин помогает курильщикам в достижении воздержания, необходимо понимать в контексте той роли, которую играет никотин при развитии табачной зависимости. Никотин действует на нейрональные никотиновые ацетилхолиновые рецепторы (нАХР) в вентральной тегментальной области головного мозга, вызывая высвобождение дофамина в nucleus accumbens, которое усиливает поведение, направленное на поиск никотина. Активация этих рецепторов в вентральной тегментальной области происходит тогда, когда в крови содержится достаточный уровень никотина.⁵²

Преобладающие подтипы нейронального никотинового нАХР в центральной нервной системе – варианты $\alpha 4\beta 2$ и $\alpha 7$. Из них, первый является наиболее распространенным в центральной нервной системе, составляя примерно 90% нейронов нАХР центральной нервной системы. Эта высокая распространенность и высокое сродство к никотину $\alpha 4\beta 2$ нейрональных никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, которые, как считается, имеют наибольшую чувствительность к никотину⁵³, позволяет предположить, что $\alpha 4\beta 2$ нейрональный никотиновый ацетилхолиновый рецептор является ключевой био-молекулярной мишенью для поддержания и лечения никотиновой зависимости. $\alpha 4\beta 2$ рецептор был идентифицирован, как потенциальная мишень для лекарств, применяемых для прекращения курения, особенно с частичным агонистическим действием на этом подтипе рецептора.⁵⁴

Варениклин был разработан таким образом, чтобы иметь высокое сродство к $\alpha 4\beta 2$ нАХР в мезолимбической системе дофамина⁵⁵, и действовать в качестве селективного частичного агониста $\alpha 4\beta 2$ nAChR31.⁵⁶ Также, варениклин обладает рецептор-зависимым

⁴⁹ Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., Int J Clin Pract. 2012 Feb;66(2):171-82

⁵⁰ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

⁵¹ Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>

⁵² Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, Neuropsychiatric Disease and Treatment 2008;4(2) 353–363

⁴⁴ Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. 1989. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, Prog Brain Res, 79:279–87

⁵⁴ Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. 2007a. Pharmacological profile of the $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, Neuropharmacology, 52:985–94

⁵⁵ Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. 2007b. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of $\alpha 4\beta 2$ nACh receptors for smoking cessation, Trends Pharmacol Sci, 28:316–25

⁵⁶ Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, Neuropsychiatric Disease and Treatment 2008;4(2) 353–363

способом действия, выступая в качестве низкоэффективного частичного агониста к $\alpha 4\beta 2$, $\alpha 3\beta 2$ $\alpha 3\beta 4$ и $\alpha 6/\alpha 3\beta 2\beta 3$ химерическому нейрональному никотиновому ацетилхолиновому рецептору, и высокоэффективного полного агониста к $\alpha 7$ нАХР. Являясь фармакологическим агентом для лечения табачной зависимости, варениклин имеет частичный агонизм к $\alpha 4\beta 2$, что, как полагают, способствует воздержанию от курения, путем стимуляции дофаминергических нейронов и, в результате, ведет к ослаблению тяги к табаку, и воздержанию от никотина. Частичный антагонизм в $\alpha 4\beta 2$ нейрональном никотиновом ацетилхолиновом рецепторе, подавляет связывание никотина, и ведет к снижению вознаграждения от курения сигарет.

По данным наблюдений, варениклин приводит к уменьшению желания курить. По сравнению с плацебо, тяга значительно ниже у участников, которые получают варениклин (по сравнению с плацебо, $p = 0,001$). В соответствии с предполагаемым механизмом действия варениклина, как частичного антагониста, удовлетворение от курения и психологическое вознаграждение также значительно снизились у курильщиков, принимающих варениклин, по сравнению с принимающими плацебо.⁵⁷

4.2.3.2. Клинические доказательства эффективности варениклина **Эффективность у курильщика без сопутствующих заболеваний**

В 2006 году два больших, одинаково разработанных, многоцентровых, двойных слепых, фазы III, рандомизированных, контролируемых клинических исследования, предоставили убедительные доказательства эффективности варениклина для лечения табачной зависимости. Обе бригады исследователей, Джоренби (Jorenby) и соавт.⁵⁸, Гонсалес (Gonzales) и соавт.⁵⁹, пришли к выводу, что варениклин является безопасным, хорошо переносимым препаратом, с замечательными результатами в отношении показателей непрерывного воздержания и долгосрочного воздержания от табака. В одном исследовании⁶⁰ наблюдался показатель непрерывного воздержания от курения в течение последних четырех недель лечения (недели 9-12), составивший 44% у пациентов, принимавших 1 мг варениклина два раза в день, по сравнению с 18% у пациентов, получавших плацебо (OR 3,85, 95% ДИ: 2,70-5,50), и по сравнению с 30% у курильщиков, принимавших бупропион пролонгированного высвобождения (150 мг два раза в день) (OR 1,93, 95% ДИ: 1,40-2,68). На 52 неделе после рандомизации, варениклин значительно увеличивал показатели длительного воздержания, по сравнению с плацебо (21,9% против 8,4%, OR 3,09, 95% ДИ: 1,95-4,91), и имел незначительные преимущества, по сравнению с бупропионом замедленного высвобождения (21,9% против 16,1%, OR 1,46, 95% ДИ: 0,99-2,17). Выводы по второй фазе клинических испытаний III были почти идентичными,⁶¹ за исключением того, что при приеме варениклина, значительно увеличился показатель длительного воздержания от курения значительно, по сравнению с группой, принимавшей

⁵⁷ Ebbert J.O., Wyatt K.D., Hays J.T., Klee E.W., Hurt R.D., Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations, Dove Press, Patient Preference and Adherence 2010;4, 355-362

⁵⁸ Jorenby E.D., Phd, Hays T.J., MD, Rigotti N.A., MD, Azoulay S., MD, Watsky E.J., MD, Williams E.K., Phd, Billing C.B., MS, Gong J., MD, Reeves K.R., MD, Efficacy of Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation, JAMA, July 5, 2006

⁵⁹ 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., for the Varenicline Phase 3 Study Group, (2006). Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial, JAMA 296: 47-55

⁶⁰ 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., for the Varenicline Phase 3 Study Group, (2006). Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial, JAMA 296: 47-55

⁶¹ Jorenby E.D., Phd, Hays T.J., MD, Rigotti N.A., MD, Azoulay S., MD, Watsky E.J., MD, Williams E.K., Phd, Billing C.B., MS, Gong J., MD, Reeves K.R., MD, Efficacy of Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation, JAMA, July 5, 2006

бупропион замедленного высвобождения, при сроке в 52 недели (ОР 1,77, 95% ДИ: 1,19-2,63).

Варениклин сравнивали с НЗТ в двух исследованиях. В нерандомизированном исследовании, сравнивали варениклин с различными НЗТ, в клинике для курильщиков, с предоставлением семи сеансов групповой терапии, в дополнение к лекарственной терапии, у курильщиков с наличием психических заболеваний в период лечения и ранее, а также у курильщиков без таких заболеваний. Показатель воздержания при сроке наблюдения в шесть недель (единственный момент времени, о котором сообщалось в исследовании), был выше при приеме варениклина, по сравнению с группой, принимавшей только НЗТ, 72% по сравнению с 61% (ОР 1,7), соответственно.⁶² Во втором исследовании, проанализированы результаты рандомизированных и получивших лечение участников, в открытом сравнении применения варениклина 1 мг (n = 376) и НЗТ, а именно 21 мг трансдермального пластыря (n = 370). Дозы НЗТ составили 21 мг / день в течение первых 6 недель, 14 мг / день в течение 2 недель, и 7 мг / день в течение 2 недель. Показатель непрерывного воздержания в течение последних четырех недель, при 12 недельном лечении варениклином по стандартной схеме, был значительно выше, чем аналогичный показатель при лечении трансдермальным никотином по стандартной схеме, 56% и 43% соответственно (ОР 1,70; $p \leq 0,001$).⁶³ В рандомизированном контролируемом исследовании, при сравнении варениклина и никотинового пластыря у 32 взрослых курильщиков (16 пациентов в группе варениклина и 16 пациентов в группе никотинового пластыря), при сравнении эффективности, безопасности и симптомов отмены, на 9-12 неделях не отмечено существенных различий в показателях воздержания между двумя группами (71,4% в группе варениклина и 78,6% в группе никотинового пластыря, соответственно), и на 9-24 неделях (64,3% и 71,4%, соответственно). Частота неспособности сосредоточиться, на 2, 4 и 8 неделях, и нарушение ночного сна, на 2 неделе, были выше в группе пациентов, получавших варениклин. Неблагоприятные побочные эффекты, связанные с желудочно-кишечными расстройствами, имели место в 14 случаях и 1 случае, соответственно, в группах варениклина и никотинового пластыря, а кожная аллергия отмечена в 0 и 9 случаев, соответственно.⁶⁴

С помощью мета-анализа, сопоставлены данные из шести клинических испытаний с участием 2583 пациентов, получавших варениклин или плацебо. Анализ выявил показатель риска (RR) для непрерывного воздержания от курения, в течение 9-24 недель, равный 2,34 (95% ДИ: 1,99-2,75) в пользу группы, принимавшей варениклин 1,0 мг два раза в день. Также сообщалось о мета-анализе трех исследований, в которых варениклин сравнивали с бупропионом замедленного высвобождения. Отмечено превосходство варениклина по отношению к бупропиону (RR 1,52, 95% ДИ: 1,22-1,88) в отношении непрерывного воздержания на 52 неделе.⁶⁵ В анализе объединенных данных испытаний фазы III, выполненном Гонсалес (Gonzales) и соавт. и Джоренби (Jorenby) и соавт., для изучения относительной эффективности варениклина, бупропиона и плацебо для прекращения курения, Нидес (Nides) и соавт. установили, что объединенные показатели воздержания для недель с 9 по 12, были значительно выше при приеме варениклина, по

⁶² Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. 2008. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre – post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 103:146–54)

⁶³ Aubin H-J, Bobak A, Britton JR, et al. 2008. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised, open-label trial, *Thorax*, 8 February 2008; [Epub ahead of print] doi:10.1136/thx.2007.090647)

⁶⁴ Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers– Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN-SEESAW Study) *Circulation Journal* Vol.74, April 2010,771-8)

Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1.

сравнению с бупропионом и плацебо (44,0%, 29,7% и 17,7%, соответственно; оба сравнения $P = 0,001$).⁶⁶ В аналогичном анализе, по оценке влияния варениклина, бупропиона и плацебо на тягу и симптомы отмены у курильщиков, Уэст (West) и соавт. установили, что среди всех участников, тяга значительно сокращалась, при применении варениклина или бупропиона, по сравнению с плацебо (оба $P = 0,001$), и при сравнении варениклина с бупропионом ($P = 0,008$). Прием варениклина или бупропиона, существенно тормозил отрицательный синдром отмены, по сравнению с плацебо, а получавшие варениклин пациенты, имели значительно более низкие приятные последствия курения, по сравнению с теми, кто получал бупропион.⁶⁷ Взяты вместе, все эти клинические данные свидетельствуют о том, что варениклин превосходит плацебо, и позволяют предположить, что варениклин является более эффективным, чем НЗТ и бупропион, для достижения воздержания от курения в краткосрочной перспективе. Варениклин не только значительно ослабляет тягу и симптомы отмены, но также значительно уменьшает эффект вознаграждения при приеме никотина и позволяет отсрочить рецидив курения.⁶⁸

Эффективность длительного лечения

Было показано, что более длительное лечение с использованием варениклина, более эффективно, чем короткое, по показателю продолжительности воздержания, по прошествии 6-12 месяцев. В исследовании по оценке более длительного лечения, участники, достигшие воздержания от курения в конце лечения по истечении 12 недель, принимавшие открытый варениклин, были рандомизированы в группы приема варениклина 1 мг два раза в день, или приема плацебо, еще на 12 недель. В конце второго этапа лечения (24-я неделя исследования), 71% пациентов, получавших активное лечение, сохраняли воздержание от курения, по сравнению с 50% участников, получавших плацебо (OR 2,48, 95% ДИ: 1,95-3,16). При последующем наблюдении, по достижении 52 недель, показатели воздержания от курения были значительно выше у пациентов, получавших варениклин, по сравнению с плацебо (44% и 37% непрерывного воздержания на 13-52 неделях, OR 1,34, 95% ДИ: 1,06-1,69).⁶⁹ Вторичный анализ данных этого исследования показывает, что при использовании для профилактики рецидива, дополнительный 12-недельный курс варениклина более эффективен у курильщиков, которые изначально имели трудности в достижении воздержания от курения.⁷⁰ Существуют также научные доказательства того, что варениклин хорошо переносится при применении в течение длительного времени - от трех до шести месяцев, до одного года - и что продление продолжительности лечения предотвращает рецидивы.⁷¹ Также была показана безопасность и эффективность длительного лечения (шесть месяцев) варениклином. В исследовании 377 взрослых курильщиков, участники были рандомизированы в группы варениклина (1 мг два раза в день), или плацебо, на протяжении 52 недель. Препарат

⁶⁶ Nides M, Glover ED, Reus VI, et al. Varenicline versus Bupropion SR or placebo for smoking cessation: a pooled analysis, *Am J Health Behav*.2008;32:664–675.

⁶⁷ West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371–377.

⁶⁸ Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010;2 39–48.

⁶⁹ Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial, *JAMA*, 2006;296(1):64–71

⁷⁰ Hajek P, Tonnesen P, Arteaga C, Russ C, Tonstad S. Varenicline in prevention of relapse to smoking: Effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009; 104(9):1597–1602.

⁷¹ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

хорошо переносится. Показатель воздержания точки семи дней, на 52 неделе составил 37% для пациентов, получавших лечение варениклином, и 8% в группе плацебо.⁷²

В другом исследовании оценивали, в какой степени курильщики, которые не в состоянии прекратить курение на целевую дату прекращения (ЦДП) или отметили срыв после ЦДП, в конце концов добивались успеха при продолжении лечения. Это было сделано путем вторичного анализа объединенных данных из двух одинаковых исследований по сравнению варениклина с бупропионом и плацебо. Среди курильщиков, которые достигли непрерывного воздержания в течение последних четырех недель лечения (недели 9-12), выявлены два варианта успешного прекращения курения: пациенты, немедленно прекратившие курить (НПК), которые прекратили курение в ЦДП (день 8), и оставались непрерывно воздерживающимися, на протяжении 2-12 недель, и прекратившие курить с задержкой (ЗПК), которые достигли начального воздержания через некоторое время после ЦДП или, возможно, имели срыв после воздержания на 2 неделе, и восстановили воздержание к 9-й неделе исследования. По сравнению с НПК, ЗПК характеризовались "отложенным" достижением непрерывного воздержания до конца лечения. Эти данные свидетельствуют в пользу рекомендации продолжать лечение по прекращению курения без перерыва, в отношении курильщиков, мотивированных к продолжению участия в процессе прекращения курения, несмотря на отсутствие успеха в начале лечения.⁷³

Эффективность у пациентов с ХОБЛ

Наконец, согласно Ташкин (Tashkin) и соавт., было доказано, что варениклин также является эффективным и хорошо переносимым медикаментозным лечением, у больных с ХОБЛ в легкой и умеренной форме, с показателем непрерывного воздержания на 9-12 неделях, составляющим 42,3%, по сравнению с 8,8% в группе плацебо. Этот показатель достигает 18,6% на протяжении последующего наблюдения в течение 9-52 недель, по сравнению с 5,6% в группе плацебо. Выявлен хороший профиль в отношении безопасности, по сравнению с ранее известными исследованиями варениклина (2,8% тяжелых побочных эффектов у тех, кто получал варениклин, по сравнению с 4,4% в группе плацебо).⁷⁴

Эффективность у пациентов с заболеваниями сердца

В 2010 году Риготти (Rigotti) и соавт. опубликовали свои результаты исследования эффективности и безопасности варениклина, по сравнению с плацебо у 714 курильщиков со стабильными сердечно-сосудистыми заболеваниями.⁷⁵ Авторы обнаружили, что показатель непрерывного воздержания выше в течение 9-12 недель, при применении варениклина (47,0% и 13,9%), а также в течение 9-52 недель (19,2% и 7,2%).

Эффективность у ВИЧ-инфицированных

В мультисетовом открытом исследовании у ВИЧ-инфицированных курильщиков, 1,0 мг варениклина принимали два раза в день, в течение 12 недель, с титрованием дозы на первой неделе. Нежелательные явления (НЯ) и показатели воздержания были сопоставимы с результатами, полученными в опубликованных

⁷² Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, Curr Med Res Opin. 2007;23(4):793–801.

⁷³ Gonzales, D., Jorenby, D., Brandon, T., Arteaga, C., Lee, T. Immediate versus delayed quitting and rates of relapse among smokers treated successfully with Varenicline, Bupropion SR or placebo Addiction, 105, 2002–2013)

⁷⁴ Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Chest Meeting, October 1, 2009

⁷⁵ Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, Circulation 2010; 121:221-9

рандомизированных контролируемых исследованиях, проведенных среди в целом здоровых ВИЧ-отрицательных курильщиков. Варениклин показал безопасность и эффективность у ВИЧ-инфицированных курильщиков в этом предварительном исследовании, хотя НЯ (особенно тошнота) были распространены. У ВИЧ-инфицированных курильщиков, принимающих варениклин, рекомендуется тщательный мониторинг печеночных ферментов и артериального давления.⁷⁶

Эффективность у пациентов с психическими расстройствами

Новые данные были получены в исследовании, где сравнивали результаты лечения у курильщиков, включенных в исследование по прекращению курения COMPASS. Курильщики с психиатрическим анамнезом (ПА+) чаще сообщали о развитии тревожности и депрессии, однако показатели выраженности психических побочных реакций, после поправки на множественные сравнения, не различались. В целом, все побочные эффекты были оценены по интенсивности, как умеренные и ниже. В этом исследовании пациенты получали поведенческое консультирование плюс варениклин, с последующим наблюдением на протяжении шести месяцев после даты прекращения курения, и были разделены на группы имеющих и не имеющих в анамнезе психиатрический диагноз, на основании отмеченных в медицинской документации свидетельств тревожности, депрессии, психоза или биполярного расстройства. В целом, наличие психиатрического диагноза в данном исследовании не предсказывало менее благоприятный исход лечения или более серьезные побочные эффекты лечения.⁷⁷

Эффективность при прекращении потребления бездымного табака

Эффективность и безопасность варениклина при оказании помощи по прекращению курения у потребителей бездымного табака (БТ), оценивалась у 431 участника (213 получали варениклин; 218 плацебо), рандомизированных и получивших хотя бы одну дозу исследуемого препарата. Показатель непрерывного воздержания, при наблюдении в течение 9-12 недель, был выше в группе варениклина, по сравнению с группой плацебо (59% и 39%). Преимущество варениклина, по сравнению с плацебо, сохранялось через 14 недель последующего наблюдения (показатель непрерывного воздержания на 9-26 неделе составил 45% и 34% соответственно). Авторы пришли к выводу, что варениклин может помочь людям прекратить потребление бездымного табака, и имеет приемлемый профиль безопасности. Показатель ответа в группе плацебо в этом исследовании был высоким, что свидетельствует о том, что эта группа пациентов менее устойчива к лечению, чем курильщики.⁷⁸ В пробном исследовании для получения предварительных данных об использовании варениклина в качестве стратегии сокращения табака, в открытом исследовании, включавшем 20 потребителей БТ, Эбберт (Ebbert) и соавт. получили данные, что варениклин может эффективно приводить к снижению потребления БТ, и достижению воздержания от БТ среди потребителей БТ, не планирующих прекратить потребление БТ, но заинтересованных в сокращении потребления БТ.⁷⁹

⁷⁶ Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill.F., Cohen J., Quan,C., McFarland N., Thabane L., McIvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Chantix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV-Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 26, Number 1, 2012 ^a Mary Ann Liebert,Inc.DOI:10.1089/apc.2011.0199

⁷⁷ McClure J.B., Swan G.E.,Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M.Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, J Subst Abuse Treat. 2010 June ; 38(4): 394–402. doi:10.1016/j.jsat.2010.03.007

⁷⁸ Fagerstrom K., Gilljam H.,Metcalf M.,Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, BMJ 2010;341:c6549 doi:10.1136/bmj.c6549

⁷⁹ Ebbert J.O., M.Sc., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, Nicotine & Tobacco Research, Volume 12, Number 10 (October 2010) 1037–1040)

4.2.3.3. Варениклин в комбинированной фармакотерапии

В открытом пилотном исследовании у курильщиков изучали 12-недельное лечение варениклином (стандартная схема лечения), в комбинации с бупропионом замедленного высвобождения (150 мг два раза в день, после трехдневного повышения дозы). Показатель воздержания точки семи дней, у 38 включенных в исследование курильщиков, составил 71% в конце лечения. По достижении шести месяцев, комбинированная терапия, по-прежнему, была более эффективна, чем монотерапия, хотя для подтверждения этих выводов необходимо выполнить двойное слепое, рандомизированное, контролируемое исследование соответствующей мощности.

Более тяжелые курильщики могут получить выгоды от комбинированной терапии с варениклином и никотин-заместительными препаратами, потому что варениклин может не в полной мере насытить никотиновые рецепторы во время повышения дозы. Неполное насыщение рецепторов может привести к частичному ослаблению тяги к никотину. Если дополнительная никотин-заместительная терапия может привести к более полному насыщению рецепторов, то стремление курить может быть дополнительно ослаблено, вплоть до полного исчезновения.²⁵ Этот возможный эффект оценивали в восьмидневной резидентной программе лечения. Первая группа исследуемых (n = 135) завершила резидентную программу лечения до приема варениклина, и получила "обычную помощь", представленную пластырем никотин-заместительной терапии и/или бупропионом замедленного высвобождения.

Формы НЗТ короткого действия были использованы в необходимом количестве для лечения острых симптомов отмены никотина. Участники второй группы (n = 104) завершили резидентную программу лечения после одобрения варениклина FDA, и получили комбинированную терапию варениклином и никотин-заместительными препаратами. Основной использованной формой НЗТ был никотиновый пластырь, часто дополнявшийся формами НЗТ короткого действия. Почти три четверти пациентов использовали более одной формы НЗТ. В показателях 30-дневной распространенности курения, по достижении 6 месяцев, не отмечено существенных различий между двумя группами пациентов. Важно отметить, что не было увеличения регистрируемых побочных эффектов у пациентов, получавших комбинированное лечение. Основные ограничения в этом исследовании – небольшой размер выборочной группы, и использование дизайна неконтролируемого исследования.⁸⁰

4.2.3.4. Варениклин и консультирование

Имеющиеся данные подтверждают эффективность варениклина в сочетании с различными поведенческими программами лечения, предлагаемыми в реальных условиях. Степень эффективности варениклина, в сочетании с активным телефонным консультированием, предоставлением информации о здоровье, и поведенческим консультированием через веб-платформы, или их комбинации, была изучена Суэн (Swan) и соавт. Авторы пришли к выводу, что телефонное консультирование имело больше лечебных преимуществ для раннего прекращения, и улучшало соблюдение режима лечения, однако, отсутствие различий по достижении шести месяцев, позволяет предположить, что любое из названных вмешательств имеет перспективы при использовании в сочетании с варениклином.⁸¹

⁸⁰ Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):572–576

⁸¹ Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A., Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, *Am J Prev Med.* 2010 May ; 38(5): 482–490. doi:10.1016/j.amepre.2010.01.024

4.2.3.5 Показания

Варениклин - первый препарат, специально разработанный исключительно для прекращения курения.⁸² Он доступен только по рецепту врача, и является препаратом первой линии для лечения никотиновой зависимости.

4.2.3.6. Клиническое применение

Варениклин вводят перорально, независимо от приема пищи (можно принимать до и после еды), в два этапа.⁸³

На начальном этапе используется упаковка с таблетками, с дозой на первые две недели, прописывают: 1 таблетка 0,5 мг / сут в 1-3 дни лечения, затем по 1 таблетке 0,5 мг x 2 в день в дни 4-7, и 1 таблетку 1 мг x 2 в день в 8-14 дни.

На этапе продолжения, используют коробки по 28 таблеток по 1 мг, рекомендуется принимать по 1 таблетке 1 мг x 2 в день, ежедневно, между 3 и 12 неделями.

Пациент начинает прием варениклина, а затем, в течение первых недель лечения, предпочтительно, между 8 и 14 днями, назначает попытки прекращения курения. Если попытка прекращения курения не удастся, лечение продолжается, и пациент пытается прекратить курение в другой день, вплоть до достижения успеха.

Прием варениклина с едой ослабляет дискомфорт в области желудка.⁸⁴

Противопоказаний к приему варениклина несколько, а именно, повышенная чувствительность к активному веществу или неактивным компонентам; возраст до 18 лет; беременность и кормление грудью.

4.2.3.7. Меры предосторожности при лечении варениклином

Пациенты с почечной недостаточностью

У пациентов с почечной недостаточностью, доза корректируется следующим образом: при легких формах (клиренс креатинина 50-80 мл / мин.) – применяется обычная доза; при умеренных формах (клиренс креатинина 30-50 мл / мин.) – применяется обычная доза или до 1 мг / сут; при тяжелых формах (клиренс креатинина \leq 30 мл / мин) - максимальная рекомендуемая доза составляет 1 мг / сут.⁸⁵

Водители автомобилей и операторы тяжелой техники

В связи с докладами FDA США 2007 года, были сформулированы некоторые соображения безопасности, связанные с использованием варениклина операторами транспортных средств и тяжелой техники, а также в любых ситуациях, в которых необходимы бдительность и управление двигателем, чтобы избежать серьезных травм. В мае 2008 года Федеральная администрация по безопасности автотранспорта и Федеральное управление гражданской авиации объявили, что пилотам, авиадиспетчерам, водителям грузовых автомобилей и автобусов прием этого лекарства запрещается.⁸⁶ Таким образом, необходимо проявлять осторожность и спрашивать водителей, влияет ли прием варениклина на их текущую деятельность. Варениклин может иметь незначительное, среднее или значительное влияние на способность управлять транспортными средствами или использовать оборудование (головокружение и

⁸² Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, Eur.Respir.Mon., 2008, 42, 74-97

⁸³ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

⁸⁴ По данным Майкла Стейнберга (Michael Steinberg), президента ATTUD. Апрель 2013 года.

⁸⁵ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

⁸⁶ Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, Drug, Healthcare and Patient Safety 2010:2 39–48.

сонливость). Пациентам необходимо рекомендовать отказаться от вождения машины, управления оборудованием или участия в потенциально опасной деятельности, пока не будет известно наверняка, влияет ли это лекарство на их способность безопасно выполнять такие виды деятельности.^{87 88}

Пациенты с психическими заболеваниями

На основании нескольких отчетов, в ноябре 2007 года FDA выпустила раннее оповещение о безопасности варениклина, подчеркивая необходимость скрининга на ранее существовавшие психические заболевания, перед назначением варениклина, и важность мониторинга изменений настроения или поведения. В мае 2008 года FDA обновило предупреждение, потребовав, чтобы за всеми пациентами велось наблюдение, пациентам вменялось в обязанность немедленное сообщение своим врачам о случаях возникновения каких-либо изменений настроения или поведения, или ухудшения ранее имевшихся психических заболеваний, во время лечения варениклином или после его прекращения. Эта озабоченность безопасностью еще раз была подчеркнута в более поздних клинических отчетах: около 5% пациентов в Соединенном Королевстве (из общего числа 2682 пациентов с декабря 2006 года) сообщили о психических эффектах во время лечения варениклином, включая нарушения сна (1,6%), тревожность (1,2%), депрессию (1,0%), патологические сновидения (1,0%), изменения настроения (0,6%), и суицидальные события (n = 5).^{89 90}

4.2.3.8. Переносимость и безопасность

Варениклин обычно хорошо переносится. Наиболее часто сообщаемые побочные эффекты, по сравнению с бупропионом или плацебо, приведены в таблице 9.⁹²

Таблица 9: Сравнение нежелательных эффектов при применении варениклина, бупропиона и плацебо

	Варениклин	Бупропион	Плацебо
Тошнота	28%	9%	9%
Бессонница	14%	21%	13%
Головная боль	14%	11%	12%

Тошнота

Чаще всего сообщается о симптоме тошноты, как неблагоприятном событии от легкого до умеренного (общая частота новых случаев 24,4% - 52,0%), которое отмечалось чаще в группах пациентов, принимающих варениклин, по сравнению с пациентами, принимающими плацебо. Большинство эпизодов тошноты начались в первую неделю лечения и продолжались в среднем в течение 12 дней. Титрование дозы, похоже, снижало общую частоту новых случаев тошноты. В исследовании саморегулируемой гибкой дозировки, отмечалась низкая частота новых случаев тошноты (13,4%) у пациентов, принимающих варениклин. В клинических исследованиях, показатели прекращения лечения в связи с тошнотой, составляли, как правило, 5% у принимающих варениклин пациентов. В случае, если отмечается такое неблагоприятное воздействие, пациенту

⁸⁷ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

⁸⁸ Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, Eur.Respir.Mon., 2008, 42, 74-97

⁷⁹ Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, Drug Saf. 2009;32:499–507

⁹⁰ Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, Drug, Healthcare and Patient Safety 2010;2 39–48.

⁸¹ Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. Clin Ther. 2009;31:463–491.)

полезно знать следующую практическую информацию: в целом явление тошноты уменьшается само по себе в течение одной недели после начала лечения; этого можно избежать путем приема препарата вместе с пищей, и с помощью короткого отдыха пациента после приема препарата.⁹³

Бессонница

Использование варениклина в поддерживающей дозе 1 мг два раза в день в течение более 6 недель, связано с неблагоприятными эффектами в отношении желудочно-кишечного тракта. В реальных условиях, на каждые пять пациентов, принимающих препарат, будет отмечен один случай тошноты, и на каждых 24 и 35 пациентов, получающих препарат, ожидается по одному случаю запора и метеоризма, соответственно.⁹⁴

Помимо событий в категории нарушений сна, в этих физических изменениях не было выявлено реакции типа «причина-следствие». В качестве вывода, Тонстад (Tonstad) и соавт. заявили, что в этой группе курильщиков, принимающих варениклин, не имевших ранее известных психических расстройств, не отмечено существенного увеличения риска психиатрических событий, кроме связанных с нарушениями сна.

В клинических исследованиях, другим частым побочным эффектом (14,0% - 37,2%), связанным с варениклином, была бессонница. В общем, бессонница отмечалась в течение первых четырех недель лечения варениклином, и становилась менее распространенной, по мере продолжения лечения. В одном исследовании расширенного лечения, частота бессонницы составила 19,1% при приеме варениклина и 9,5% при приеме плацебо, что позволило предположить, что бессонница может быть общим симптомом воздержания от никотина, во время попыток прекращения курения.⁹⁵

Сердечно-сосудистые осложнения

Обзор рандомизированных исследований, опубликованных в период между 2008 и 2010 годами, привел к появлению новых данных по безопасности, касающихся использования варениклина у пациентов с сопутствующими заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой системы, а также, о возможных негативных психиатрических событиях.

Не выявлено существенных различий между группой приема варениклина и группой плацебо в отношении: сердечно-сосудистой смертности (0,3% и 0,6%), смертности от всех причин (0,6% и 1,4%), сердечно-сосудистых событий (7,1% и 5,7%), и всех тяжелых побочных эффектов (6,5% и 6,0%) (Таблица 10).

Систематический обзор и мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), для выяснения серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, при приеме варениклина, по сравнению с плацебо, среди потребителей табака, был выполнен Сингх (Singh) и соавт., с использованием имеющихся данных. Большинство мощных результатов получены в исследовании Риготти (Rigotti), потому что многие исследования не выявили ни одного сердечно-сосудистого побочного эффекта. Авторы заявили, что имеются определенные опасения, в отношении безопасности при приеме варениклина, по сравнению с плацебо (OR 1,72, 95% ДИ 1,09 - 2,71; I² = 0%). Несмотря на ограничения этих результатов, необходимо рассматривать потенциальные регулирующие и клинические последствия, и до выполнения других исследований безопасности, врачи должны тщательно оценивать риск серьезных сердечно-сосудистых событий, связанных с

⁹³ Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, Eur.Respir.Mon., 2008, 42, 74-97

⁹⁴ Leung L.K. Patafio F.M., Rosser W.W. Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, Clinical Pharmacology 2011, 11:15, <http://www.biomedcentral.com/1472-6904/11/15>

⁹⁵ Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, Drug, Healthcare and Patient Safety 2010:2 39–48.

приемом варениклина, в сравнении с известными выгодами этого лекарства при прекращении курения.⁹⁶ Другой мета-анализ, данные которого в основном идентичные, не выявил значительного риска. ЕМЕА выполняет обзор всех этих данных и делает вывод, что выгода от использования варениклина для прекращения курения остается высокой, и не ограничивает использование этого препарата.

Таблица 10: Сравнение смертности и сердечно-сосудистых побочных эффектов у пациентов, включенных в исследование Rigotti (Риготти) с предшествующим сердечно-сосудистым исследованием

Пациенты с ранее существовавшим заболеванием сердца	Варениклин	Плацебо
Смерть от сердечно-сосудистого заболевания	0,3%	0,6%
Смерть от всех причин	0,6%	1,4%
Сердечно-сосудистые события	7,1%	5,7%
Все тяжелые побочные эффекты	6,5%	6,0%

Психические расстройства

В публикации 2010 года, рассмотрены заболеваемость и относительный риск психологических расстройств, отмеченные в десяти рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях приема варениклина для прекращения курения.⁹⁸ Психологические расстройства, иные, чем простое нарушение сна, были обнаружены у 10,7% пациентов, получавших варениклин, по сравнению с 9,7% у тех, кто получал плацебо, с относительным риском 1,02. При сравнении с группой получавших плацебо, относительный риск неблагоприятных психиатрических событий, с частотой ≥ 1 , в группе приема варениклина составил: 0,86 - для симптомов тревожности, 0,76 для изменений физической активности, и 1,42 для изменений настроения, 1,21 для неопределенных нарушений настроения и 1,70 для нарушений сна. Не имелось сообщений о случаях суицидального поведения или патологических мыслях у пациентов, получающих варениклин, в этих десяти рандомизированных исследованиях. Однако, в трех других исследованиях, не включенных в данный обзор, из-за их разного дизайна, сообщалось о двух случаях суицидальных мыслей и одном случае самоубийства.

Другие побочные эффекты

Также сообщалось о других побочных эффектах, таких как: боли в животе, запоры, вздутие живота и патологические сновидения, нарушение сна, головокружение, сухость во рту, повышение аппетита, увеличение массы тела, и головная боль, которые обычно отмечались в два раза чаще, чем при приеме плацебо.⁹⁹ Эти нежелательные явления были по интенсивности от легких до умеренных, и преходящими, возникали, преимущественно, в течение первых четырех недель лечения. Прекращение приема варениклина, в связи с этими неблагоприятными последствиями, отмечено у 2 % участников.¹⁰⁰

⁹⁶ Singh S., Loke Y.K., Spangler J.K., Furberg K.D Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, CMAJ, September 6, 2011, 183(12), 1359-66

⁹⁸ Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of Varenicline, Drug Saf., 2010, 33(4), 289-301

⁹⁹ Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo-controlled, randomized study. Respirology.2009;14:384–392.

¹⁰⁰ Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, Drug, Healthcare and Patient Safety 2010:2 39–48.

Лекарственные взаимодействия варениклина с другими препаратами не известны. В свою очередь, некоторые эффекты взаимодействия очевидны при прекращении потребления табака, когда начинает действовать терапевтический эффект варениклина. Отмечается, что прекращение курения, через ферментативные индукции, включающие структуру типа CYP1A2, заставляет корректировать дозы теофиллина, варфарина, инсулина и др.¹⁰¹

У небольшой доли пациентов - около 3 %, прекращение приема варениклина, в конце лечения, может привести к повышенной раздражительности, стремлению к курению, бессоннице или депрессивному настроению.¹⁰²

Рекомендация

• Рекомендуется применять варениклин, как лечение для прекращения курения, эффективность которого доказана (уровень научной обоснованности А).^{103 104 105 106}

4.2.4. Лечение клонидином

Клонидин используется в основном как антигипертензивное лекарство, однако, он снижает центральную симпатическую активность, стимулируя α_2 -адренэргические рецепторы. Клонидин не утвержден FDA для прекращения курения, и является лишь препаратом второй линии лечения. Таким образом, врачи должны быть осведомлены о конкретных предупреждениях относительно этого препарата, а также о его профиле в отношении побочных эффектов. Группа Руководства США решила рекомендовать клонидин в качестве препарата второй линии, а не препарата первой линии, из-за предупреждений, связанных с прекращением приема клонидина, различных доз, используемых для тестирования этого препарата, а также в связи с отсутствием утверждения FDA. Таким образом, клонидин следует рассматривать для лечения потребления табака под наблюдением врача, у пациентов, которые не могут принимать препараты первого ряда из-за противопоказаний, или у пациентов, которые не смогли прекратить курить при использовании лекарств первой линии.¹⁰⁷

Клонидин эффективно подавляет острые симптомы отмены никотина, такие как напряжение, раздражительность, тревожность, тяга, и беспокойство.¹⁰⁸ Кокрановский обзор шести клинических испытаний показал, что клонидин, при пероральном или трансдермальном приеме, более эффективен, чем плацебо, при этом показатель

¹⁰¹ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

¹⁰² Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

¹⁰³ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

¹⁰⁴ Jorenby E.D., PhD, Hays T.J., MD, Rigotti N.A., MD, Azoulay S., MD, Watsky E.J., MD, Williams E.K., PhD, Billing C.B., MS, Gong J., MD, Reeves K.R., MD, Efficacy of Varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation, JAMA, July 5, 2006

¹⁰⁵ 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., for the Varenicline Phase 3 Study Group, (2006). Varenicline, an $\alpha_4\beta_2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial, JAMA 296: 47-55

¹⁰⁶ Nides, M., Oncken, C., Gonzales, D., Rennard, S., Watsky, E. J., Anziano, R., Reeves, K. R., for the Varenicline Study Group, (2006). Smoking Cessation With Varenicline, a Selective $\alpha_4\beta_2$ Nicotinic Receptor Partial Agonist: Results From a 7-Week, Randomized, Placebo- and Bupropion-Controlled Trial With 1-Year Follow-up.. Arch Intern Med 166: 1561-68

¹⁰⁷ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

¹⁰⁸ Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2009;3:287–308. [[PubMed](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)]

воздержания в два раза более высокий.¹⁰⁹ Клонидин, кажется, более эффективен у курящих женщин, хотя женщины в целом менее благоприятно реагируют на лечение по прекращению курения.¹¹⁰ Побочные эффекты клонидина, особенно седативный эффект, усталость, ортостатическая гипотензия, головокружение, и сухость во рту, ограничивает его широкое использование.

Кроме того, следует отметить, что резкое прекращение приема клонидина может привести к таким симптомам, как нервозность, возбуждение, головная боль и тремор, при этом, или после этого отмечается быстрый рост артериального давления и повышение уровней катехоламинов.¹¹¹

Меры предосторожности, предупреждения, противопоказания, побочные эффекты

У беременных курильщиц, следует поощрять прекращение курения без применения лекарств. Не была выявлена эффективность клонидина для прекращения курения среди беременных курильщиц. (Клонидин является агентом класса C FDA по беременности).

Применение клонидина у кормящих женщин не оценивалось. Пациенты, которые занимаются потенциально опасными видами деятельности, такими как управление механизмами или вождение, должны быть предупреждены о возможном седативном эффекте клонидина.

Наиболее часто отмечаемые побочные эффекты: сухость во рту (40%), сонливость (33%), головокружение (16%), седативный эффект (10%), и запоры (10%).

Так как это антигипертензивный препарат, можно ожидать, что клонидин будет снижать артериальное давление у большинства пациентов. Таким образом, врачи должны контролировать артериальное давление при использовании этого препарата.

Отскок гипертензии: при прекращении терапии клонидином, неспособность снизить дозу постепенно, в течение 2-4 дней, может привести к быстрому росту артериального давления, возбуждению, спутанности сознания, тремору.

Предложения для клинического применения

Клонидин доступен в дозе 1 мг в пероральной или трансдермальной (ТД) формах, только по рецепту. Лечение клонидином должно быть начато незадолго до дня прекращения курения (то есть до 3 дней), или в день прекращения курения.

Дозировка: Если пациент использует трансдермальный клонидин, в начале каждой недели, пациент должен разместить новый пластырь на относительно безволосом участке между шеей и талией. Пациенты не должны резко прекращать терапию клонидином. Начальная доза обычно составляет 0,10 мг перорально или 0,10 мг / сут при использовании ТД, с увеличением дозы на 0,10 мг / день в неделю, при необходимости. Продолжительность лечения составляет от 3 до 10 недель.¹¹²

Рекомендация

¹⁰⁹ Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2004;3:CD000058. [PubMed]

¹¹⁰ Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;54:670–679. [PubMed]

¹¹¹ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

¹¹² Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

• Клонидин является эффективным препаратом для лечения при прекращении курения. Он может быть использован под наблюдением врача, как препарат второй линии для лечения табачной зависимости (уровень научной обоснованности В).¹¹³

Профессор А.С. Шидловский указывает на необходимость исследования эффектов дексмететомидина, препарата нового поколения, утвержденного для седации в интенсивной помощи в США в 1999 году, в Европе в 2011 году, и в Российской Федерации в 2012 году.¹¹⁴

4.2.5. Лечение нортриптилином

Фармакологическая характеристика

Связь между депрессивным настроением и курительным поведением позволяет предположить, что лекарства - антидепрессанты могут играть определенную роль при прекращении курения. Некоторые антидепрессанты, в том числе доксепин, нортриптилин и моклобеомид, показали некоторую эффективность при прекращении курения. Нортриптилин является трициклическим антидепрессантом, который, как было показано, является столь же эффективным при прекращении курения, как бупропион и НЗТ. Действие нортриптилина при прекращении курения не зависит от его антидепрессивного эффекта, поэтому его использование не ограничивается пациентами, имевшими в прошлом депрессивные симптомы при прекращении курения.¹¹⁵

Эффективность

По сравнению с плацебо, нортриптилин примерно в два раза повышает показатель отказа от курения. Этот препарат не утвержден FDA для прекращения курения, и рекомендуется только в качестве лечения второй линии.¹¹⁶

В рандомизированном исследовании, опубликованном в 1998 году, А.В. Прочазка (A.V. Prochazka) и соавт. пришли к выводу, что прием нортриптилина ведет к увеличению показателя краткосрочного воздержания, по сравнению с плацебо. Кроме того, в группе приема нортриптилина отмечено значительное, но относительно небольшое снижение симптомов отмены, таких как тревожность, напряжение, гнев, раздражительность, низкая концентрация, беспокойство и нетерпение, на 8-й день, после дня прекращения курения.¹¹⁷

Побочные эффекты

Некоторые пациенты не могут хорошо переносить побочные эффекты, связанные с приемом нортриптилина, такие как эффекты антихолинергические (сухость во рту, нечеткость зрения, запор и задержка мочи), Н1-рецепторов гистамина (седативный эффект, сонливость, увеличение массы тела), и α 1-адренергических рецепторов

¹¹³ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

¹¹⁴ По данным А.С. Шидловского. Апрель 2013 года. Куликов А.С., Лубнин А.Ю. Наш первый опыт применения дексмететомидина при краниотомии у пациента в сознании / Вестник интенсивной терапии. - 2012, №3, с. 68 - 70. НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН. Дж.Х. Ван Роен, Дж.А. Пейс, М.И. Преодер. Диагностика и лечение боли. Перевод с английского, под ред. Профессора М.Л. Кукушкина. БИНОМ, Москва, 2012. – 494 с.

¹¹⁵ Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington; 2007. Available from: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines (Accessed Nov, 2010)

¹¹⁶ Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, Curr Psychiatry Rep. 2010 October ; 12(5): 433–40

¹¹⁷ Prochazka, A.V. Weaver M.J., Keller R.T. Fryer G.E., Licari, P.A., Lofaso, D., A Randomized Trial of Nortriptyline for Smoking Cessation Arch Intern Med. 1998;158:2035-39

(ортостатическая гипотензия).¹¹⁸ Данные, полученные из 17 исследований, показывают, что нортриптилина, в дозах от 75 мг до 100 мг, существенно не связан с серьезными побочными эффектами, при приеме внутрь у пациентов без существующих сердечно-сосудистых заболеваний.¹¹⁹

Мета-анализ испытаний с использованием нортриптилина, как единственного препарата, показал значительные долгосрочные выгоды. Остается неясным, является ли нортриптилин более или менее эффективным, чем бупропион, увеличивает ли показатель прекращения курения использование нортриптилина в комбинации с НЗТ. Лечение этим лекарством не лицензировано для прекращения курения в большинстве стран. Пациенты должны тщательно следить за известными побочными эффектами, такими, как запор, седация, задержка мочи и сердечные проблемы. Передозировка нортриптилина может оказаться фатальной. Серьезные побочные эффекты не были причиной для беспокойства, в исследованиях по прекращению курения, но число таких больных было относительно небольшим. Это приводит к отсутствию консенсуса по поводу использования нортриптилина в качестве лекарства первой или второй линии.¹²⁰

Дозировка

Прием нортриптилина должен быть начат, пока пациент еще курит, день прекращения курения назначается через 10 - 28 дней. Начальная доза составляет 25 мг / сут, постепенно увеличивается до 75-100 мг / сут, в течение от 10 дней до 5 недель. Максимальная доза может поддерживаться в течение 8-12 недель и снижается в конце лечения, чтобы избежать симптомов отмены, которые могут возникнуть при резком прекращении приема препарата. Существует ограниченные доказательства пользы от продления лечения, более чем на три месяца.

Практические аспекты применения нортриптилина:

Существует недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать сочетание нортриптилина с любым другим лекарством для прекращения курения.

Люди с сердечно-сосудистыми заболеваниями, должны использовать нортриптилин с осторожностью, так как может быть затронута сердечная проводимость. Трициклические антидепрессанты противопоказаны в ближайший период восстановления, после перенесенного инфаркта миокарда, и при аритмии.

Не имеется достаточных доказательств, чтобы рекомендовать использование нортриптилина у курящих беременных, или у молодых людей в возрасте до 18 лет. Существует недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать использование нортриптилина для предотвращения рецидивов курения; длительное применение не рекомендуется.

В исследовании реальной жизни, для сравнения эффективности НЗТ, бупропиона, нортриптилина и комбинированной терапии и описания факторов, связанных с успешным лечением, Прадо (Prado) и соавт. поддержали свою точку зрения, соответствующую результатам мета-анализа Уагена (Wagena) и соавт.,¹²¹ что нортриптилин является важным выбором лечения, с учетом его эффективности (сопоставимой с препаратами первой линии), безопасности и, особенно, его низкой стоимости и широкой доступности.

118 Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, Curr Psychiatry Rep. 2010 October ; 12(5): 433-40

119 Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, Drug Saf. 2011 Mar 1;34(3):199-210

120 http://www.treatobacco.net/en/page_36.php

121 Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success, CLINICS 2011;66(1):65-71

По их мнению, возможно, учитывая угрозу глобальной табачной эпидемии - и даже более значительное ее воздействие на менее обеспеченные страны, что включение нортриптилина в терапевтический арсенал по прекращению курения, может быть перспективным шагом в направлении более широкой доступности лечения, особенно в развивающихся странах. Основываясь на этих результатах, авторы предлагают включить нортриптилин в список препаратов первой линии для прекращения курения. Тем не менее, основным ограничением этого отчета является то, что это было ретроспективное, не контролируемое и не рандомизированное исследование. При этом, доступные варианты режимов лечения были выбраны по отдельным критериям, для каждого конкретного пациента, или в зависимости от наличия лекарств в системе здравоохранения.¹²²

Врачи должны быть осведомлены о профиле побочных эффектов, и об отсутствии одобрения ЕМЕА, и одобрения FDA для нортриптилина, в качестве препарата для лечения табачной зависимости. Это лекарство следует рассматривать для лечения потребления табака, только под наблюдением врача, и у тех пациентов, которые не могут использовать препараты первого ряда из-за противопоказаний, или у пациентов, которые не смогли прекратить курение, с использованием препаратов первой линии.

Рекомендация

- Нортриптилин является эффективным методом лечения при прекращении курения, и может быть использован, под наблюдением врача, в качестве препарата второй линии для лечения табачной зависимости (уровень научной обоснованности А).¹²³

Профессор А.С. Шидловский указывает на необходимость изучения морфо-функциональных особенностей печени и почек у курящих пациентов, которые могут быть связаны с метаболизмом лекарств.¹²⁴

122 Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success, CLINICS 2011;66(1):65-71

¹²³ Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

¹²⁴ По данным А.С. Шидловского. Апрель 2013 года.

4.2.6 Рекомендации по продлению продолжительности лечения

У некоторых пациентов оказалось полезным более продолжительное, чем обычно рекомендуется, лечение.

Продленная никотин-заместительная терапия

Опасения по поводу потенциальной зависимости, вызванной более длительным лечением заменителями никотина, не являются оправданными. Напротив, увеличение длительности такой терапии может способствовать здоровью, так как при любой попытке прекращения курения, часто описано развитие преждевременных рецидивов.

Исследования выявили более высокие показатели воздержания при долгосрочном использовании никотиновой жевательной резинки, по сравнению с краткосрочным лечением. Показатель воздержания на протяжении ≥ 12 месяцев составил от 15% до 20% среди тех, кто использовал никотиновую жевательную резинку.¹ Исследование здоровья легких (Lung Health Study) обнаружило, что около одной трети пациентов с ХОБЛ, достигших долгосрочного воздержания, использовали никотиновые жевательные резинки на протяжении до 12 месяцев (а некоторые - даже до пяти лет), без серьезных побочных эффектов.²

В нестратифицированной схеме рандомизации с небольшими блоками, 568 участников были рандомизированы на группу получающих 21 мг никотиновый пластырь в течение 8 недель, и группу принимающих плацебо в течение 16 недель, или группу продленного лечения (21 мг никотиновый пластырь в течение 24 недель). Использование никотинового пластыря в течение 24 недель, увеличило биохимически подтвержденный показатель воздержание точки распространенности, а также непрерывного воздержания по прошествии 24 недель, снизил риск рецидива и повысил вероятность возвращения к воздержанию после срыва, по сравнению с группой, получавшей НЗТ пластырь на протяжении 8 недель.³

Никотиновая жевательная резинка и никотиновый пластырь могут применяться в течение более шести месяцев, с хорошими результатами, особенно у пациентов, которые сообщают о длительном синдроме отмены.

FDA одобрило никотин-заместительную терапию продолжительностью более шести месяцев, так как она не имеет рисков.⁴

Использование никотиновой жевательной резинки обеспечивает лучший контроль массы тела после прекращения курения. Существует корреляция между введенной дозой лекарственного никотина и увеличением массы тела (чем больше доза никотина в заменителе, тем меньше увеличение массы тела).⁵

Немногие люди, в действительности, могут стать зависимыми от замещающих никотин продуктов. Однако, некоторые бывшие курильщики могут продолжать использовать их сроком до одного года, или даже дольше, потому что они боятся неудачи и возвращения к курению.⁶ В общей сложности 402 участника завершили 12-недельную программу лечения, которая включала групповые консультации, НЗТ и прием

1 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

2 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

3 Schnoll R.A., Patterson.F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, *Ann Intern Med.* 2010;152:144-151

4 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

5 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

6 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

бупропиона. Затем, участников, независимо от статуса курения, случайным образом распределили на группы: (1) стандартного лечения (СЛ; без дальнейшего лечения), (2) продленной НЗТ (П-НЗТ; 40 недель приема никотиновой жевательной резинки), (3) продленной когнитивно-поведенческой терапии (П-КПТ; 11 сеансов когнитивно-поведенческой терапии в течение 40 недель) или (4) П-КПТ плюс П-НЗТ (П-комбинированная; 11 сеансов когнитивно-поведенческой терапии плюс 40 недель приема никотиновой жевательной резинки). Авторы пришли к выводу о преимуществах продленного лечения, которые могут приводить к высоким и устойчивым показателям воздержания.⁷

Продленное лечение варениклином

Лечение варениклином более 12 недель является безопасным, хорошо переносится, и обеспечивает более высокий показатель длительного воздержания, значительно уменьшая риск рецидива.

Варениклин можно применять как эффективный препарат для лечения никотиновой зависимости, в течение 24 недель, с хорошей переносимостью, особенно у тех пациентов, у которых стремление к курению возвращается после первых 12 недель лечения. Варениклин является первым препаратом, который показал наличие значительного долгосрочного эффекта против рецидива. Согласно Тонстад (Tonstad) и др., 70,6% пациентов в группе варениклина прекратили курение в течение 13-24 недель, по сравнению с 49,8% в группе плацебо; соответственно 44% и 37,1% пациентов воздерживались от курения по достижении 25-52 недель.⁸

Продленное лечение бупропионом

Продолжительность лечения бупропионом может быть увеличена, с превышением 7-9 недельного периода при стандартном лечении, с хорошей эффективностью, как в отношении показателя воздержания в конце лечения и при последующем наблюдении, так и в отношении профилактики рецидивов. В рандомизированном, плацебо-контролируемом исследовании, в котором 300 мг бупропиона вводили в течение семи недель у 784 здоровых курильщиков, за которым следовало дополнительное лечение бупропиона или плацебо в течение 45 недель, по прошествии 52 недель выявлен хороший показатель воздержания в группе бупропиона (55,1%) по сравнению с 42,3% в группе плацебо. Это соотношение не изменилось в течение последующего наблюдения, по прошествии 78 недель (47,7% в группе бупропиона по сравнению с 37,7% в группе плацебо, $p = 0,034$), однако, стало незначительным на заключительном посещении исследования, по прошествии 104 недель (41,6% в группе бупропиона, по сравнению с 40,0% в группе плацебо). Рецидивы произошли, в среднем, на 156 дне в группе бупропиона, по сравнению с 65 днем, в группе плацебо ($p = 0,021$), и этот факт, бесспорно, свидетельствует в пользу более длительных курсов лечения бупропионом.⁹

Кокс (Cox) и соавт.¹⁰ рандомизировали воздерживающихся курильщиков, получивших бупропион в течение семи недель, в группу продолжения приема бупропиона в течение одного года, и в группу плацебо. Группа приема бупропиона дала более

7 Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz.R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, *Addiction*, 104, 1043-52, doi :10.1111/j.1360-0443.2009.02548.x

8 Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P., MD, PhD, Hajek P., PhD, Williams K.E., PhD, Billing C.B., MS, Reeves R.K., MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, *JAMA*, July 5, 2006

9 Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained-release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann. Intern. Med.*, 2001, Sept., 18, 135(6), 423-33

10 Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia J.S., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. *J Natl Cancer Inst.* 2012 Feb 22;104(4):290-8.28

высокий показатель воздержания в конце лечения, по сравнению с группой плацебо, однако, при последующем наблюдении по истечении одного года, не выявлено различий. Киллен (Killen)¹¹ и соавт. лечили курильщиков в течение 12 недель открытыми бупропионом, никотиновым пластырем, с предоставлением недельного курса обучения профилактике рецидивов. Затем, всем участникам предложили посетить четыре сеанса профилактики рецидивов, и продолжить прием активного или плацебо бупропиона еще в течение 14 недель. По истечении одного года, не выявлено различий в показателях воздержания от табака в этих группах.

Когда это уместно, медикаментозное лечение может быть продлено на больший срок, чем обычно рекомендуется. Следует признать, что наибольшее влияние на показатели воздержания имеют долгосрочная никотин-заместительная терапия пластырем и не ограниченное применение другой НЗТ.¹²

4.2.7. Комбинация фармакологической терапии

4.2.7.1 Индивидуальные терапевтические схемы

Принятие решений для выбора лекарства и дозировки, в клинической практике основано на опубликованной литературе, а также на клиническом опыте. В настоящее время, признано, что существуют ограничения режимов стандартных доз или фиксированных доз, для большинства препаратов, применяемых в клинике по прекращению курения. В результате, врачи должны применять свои навыки и знания, чтобы индивидуально подбирать дозы лекарств для пациентов, проходящих лечение в связи с потреблением табака и табачной зависимостью.

Существуют возможности увеличить показатели воздержания от курения и снизить симптомы отмены, с помощью комбинации лекарств, которые доказали свою эффективность в качестве монотерапии.

В соответствии с Рекомендациями США 2008 года, определенные комбинации препаратов первой линии являются более эффективными, чем монотерапия. Среди них: долгосрочное применение (т.е. больше 14 недель) никотинового пластыря в сочетании с никотиновой жевательной резинкой или никотиновым назальным спреем, никотиновый пластырь плюс никотиновый ингалятор, и никотиновый пластырь плюс бупропион SR. Пока неясно, связаны ли преимущества комбинированной терапии с использованием двух типов систем доставки, или с тем фактом, что две системы доставки, как правило, позволяют обеспечить более высокие уровни никотина в крови. Комбинация фармакотерапии или НЗТ в более высоких дозах, как кажется, более эффективно облегчает симптомы отмены никотина, особенно у курильщиков с более высокой степенью зависимости.¹³

В реальной жизни, специалисты часто сочетают лекарства. Для пациентов с более тяжелой табачной зависимостью, подходят комбинированная терапия и частое использование трех или более видов препаратов одновременно. У пациентов с частичным ответом на лекарство, принимаемое первым, для достижения воздержания могут потребоваться дальнейшие коррективы режима лечения.¹⁴

11 Killen JD, Fortman SP., Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C., Cromp D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, J. Consult Clin Psychol. 2006, Apr. 74(2), 286-94

12 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

13 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

14 Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010 April 16; 70(6): 643–650. doi:10.2165/11536100-000000000-00000

Например, если пациент сократил курение путем использования варениклина в дозе 1 мг два раза в день, и переносит этот препарат, доза может быть увеличена до 1 мг три раза в день. Другая ситуация, требующая творческого подхода - курильщик, который прекратил курение с использованием никотин-заместительной терапии с пластырем и НЗТ короткого действия, но отмечает усиление симптомов отмены в вечернее время. Добавление пластыря 14 мг в середине дня может уменьшить симптомы отмены в вечернее время.^{15 16}

Для того чтобы лучше справиться с плохо контролируемыми симптомами отмены на начальном этапе лечения варениклином, Хурт (Hurt) и соавт. использовали лечение никотиновым пластырем в резидентной программе лечения для курильщиков, получавших варениклин, потому что пациенты должны были прекратить курение при включении в программу, и так как при приеме варениклина требуется несколько дней для достижения постоянных концентраций.¹⁷

4.2.7.2. Общие принципы комбинационной фармакотерапии

Была выполнена оценка двух основных типов комбинационной фармакотерапии для увеличения показателей прекращения курения среди курильщиков сигарет: (1) терапии с использованием различных НЗТ и различных фармакокинетических профилей (например, никотиновый пластырь и никотиновая жевательная резинка), или (2) терапии с использованием двух препаратов с разными механизмами действия, таких как бупропион SR и НЗТ.

Комбинационная терапия с использованием двух различных препаратов дает возможность получить терапевтический синергизм препаратов, имеющих различные механизмы действия, или различные лечебные свойства. Например, комбинация варениклина и бупропиона SR, сочетает в себе эффективность варениклина со способностью бупропиона SR сдерживать набор массы тела после прекращения курения. Кроме того, при возникновении симптомов отмены, комбинация различных форм НЗТ обеспечивает сочетание стабильного исходного уровня никотина, который дает НЗТ замедленного высвобождения (например, никотиновый пластырь), с возможностью прерывистого увеличения уровня никотина, благодаря НЗТ немедленного высвобождения (никотиновая жевательная резинка, пастилки, ингаляторы или назальный спрей).

Комбинационная фармакотерапия остается спорной и недостаточно используемой, потому что только сочетание бупропиона SR и никотинового пластыря было одобрено FDA для прекращения курения.¹⁸

4.2.7.3. Комбинация никотин-заместительной терапии (НЗТ)

Описаны два типа комбинации НЗТ, последовательная и параллельная. Последовательная терапия теоретически может обеспечить стабильную начальную дозировку никотина для достижения воздержания (т.е. никотиновый пластырь), а затем прерывистая дозировка, по необходимости, для предотвращения рецидива. Тем не менее, имеется мало данных, чтобы поддерживать последовательную терапию.

Относительно больше данных имеется в отношении одновременного использования нескольких НЗТ (т.е. сопутствующей терапии). Эта формула позволяет

15 Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010 April 16; 70(6): 643–650. doi:10.2165/11536100-000000000-00000

16 Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones, J.Consult.Clin. Psychol., 2011, Feb, 79(1), 34-42

17 Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009; 59:314-326, doi: 10.3322/caac.2009

18 Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010 April 16; 70(6): 643–650. doi:10.2165/11536100-000000000-00000

доставлять никотин пассивно, с помощью длительно действующей НЗТ (например, никотиновый пластырь) и активного введения, в необходимом количестве, НЗТ короткого действия (то есть резинка, пастилки, ингалятор и назальный спрей). Комбинация обеспечивает преимущества улучшенного соблюдения режима лечения при использовании никотинового пластыря,¹⁹ и расширяет возможности для курильщиков справиться с острой тягой и синдромом отмены путем самостоятельного введения НЗТ короткого действия.

НЗТ + пароксетин

В двойном слепом исследовании Киллен (Killen) и соавт. исследовали эффективность лечения прекращения курения, комбинируя никотин-заместительную терапию через трансдермальные системы, с антидепрессантом пароксетином. Курильщики были рандомизированы в одну из трех групп: трансдермальная система и плацебо, трансдермальная система и 20 мг пароксетина, и трансдермальная система и 40 мг пароксетина. Трансдермальное лечение продолжалось в течение восьми недель; пароксетин или плацебо принимались в течение девяти недель. Показатели воздержания для всех участников, при последующем наблюдении, существенно не различались, но анализ подгрупп соблюдавших режим пациентов выявил статистически значимые различия между группами пароксетина и контрольной группой на 4 неделе.²⁰

Никотиновый пластырь + пероральный никотин

Пластырь применяют ежедневно, и он также может быть использован в комбинации с никотиновой жевательной резинкой, как лекарством для преодоления кризиса / облегчения. Резинка может применяться ежедневно или периодически.

Исследования по оценке комбинации никотинового пластыря и никотиновой жевательной резинки показали, что комбинация превосходит монотерапию, повышая показатель воздержания от курения на протяжении 12 и 24 недель.^{21 22} Этот показатель при комбинированной терапии составляет 34%, по сравнению с 24% при использовании никотинового пластыря в режиме 12-недельной монотерапии, соответственно, 28% в группе комбинированной терапии, по сравнению с 15% в группе монотерапии никотиновым пластырем в течение 24 недель.²³ У пациентов с тяжелым и / или длительным синдромом отмены никотина, для которых нет других терапевтических решений, следует рассмотреть применение процедур, сочетающих никотиновую жевательную резинку и пластырь, и продолжающихся более трех - шести месяцев.²⁴

Никотиновый пластырь + никотиновый спрей

Комбинированная терапия с использованием никотинового пластыря и назального спрея, изучалась в открытом исследовании 1384 курильщиков, рандомизированных на

19 Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. Arch Intern Med. 1999; 159:2033–8. [PubMed: 10510989]

20 Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, J Consult Clin Psychol. 2000;68:883-9

21 Paska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, Tob Control. 1995; 4:231–5

22 Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. Prev Med. 1995; 24(1):41–7. [PubMed: 7740014]

23 Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo- controlled clinical trial. Prev Med 1995;24,41-47

24 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

группу терапии никотиновым пластырем и назальным спреем, и группы, в которых применялся один из этих видов лечения, по отдельности. Выявлены значительно более высокие показатели воздержания от курения на протяжении 6 недель, по сравнению с любой монотерапией.²⁵ В плацебо-контролируемом исследовании, никотиновый пластырь и никотиновый назальный спрей превосходили никотиновый пластырь и спрей назальный плацебо при последующем наблюдении, как коротком (от 6 недель до 3 месяцев), так и долгосрочном (12 месяцев).²⁶

Никотиновый пластырь + никотиновый ингалятор

В плацебо-контролируемом рандомизированном исследовании 400 пациентов, отмечены достоверно более высокие показатели воздержания от курения через 6 и 12 недель, при комбинированном применении никотинового пластыря и ингалятора, по сравнению только с ингалятором. Пациенты были рандомизированы на группу 1 (n = 200), получающую ингалятор плюс пластырь (доставляющий 15 мг никотина на 16 часов) в течение 6 недель, затем ингалятор плюс плацебо пластырь в течение 6 недель, затем один ингалятор в течение 14 недель. Группа 2 (n = 200) получала никотиновый ингалятор плюс плацебо пластырь в течение 12 недель, затем ингалятор в течение 14 недель.²⁷

В общем, комбинированная НЗТ хорошо переносится, а побочные эффекты соответствуют ожидавшимся побочным эффектам каждого препарата по отдельности.²⁸

Никотиновый пластырь + бупропион

Бупропион в сочетании с никотиновым пластырем более эффективен, чем только пластырь, потому что они имеют разные механизмы действия.²⁹ Начните с назначения бупропиона в стандартных дозах в течение первых двух недель, и добавьте никотиновый пластырь со дня прекращения курения. Бупропион будет вводиться в общей сложности в течение от 7 до 12 недель. Оптимальная продолжительность лечения никотиновым пластырем при таком сочетании – от 3 до 6 месяцев.³⁰

В двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании с четырьмя группами, показатель воздержания в течение 12 месяцев составил 35,5% для комбинированной терапии (никотиновый пластырь и бупропион), по сравнению с 30,3% в группе, принимавших только бупропион, 16,4% в группе принимавших только никотиновый пластырь и 15,6% в группе плацебо.³¹ Джоренби (Jorenby) и соавт. рандомизировали участников в одну из трех групп: только бупропион, только никотиновый пластырь, бупропион и никотиновый пластырь. Участники контрольной группы получали плацебо таблетки и плацебо пластырь. Биохимически подтвержденные показатели воздержания в течение 12 месяцев составили 15,6% в группе плацебо, 16,4% в группе никотинового пластыря, 30,3% в группе только бупропиона (P = 0,001), и 35,5% в группе, получавшей

25 Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting, *Nicotine Tob Res.* Apr; 2003 5(2):181–7. [PubMed: 12745490]

26 Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up, *Br Med J.* 1999; 318:285–8. [PubMed: 9924052]

27 Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., *Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation, Arch Intern Med.* 2000;160:3128-3134

28 Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, *Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs.* 2010 April 16; 70(6): 643–650. doi:10.2165/11536100-000000000-00000

29 Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:883-9

30 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed.* – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

31 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed.* – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

оба препарата ($P = 0,001$). Показатель воздержания был выше при комбинированной терапии, по сравнению с приемом только бупропиона, но разница не была статистически значимой.³²

В общем, публикации показывают, что комбинированная терапия бупропионом SR и НЗТ увеличивает показатели краткосрочного воздержания. Мета-анализ Руководства USPSH показывает, что существует не значимая тенденция для бупропиона SR и никотинового пластыря, в отношении увеличения долгосрочного воздержания (≥ 6 месяцев), по сравнению с приемом только никотинового пластыря [отношение шансов (OR) 1,3, 95% ДИ: 1,0 -1,8].³³

НЗТ + бупропион

В плацебо-контролируемом исследовании оценивали сочетание бупропиона SR (300 мг) с никотиновым пластырем (21 мг), никотиновой жевательной резинкой (2 мг), и когнитивно-поведенческой терапией у 51 пациента. Добавление бупропиона SR увеличивает первичный результат воздержания от курения ($\geq 50\%$) на протяжении 12 и 24 недель, и непрерывного воздержания от курения на протяжении 8 недель.³⁴

В исследовании с участием 1700 курильщиков, комбинированная терапия бупропионом SR и никотиновым ингалятором, превосходила лечение каждым препаратом в отдельности.³⁵

В крупном исследовании эффективности, в рамках первичной медицинской помощи, сочетание бупропиона SR и пастилок превосходило все варианты монотерапии (т.е. пастилки, пластырь, бупропион SR).³⁶

Нортриптилин + НЗТ

Мета-анализ исследований по оценке комбинации нортриптилина и НЗТ, по сравнению с НЗТ, позволяет предположить, что существует незначительная тенденция к увеличению воздержания от курения при комбинированной терапии (OR 1,29, 95% ДИ: 0,97-1,72).³⁷

Варениклин + НЗТ

Исходя из данных фармакокинетического исследования,³⁸ Эбберт (Ebbert)³⁹ и соавт. выдвинули гипотезу о том, что: (1) варениклин не полностью насыщает никотиновые ацетилхолиновые рецепторы, что приводит к неполной реакции

32 Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med. 1999;340:685-91

33 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

34 Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week doubleblind, placebo-controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia, J Clin Psychopharmacol. Aug; 2007 27(4):380–6. [PubMed: 17632223]

³⁵ Croghan IT, Hurt RD, Dakhil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ, et al. Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention, Mayo Clin Proc. Feb; 2007 82(2):186–95. [PubMed: 17290726]

36 Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics, Arch Intern Med. Dec 14; 2009 169(22):2148–55. [PubMed: 20008701]

37 Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, Cochrane Database Syst Rev. 2007; 1:CD000031. [PubMed: 17253443]

38 Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers, J Clin Pharmacol. Dec; 2006 46(12):1439–48. [PubMed: 17101743]

39 Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. May; 2009 11(5):572–6. [PubMed: 19351781]

"вознаграждения" и к неполной блокаде продолжающегося подкрепления курения; (2) варениклин не полностью замещает дофаминергический эффект курения, что приводит к продолжению тяги к курению. Поэтому авторы посчитали, что некоторым курильщикам, возможно, потребуется НЗТ в дополнение к варениклину, чтобы уменьшить симптомы отмены и стремление курить, и добиться полного воздержания. Поскольку они имели большой опыт применения комбинированной терапии с использованием варениклина и НЗТ в восьмидневной резидентной (стационарной) программе лечения, в Центре никотиновой зависимости (ЦНД) клиники Мейо (Mayo Clinic), авторы рекомендуют использовать НЗТ для облегчения симптомов отмены, в то время как курильщиков титруют на варениклине. Не наблюдалось увеличения побочных эффектов, по сравнению с курильщиками, которые лечились в этой же программе, до приема варениклина. Тем не менее, эти исследователи предполагают, что результаты данного исследования не могут быть применены к другим группам пациентов, и их следует интерпретировать с осторожностью.

В недавно опубликованном клиническом исследовании, было изучено, почему курильщики, получавшие комбинированное лечение для прекращения курения, с большей вероятностью прекратят курить, чем те, кто получают либо один препарат (монотерапия) или плацебо. Данные, собранные у 1504 курильщиков, рандомизированных на один из шести лекарственных режимов прекращения курения (плацебо, никотиновый пластырь, никотиновая пастилка, бупропионовый никотиновый пластырь и таблетки никотина, и бупропион и пастилки никотина), позволяют предположить, что комбинированное лечение приводит к более высоким показателям воздержания, чем монотерапия, вследствие более эффективного подавления симптомов отмены, тяги и ожиданий курения.⁴⁰

Лох, Пайпер (Loh, Piper) и соавт. ответили на вопрос, следует ли использовать комбинационную фармакотерапию у курильщиков в обычном порядке, или у некоторых типов курильщиков наблюдается небольшая или никакая польза от комбинационной фармакотерапии, в сравнении с монотерапией. Они пришли к выводу: комбинационная фармакотерапия в целом более эффективна, чем монотерапия, за исключением одной группы курильщиков (с низкой никотиновой зависимостью), у которых не выявлено больших преимуществ при использовании комбинационной фармакотерапии. Использование монотерапии у этих курильщиков может быть оправдано, с учетом расходов и побочных эффектов комбинированной фармакотерапии.⁴¹

Рекомендации

- Было показано, что определенные комбинации препаратов первой линии эффективны при лечении курения, однако, количество и разнообразие проанализированных статей было достаточным, чтобы оценить эффективность пяти комбинаций препаратов по сравнению с плацебо (уровень научной обоснованности В). Только комбинация пластыря и бупропиона одобрена FDA для прекращения курения.

- Поэтому клиницисты могут рассмотреть вопрос об использовании этих комбинаций лекарственных средств у тех пациентов, которые хотят прекратить курить.

- Эффективные комбинации препаратов следующие:

- долгосрочный (> 14 недель) никотиновый пластырь и другие НЗТ (резинка, спрей) (уровень научной обоснованности А);

40 Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression., Nicotine Tob. Res., 2012 Feb;80(1):54-65. Epub 2011 Nov 21

41 Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB., Nicotine Tob. Res., Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy., 2012 Feb;14(2):131-41. Epub 2011 Dec 16

- никотиновый пластырь и никотиновый ингалятор (уровень научной обоснованности В);
- никотиновый пластырь и бупропион SR (уровень научной обоснованности А).

Варениклин + бупропион SR

Так как варениклин и бупропион имеют разные механизмы действия, они иногда используются в комбинации, особенно у курильщиков, которые ранее прекратили курить с использованием монотерапии бупропионом, но во время процесса возникли трудности. Пробное исследование этой комбинации продемонстрировало отличную эффективность и высокую толерантность, позволяя предположить, что сочетание варениклина и бупропиона SR может быть эффективным для повышения показателей воздержания от курения, по сравнению с результатами монотерапии.⁴²

42 Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010 April 16; 70(6): 643–650. doi:10.2165/11536100-000000000-00000

4.2.8. Цитизин

Цитизин - природный алкалоид, извлеченный из семян растений, таких как *cytissus laburnum* и *sophora tetraptera*. Цитизин действует аналогично варениклину, будучи частичным агонистом альфа 4 бета 2-никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, ответственных за усиление воздействия никотина, а также предотвращает связывание никотина с этими рецепторами^{1 2}, тем самым уменьшая удовлетворение и вознаграждение, связанные с потреблением табака, соответствующие негативные симптомы отмены, и тягу.^{3 4}

Табекс® доступен в форме пероральных таблеток, содержащих 1,5 мг цитизина, его продажи и маркетинг осуществляет Болгарская компания Sopharma Pharmaceuticals с сентября 1964 года⁵. Табекс® использовался для прекращения курения в течение многих десятилетий в национальных масштабах в бывших социалистических странах, Болгарии, Венгрии, Польши, ГДР, Советском Союзе, является первым лекарством в истории человечества, официально одобренным для этой цели. Тем не менее, лицензирование и использование цитизина в других частях мира не развивалось в течение десятилетий, в частности, из-за отсутствия научно обоснованных, а в последнее время GCP совместимых, испытаний.^{6 7 8}

Глобальный поиск препаратов для прекращению курения продукции с высокой доступностью, приемлемостью, эффективностью и безопасностью, в сочетании с низкой стоимостью, подходящих для крупномасштабных вмешательств по прекращению курения, в рамках поддерживаемых государством программ, в последнее время привел к росту интереса к цитизину.

Испытания рассматривают цитизин в качестве альтернативы продуктам, основанным на никотине и антидепрессантам, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, а также в культурах, где широко применяются природные лекарства.⁹ 25-дневный курс цитизина в пять-пятнадцать раз дешевле, чем 25-дневное лечение НЗТ.¹⁰

Результаты двойного слепого, рандомизированного, плацебо-контролируемого исследования цитизина для прекращения курения у средне-зависимых работающих (n = 171) в Кыргызстане были опубликованы в 2008 году. Через 26 недель 10,6% пациентов были абстинентными в группе принимавших цитизин, по сравнению с 1,2% в группе плацебо.¹¹

¹ Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Library. 2011. P. Art. No.: CD006103

² Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. J Smoking Cessation. 2008;3(1):57-62

³ Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. J Smoking Cessation. 2008;3(1):57-62

⁴ Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. Pharmacol Rep. 2006;58(6):777-798

⁵ www.tabex.bg

⁶ Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. J Smoking Cessation. 2008;3(1):57-62

⁷ Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. Arch Intern Med. 2006; 166 (15):1553-1559. Doi: 10/1001/archinte.166.15.1553

⁸ Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytisine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. BMC Public Health 2011; 11:880. Published online 2011 November 21.doi

⁹ Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytisine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. BMC Public Health 2011; 11:880. Published online 2011 November 21.doi

¹⁰ Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. Arch Intern Med. 2006; 166 (15):1553-1559. Doi: 10/1001/archinte.166.15.1553

¹¹ Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. J Smoking Cessation. 2008;3(1):57-62

В постсоветской Российской Федерации Табекс® был официально зарегистрирован для прекращения потребления табака в 1999 году, и его можно приобрести без рецепта. Первое рандомизированное контролируемое двойное слепое исследование по терапевтической эффективности и безопасности этого препарата опубликовано в 2009 году (n = 196). Процент курильщиков, у которых не отмечено никакого эффекта при попытке прекратить курение, в группе принимавших Табекс®, по сравнению с группой плацебо, составил 13% и 26% соответственно. Доля курильщиков, которые воздерживались от курения в течение одного или нескольких периодов, составила 50% и 30,8% соответственно. Доля курильщиков, которые воздерживались от курения в течение 12 недель или дольше, составила 50% и 37,5% соответственно. Не отмечено побочных эффектов у 70% и 84% пациентов, соответственно.¹²

Тщательно проведенное рандомизированное, плацебо-контролируемое исследование в Польше (n = 740), результаты которого опубликованы в 2011 году, подтвердило ранее полученные результаты, и обнаружило, что цитизин увеличил 12-месячное непрерывное воздержание от потребления табака до 8,4%, по сравнению с 2,4% в группе плацебо.¹³

Результаты первого клинического исследования параллельной группы, одного слепого, не инфериорного, рандомизированного, контролируемого, по сравнению цитизина с никотин-заместительной терапией у курильщиков, мотивированных к прекращению курения, в Новой Зеландии (n = 1310), ожидаются в конце 2013 года.¹⁴

Режим дозирования, рекомендованный производителем, начинается с 1 таблетки (1,5 мг) каждые 2 часа (до 6 таблеток в день), в течение нескольких дней, с 1-го по 3-й. Курение должно быть уменьшено, в противном случае будут развиваться симптомы никотиновой передозировки. При отсутствии желаемого эффекта, лечение прекращается, и следующую попытку можно сделать в течение двух-трех месяцев. При положительном ответе, пациент продолжает принимать дозировку до 5 таблеток в день (1 таблетка каждые 2,5 часа), в дни с 4-го по 12-й. Курение должно быть полностью прекращено на 5-й день. После этого, пациент принимает до 4 таблеток в день (1 таблетка каждые 3 часа), с 13-го по 16-й дни, затем до 3 таблеток в день (1 таблетка каждые 5 часов), с 17-го по 20-й дни, а затем, по 1 - 2 таблетки в день (1 таблетка каждые 6 - 8 часов), с 21 по 25 дни, после чего прием препарата прекращают.

При соблюдении рекомендуемой дозы цитизина, в исследованиях зарегистрированы несколько побочных эффектов, похожих на последствия приема НЗТ.¹⁵
¹⁶ ¹⁷ В соответствии с органами Периодического обновления безопасности (Periodic Safety Update) в Европе, не существует никаких сигналов безопасности в отношении серьезных

¹² Левшин В.Ф., Слепченко Н.И., Радкевич Н.В. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности препарата Табекс® (цитизин) при лечении табачной зависимости. / Вопросы наркологии. – 2009, N5. – с. 13-22. Также см. Медицинский вестник, #33-34 (502-503), 27 ноября 2009 года, с. 19.

¹³ West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med.* 2011; 365: (13): 1193–1200. doi:10.1056/NEJMoa1102035

¹⁴ Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytisine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011; 11:880. Published online 2011 November 21. doi

¹⁵ Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006; 166 (15):1553-1559. Doi: 10/1001/archinte.166.15.1553

¹⁶ Левшин В.Ф., Слепченко Н.И., Радкевич Н.В. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности препарата Табекс® при лечении табачной зависимости / Вопросы наркологии. – 2009, N5. – с. 13-22. Также см. Медицинский вестник, №33-34 (502-503), 27 ноября 2009 г., с. 19.

¹⁷ West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med.* 2011; 365: (13): 1193–1200. doi:10.1056/NEJMoa1102035

неблагоприятных реакций на цитизин, на основе данных об опыте применения этого препарата у миллионов.¹⁸

Передозировка цитизина похожа на никотиновое отравление, приводит к таким эффектам, как тошнота, рвота, клонические судороги, тахикардия, расширение зрачков, головная боль, общая слабость, паралич дыхания.¹⁹

¹⁸ West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med*. 2011; 365: (13): 1193–1200. doi:10.1056/NEJMoa1102035

¹⁹ Musshoff F, Madea B. Fatal cytisine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int*. 2009; 186(1-3):e1-4. Doi: 10.1016/j.forsciint.2009.01.011

4.3. Нелекарственное лечение потребления табака и табачной зависимости

В дополнение к фармакотерапии, необходим ряд нефармакологических вмешательств, для обеспечения целостного терапевтического подхода к потреблению табака и табачной зависимости. Это так называемые психо-социальные методы лечения: индивидуальное консультирование, активные телефонные консультации и групповые консультации. Эти мероприятия могут быть предоставлены в разных форматах, а также любым количеством профессиональных работников здравоохранения, которые взаимодействуют с пациентом. Также эффективны в этой категории вмешательств, помогающих людям прекратить курить, специально адаптированные материалы, печатные и размещенные в сети.

Рекомендации

- Лечение табачной зависимости требует определенных лекарств, и индивидуального когнитивно-поведенческого консультирования, поддержки по телефону и группового консультирования (уровень научной обоснованности А).¹
- Учебные материалы и источники информации, доступные через Интернет, способствуют повышению успеха, при достижении воздержания от потребления табака (уровень научной обоснованности В).¹

1 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

4.3.1. Поддержка по телефону и материалы для самопомощи

4.3.1.1 Поддержка по телефону

Во многих странах организованы службы бесплатной помощи по телефону. Если курящий человек наберет определенный номер телефона, ему может быть предоставлена информация о доступе к местным центрам по прекращению курения, а также совет по отказу от курения, с предоставлением консультирования, в минимальном или полном объеме. Использование телефона для предоставления когнитивно-поведенческой терапии, похоже на структуру традиционного личного контакта, но является более гибким. Может быть подобрано подходящее время для консультирования, в том числе, для этого могут быть использованы обеденные перерывы, а также вечерние часы и субботные дни. Работа по телефону экономит время и деньги, так как нет необходимости выезжать на назначенные встречи. Участники имеют возможность выбора связи, по домашнему или мобильному телефону. Им предлагают поддержку по телефону, для руководства реализацией различных стратегий по прекращению потребления табака, а также для достижения позитивных изменений в своей повседневной жизни. Телефонные звонки, в общем, продолжаются 20-25 минут, длительность контакта может меняться, в зависимости от индивидуальных потребностей.¹

Служба телефонной линии по прекращению потребления табака (Quitline), определяется, как телефонные консультации, при этом некоторые из контактов по телефону осуществляются по инициативе консультанта такой службы для предоставления вмешательства, направленного на прекращение курения, в том числе консультирования на базе ответных звонков.

С помощью нескольких мета-аналитических обзоров доказано, что активные телефонные консультации являются эффективной мерой для прекращения курения. Действующие в настоящее время Рекомендации по клинической практике общественного здоровья США и Руководство по профилактическим услугам на уровне сообщества, рекомендуют предоставление активных телефонных консультаций, как метода, помогающего курильщикам прекратить курить. В большинстве исследований служб телефонной линии по прекращению потребления табака, выполненных к настоящему времени, изучались активные службы. Активная служба телефонной линии может обеспечить некоторую форму непосредственной «реактивной» помощи, когда потребитель табака делает первый звонок. Однако, подобная служба также предоставляет более полный пакет услуг через "активные" вызовы, которые часто включают множество последующих контактов, как правило, планируемых по согласованию с курильщиком.

В Российской Федерации телефонная линия помощи в отказе от курения организована 17 ноября 2011 года. Цели центра: улучшить осознание курящими вредного воздействия табачного дыма на организм человека; подходы к помощи по прекращению курения; усиление мотивации к отказу от потребления табачной продукции; изменить психологическое отношение к курению табака и обучить адаптивным формам поведения; поддержать при отказе от курения, обучить навыкам самопомощи при возникновении тяги к курению. В центре пациенты посещают врачей и психологов. Психологи помогают подготовиться ко дню отказа от курения, помогают найти замену курительным ритуалам, определяют оптимальные подходы к преодолению зависимости, вместе с курильщиком, предоставляют поддержку в трудные минуты борьбы с табачной зависимостью. Врачи предоставляют телефонные консультации по наиболее эффективным подходам к отказу от

¹ NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010

курения, дают советы пациентам с различными заболеваниями, как лучше подготовиться к отказу от курения с учетом имеющихся проблем здоровья.²

Эффективность служб поддержки по телефону

Рандомизированные контролируемые исследования доказали эффективность таких активных мероприятий. В самом последнем мета-анализе 13 исследований, было показано увеличение на 56% числа прекративших курить, по сравнению с самопомощью. Активные телефонные консультации оказывают положительное воздействие на прекращение курения. Активные телефонные консультации увеличивают длительное воздержание от табака, среди курильщиков, привлеченных в программу активным или пассивным образом.³

Реактивные службы телефонной линии по прекращению курения, которые реагируют только на непосредственной просьбы о помощи со стороны звонящих, не были изучены настолько широко, как подобные активные службы. Хотя есть некоторые доказательства эффективности реактивных служб, данная стратегия не предлагается в различных опубликованных рекомендациях.

В целом, данные показывают, что службы телефонных линий способны не только оказывать эффективную помощь тем, кто хочет ее получить, но также способны повысить показатель прекращения потребления табака, среди потребителей табака в целом. Одним из важных преимуществ служб телефонных линий, является их доступность. Действие с помощью телефона, устраняет многие затруднения, характерные для традиционных занятий по прекращению курения, нет необходимости дожидаться наполнения группы, или организовывать транспортные услуги. Службы телефонной линии особенно полезны для людей с ограниченной подвижностью, и тех, кто проживает в сельских или отдаленных районах. Благодаря своему квази-анонимному характеру, услуги с помощью телефона могут также быть привлекательными для тех, кто не хочет обращаться за помощью, предоставляемой в группе. Данные свидетельствуют о том, что, по мере повышения доступности служб телефонных линий, в несколько раз повышается вероятность использования курильщиками такой службы, по сравнению с помощью, основанной на личном контакте. Служба телефонной линии является хорошим способом известить потребителей табака, что помощь доступна, независимо от того, где они находятся.⁴

Во вмешательстве, использующем консультации по телефону, в группе иммигрантов Азиатского происхождения, с ограниченным знанием английского языка, телефонная консультация была эффективной для курильщиков, говорящих по-китайски, по-корейски, по-вьетнамски. Такой протокол должен быть включен в существующие службы телефонных линий, с возможным включением других языков.⁵

На основе мета-анализа 9 исследований, было показано, что службы телефонных линий достоверно увеличивают воздержание от табака, по сравнению с вмешательством,

² Яблонский П.К., Суховская О.А., Смирнова М.А. Возможности предоставления консультативной телефонной помощи в отказе от курения в Российской Федерации // Медицинский альянс.- 2013, №2.-С.63-69. По данным О.А. Суховской. Апрель 2013 года.

³ Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. J Natl Cancer Inst. 2011 Jun 22;103(12):922-41. doi: 10.1093/jnci/djr169. Epub 2011 Jun 10

⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quitlines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004

⁵ Zhu SH, Cummins SE, Wong S, Gamst AC, Tedeschi GJ, Reyes-Nocon J., The Effects of a Multilingual Telephone Quitline for Asian Smokers: A Randomized Controlled Trial, J.Natl.Cancer Institute, 2012, Feb 22, 104(4), 299-310, Epub: 25 Feb 2012

предусматривающим минимальное консультирование, или отсутствие консультирования (12,7% против 8,5%).⁶ В мета-анализе служб телефонных линий, выполненном в 2008 году, были проанализированы шесть исследований, для сравнения эффекта от дополнения приема лекарств, консультацией телефонной линии, с использованием только лекарств. Дополнение приема лекарств консультациями телефонной линии, значительно повысило показатель воздержания от табака (28,1%), по сравнению с пациентами, получавшими только лекарства (23,2%).⁷

В Российской Федерации, 23633 курильщика получили консультации телефонной линии по отказу от курения в течение 2012 года. Анализ эффективности по показателю воздержания от табака на протяжении 6 месяцев – 8,1% после одной консультации, и 22,8% среди пациентов, получивших 4-8 консультаций.⁸

4.3.1.2. Материалы для самопомощи

Вмешательства, проведенные с помощью самых разнообразных материалов для самопомощи (в качестве или самостоятельного, или вспомогательного лечения), по всей видимости, увеличивают показатели воздержания от курения, по сравнению с отсутствием вмешательства. Эта категория включает в себя: буклеты, листовки, учебные пособия, материалы СМИ, реактивные телефонные линии помощи, компьютерные / интернет-программы, а также различные общественные программы. Вмешательства самопомощи определяются как "любое руководство или программа, которые будут использоваться физическими лицами для оказания помощи, при попытке прекратить курение, без помощи медицинских работников, консультантов, или групповой поддержки."

Сегодня большинство людей знают, что курение опасно: сообщения о вреде для здоровья широко доступны, и в большинстве стран сейчас такие предупреждения о вреде здоровью имеются даже на пачках сигарет. Тем не менее, около 30% мирового населения составляют курильщики, которые продолжают игнорировать эти опасности для здоровья.

Ниже приводится пример краткой пояснительной брошюры, предназначенной для курящих пациентов, чтобы помочь им ознакомиться с основными понятиями о лечении потребления табака и табачной зависимости.

Пример контрольного списка и вопросов для материалов, предназначенных для самопомощи

Зачем потреблять табак?

- Чем объяснить продолжение курения, несмотря на многочисленные усилия по борьбе против табака, направленные на прекращение заболеваемости и смертности, вызываемых потреблением табака?

- Можно ли считать, что курильщики не обращают внимания на свое здоровье, или же они думают, что "этот вредный эффект не может случиться со мной"?

- Разве потребители табака не способны осознать вредное воздействие, показанное в учебных материалах? Или что-то другое, делает их неспособными прекратить курить, несмотря на то, что они осознают опасности?

⁶ NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010

⁷ NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010

⁸ Яблонский П.К., Суховская О.А., Смирнова М.А. Возможности предоставления консультативной телефонной помощи в отказе от курения в Российской Федерации // Медицинский альянс.- 2013, №2.-С.63-69. По данным О.А. Суховской. Апрель 2013 года.

- Может ли это объясняться сложными психо-поведенческими и физическими изменениями, под действием химических веществ, содержащихся в табаке? Очевидно, что это так.^{9 10}

Табачная зависимость

- Сила никотиновой зависимости очень значительная, равна героиновой и кокаиновой, или превосходит ее, гораздо сильнее зависимости от алкоголя, каннабиса или ЛСД, и других аналогичных наркотиков.

- Хроническое потребление табака, или попросту «курение», признано всеми психиатрическими медицинскими органами, как болезнь сама по себе, вызывающая физическую и психологическую зависимость, как хроническое заболевание, т.е. табачная зависимость, или никотиновая зависимость.

- Большинство сигарет курят не в связи со свободным выбором, а в связи с зависимостью от никотина, наркотика, вызывающего сильную зависимость, присутствующего во всех табачных изделиях.¹¹

- Доказано, что хроническое воздействие табака вызывает широкий спектр заболеваний, и приводит к смерти, в результате содержания в табаке многочисленных ядов и канцерогенных соединений.

- Производители табака используют множество стратегий для усиления никотиновой зависимости от табачных изделий: добавки, ароматизаторы, параметры фильтра, и т.д.

- Табачная промышленность постоянно инвестируется в новые рынки, нацеливаясь на уязвимые категории потенциальных клиентов, то есть детей и молодых людей, которые подвержены этому воздействию в наибольшей степени.

- Лучший способ реагировать на табачную промышленность – дать людям знания и навыки, основанные на научных данных, чтобы справиться с этой проблемой.

Индивидуальные последствия потребления табака¹²

- Один из каждых двух потребителей табака умрет преждевременно, в результате связанной с табаком болезни.¹³

- Потребление табака является единственной самой большой причиной предотвратимой смерти.

- Более половины этих случаев смерти происходит среди людей в возрасте 35-69 лет.

- Каждый день во всем мире это число смертей эквивалентно почти пятидесяти катастрофам крупных авиалайнеров.

- Потребление табака вызывает 87% смертей от рака легкого, 82% смертей от ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), 21% случаев смерти от ИБС (ишемической болезни сердца) и 18% случаев смерти от инсульта.

- Потребление табака является причиной осложнений во время беременности.

- Потребление табака придает плохой запах дыханию человека, волосам и одежде, окрашивает зубы, ногти и кожу, а также разрушает, или прожигает одежду.

9 Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment, Am J Med 2008; 121: S3-S10

10 Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics, Ann. Rev Pharmacol Toxicol 2009; 49: 57-71

11 Trofor A. et. al., Smoking cessation and smoker's assistance guidelines in Romania (GREFA), Tehnopress publisher House, Iasi, 2010, www.srp.ro

12 ACCP kit

13 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors BMJ 2004, doi:10.1136/bmj.38142.554479.A

- Потребление табака снижает спортивные результаты.
- Табак является одной из основных причин пожаров и случайных смертей.
- Потребление табака является воротами к потреблению других наркотиков, и зависимость от табака может сделать человека более восприимчивым к пробам других опасных наркотиков.

Последствия для семьи, друзей потребителей табака и их коллег по работе¹⁴

- Вы подвергаете Вашу семью, друзей и коллег воздействию окружающему, или вторичному, табачному дыму.
- Вторичный табачный дым увеличивает риск рака легкого на 30%. Это приводит к 3000 дополнительных случаев рака легкого в год.
- Младенцы и дети, хронически подвергающиеся воздействию вторичного табачного дыма, имеют повышенный риск развития бронхиальной астмы и других респираторных заболеваний, злокачественных опухолей, и другие проблемы со здоровьем. Эти заболевания приводят к увеличению госпитализации, и пропускам занятий в школе.
- Воздействие табачного дыма увеличивает риск низкой массы тела детей при рождении, и синдрома внезапной детской смерти.
- У взрослых, не потребляющих табак, но подвергшихся воздействию вторичного табачного дыма, выше риск респираторных заболеваний и симптомов, которые способствуют утрате трудоспособности и отказу от участия в других мероприятиях.
- Супруги курильщиков имеют более высокий риск заболеваний сердца и рака легкого.

Преимущества отказа от потребления табака

1. Краткосрочные выгоды

- Через 20 минут, возвращаются к норме артериальное давление и пульс.
- Через 8 часов, возвращаются к норме уровни окиси углерода и кислорода в крови.
- Через 24 часа угарный газ выводится из организма; легкие начинают очищаться от слизи и загрязнений, вызванных курением; снижается риск сердечного приступа.
- Через 48 часов в организме не остается никотина; нервные окончания начинают снова расти; и обоняние и вкус улучшаются.

2. Долгосрочные выгоды

- Улучшение дыхания.
- Увеличение физической энергии.
- Улучшение цвета кожи.
- Снижение рисков заболеваний, связанных с табаком, таких как:
 - рак легкого,
 - эмфизема,
 - ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких),
 - внезапная смерть от сердечного приступа,
 - ИБС (ишемическая болезнь сердца),
 - атеросклероз (сужение артерий),
 - инсульт,
 - хронический бронхит.
- Более чистый воздух для семьи и друзей.
- Более свежий запах в домах и автомобилях.

• Финансовая экономия: те, кто курит одну пачку в день, тратят в среднем 1095 долларов США в год.

Подготовка к прекращению курения

Чем лучше Вы подготовлены к прекращению курения, тем выше вероятность Вашего успеха.¹⁵ Некоторые предложения включают в себя следующее:

- Примите решение, что Вы хотите прекратить курить.
- Составьте список причин, включая личные причины, медицинские эффекты, пользу для здоровья, финансовые преимущества, и обязательства перед другими.
- Повторяйте себе одну из этих причин, несколько раз каждое утро.
- Начните свою физическую подготовку с умеренных повседневных упражнений. Много отдыхайте и пейте больше жидкости.

- Установите день прекращения курения в течение ближайших двух недель.

- Определите препятствия на пути к прекращению курения. Чем определяются сложности? В каких ситуациях Вы хотите табака? Что Вы можете сделать, чтобы изменить это?

- Составьте список людей, которые могут поддержать Ваши намерения прекратить курить, таких, как члены семьи, друзья и коллеги. Обсудите свои планы с ними.

- Если любой из этих людей является курильщиком, попросите, чтобы они воздерживались от потребления табака в Вашем присутствии, или, еще лучше, попросите их присоединиться к Вам в прекращении курения.

- Очистите места, где Вы обычно курите, от всего, что напоминало бы Вам о сигаретах – например, от зажигалок, пепельниц и спичек.

- Очистите Ваш дом и машину, попробуйте максимально удалить запах дыма.

- Составьте перечень видов деятельности, хобби и интересов, которыми Вы можете заняться, чтобы не думать о курении.

- Приобретите познания о симптомах отмены, и способах совладания с ними.

- Будьте готовы к трудностям при прекращении курения. Узнайте о "синдроме отмены".

- Синдром отмены никотина состоит из симптомов, обусловленных резким прекращением поступления никотина. Отмена никотина может проявляться в первые 4-12 часов после прекращения курения, такими симптомами, как:

- острая / неконтролируемая потребность в курении (тяга);
- раздражительность;
- чувства беспокойства, гнева, тревожности;
- усталость;
- повышенный аппетит, особенно на сладкое, увеличение массы тела;
- трудности концентрации / проблемы памяти;
- депрессия;
- головные боли;
- бессонница;
- головокружение.

Лечение, которое помогает прекратить курить

- Два компонента, которые доказали свою эффективность при лечении табачной зависимости: консультирование и фармакотерапия.

- Фармакологическая терапия имеет решающее значение, и включает в себя широкое предложение лекарств, от заменителей никотина, используемых в различных

формах (жевательная резинка, пластырь, назальный спрей, ингалятор, подъязычные таблетки), до антидепрессантов, антагонистов никотиновых рецепторов, и т.д.

- Вы должны попросить своего врача или фармацевта назначить, или рекомендовать Вам лечение для прекращения курения.

- С помощью специалистов здравоохранения, может применяться сочетание различной фармакологической терапии, с возможным продлением терапии, и подбором дозировки, чтобы избежать побочных эффектов.

- Могут быть полезными листовки, плакаты, брошюры, различные образовательные печатные материалы или материалы СМИ, а также Интернет-инструменты или телефонные линии.

- КПТ – лечебная методика, которая пытается изменить привычные пути мышления и чувствования о курении и себе, и предоставляет поддержку и консультации для минимизации желания курить, и управления им.

- В оптимальном варианте, индивидуальные стратегии для прекращения курения, сочетают совет (рекомендацию прекратить курить) с фармакологическим лечением (варениклин, бупропион, НЗТ, и т.д.), и с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ).

Таблица 11: Некоторые практические советы, как избежать курения¹⁶

ПРИМЕРЫ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ / СОВЕТОВ, КАК ИЗБЕЖАТЬ КУРЕНИЯ

- Научитесь отказываться от первой сигареты!
- Выбросьте свой «курительный набор»: зажигалку, спички, пачку сигарет;
- Измените Ваш обычный распорядок дня!;
- Избегайте потребления кофе, колы или чая;
- Когда Вы ощущаете нужду в курении, выпейте большой стакан воды, или натурального фруктового сока;
- Принимайте пищу 3 – 5 раз в день;
- Завтрак: натуральные соки, молочные продукты, возможно, мясо, яйца; будьте осторожны с незаменимой сигаретой после утреннего кофе!
- Обед и ужин: отдайте предпочтение свежим фруктам и овощам, зеленым овощам, фруктам;
- Перед тем, как отойти ко сну – выпейте стакан воды или чая;
- Вы должны избегать: приема еды между установленным приемом еды, чрезмерного потребления сладкого; пирожных, конфет, шоколада;
- Без колебаний, пейте более 2 литров воды в день;
- Необходимы физические упражнения, прогулки на свежем воздухе, научитесь методикам релаксации;
- Начните заниматься новым видом спорта;
- Избегайте контактов с курильщиками, или ситуаций, в которых у Вас возникает соблазн покурить;
- Сэкономьте деньги, которые Вы ранее расходовали на сигареты – вместо этого, купите себе подарок!

Эффективность образовательного материала для пациента

Некоторые исследования доказывают эффективность учебных материалов, включенных в программы по прекращению курения.

В общей сложности, 2000 взрослых были исследованы для сравнения стандартного 13-страничного руководства по самостоятельному прекращению курения (контрольная группа), с 28-страничным руководством по прекращению курения Бесплатно и Чисто (F & C), также оценивалось использование руководства F & C, и обучения семьи и друзей

¹⁶ Trofor A. et. al., Smoking cessation and smoker's assistance guidelines in Romania (GREFA), Tehnopress publisher House, Iasi, 2010, www.srp.ro

курильщика социальной поддержке, а также использование руководства F & C, и обучения социальной поддержке, и четырех телефонных разговоров со специалистами. Было выявлено, что программа телефонного консультирования F & C плюс материалы для самопомощи, оказались эффективной стратегией оказания помощи людям, самостоятельно прекращающим курить. Использование руководств по самопомощи и обучения семьи и друзей оказанию социальной поддержки, не повышало существенно вероятность прекращения курения, по сравнению с использованием программы четырех звонков F & C.¹⁷

Анализ Руководства США выполнен на материалах 21 исследования, соответствующих критериям отбора, для оценки эффективности предоставления различных типов вмешательств самопомощи (например, брошюр, видеокассет, аудиокассет и реактивных линий помощи). Результаты не дали достаточных доказательств того, что предоставление нескольких типов самопомощи, предлагаемых без личного взаимодействия людей, существенно влияет на результаты лечения (15,7% при двух или более типах самопомощи, по сравнению с 14,4% при одном типе самопомощи, и 14,3% при отсутствии самопомощи).

В мета-анализе, в котором определяли влияние брошюр самопомощи как таковых, при использовании таких брошюр в качестве единственного вмешательства, или в дополнение к консультированию, самопомощь не привела к увеличению показателей воздержания.¹⁸

4.3.1.3. Помощь с использованием компьютера / сети Интернет

Вмешательства, основанные на применении компьютера или Интернета, обладают потенциальной доступностью для большой доли курящего населения, могут быть более эффективно направлены на специальные группы, такие, как молодежь, и являются дешевыми. Такие вмешательства могут быть использованы в качестве единственного или вспомогательного лечения, обычно путем сбора информации у пациента, а в последующем - с использованием алгоритмов для адаптации обратной связи или рекомендаций. Современные приложения позволяют выполнять множество циклов обратной связи, разработку и мониторинг плана по прекращению курения, и активно контактировать с пользователями с помощью электронной почты.

Положительные эффекты были получены в популяционном исследовании с использованием компьютерных отчетов, основанных на стадиях изменений, и использовании исследования с помощью веб-сайта, предлагаемых в программе по месту работы. В исследовании подростков сообщалось о положительных результатах, при предоставлении сложного вмешательства, которое включает в себя интерактивное взаимодействие с компьютером, совет врача, краткое мотивационное интервьюирование и поощряющие телефонные сеансы (контрольным условием была информация о необходимости употреблять в пищу большего количества фруктов и овощей).¹⁹

Недавний обзор выявил несколько исследований, в которых сообщалось о показателях успеха в прекращении курения по прошествии шести месяцев или более. Эти исследования предоставили только ограниченные данные о долгосрочных преимуществах Интернета, и основанных на сети программ по прекращению курения. Программы вмешательства в Интернете, которые обеспечивают индивидуальную информацию и поддержку, могут быть более эффективными, чем статические веб-сайты. Интернет вмешательства могут иметь дополнительные преимущества, если их использовать вместе с другими мерами, такими, как НЗТ или другая фармакотерапия. Инновационные

17 Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling, J. Consult Clin Psychol, 1991 iun, 59(3), 439-48

¹⁸ NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010

¹⁹ NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010

вмешательства по прекращению курения, предоставленные через Интернет, могут быть более привлекательными для курящей молодежи и женщин, и менее привлекательными для курильщиков, сообщающих о наличии депрессии.²⁰

Терапия с использованием Интернета, стала новым методом лечения психологических расстройств и проблем здоровья, и этот обзор является первой попыткой обобщения и оценки доказательств эффективности Интернет-терапии зависимостей. Таким образом, проведен широкий поиск литературы, для выявления исследований, соответствующих критериям предоставления структурированных Интернет-программ лечения зависимостей, которые включали компонент взаимодействия с обученным терапевтом. Только девять исследований соответствовали критериям включения, семь из них представляли собой рандомизированные контролируемые исследования; в этих исследованиях рассматривались не только программы прекращения потребления табака. В одной из них также рассматривалась Интернет-терапия патологических азартных игр, и еще в одной - программа лечения наркомании. В этих исследованиях применялись различные терапевтические модели, лечебные компоненты и критерии оценки. Сообщалось о лостижении положительных эффектов лечения, после его завершения, и при длительном наблюдении. В обзоре сделан вывод, что основанная на Интернете терапия зависимостей является эффективной для достижения положительных изменений в поведении, однако требуются дальнейшие исследования для определения сравнительной эффективности различных вариантов лечения с использованием Интернета, и их компонентов.²¹

20 Civiljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation..Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD007078. DOI:10.1002/14651858.CD007078.pub3 Assessed as up to date: July 14, 2010

21 Gainsbury S.M., Blaszczynski A. 2011, A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, Clinical Psychology Review, vol. 31, no. 3, pp. 490-498, Publisher's version of article available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007>

4.3.2. Мотивационное интервью (МИ)

Для любого курильщика, который планирует прекратить потребление табака, важное значение имеет мотивация. Таким образом, методы укрепления мотивации пациента по прекращению курения являются важными задачами исследований¹.

Что такое мотивационное интервью?

Мотивационное интервью - метод, разработанный американским психологом Уильямом Р. Миллер (William R. Miller) в 1980-х годах, когда он лечил пациентов с проблемами злоупотребления. Миллер показал, что эмпатическое выслушивание может снизить потребление клиентом алкоголя. Исследования показали, что сопротивление и отрицание - явления, возникающие в отношениях клиента и консультанта. Первая книга о МИ,² написанная Миллер в сотрудничестве со Стивен Роллник (Stephen Rollnick), психологом из Соединенного Королевства, опубликована в 1991 году (Miller 2002). Роллник впоследствии разработал более короткие версии МИ, подходящие для использования в здравоохранении. В сущности, этот метод стремится предложить заинтересованным клиентам информацию о рисках для здоровья, связанных с конкретной зависимостью, и вызвать интерес к переменам. Второе издание книги, с добавлением *Подготовки людей к изменению*, отражает эту эволюцию. Третье, исправленное издание планировалось на 2012 год. МИ сейчас практикуется во многих странах для лечения злоупотреблений такими веществами, как алкоголь, табак, а также для тех, кто нуждается в улучшении питания и физических упражнениях. МИ также широко используется для решения проблем с азартными играми, для обеспечения соблюдения режима лечения, и в системе борьбы с преступностью.

МИ описывает то, что вы, как консультант, можете сделать для повышения вероятности достижения клиентом изменения поведения. МИ основано на улучшении понимания консультантом того, как мы общаемся, и улучшает связь с пациентом.

- Консультант выступает в качестве сотрудника пациента, и видит себя равным пациенту.
- Консультант ищет и вызывает собственные мысли и идеи клиента на тему курения, и путей достижения соответствующих изменений.
- Консультант проявляет уважение к автономии клиента, его праву и способности принимать решения.

Основные принципы МИ

- *Проявить эмпатию.* Консультант четко показывает заинтересованность в попытке понять пациента. Это делается с помощью отражения и резюме.
- *Выявить несовпадения.* Консультант помогает пациенту осознать разрыв между текущей ситуацией и той, какой она могла бы быть, с учетом целей и ценностей пациента. Ощущение значительных несовпадений является сильной движущей силой для изменения поведения, при условии, что клиент имеет возможность измениться.
- *Избегайте споров.* Так называемое сопротивление уважают, как естественный признак тревожности, или сомнений в отношении изменений. Если консультант входит в конфронтацию с этими проявлениями, или начинает спорить, сопротивление пациента будет увеличиваться. Консультант "продолжает движение" при наличии сопротивления, когда оно появляется, но пытается предотвратить возникновение таких ситуаций.

¹ Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub2

² Miller, W.R., and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2d ed. New York: Guilford Press. 2002

- *Поддержка опоры на свои силы.* Консультант поддерживает у пациента опору на свои силы, проявляя доверие к способности пациента измениться. Консультант показывает, что высоко оценивает усилия пациента.

Некоторые важные особенности МИ

- *Спрашивайте разрешения.* Разговор о табаке редко рассматривается пациентами как обидный, однако, всегда разумно подойти к этой теме, спросив разрешения на такое обсуждение.

- *Амбивалентность.* Амбивалентность является естественной фазой изменения. Всегда есть «за» и «против» изменений, последствия которых могут проявиться в отдаленном будущем. Консультант должны стремиться помочь пациенту выразить свои причины для изменения.

- *Открытые вопросы.* Закрытые вопросы требуют ответов типа «да» или «нет»; открытые вопросы предполагают более пространные ответы или раздумья.

- *Устное выражение изменений.* Для консультанта важно найти высказанное пациентом "устное выражение изменений", слова и мысли, которые могут привести к изменению.

- *Подтвердите положительные речи и поведение.* Пациент будет более готов к переменам, если его позитивные знаки или мысли были выявлены и подтверждены.

- *Обдумывайте то, что вы слышите или видите.* По сути, размышления являются догадками относительно того, что пациент говорит или думает. Размышления не подтверждают согласия с пациентом; скорее, они сообщают пациенту, что консультант его выслушал, и помогают пациенту услышать, что он сам говорит.

- *Обобщайте сказанное.* Резюме представляет собой особую форму отражения. Резюме напоминает пациенту о главных пунктах обсуждения, плане действий, и собственных причинах, которые имеет пациент, чтобы принять меры. Резюме полезны в двух отношениях. Если пациент замедляет речь, или прекращает говорить, резюме может послужить мостика, помогающего пациенту продолжить говорить. Резюме может также помочь напомнить пациенту, что он сказал, или указать на связь между его заявлениями.

Мотивационное интервью в клинической практике

Во многих отношениях МИ порывает с традициями консультирования в медицине. МИ снижает авторитет "эксперта в белом халате", который говорит с пациентом с позиции «сверху вниз», и указывает ему, что надо делать. МИ больше похоже на приглашение больного на танец, в котором пациент и консультант поддерживают друг друга, и следуют друг за другом, шаг за шагом, через танцпол. Роли изменились. Некоторые профессиональные работники здравоохранения имеют природный талант, чтобы поговорить с пациентами в непредвзятой и понимающей форме, и могут легко принять ИМ. Чаще, однако, профессиональные работники здравоохранения возвращаются к старым привычкам, и начинают окружать пациента разными приказами. Следовательно, чтобы хорошо освоить МИ, нужно много учиться, важно (и дорого) при этом и экспертное наблюдение за соблюдением процедуры консультирования.

Чтобы сделать МИ более доступным и более удобным, разработана простая версия МИ, называемая быстрым вовлечением.

Быстрое вовлечение (БВ). Быстрое вовлечение является сокращенной и упрощенной версией МИ, разработанной для использования в офисе занятого врача.³ При БВ используется простой набор вопросов. Для визуализации степени мотивации, может

³ Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. BMC Fam Pract. 2010 Sep 21;11:69

быть использована VAS-шкала, но не обязательно, так как подобные оценки могут быть сделаны и в устной форме.

Важность изменений. Вопрос 1: Насколько важно для Вас прекращение курения, по шкале от 0 до 10 баллов (0 = не важно, 10 = очень важно)? Ответ помогает построить последующее обсуждение. Консультант может после этого "провоцировать" пациента, говоря: "Я думал, что у Вас будет меньше баллов". Это часто приводит к обсуждению, в котором пациент берет на себя инициативу, и стремится убедить консультанта, что предположение было неправильным.

Опора на свои силы. Опора на свои силы может зависеть от успехов или неудач предыдущих попыток прекращения курения, достижений других, знаний и поддержки. И снова, пациент оценивает по шкале от 0 до 10 свои шансы на успех в прекращении курения (или та же шкала, выраженная словами). Если пациент оценивает собственные шансы выше 0, консультант должен спросить, почему пациент не выбирает меньший балл, относительно того, который выбрал, чтобы пациент воодушевился внутренним поиском способности к мобилизации своих внутренних ресурсов. Чем успешнее эта мобилизация, тем сильнее уверенность в своих силах. Еще лучше "устное выражение изменения" можно вызвать вопросом: "Что необходимо предпринять для повышения Ваших шансов на успех?" Воля и способность изменять поведение – это два разных, но взаимосвязанных аспекта мотивации, которые не так легко различимы. Некоторым пациентам может быть легче заявить, что они не хотят прекращать курение, а не признать низкий уровень опоры на свои силы. Для других это соотношение может быть обратным ("Я хочу, но это не сработает!"). Важно, чтобы консультант мог понять, что на самом деле означают заявления пациента.

Доказательства эффективности

Кокрановский обзор, начиная с 2010 года, выявил 14 исследований, опубликованных в период между 1997 и 2008 годами, с участием более 10 тысяч курильщиков. Исследования были проведены с числом сеансов от 1 до 4, продолжительность каждого сеанса составила от 15 до 45 минут. Во всех исследованиях, кроме двух, применялись поддерживающие телефонные контакты, дополненные консультированием, с материалами для самопомощи. В исследованиях проводили сравнения МИ, в целом, с краткой консультацией, или обычной помощью. Вмешательства осуществляли врачи первичного звена, больничные врачи, медицинские сестры или консультанты. Мета-анализ для сравнения МИ с кратким советом, или обычной помощью, выявил небольшое, но достоверное увеличение показателя прекращения курения (RR 1,27, 95% ДИ от 1,14 до 1,42). Анализ подгрупп позволил предположить, что МИ было эффективным, когда его осуществляли врачи первичного звена (RR 3,49, 95% ДИ от 1,53 до 7,94), и консультанты (RR 1,27, 95% ДИ от 1,12 до 1,43), а также, когда МИ проводили в рамках более продолжительных сеансов (более 20 минут за сеанс) (RR 1,31, 95% ДИ от 1,16 до 1,49). Лечение с использованием нескольких сеансов может быть немного более эффективным, чем отдельные сеансы, однако, обе схемы дали положительные результаты. В настоящее время неясно, какое число последующих звонков является оптимальным.

Обзор показал, что мотивационное интервью, кажется, эффективно, когда его проводит врач общей практики и квалифицированный консультант. Более длительные сеансы (более 20 минут на сеанс), были более эффективны, чем короткие. Лечение с двумя или более сеансами, оказалось чуть более успешным, чем лечение с одним сеансом, но в обоих случаях получены успешные результаты. Результаты следует интерпретировать с осторожностью, из-за различий в том, как предоставлялось лечение, что оно включало, а также в полноте данных.

Не имеется научных данных в отношении метода быстрого вовлечения, однако врачи сообщают, что данный метод полезен, даже в условиях загруженной практики, и что он позволяет гораздо более спокойно обсудить изменения поведения.

Рекомендации

- Мотивационное интервьюирование или его варианты, широко используемое, чтобы помочь людям прекратить курение, является методикой консультирования, помогающей людям исследовать и разрешать свою неопределенность в отношении изменения своего поведения. МИ стремится избежать агрессивного или конфронтационного подхода, и пытается направить людей к выбору изменения своего поведения, а также укрепить их веру в себя.

- Имеющиеся данные о ценности последующей телефонной поддержки после ИМ, не позволяют прийти к определенному выводу.

4.3.3. Индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Принципы КПТ

Принципы КПТ следующие: инициирование отношений сотрудничества между врачом и пациентом; избегание конфликтов; активное слушание – которое включает перефразирование высказываний пациента; оценка успеха; создание положительных навыков оценки преимуществ прекращения курения.

Такое лечение направлено на изменение неадаптируемого поведения человека, на прекращение условного подкрепления, и на движение в направлении адаптированных видов поведения. Использование КПТ в центрах по прекращению курения, помогает курильщикам научиться замечать свое курительное поведение, и оценивать себя, с учетом того, что курение является одним из видов выученного поведения, в дальнейшем поддерживаемого через зависимость, на которую постоянно влияют стимулы окружающей среды.¹ Эта методика разработана на основе лечения тревожности и депрессии (так называемая когнитивная поведенческая терапия), пытается изменить привычные способы мышления и ощущения проблемы личного отношения к курению, и предоставляет поддержку и консультации о возможностях сокращения желания курить, и управления им.²

Эффективность КПТ

Существует устойчивая связь между более интенсивным консультированием (в отношении как продолжительности, так и количества сеансов консультирования), и воздержанием от курения. По данным мета-анализа 35 рандомизированных исследований, показатели воздержания в течение шести месяцев, достоверно увеличивались, с увеличением количества минут продолжительности общего числа консультационных контактов: около 14% при консультировании от 1 до 3 минут, 19% -при консультировании от 4 до 30 минут, и 27% - при консультировании от 31 до 90 минут, по сравнению с 11%, при отсутствии консультирования. (Некоторые исследования включали фармакотерапию во всех условиях консультирования, так что лекарственные препараты также внесли вклад в показатели успеха). Успешное консультирование повышает мотивацию к прекращению курения, путем персонализации расходов и рисков потребления табака пациентом (путем привязки их к здоровью пациента, экономическому положению и семейному положению). Консультирование также дает возможность предупредить пациента о препятствиях или затруднениях для прекращения курения, и побуждает пациента планировать использование стратегий для предотвращения и противодействия потребности в курении. Врач клиницист должен оценить и проконсультировать пациента о факторах, которые представляют особенно большие проблемы для курения, таких как проживание с курильщиком, чрезмерное потребление алкоголя, и опасение увеличить массу тела. Консультирование должно быть основанным на эмпатии и поддержке, не конфронтационным.³ Консультирование по-прежнему недостаточно используется, и основной целью является расширение его применения в клинической практике, либо лично, либо через направление в телефонную линию по поддержке прекращения курения.⁴

1 Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-311

2 West R., New Approaches to Smoking Cessation, http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm?ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598 16/09/2006

3 Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-311

⁴ Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, N Engl J Med 2011;365:1222-31

Мета-анализ 64 исследований эффективности и оценочных показателей воздержания, для различных видов консультирования и видов поведенческой терапии, показал статистически значимое увеличение показателей воздержания, по сравнению с отсутствием контакта, в следующих категориях консультаций: (1) предоставление практического консультирования, такого, как решение проблемы / обучение навыкам / управление стрессом, (2) оказание поддержки при непосредственном контакте курильщика с врачом-клиницистом (социальная поддержка в рамках лечения), (3) вмешательство с целью усиления социальной поддержки в среде курильщика (дополнительная социальная поддержка лечения), и (4) с использованием процедур курения, вызывающих отвращение (быстрое курение, быстрые затяжки).⁵

Таблица 12: Общие элементы практического консультирования (решение проблем / обучение навыкам)⁶

КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ	ПРИМЕРЫ
Распознавание опасных ситуаций – выявление событий, внутренних состояний или деятельности, которые повышают риск курения или риск рецидива.	Отрицательный эффект и стресс. Нахождение рядом с другими потребителями табака. Прием алкоголя. Переживание тяги к курению. Курительные ключи, сигналы и наличие сигарет.
Выработка навыков совладания – выявление и практика навыков совладания или решения проблем. Как правило, эти навыки предназначены для совладания с опасными ситуациями.	Научиться предвидеть и избегать соблазняющих и запускающих курение ситуаций. Научиться когнитивным стратегиям, которые сократят частоту плохого настроения. Добиться изменений стиля жизни, которые могут сократить стресс, улучшить качество жизни, и снизить воздействие курительных сигналов. Научиться познавательным и поведенческим действиям, чтобы совладать с тягой к курению (например, отвлечение внимания; изменения привычного порядка).
Предоставление основной информации – Предоставление основной информации о курении и успешном прекращении курения.	Факт, что любое курение (даже одна затяжка) повышает вероятность полного рецидива. Симптомы отмены, как правило, достигают пика в течение 1-2 недель после прекращения курения, однако, могут сохраняться в течение месяцев. Эти симптомы включают отрицательное настроение, тягу к курению, и затруднения с концентрацией. Природа курения, характеризующаяся зависимостью.

Через КПТ, курильщик научится практическим методам совладания с ситуациями, стимулирующими курение, и получит выгоды от психологической и поведенческой поддержки для поощрения полного прекращения курения. Данные показывают, что консультирование по одному стандарту редко может быть применено ко всем пациентам; некоторые модели когнитивно-поведенческой терапии связаны с определенной стратегией лечения; в большинстве исследований в этой области, не выявлено никакой корреляции с любой контрольной группой.⁷

⁵ Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-311

⁶ Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>

⁷ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

Когнитивно-поведенческая терапия способствует увеличению показателя воздержания, путем оценки мотивации для прекращения курения, за счет построения коммуникационных навыков и диалога врач-пациент, основанного на уважении и понимании, и оценке никотиновой зависимости (анализ желания курить, объяснение концепции табачной зависимости). Большинство курильщиков не имеют точных знаний о том, что происходит в их головном мозге, когда они курят, и почему трудно прекратить курить, даже при наличии сильной мотивации. Обсуждение со специалистом влияния никотина на головной мозг, и путей проявления никотиновой зависимости, могут эффективно усилить инициативу пациента по прекращению курения.^{8 9 10} Вмешательство также позволяет провести углубленный анализ проблем и опасений, связанных с процессом прекращения курения, и создать возможность для согласования с пациентом адекватной стратегии лечения.

Как управлять поведенческой зависимостью от курения

Успешные меры по прекращению потребления табака требуют влияния на сочетание взаимодействующих факторов - личных, семейных, социально-экономических, фармакологических и поведенческих - которые поддерживают потребление табака, и могут выступать в качестве основных препятствий на пути прекращения. Иногда, если сложность этого условия не учитывается, пациенту будет трудно достичь длительного воздержания, и этот процесс растягивается на годы или десятилетия. Таким образом, кроме физической и психологической зависимости, необходимо работать с поведенческой зависимостью, так как у некоторых курильщиков этот аспект может оказывать серьезное воздействие.

В настоящее время единодушно признано, что курение сигарет является основным проявлением никотиновой зависимости, и что курильщики имеют индивидуальные характерные предпочтения в отношении уровня потребления никотина, так как они регулируют свой собственный способ затягивания и вдыхания дыма для достижения своей желаемой дозы никотина.

Рекомендации

- КППТ должна быть включена в планирование всех видов медицинских вмешательств для прекращения курения,¹¹ в качестве эффективного метода, который способствует увеличению показателя успешного прекращения курения (уровень научной обоснованности В).

- Два вида консультирования и поведенческой терапии приводят к более высоким показателям воздержания: (1) обеспечивая курильщиков практическим консультированием (навыки решения проблем / обучение навыкам), и (2) обеспечивая поддержку и стимулирование, как часть лечения (уровень научной обоснованности В).

- Эти элементы консультирования должны быть включены во вмешательства по прекращению курения (уровень научной обоснованности В).

⁸ Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>

⁹ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

¹⁰ Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dependence au tabac, Guide Pratique 2009

¹¹ Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-311

4.3.4. Психологическая поддержка для прекращения курения

При необходимости, кроме медикаментозного лечения и консультирования, пациент, желающий прекратить курение, может извлечь выгоду из психологической помощи. Каждый курильщик должен получить совет предпринять свои собственные усилия, чтобы прекратить курить. Если эта попытка неудачна, или если курильщик чувствует себя не в состоянии прекратить курение без посторонней помощи, тогда для поддержки прекращения курения должны применяться методы психотерапии.

Рекомендуемые элементы лечения являются производными от поведенческой терапии. Так как соответствующие контролируемые исследования отсутствуют, не имеется достаточных доказательств в поддержку психо-динамически ориентированных методов лечения. Программы по прекращению курения основаны на предположении, что психологическая зависимость возникает путем оперантного и классического обусловливания, и что когнитивные процессы, собственные личные ценности и функциональность потребления табака играют важную роль в поддержании курительного поведения. Такие программы совмещают в себе психологическое образование и мотивационные методики с поведенчески-терапевтическими элементами. Эти вмешательства могут быть предоставлены либо посредством групповой терапии, или в индивидуальных терапевтических условиях. В одной популярной модели, группа по прекращению курения в составе от 6 до 12 пациентов, проходит совместное лечение, на протяжении 6 - 10 сеансов, каждый из которых состоит из двух лечебных единиц, продолжительностью от 90 до 120 минут.¹

Мета-анализы влияния психологической поддержки показали, что такое индивидуальное противокурительное консультирование более эффективно, чем простое консультирование (13,9% и 10,8%, RR = 1,39, ДИ 1,24-1,57).² Групповая терапия и индивидуальные консультации являются наиболее эффективными видами лечения, и одинаково эффективны. При сочетании по меньшей мере восьми сеансов консультирования с лекарственной поддержкой, сообщалось о средних показателях воздержания выше 30%.³

Психологическая поддержка осуществляется с помощью систематизированного и стандартизированного подхода. Она начинается с оценки психологических характеристик пациента, предпочтительно с использованием Шкалы тревожности и депрессии,⁴ и помогает пациентам при проведении сравнительной оценки преимуществ и недостатков для себя лично, а также при оценке влияния табачной зависимости на свои собственные жизненные перспективы (Таблица 13, Таблица 14).

Таблица 13: Пациент анализирует себя

Табачная зависимость, от которой я страдаю, порождает для меня:	
Краткосрочные и долгосрочные преимущества:	Краткосрочные и долгосрочные проблемы:

Затем, содержание письменного анализа обсуждается со специалистами, в отношении преимуществ и недостатков, с целью выявления положительных результатов.

1 Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2011; 108(33): 555–64)

² Lancaster T, Stead LF: Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005, Issue 2. John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2

3 Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2011; 108(33): 555–64)

⁴ Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

Акцент должен быть сделан на положительных достижениях. Рекомендуется энергично поддерживать уверенность пациента в себе.

Таблица 14: Пациент предсказывает влияние статуса табачной зависимости на цели, которые хотел бы достичь в своей жизни

Через пять лет, мне будет лет	
Кем я хотел бы быть, и что хотел бы делать?	Что произойдет, если я не прекращу курить?

Затем, с помощью совместного процесса, с участием врача и пациента, составляется эффективная стратегия для прекращения курения. Первый шаг состоит в согласовании дня прекращения курения. С этого дня, пациент не должен держать сигареты в карманах, сумке, чемодане, дома и т.д. Это необходимо, поскольку научно доказано, что сильнейшая потребность в курении длится семь минут, а затем, даже если потребность в курении сохраняется, она будет проявлять себя на более терпимом уровне. Так как пациенты не имеют сигарет под рукой, пока они в конечном счет их получают, пройдут эти семь минут крайнего напряжения, и пациент сможет справиться с этой сложной ситуацией, находясь в более спокойном состоянии.⁵

В период, когда пациент все еще курит, но уже начал медикаментозное лечение, пациенту рекомендуют сделать следующее:

- сообщить всем друзьям, членам семьи, и другим, о своей инициативе по прекращению курения;
- написать на листе бумаги причины прекращения курения, учитывая принцип *verba volant, scripta manent* (слова улетают, написанное остается), и разместить эту бумагу в том месте, где ее можно часто видеть - на двери холодильника, в ванной комнате, на мониторе компьютера и т.д.;
- думать, что пациент будет оптимально замещать курительные действия, выпивая понемногу стакан воды, чая, кофе и т.д. Другие советы могут быть также полезными, чтобы отсрочить курения: использовать анти-стрессовые шары, жевательную резинку, есть печенье / морковь, и т.д.;
- определить поддерживающего человека - лицо, которому пациент обязуется позвонить по телефону, прежде чем, возможно, вновь начать курение;
- представить себе тип реакции на ситуации, когда появляется желание потреблять табак: пить воду, идти гулять и т.д.;
- изменить свою повседневную жизнь, привычки или пространство, где и когда пациент в прошлом курил.^{6 7 8}

Существуют явные свидетельства того, что личные сеансы с человеком, предоставляющим поддержку и руководство в течение первых нескольких недель после попытки прекращения курения, улучшают показатели непрерывного воздержания на протяжении шести месяцев. Существует также свидетельство того, что групповая психологическая поддержка является эффективной. На данном этапе, нет доказательств, поддерживающих какой-либо конкретный подход к психологической поддержке, но есть большой интерес к подходу, известному как мотивационное интервью, которое включает

5 Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2011; 108(33): 555–64)

6 Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2011; 108(33): 555–64)

7 Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007; 1: 201-213

8 Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003

в себя попытки наладить диалог с курильщиками, так чтобы они сами пришли к созданию мотивации для прекращения курения и сохранения состояния прекратившего курение.⁹

Таблица 15: Общие элементы поддерживающих вмешательств в рамках лечения

КОМПОНЕНТ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ	ПРИМЕРЫ
Поддерживать пациента во время попытки прекращения	Отметьте, что в настоящее время имеется эффективное лечение табачной зависимости, что половина людей, которые когда-либо курили, в настоящее время прекратили курить. Сообщайте, что верите в способность пациента прекратить курение.
Сообщайте заботу и озабоченность	Спросите, что пациент чувствует о прекращении курения Непосредственно выразите озабоченность и желание помогать так часто, как потребуется.
Помогите пациенту говорить о процессе прекращения курения	Спросите о причинах, по которым пациент желает прекратить курение, озабоченностях или опасениях, связанных с прекращением курения, достигнутом успехе, или трудностях во время прекращения курения.

Рекомендация

• Психологическая поддержка для прекращения курения должна быть интегрирована в медицинское лечение пациентов, зависимых от никотина (уровень научной обоснованности А).

⁹ Lancaster T, Stead LF: Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005, Issue 2. John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2

4.4. Комбинированное лечение с использованием консультаций и лекарств

Консультации и лечение являются эффективными, когда используются сами по себе, но сочетание консультирования и лечения более эффективно, чем при использовании по отдельности, и увеличивает показатель воздержания.^{1 2}

Предоставление лекарств и консультаций могут осуществлять разные врачи. Вполне возможно, что врач, стоматолог, помощник врача или практикующий специалист по медсестринской помощи могут назначить лекарства, а консультации могут быть предоставлены другим специалистом по лечению табачной зависимости (врач, медицинская сестра, психолог, работник телефонной линии по прекращению курения и т.д.).

Соблюдение режима комбинированного лечения (лекарства и консультации) также является важным фактором успеха для прекращения курения. Было высказано предположение, что фармакологический и немедикаментозный подходы дополняют друг друга. Это предположение поддерживает мета-анализ, показавший, что поведенческая терапия может улучшить навыки людей в ситуациях, когда они обычно курят, в то время как фармакотерапия облегчает физиологические симптомы отмены. Кроме того, медикаментозное лечение помогает пациентам преодолеть острую фазу прекращения курения, когда симптомы отмены наиболее интенсивные, в то время как поведенческая терапия предоставляет механизмы совладания для поддержания длительного воздержания. Таким образом, сочетание обоих методов лечения может улучшить соблюдение пациентом режима лечения при применении каждого метода.³

Обзор 18 исследований по сравнительной эффективности таких видов лечения показал, что эффективность лечения значительно повышается при использовании сочетания подходов. Эффективность увеличивается в прямой зависимости от интенсивности консультирования; максимальная выгода отмечена при выполнении восьми сеансов консультаций, как очных, так и по телефону.

Мета-анализ девяти исследований 2008 года показал, что предоставление лекарств в дополнение к консультированию, значительно улучшает результаты лечения (22,1% при дополнении консультирования лекарством, по сравнению с 14,6%, когда использовано только лекарство).⁴ В открытом, практическом, рандомизированном исследовании по сравнению двух моделей поведенческого вмешательства под руководством фармацевта в 98 аптеках Онтарио, Канада [группа А (3 сеанса), группа Б (1 сеанс)], в сочетании с НЗТ на протяжении пяти недель, результаты прекращения курения были лучше среди участников, выполнивших три сеанса вмешательства, по сравнению с теми, кто выполнил один сеанс.⁵

Рекомендации

- Сочетание консультации и лечения более эффективно для прекращения курения, чем применение только лекарства, или только консультирования, по отдельности. Таким образом, всякий раз, когда это возможно и уместно, необходимо предоставлять

1 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

2 Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009; 59:314-326, doi: 10.3322/caac.2009

3 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

4 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

5 Costello MJ, Sproule B, Victor JC, Leatherdale ST, Zawertailo L, Selby P., Effectiveness of pharmacist counselling combined with nicotine replacement therapy: a pragmatic randomized trial with 6,987 smokers, Cancer Causes Control. 2011 Feb;22(2):167-80. Epub 2010 Dec 12

пациентам, пытающимся прекратить курить, и консультирование, и лечение (уровень научной обоснованности А).

• Существует тесная взаимосвязь между количеством сеансов консультирования, когда оно сочетается с приемом лекарства, и вероятностью успешного воздержания от курения. Таким образом, по мере возможности, клиницисты должны предоставить своим пациентам, которые пытаются прекратить курить, много сеансов консультирования, в дополнение к приему лекарственных препаратов (уровень научной обоснованности А).⁶

4.5. Рекомендации по лечению для особых ситуаций и групп риска

Вмешательства, показавшие эффективность в настоящих рекомендациях по прекращению курения, могут применяться у всех лиц, которые потребляют табак, за исключением случаев, когда противопоказано использование лекарств, например, во время беременности, и у подростков. Есть также определенные соображения в отношении определенных групп риска, когда имеются недостаточные доказательства, или когда не доказана эффективность лечения (например, в отношении потребителей бездымного табака, умеренных курильщиков, и т.д.). Конкретные ситуации и группы риска рассматриваются в следующих подразделах.

4.5.1. Рекомендации по лечению беременных

Воздержание от табака имеет важное значение для беременных. Когортное исследование в Дании¹ показало, что курение во время беременности удваивает риск мертворождений и смерти в течение первого года жизни. Внутриутробная гипоксия, связанная с курением, ассоциируется с низкой массой тела при рождении, однако, у многих женщин тяга очень высокая во время беременности.

Лучше всего, прекратить курить до беременности, используя всю доступную помощь, однако, в таких странах, как Франция, одна из трех беременных курит на начало беременности.

Если прекращение курения возможно при использовании самой лучшей психологической поддержки, это будет лучшим выбором во время беременности. Сокращение потребления до нескольких сигарет в день, не может быть приемлемой целью. Только полное воздержание от табака до конца первого триместра является приемлемой целью.

Варениклин и бупропион не показаны и не рекомендуются беременным.

В отношении никотин-заместительной терапии не имеется данных, чтобы дать общие рекомендации. Нет убедительных отчетов об исследованиях каких-либо конкретных побочных эффектов никотин-заместительной терапии, которые были бы тяжелее, чем последствия курения.

Хотя имеются убедительные экспериментальные и клинические доказательства того, что никотин наносит вред развивающемуся плоду² в нескольких направлениях, не хватает доказательств, что НЗТ помогает прекращению курения во время беременности. Сегодня есть беременные, которые прекратили курение, но носят никотиновые пластыри, основываясь на заверениях относительно безопасности использования НЗТ. Кроме того,

6 Fiore M.C. and col. Quick Reference Guide for Clinicians- 2008 Update: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service

1 Kirsten Wisborg , Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurður Fróði Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life Am. J. Epidemiol. (2001) 154 (4): 322-327.

2 Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzel, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., Journal of Health Psychology, 2007 Sage Publications, Vol 12(2) 215–224, DOI: 10.1177/1359105307074240

новые данные показывают, что предложение средства для избавления от рискованного поведения, неумышленно способствует такому поведению, на основе предположения, что риском можно управлять.³

Расхождения данных объясняют различие в регулировании: никотин-заместительная терапия показана беременным во Франции, однако, противопоказана в Румынии. Рандомизированное исследование в Соединенном Королевстве⁴, в котором более 80% беременных не получали лечения, через один месяц не выявило разницы в прекращении курения, за исключением первого месяца лечения. Другое исследование, с более высокой дозой никотина, как ожидается, будет завершено в конце 2012 года.

В странах, где использование никотин-заместительной терапии разрешено для беременных, 16-часовые пластыри предпочтительнее, чем 24-часовые пластыри, поскольку требуется длительное время, чтобы очистить клиренс никотина у плода. В дополнение к пластырю, или при наличии тяги после прекращения курения, может быть использован пероральный никотин.

4.5.2. Рекомендации по лечению молодых людей в возрасте до 18 лет

Зависимость от никотина быстро развивается в молодом возрасте.⁵ Так как потребление табака часто начинается до подросткового возраста, врачи должны вмешиваться активно по предупреждению курения с приоритетом в этой возрастной группе.

Обзор литературы в этой области показывает широкий спектр подходов, а также их ограниченную эффективность.⁶ Мероприятия по курению для подростков включают медикаментозное лечение, поведенческий подход (такой, как школьные и общинные программы), и политику борьбы против табака; эти мероприятия дали неоднозначные результаты. Похоже, что самый значительный терапевтический эффект у подростков наблюдается в отношении самоконтроля и навыков совладания, мотивационных стратегий (снижение амбивалентности к изменению), и изменения социальных воздействий, которые влияют на курительное поведение.

Центры по контролю за заболеваниями (CDC) в США, рекомендует в качестве наиболее эффективных те мероприятия, которые являются многокомпонентными и в которых программы поддержки в школах сочетаются с участием местного сообщества.⁷

Когда консультирование для прекращения курения предоставляется молодым людям, необходимо принять во внимание, что в большинстве случаев они недооценивают свою зависимость от никотина. Подростки, которые курят или изредка или ежедневно, считают, что они могут легко прекратить курить в любое время. В действительности, только около 4% курильщиков в возрасте 12-19 лет, ежегодно добиваются успеха в прекращении курения, и показатель неудач среди них выше, чем у взрослых курильщиков.

⁸ Статистика также показывает, что подростки очень заинтересованы в прекращении курения: 82% людей в возрасте между 11 и 19 годами думают о прекращении курения, и 77% предприняли серьезные попытки прекратить курить в истекшем году.⁹ Попытки подростков редко планируются: большинство подростков решают прекратить курить без

3 Bolton, L., Cohen, J., & Bloom, P. (2006). Does marketing products as remedies create 'Get out of jail free cards'? Journal of Consumer Research, 33, 71-81

4 Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. N Engl J Med 2012;366:808-818.

5 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

6 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

7 Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com

8 Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir J 2002; 19:1-3

9 Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir J 2002; 19:1-3

квалифицированной помощи, но исследования показали, что молодые люди, которые участвуют в программах по прекращению курения, имеют в два раза более высокую вероятность успешного прекращения курения.¹⁰

Московский городской психолого-педагогический университет, при поддержке Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», впервые в России, предложил новую форму социальной работы со студентами учреждений высшего и профессионального образования, такую как самоорганизация и создание профилактических постов. Эта профилактическая мера направлена на изменение мотивации студентов в направлении здорового образа жизни, через образование, организацию бездымной среды сотрудничества, и предоставление поддержки «равный равному» для желающих прекратить курение. Используются Интернет технологии, а также методика социального проектирования. Индивидуальные, личностно ориентированные проекты профилактики потребления табака разрабатываются и осуществляются студентами. Также используется формат дипломных работ и конкурсы.

Практические результаты деятельности профилактических постов:

- Широкий охват студентов профилактической деятельностью;
- Развитие профилактического молодежного пространства;
- Высокая эффективность профилактических психологических мер среди студентов;
- Качественное улучшение антиаддиктивных профилактических компетенций среди всех участников профилактического пространства учреждения образования.¹¹

Консультирование и терапия по прекращению курения, рекомендуемые людям в возрасте до 18 лет

Несмотря на высокую распространенность и значительные последствия для здоровья курения подростков, мало было сделано для разработки программ по прекращению курения, ориентированных на эту возрастную группу. Эта область исследований была почти исключительно сосредоточена на психо-социальных методах лечения, как показано в одном мета-анализе, в котором выявлен показатель прекращения курения в 12% через три месяца после лечения, по сравнению с 7% у контрольных групп.¹² Одним психо-социальным вмешательством, которое дает надежду, но только в связи с предварительными результатами, является ситуационное управление (СУ), которое является поведенческой терапией на основе оперантного обусловливания, в которой желаемое поведение (например, прекращение курения), непосредственно подкрепляется вознаграждением (например, ваучерами, наличными). Данные показывают, что СУ, по отдельности или в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ), может быть эффективным для поощрения подростков при прекращении курения. В одном исследовании (n = 28)¹³ показаны особенно обнадеживающие результаты, 53% пациентов, получавших СУ и КПТ, достигли воздержания в конце одного месяца лечения, по сравнению с 0% у тех, кто получал только когнитивно-поведенческую терапию. На основании этих пробных результатов, в недавнем крупномасштабном исследовании (n = 110) изучали СУ вмешательство продолжительностью три недели, два раза в день, по отдельности или в сочетании с мотивационной терапией, среди курильщиков - студентов

10 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

11 Аршинова В.В. Система профилактики курения табака в студенческой среде. Блок 3 Профилактический пост. Монография. Научное издание Методические рекомендации Серии – Библиотека профилактических психолого-педагогических и социальных технологий. Москва, 2010.

12 Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, Tobacco Induced Disease 2002, Jan 15; 1(1), 35-81

13 Krishnan-Sarin S., Duhiq a.M., McKee SA, McMahon TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, Exp.Clin.Psychopharmacology, 2006, Aug; 14(3), 306-10

колледжа, не стремящихся к получению лечения.¹⁴ Участники, получающие СУ (с денежными вознаграждениями, на основе уровней угарного газа в первую неделю, и на прекращения курения на второй и третьей неделях), показали значительно более низкие уровни окиси углерода и более высокие показатели воздержания, во время лечения, по сравнению с теми, кто не получал СУ, соответственно 55% и 18%.

В одном мета-анализе семи исследований эффективности консультирования у молодых людей показано, что этот метод удваивает показатели длительного воздержания по сравнению с общим подходом (краткий совет, материалы для самопомощи и направление в центры по прекращению курения), или по сравнению с отсутствием любого вмешательства.¹⁵ В общем, к подросткам можно обратиться, используя различные форматы лечения: либо через индивидуальные сеансы (лично), объединяя индивидуальные сеансы с консультированием по телефону / телефонными или Интернет-сообщениями, или через групповые сеансы. Консультирование подростков должно быть конфиденциальным, и должно уважать их частную жизнь, желательно не проводить консультирование подростков в присутствии родителей или учителей.

Сеансы с использованием формата «с равными», оказались очень эффективными: при таком методе, консультация предоставляется вместе с коллегой или лучшим другом молодого курильщика, даже если такие партнеры не являются курильщиками. Если подросток происходит из семьи, в которой есть курильщики, или пассивно подвергается курению, рекомендуется также предоставлять консультативную помощь родителям.

Исследования показали, что консультационные вмешательства для родителей, предоставленные в рамках педиатрической службы или в отношении госпитализированных детей, повышали у соответствующих родителей интерес к прекращению курения, число попыток прекращения курения, а также показатель прекращения курения. Более того, информирование родителей о рисках, когда они подвергают своих детей пассивному курению, может уменьшить воздействие, а также показатели курения среди родителей.^{16 17}

Программы, разработанные специально для подростков

К ним относятся: школьные программы по прекращению курения¹⁸, кампании в СМИ для сообщений эффективной профилактики¹⁹, интерактивные программы по прекращению курения, такие как Европейский проект по прекращению курения подростков (*Adolescent Smoking Cessation*)²¹, видео-уроки, такие как Датская программа *Я не курю (I do not smoke)*, конкурсы с призами и стимулами, такие как *Брось курить и выиграй для подростков (Quit and Win for Teenagers)*²², *Н-О-Т (Нет табаку) (N-O-T (Not*

14 Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, *Nicotine Tob Res.* 2009 June; 11(6): 739–749, Published online 2009 May 14. doi: 10.1093/ntr/ntp058

15 Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, *Nicotine Tob Res.* 2009 June; 11(6): 739–749, Published online 2009 May 14. doi: 10.1093/ntr/ntp058

16 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

17 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

18 www.notontobacco.com

19 Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, *Nicotine Tob Res.* 2009 June; 11(6): 739–749, Published online 2009 May 14. doi: 10.1093/ntr/ntp058

21 <http://arnoldagency.com/cleanindoorair/>

22 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people- Romanian expertise, *Pneumologia*, Vol. 58 – Nr. 1/ 2009, p. 72-78., ISSN 1223-3056

on Tobacco), которая является программой добровольного прекращения курения для учащихся средней школы Американской легочной ассоциации.²³

Телефонные консультации

Телефонные линии по прекращению потребления табака более привлекательны для подростков, в связи с тем, что они легко доступны и являются полу-анонимными, они могут быть индивидуализированы для звонящего в рамках структурированного протокола, и могут включать в себя активное наблюдение, так что консультант, а не звонящий, берет на себя инициативу перезвонить после установления первоначального контакта. Например, в протоколе Телефонной линии помощи курильщикам Калифорнии (California Smokers' Helpline), консультанты должны помочь подросткам осознать, что именно прекращение курения, а не курение, является взрослым поведением. Кроме того, они затрагивают темы, характерные для этой возрастной категории, такие как: формирование идентичности, чувство неуязвимости, зависимость от семьи, идентификация со сверстниками и стремление к автономии.²⁴

В исследовании 1058 старшеклассников, такие методы телефонного консультирования были использованы еженедельно, с очень хорошим соблюдением протокола лечения в исследуемой группе населения (90%). В аналогичном исследовании, в котором предоставляли когнитивно-поведенческое консультирование и мотивационные интервью по телефону, последующее наблюдение 2151 старшеклассников, стремящихся к прекращению курения, в течение года, выявило показатель воздержания в течение 6 месяцев в группе вмешательства 21,8%, по сравнению с 17,7% в контрольной группе.²⁵

Фармакотерапия для подростков

Несмотря на явные свидетельства наличия симптомов отмены никотина и тяги у подростков,^{26 27 28} ограниченные исследования были направлены на изучение приема фармакологических препаратов при отказе подростков от курения. Хотя есть семь утвержденных FDA препаратов первого ряда для прекращения курения у взрослых, не существует достаточных доказательств, чтобы рекомендовать любой из этих препаратов для лечения курящих подростков. Более того, в большинстве Европейских стран запрещено законом выписывать лекарства для прекращения курения этой категории лиц. Испытания лекарств у курящих подростков были ограничены никотин-заместительной терапией и бупропионом.

Очень небольшое число исследований, опубликованных по этой теме, либо выявили несущественные различия показателей воздержания для никотин-заместительной терапии пластырем, по сравнению с плацебо при 12-недельном наблюдении после дня прекращения курения, либо не нашли различий при сравнении эффективности никотиновой жевательной резинки с никотиновым пластырем и с плацебо, при наблюдении в течение шести месяцев. Во всех этих группах исследования, молодые люди

23 http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf

24 Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. (2005). Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. J Couns Dev, 83, 416-424

25 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

26 Jacobsen LK, Krystal JH, Mencl WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers Biol Psychiatry. 2005 Jan 1;57(1):56-66.PMID: 15607301 [PubMed - indexed for MEDLINE]

27 Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, Exp.Clin Psychopharmacol., 2001 May;9(2):176-82

28 Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking, Nicotine Tob. Research, 2001 May;3(2):151-5

получили, кроме исследуемого препарата плацебо, минимум шесть сеансов консультирования.²⁹

Неконтролируемое, открытое исследование никотинового пластыря, в сочетании с минимальной поведенческой терапией (n = 101), достигло показателей воздержания точки распространения, составивших 11% в конце лечения и 5% после шести месяцев наблюдения.³⁰ Другое контролируемое исследование обеих групп, получавших КПТ и СУ (n = 100) подтвердило безопасность применения пластыря у подростков, но не выявило различий между пластырем и плацебо (показатель воздержания точки распространенности составил в конце лечения, 28% и 24%, соответственно).³¹ В рандомизированном исследовании НЗТ с участием 120 подростков - ежедневных курильщиков, Киллен (Killen) и соавт. Обнаружили в конце лечения, и при последующем наблюдении в течение трех месяцев, что 20,6% подростков, получавших пластырь, продолжали воздерживаться от табака, по сравнению с 8,7% в группе никотиновой жевательной резинки и 5% в группе плацебо.³² Мулчан (Moolchan) и соавт. сравнивали использование пластыря, жевательной резинки и плацебо среди курящих подростков, также получавших групповую КПТ для прекращения курения (n = 120). Непрерывное воздержание после двухнедельного льготного периода было достигнуто у 18%, 7% и 3% в трех группах, соответственно.³³ Недавнее пробное исследование (n = 40) показало плохое соблюдение режима лечения, и отсутствие разницы в результатах прекращения курения, у получавших никотиновый назальный спрей и плацебо.³⁴

В свете умеренного эффекта от НЗТ, некоторые исследователи сосредоточились на изучении применения бупропиона SR для прекращения курения у подростков. Исследовательская группа провела открытое исследование бупропиона SR, в сочетании с краткой индивидуальной консультацией у курящих подростков (n = 16) и выявили показатель воздержания через четыре недели лечения, составивший 31%.³⁵ Киллен (Killen) и соавт. сравнили комбинированное лечение бупропионом SR 150 мг в сутки и никотиновым пластырем, с лечением только никотиновым пластырем (n = 211), оба варианта лечения предоставляли одновременно с вмешательством по обучению навыкам в группе. Выявлен показатель воздержания от табака, составивший при 26-недельном наблюдении всего 8% при использовании комбинированной терапии, по сравнению с 7% при использовании только никотинового пластыря.³⁶

В крупномасштабном рандомизированном исследовании (n = 312), Мурамото (Muramoto) и соавт. сравнивали бупропион SR 300 мг / сут, бупропион SR 150 мг / сут и

29 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

30 Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, Arch.Pediatr.Adolesc.Med. 2000 Jan;154(1):31-7

31 Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. Nicotine Tob.Res., 2003 Aug;5(4):515-26

32 Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. <http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html>

33 Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, Pediatrics, 2005 Apr;115(4):e407-14

34 Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. Pediatrics, 2008 Sep;122(3):e595-600

35 Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psychiatry, 2004 Feb;43(2):199-205

36 Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, J. Consult. Clin.Psychol., 2004 Aug;72(4):729-35

плацебо, как дополнение к кратким еженедельным индивидуальным консультациям.³⁷ Группа, принимавшая бупропион SR 300 мг / сут (но не группа 150 мг / сут) показала превосходные показатели воздержания точки распространенности, по сравнению с плацебо, в конце лечения (15% по сравнению с 6%) и при наблюдении в течение 26 недель (14% по сравнению с 10%). В другом исследовании, 134 курящих подростка, стремившихся получить лечение, были рандомизированы в группу, получавшую бупропион SR и / или ситуационное управление (СУ), каждый по отдельности или в комбинации с другими, в 2 × 2 шестинедельном контролируемом исследовании. Авторы обнаружили показатели воздержания в 27% при комбинации бупропиона SR и СУ, 8% для бупропиона SR без СУ, 10% для комбинации плацебо и СУ, и 9% в группе плацебо без СУ, при этом 30% завершили лечение.³⁸

В соответствии с недавними обзорами и рекомендациями США, в настоящее время недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать использование фармакотерапии для прекращения курения у подростков. В соответствии с рекомендациями по клинической практике, направление на соответствующие психо-социальные мероприятия (например, на основе школы или общины, групповые или индивидуальные консультации) является наиболее подходящим лечением первой линии для лечения курящих подростков. Хотя эти мероприятия дают относительно низкие общие показатели прекращения курения, они значительно увеличивают вероятность прекращения курения, по сравнению с отсутствием лечения. Хотя фармакотерапия и может быть рассмотрена, она должна назначаться только в условиях тщательного мониторинга, и после тщательного рассмотрения показателей курения подростка, истории неудачных попыток прекращения курения, и мотивации к прекращению курения. Неубедительные результаты исследования фармакотерапии для прекращения курения у курящих подростков, позволяют предложить ограничения для назначения таких лекарств у подростков.³⁹

Рекомендации

- Врачам рекомендуется опрашивать всех молодых пациентов в возрасте до 18 лет о потреблении табака и передавать им четкие сообщения о важности воздержания от курения (уровень научной обоснованности C).⁴⁰

- Консультирование оказалось эффективным методом прекращения курения для подростков (уровень научной обоснованности B).⁴¹

- Пассивное курение вредно для детей и подростков. Консультирование для прекращения курения, предоставляемое в рамках педиатрических служб, показало свою эффективность в отношении увеличения показателя воздержания от табака у курящих родителей. По этой причине, для того, чтобы защитить детей от пассивного курения, мы

37 Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer LJ., Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., Arch.Pediatr.Adolesc.Med.2007 Nov; 161(11): 1068-74

38 Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, J Subst Abuse Treat. 2011 January; 40(1): 77-86, Published online 2010 October 8. doi: 10.1016/j.jsat.2010.08.010

39 Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. <http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html>

40 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

41 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

рекомендуем врачам оценивать курение родителей и предоставлять им совет и помощь по отказу от потребления табака (уровень научной обоснованности В).⁴²

4.5.3. Рекомендации по лечению курильщиков с респираторными, сердечно-сосудистыми, психическими, онкологическими и другими сопутствующими заболеваниями

Потребители табака с сопутствующими заболеваниями, такими как рак, заболевания сердца, ХОБЛ, сахарный диабет и астма, имеют важное значение как целевые группы для лечения потребления табака, учитывая ту роль, которую играет курение в развитии или обострении этих заболеваний. Использование программ по лечению хронических болезней для интеграции в лечение вмешательств по табачной зависимости, может быть эффективным и действенным способом для проведения вмешательств по потреблению табака в этих группах населения.⁴³ Лечение по прекращению курения оказалось эффективным у курильщиков с широким спектром сопутствующих заболеваний, даже если возникают некоторые трудности и осуществляются меры предосторожности.

Сердечно-сосудистые заболевания

В систематическом обзоре⁴⁴, Критчли и Кейпуэлл (Critchley and Capewell) обнаружили, что прекращение курения связано со значительным, на 36%, снижением риска смертности от всех причин у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), независимо от различий между исследованиями, в отношении индекса сердечных событий, возраста, пола, страны и периода времени. Лечение по прекращению курения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями отличается от лечения других пациентов в том, что такие пациенты часто вынуждены прекратить курить после неожиданного сердечно-сосудистого события, возникшего внезапно, и должны продолжать воздержание в течение жизни. Поскольку развитие сердечно-сосудистых заболеваний является наиболее существенной причиной, которая мотивирует курильщиков прекратить курить, врачи должны предоставлять соответствующие программы прекращения потребления табака пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.⁴⁵

Курильщики с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует рассматривать по особому, потому что (1) как показывают данные, им необходимо настоятельно рекомендовать прекратить курить; (2) они должны прекратить курение во время острой фазы сердечно-сосудистого заболевания, и продолжать воздержание после этого; и (3) им противопоказана никотин-заместительная терапия во время острой фазы сердечно-сосудистого заболевания.⁴⁶ Эффекты лекарства существенно усиливаются при сочетании с поведенческими вмешательствами в форме консультации врача или другого специалиста здравоохранения, с групповыми занятиями по прекращению курения, а также с телефонной линией по прекращению курения. Телефонные линии по прекращению курения являются телефонными номерами, по которым бесплатное консультирование доступно 24 часа в сутки.⁴⁷

42 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

43 Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>

44 Critchley JA, Capewell S., WITHDRAWN: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease, Cochrane Syst. Review 2012 Feb., 15;2:CD003041

45 Guidelines for Smoking Cessation (JCS 2010)– Digest Version –JCS Joint Working Group, Circulation Journal Official Journal of the Japanese Circulation Society. <http://www.j-circ.or.jp>

46 Fiore M.C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>

47 <http://rxforchange.ucsf.edu/>

Все пациенты с наличием любого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, должны получить инструкцию по прекращению курения. Необходимо рассмотреть применение варениклина и /или никотин-заместительной терапии. Помимо рекомендуемых мер предосторожности при использовании заменителей никотина у курильщиков с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, современные данные свидетельствуют о том, что заменители никотина не оказывают негативного влияния на исходы у больных с заболеваниями сердца.⁴⁸ Применение варениклина кажется достаточно безопасным у пациентов со стабильной ИБС без депрессии или психического заболевания в анамнезе. Конкретные данные об использовании варениклина для прекращения курения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями содержатся в разделе 4.2.3. *Лечение варениклином*. Тем не менее, необходимы дополнительные исследования, прежде чем можно будет безопасно назначать варениклин всем больным с ИБС, в частности, пациентам с сопутствующими депрессией и нестабильным сердечно-сосудистым заболеванием. Профиль риск/польза также необходимо оценить в исследованиях эквивалентности, по сравнению варениклина с принятым лечением, включая интенсивные консультации. Наконец, вмешательства, сочетающие несколько стратегий (фармакологические и психо-социальные) могут дать более высокую долгосрочную эффективность, особенно для тех пациентов, которые не реагируют только на лекарство.⁴⁹

Хроническая табачная интоксикация утяжеляет течение пневмонии, повышает частоту таких осложнений, как плеврит и абсцессы, инфильтрация сохраняется дольше. Концентрация цефотаксима и кларитромицина в крови тяжелых курильщиков с пневмонией, снижается на 55-70%. На средах ин-витро, с конденсированным табачным дымом, отмечается ускорение роста и мутаций лекарственной резистентности пневмококков, *haemophilus influenzae* и *clebsiella*.⁵⁰

Респираторные заболевания

Подвергаясь непосредственно воздействию табачного дыма, органы дыхания являются наиболее страдающими от табака. Именно поэтому прекращение курения должно быть настоятельно рекомендовано пациентам с ХОБЛ, раком легкого, астмой, респираторными инфекциями, интерстициальным респираторным заболеванием и нарушениями дыхания во время сна.

ХОБЛ

Прекращение курения является наиболее важным терапевтическим вмешательством для курящих пациентов с ХОБЛ. Больные ХОБЛ, которые курят, имеют особенно высокий уровень никотиновой зависимости, которая требует структурированных программ прекращения курения, включающих лекарственные вмешательства, а также немедикаментозные вмешательства.

Кокрановский обзор по прекращению курения у пациентов с ХОБЛ и современная литература показывают, что концепция по прекращению курения, включающая применение лекарств и психо-социальной поддержки, является эффективной для пациентов с ХОБЛ (уровень научной обоснованности А).

Психо-социальное вмешательство состоит из структурированной программы по прекращению курения, продолжительностью в несколько часов, использующей когнитивные аспекты, а также субъективные или объективные результаты дыхательных

48 Bolton, L., Cohen, J., & Bloom, P. (2006). Does marketing products as remedies create 'Get out of jail free cards'? Journal of Consumer Research, 33, 71–81

49 Ockene I. Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, Circulation, 2010, 121, 188-90

⁵⁰ По данным А.С. Шпрыкова. Апрель 2013 года.

тестов, таких как оценка функции легких.⁵¹ В некоторых исследованиях анализировали, имеет ли более сильное влияние на эффективность консультирования использование специальной лексики, такой как "легкое курильщика", или применение условного подкрепления, с использованием лотерейных билетов, при снижении уровня окиси углерода в выдыхаемом воздухе, или выполнении оценки функции легких. Не было обнаружено существенных различий при сравнении более интенсивных вмешательств с обычным советом; однако выявлена тенденция в пользу преимуществ интенсивного вмешательства.

Самый лучший способ повышения собственной эффективности и самооценки у этих пациентов - предложить им постоянную помощь. Клинический опросник ХОБЛ (КОХ) (The Clinical COPD Questionnaire (CCQ) является ценным инструментом, показывающим улучшение связанного со здоровьем качества жизни, при прекращении курения, среди пациентов с ХОБЛ.⁵² Каждому курильщику, страдающий ХОБЛ, его врач должен снова и снова предоставлять совет по прекращению курения. Рекомендуются одно посещение в месяц, а также интенсивные поведенческие вмешательства в индивидуальном или групповом формате.⁵³

В открытом рандомизированном исследовании по изучению четырех различных схем НЗТ, использованных в повседневном лечении пациентов с ХОБЛ в клинике заболеваний легких, средний показатель успеха по достижении 12 месяцев, для трех рассматриваемых видов активного лечения, составил только 5,6%.⁵⁴ Тоннесен (Tonnesen) и соавт. оценили эффективность никотиновых подъязычных таблеток и двух уровней поведенческой поддержки для прекращения курения у больных ХОБЛ. Они обнаружили, что показатели воздержания были значительно выше в группе, получавшей никотин сублингвально, по сравнению с группой плацебо, хотя не было никаких существенных различий между эффектами низкой поведенческой поддержки по сравнению с высокой поведенческой поддержкой.⁵⁵ Анализ 7372 пациентов с ХОБЛ показал, что консультирование по прекращению курения (КПК) в сочетании с НЗТ, оказало наибольшее влияние на показатели длительного воздержания, при сравнении с обычной помощью, при сравнении только с КПК и при сравнении с КПК в сочетании с антидепрессантами.⁵⁶

Сочетание различных форм НЗТ может быть использовано как действенная стратегия помощи больным ХОБЛ при прекращении курения. Настоятельно рекомендуется сочетание двух типов НЗТ с различными типами доставки. Увеличение продолжительности времени применения НЗТ до шести или двенадцати месяцев, может помочь большему числу курильщиков прекратить курение, чем при НЗТ обычной продолжительности. НЗТ может быть использована, чтобы помочь курильщику постепенно сократить количество выкуриваемых сигарет, в качестве подхода к полному

51 Andreas S, Hering T., Mühlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention Deutsches Ärzteblatt International -Dtsch Arztebl Int 2009; 106(16): 276–82

52 Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A., Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek, BMC Pulmonary Medicine 2011, <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/11/13>

53 Jiménez-Ruiz C.A., Luhning S., Buljubasich D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, European Respiratory Disease, Touch Briefings 2011, 106-10

54 Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratziau C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campbell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy, Eur Respir J 2007; 29: 390–417, DOI: 10.1183/09031936.00060806

55 Tønnesen P., Mikkelsen K., Bremann L, Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, Chest, 2006; 130(2):334–42

56 Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials, Eur Respir J, 2009; 34:634–40

прекращению курения. Курильщики с ХОБЛ, как правило, не мотивированы прекращать курение. Использование этого подхода может помочь увеличить собственную мотивацию и добиться самоэффективности при прекращении курения.⁵⁷

В трех клинических исследованиях, в которые анализировали эффективность приема бупропиона для лечения курильщиков с ХОБЛ, было установлено, что бупропион был значительно более эффективен, чем плацебо, для достижения непрерывного воздержания, при наблюдении в течение шести месяцев (16% по сравнению с 9%),⁵⁸ что бупропион был более эффективным, чем плацебо, для достижения непрерывного воздержания при наблюдении в течение шести месяцев (27,9% и 14,6%),⁵⁹ и что бупропион и нортриптилин, кажется, одинаково эффективны, но бупропион представляется более экономически эффективным, по сравнению с плацебо и нортриптилином.⁶⁰ Бупропион в сочетании с консультированием, был значительно более эффективным для достижения длительного воздержания, по сравнению с плацебо, на 18,9% (95% ДИ 3,6-26,4%). Ежегодная спирометрия, дополненная кратким вмешательством по прекращению курения, с последующим личным письмом от врача, приводили к значительно более высокому показателю воздержания, при наблюдении в течение трех лет, среди курильщиков с ХОБЛ, по сравнению с курильщиками, имеющими нормальную функцию легких.⁶¹

Эффективность и безопасность варениклина для лечения курильщиков с ХОБЛ, оценивалась в двух исследованиях: многоцентровом, двойном слепом исследовании 504 больных с ХОБЛ от легкой до умеренной и без известных психических расстройств, и в другом открытом исследовании 472 курильщиков с тяжелой или очень тяжелой ХОБЛ, которые получали лечение для прекращения курения. В первом исследовании, показатель непрерывного воздержания (ПНВ) в период с 9 по 12 недели, был значительно выше в группе пациентов, получавших варениклин (42,3%), по сравнению с группой, получавшей плацебо (8,8%), а в период с 9 по 52 недели - соответственно, 18,6% и 5,6%.⁶² Во втором исследовании, программа лечения состояла из комбинации поведенческой терапии и медикаментозного лечения (НЗТ, бупропион или варениклин), ПНВ в период с 9 до 24 недель для НЗТ, бупропиона и варениклина составили 38,2%, 60,0% и 61,0% соответственно. Варениклин был более эффективным, чем никотиновый пластырь: 61% по сравнению с 44,1%.⁶³

Хоогендоорн (Hoogendoorn) и соавт. анализировали эффективность продолжающейся помощи у курильщиков с ХОБЛ, и пришли к выводу, что, несмотря на высокие затраты на эту агрессивную программу для прекращения курения, вероятно, в долгосрочной перспективе, будут получены полезные экономические последствия.⁶⁴

57 Jiménez-Ruiz C.A., Luhning S., Buljubasich.D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, European Respiratory Disease, Touch Briefings 2011, 106-10

58 Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, Lancet, 2001;357:1571-5

59 Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, Arch Intern Med, 2005;165:2286-92

60 Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The costeffectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, Addiction, 2009;104:2110-7

61 Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: patients: a review of the evidence J R Soc Med Sh Rep, 2011;2:78,DOI10.1258/shorts.2011.011089

62 Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, Chest, 2011;139:591-9

63 Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, Nicotine Tob Res, (in press)

64 Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH, Long term effectiveness and costeffectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, Thorax, 2010;65:711-8

Рекомендации⁶⁵

- НЗТ или варениклин следует использовать для прекращения курения у всех курильщиков с ХОБЛ, независимо от тяжести заболевания и количества выкуриваемых сигарет (уровень научной обоснованности В).
- НЗТ, варениклин и бупропион SR являются эффективными и хорошо переносимыми у курильщиков с ХОБЛ (уровень научной обоснованности А).

Астма

Так как курение является важным предиктором тяжести астмы и плохого контроля астмы, и зависит от дозы, прекращение курения приобретает решающее значение у курильщиков, страдающих астмой.⁶⁶ У курильщиков, страдающих астмой, выявляются более тяжелые астматические симптомы, более высокая потребность в препаратах для неотложной помощи, более высокая резистентность к кортикостероидам и менее хорошие показатели состояния здоровья, чем у никогда не куривших. По данным исследования, в котором оценивали влияние прекращения курения на функцию легких и качество жизни у пациентов с астмой во время лечения кортикостероидами, продолжение курения приводило к большему снижению функции легких у длительно курящих, больных астмой.⁶⁷

При поиске путей улучшения результатов лечения у курящих людей, страдающих астмой, рекомендуются две стратегии лечения:

- вести поиск лекарств, нацеленных на измененный механизм воспаления (теофиллин, кажется, увеличивает эффект малых доз ICS и улучшает симптомы и FEV1; комбинация флутиказона / сальметерола дает более значительное улучшение гиперчувствительности дыхательных путей и просвета дыхательных путей, по сравнению с удвоенной дозой флутиказона; прием антагонистов рецепторов лейкотриена привел к предпочтительным улучшениям воздушного потока);
- обеспечить научно обоснованную поддержку по прекращению курения (есть ограниченные данные, чтобы помочь нам принять решение о наиболее эффективных программах по прекращению курения, конкретно для астматиков; поведенческие методики и консультации по телефону доказали свою эффективность; необходимо рассмотреть данные о риске применения НЗТ спрея).⁶⁸

Рекомендация

- Выделить курильщиков, страдающих астмой, как пациентов высокого риска, и при каждой возможности обсуждать с ними прекращение курения. При предоставлении письменных планов самостоятельного ведения астмы и образовательных листовок, обеспечивать включение прекращения курения, как лечения астмы.^{69 70}

65 Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratziau C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campbell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy, Eur Respir J 2007; 29: 390–417, DOI: 10.1183/09031936.00060806

66 Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvà M., Antic T., Mancuso s., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, Respiratory Research 2011, 12:16

67 An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, Allergy Asthma Immunol Res. 2010 October;2(4):254-259, doi: 10.4168/aaair.2010.2.4.254, pISSN 2092-7355, eISSN 2092-7363

68 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

69 Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al Eur Respir J 2007; 29: 438–445

70 Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. Haughney; Respiratory Medicine (2008) 102, 1681-1693

Туберкулез

Курильщики имеют более высокий риск заражения туберкулезными бациллами, и в случае заражения у них чаще развивается заболевание туберкулезом, чем у некурящих. Туберкулез распространяется с большей легкостью, туберкулез легких, положительные анализы мокроты и кавернозные поражения встречаются чаще. Риск рецидивов туберкулеза и смерти от туберкулеза выше у курильщиков, больных туберкулезом. Поскольку курение, как известно, увеличивает риск инфицирования и заболевания туберкулезом, пожизненная свобода от курения или прекращение курения, помогают лучше контролировать туберкулез в сообществе. Так как курение значительно снижает эффективность лечения туберкулеза, активно продвигается включение прекращения курения в программы лечения туберкулеза, для уменьшения двойного глобального бремени курения и туберкулеза.⁷¹

Международный союз по борьбе с туберкулезом рекомендует применять подход СКП (АВС) для прекращения курения (спроси о курении, дай краткий совет, поддержи прекращение курения), у больных туберкулезом курильщиков. Эти три простых шага могут быть предоставлены любым профессиональным работником здравоохранения, который лечит больных туберкулезом курильщиков, данные должны быть отмечены в истории болезни пациента.⁷²

В многоцентровом, не рандомизированном, контролируемом исследовании в Малайзии с участием 120 пациентов с туберкулезом, которые были курильщиками на момент выявления туберкулеза, пациенты были отнесены к одной из двух групп: обычное ТВ-DOT плюс вмешательство по прекращению курения (ВПК) (группа ВПКDOTS), или только обычное ТВ-DOT (группа DOTS). При сравнении, участники, которые входили в группу интегрированного вмешательства, характеризовались более хорошим показателем HR QoL, как значительно большим увеличением баллов полезности EQ-5D в течение шестимесячного наблюдения, по сравнению с пациентами, получившими только обычное лечение туберкулеза. Для самостоятельной оценки больными туберкулезом воздействия заболевания, и связанного с ним лечения, на их физическое, психическое и социальное благополучие и функционирование, разработан Европейский пятимерный вопросник (Euro QoL five-dimension questionnaire (EQ-5D)).⁷³

Курение увеличивает активность туберкулезного воспаления, снижает эффективность лечения в отношении снижения показателя бактериовыделения, и закрытия полостей распада. У курящих пациентов снижен иммунный статус и выше частота лекарственной резистентности *Mycobacterium tuberculosis*. У тяжелых курильщиков концентрация самых активных лекарств для лечения туберкулеза, таких как рифампицин и левофлоксацин, ниже в сыворотке крови.⁷⁴

Онкологические заболевания

71 Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, *Int.J.Inf. Dis*, 2012 Feb; 16(2),e 130-5 Epub 2011 Dec 18

72 Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010

73 Awaisu A., Mohamed M.H.N., Noordin N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life, *Tobacco Induced Diseases* 2012, 10:2 <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/10/1/2>

⁷⁴ По данным А.С. Шпрыкова. Апрель 2013 года.

Прекращение потребления табака является важной задачей в этой сложной группе пациентов.⁷⁵ При лечении табачной зависимости у пациентов с раком легкого, следует рассмотреть следующие вопросы:

- **Мотивация:** Опыт показывает, что большинство больных раком легкого мотивированы, чтобы прекратить курить. Тем не менее, хотя диагноз рака легкого считается сильным мотиватором, больные раком легкого, которые курят, находятся на разных стадиях готовности прекратить курить.

- **Стигма и самообвинения:** Существуют эмпирические данные, что больные раком легкого испытывают значительные уровни воспринимаемой стигмы, независимо от того, являются ли они курильщиками, или нет.

- **Управление настроением:** В результате диагноза рака легкого, пациенты часто испытывают повышенный психологический стресс, усиленные ощущения тяжести, стресса и стигматизации.

- **Жилища без дыма:** Имеющееся значительное количество данных свидетельствует о том, что проживание в свободном от табачного дыма жилище может быть связано с более высоким успехом при прекращении курения.⁷⁶

Онкологические пациенты могут иметь более высокие уровни никотиновой зависимости, более высокую частоту сопутствующих заболеваний, больше затруднений при прекращении курения, а также более слабое здоровье и физическое функционирование, и больше стресса и эмоционального истощения. Это свидетельствует о необходимости более интенсивных или специализированных программ, которые сочетают поведенческие вмешательства с лекарствами для прекращения курения.⁷⁷

Консультирование, лекарства и мотивационное консультирование являются эффективными у этой категории больных. Комбинационная фармакотерапия также была признана эффективной у сильно зависимых курильщиков.⁷⁸ Управляемая медицинской сестрой программа прекращения курения у 145 больных с раком головы и шеи или раком легкого, привела к благоприятным показателям долгосрочного успеха (40% воздерживались от курения по достижении шести месяцев). Эта программа была наиболее интенсивной в течение первого месяца, и состояла из совета врача, вмешательства управляющей медицинской сестры и различных препаратов (никотиновые пастилки, бупропион и комбинации препаратов), и продолжалась в общей сложности один год, для того, чтобы помочь пациенту (в течение года) справиться с такими ситуациями риска, как день рождения, стрессовые ситуации, и праздники.⁷⁹

Психические расстройства, потребители наркотиков

Психические расстройства чаще встречаются у курильщиков, и эти пациенты могут испытывать трудности в процессе прекращения курения. Курительное поведение значительно чаще встречается у потребителей алкоголя и наркотиков. Эти категории курильщиков реже обращаются за получением помощи для прекращения курения. Лечение у них табачной зависимости является сложным процессом, в контексте

75 Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis International Scholarly Research Network *ISRN Oncology* Volume 2011, Article ID 849023, 7 pages doi:10.5402/2011/849023

76 Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment, *Oncology* 2010;78:289–301 DOI: 10.1159/000319937

77 Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment, *Oncology* 2010;78:289–301 DOI: 10.1159/000319937

78 Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment, *Oncology* 2010;78:289–301 DOI: 10.1159/000319937

79 de Bruin-Visser J.C., Akerstaff H., Rehorst H., Rete`V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2012) 269:659–665 DOI 10.1007/s00405-011-1673-0

психиатрической диагностики и конкретных лекарств. По сравнению с курильщиками, не имеющими в анамнезе психических расстройств, курильщики, которые когда-либо имели расстройства настроения или тревожное расстройство (в том числе те, кто имели такие заболевания в прошлом году), с меньшей вероятностью будут воздерживаться от курения по прошествии восьми недель после прекращения курения. Наличие диагноза тревожного расстройства было также связано со снижением вероятности воздержания через шесть месяцев после прекращения курения. Эти данные могут стать основой для корректировки лечения у курильщиков с сопутствующими психическими заболеваниями.⁸⁰ Недавно завершено рандомизированное, открытое исследование, по сравнению обычного лечения (ОЛ) в сочетании с никотиновым пластырем плюс когнитивно-поведенческим групповым консультированием для прекращения курения (n = 153), с группой пациентов, получавших только ОЛ (n = 72). Обе группы пациентов были включены в программы лечения от наркотической или алкогольной зависимости, пациенты также были заинтересованы в прекращении курения. Данный отчет представляет собой вторичный анализ оценки влияния депрессивных симптомов (n = 70) или депрессии в анамнезе (n = 110) на результаты прекращения курения. Значимая связь наблюдалась между показателями депрессии и затруднениями при прекращении потребления сигарет. Эти данные указывают, что оценка и лечение депрессивных симптомов могут играть важную роль для улучшения результатов прекращения курения у этой категории пациентов.⁸¹

В одном из мета-анализов показано, что антидепрессанты, в частности, бупропион SR и нортриптилин, являются эффективными в плане повышения показателей долгосрочного воздержания у курильщиков с депрессией в анамнезе. Фармакологическое лечение было связано с интенсивным консультированием.⁸²

Хотя у этих пациентов описан высокий риск рецидива, лекарства для лечения табачной зависимости являются эффективными. Бупропион SR и нортриптилин полезны при шизофрении, облегчая симптомы этой болезни и связанную с ней депрессию. Варениклин может ослаблять вызванные воздержанием неблагоприятные события и, кажется, хорошо переносится у курильщиков, страдающих шизофренией.⁸³ И варениклин и варениклин и комбинированная фармакотерапия были эффективны и не увеличили психологический стресс в течение периода продолжительностью до шести месяцев у курильщиков с сопутствующими заболеваниями.⁸⁴

Для лечения курильщиков, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, такими как депрессия, шизофрения и психозы, рекомендуется увеличить и продлить период лечения, осуществить совместные психологические когнитивно-поведенческие методики и использовать любое медикаментозное лечение, которое помогает контролировать / сокращать рецидивы курения или возврат к исходным психиатрическим

80 Piper M., Smith S.S., Schlam T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation J Consult Clin Psychol. 2010 February ; 78(1): 13. doi:10.1037/a0018065

81 Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers, Am J Addict. 2010 March 1; 19(2): 111–118. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00015.x

82 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

83 Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST., Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia, Psychiatry Res. 2011 Nov 30;190(1):79-84. Epub 2011 Jun 1

84 Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. Drug Alcohol Depend. 2011 Mar 1;114(1):77-81. Epub 2010 Oct 16

симптомам.⁸⁵ У больных шизофренией, курительный статус должен быть включен в клиническую оценку, и курильщикам должна быть предоставлена НЗТ.⁸⁶

Пациенты, получавшие атипичные антипсихотические препараты, могли более эффективно реагировать на бупропион SR, по сравнению с пациентами, получавшими стандартное антипсихотическое лечение.⁸⁷ В открытом исследовании группы из 412 курильщиков (111 - с диагнозом психических заболеваний), варениклин был одинаково эффективен у всех пациентов, и его прием не был связан с более высокой частотой и тяжестью побочных реакций у пациентов с сопутствующими психическими заболеваниями.

Сравнительное исследование пациентов с наличием или отсутствием депрессии в анамнезе, привело к аналогичному выводу об эффективности и безопасности варениклина у пациентов с депрессией. Тем не менее, при назначении этого препарата, следует внимательно следить за пациентом из-за возможности того, что препарат может вызывать психиатрическую нестабильность.⁸⁸

Консультирование и фармакотерапия являются эффективными у курильщиков, которых одновременно лечат от наркомании, хотя существует мало свидетельств о том, как никотин-заместительная терапия влияет на лечение от наркомании. Современные исследования показали эффективность краткого, с использованием ваучера, ситуационного вмешательства, при поощрении начального воздержания от курения, среди пациентов, получающих поддержку опиоидами.⁸⁹

Лечение табачной зависимости является эффективным у пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями. Лечение, которое помогает населению в целом, помогает и пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями, дает при этом почти одинаковую эффективность. Лечение табачной зависимости у больных со стабильными психическими заболеваниями не ухудшает психическое состояние.⁹⁰

ВИЧ-инфицированные пациенты

Не имеется долгосрочных рандомизированных клинических исследований, в которых анализируется эффективность мероприятий в этой группе пациентов. Необходимы дополнительные исследования. Исследование с мониторингом в течение трех месяцев, показало благоприятные результаты телефонного консультирования. Существующие данные показывают эффективность лекарств для прекращения лечения у этой категории курильщиков.⁹¹

ВИЧ-положительные люди имеют более высокую вероятность курения, чем население в целом. В настоящее время, ВИЧ-инфицированные люди живут дольше, благодаря успехам лечения, и проблема курения в этой группе населения становится значительным аспектом общественного здоровья. Тем не менее, эти пациенты имеют

85 Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011 Mar-Apr;39(2):106-14. Epub 2011 Mar 1

86 Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 2011 Apr;168(4):395-9. Epub 2011 Jan 18

87 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

88 Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirakzadeh A., Burke M.V., Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity, *International Journal of COPD* 2009;4 421–430

89 Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients, *Exp Clin Psychopharmacol.* 2011 February ; 19(1): 20–30. doi:10.1037/a0022039

90 Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction.* 2010 Jul;105(7):1176-89. Epub 2010 May 11

91 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

более высокие показатели смертности и сообщают о низком качестве жизни, по сравнению с ВИЧ-положительными некурящими людьми. Кроме того, ВИЧ-позитивные курильщики имеют более высокий риск развития инвазивной пневмококковой инфекции, и других инфекций по сравнению с лицами, не инфицированными ВИЧ. Кроме того, по сравнению с некурящими ВИЧ-позитивными людьми, курение среди ВИЧ-позитивных лиц, связано с повышенным риском нескольких оппортунистических инфекций и спонтанного пневмоторакса. Данные свидетельствуют, что ВИЧ-позитивные курильщики недооценивают последствия курения для своего здоровья, и некоторые из них утверждают, что не будут жить так долго, чтобы для них имели значение последствия курения для здоровья. Кроме того, некоторые ВИЧ-позитивные курильщики сообщают, что курение является эффективным способом справиться со стрессом, вызванным их заболеванием.⁹²

4.5.4. Рекомендации в связи с увеличением массы тела после прекращения курения

У большинства курильщиков, прекративших курение, увеличение массы тела различается, и составляет до 5 кг, но у 10% из отмечается увеличение массы тела более, чем на 15 кг. Тем не менее, увеличение массы тела (УМТ) после прекращения курения, является небольшой угрозой для здоровья, по сравнению с рисками продолжения курения.⁹³

Тенденция к увеличению массы тела более выражена у женщин, чем у мужчин, у представителей африканской расы, независимо от их пола, у пациентов старше 55 лет, и у тяжелых курильщиков.

Подростки, если они уже обеспокоены вопросом массы тела, чаще начинают курить.⁹⁴ Поэтому есть необходимость продвижения здоровых методов поддержания массы тела, а также необходимо развеять миф о потреблении табака в качестве метода контроля массы тела у курящих подростков. Подростки должны знать, что есть другие способы для похудения, которые являются более эффективными и здоровыми, и такие сообщения должны быть включены в учебные программы, особенно при обсуждении прекращения курения.⁹⁵

Данные, полученные Левине (Levine) и соавт., показали, что озабоченные массой тела женщины, получавшие комбинацию CONCERNS (когнитивно-поведенческая терапия КПТ по поводу озабоченности массой тела в связи с курением, и бупропион SR), имели самую высокую вероятность сохранения воздержания по достижении шести месяцев (34%, по сравнению с 21% при стандартной КПТ с приемом бупропиона, по сравнению с 11,5% при использовании комбинации CONCERNS и плацебо). Этот эффект не был связан с различиями в увеличении массы тела после прекращения курения или с изменениями в озабоченности вопросами массы тела.⁹⁶

Никотин-заместительная терапия и бупропион являются эффективными при ограничении увеличения массы тела, описанной после прекращения курения. В двух

92 Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>

93 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

94 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

95 Cavallo D.A., Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, *Pediatrics* 2010;126:1 e 66-e 72, Published online June 14, 2010 <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long>

96 Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, *Arch Intern Med.* 2010 March 22; 170(6): 543–550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33

исследованиях прекращения курения с применением варениклина, по сравнению с бупропионом и плацебо, увеличение массы тела было ниже в группе, получавшей варениклин на протяжении 12 недель (менее 3 кг).⁹⁷

К увеличению массы тела приводит повышение приема калорий и снижение показателя метаболизма. Имеющиеся данные о причастности метаболических механизмов, позволяют предположить, что курильщики наберут массу тела во время попытки прекращения курения, даже если они не увеличивают потребление калорий.⁹⁸ Пациент должен быть информирован и подготовлен по вопросу о возможности увеличения массы тела, и пациенту должна быть предложена поддержка для контроля массы тела, путем поощрения здорового стиля жизни, занятий умеренными физическими упражнениями, потребления здоровой пищи, богатой фруктами и овощами, хорошего сна и ограничения потребления алкоголя. 45-минутная программа упражнений, три раза в неделю, увеличивает долгосрочное воздержание от курения у женщин и ограничивает избыточную массу тела, если сочетается с когнитивно-поведенческой программой. Прибавка массы тела минимальна, если воздержание от курения сопровождается увеличением физической активности.⁹⁹

Персонализированная поддержка по управлению массой тела может быть эффективной, и может не сократить воздержание от табака, однако имеется слишком мало данных, чтобы быть уверенным в этом. В одном исследовании показано, что очень низко калорийная диета улучшала воздержание, но не предотвратила увеличение массы тела в долгосрочной перспективе. Когнитивная поведенческая терапия, направленная на принятие увеличения массы тела, не ограничивает увеличение массы тела после прекращения курения, и не может способствовать воздержанию в долгосрочной перспективе. Вмешательства с использованием физических упражнений, значительно снижали массу тела в долгосрочной перспективе, но не в краткосрочной перспективе. Необходимы дополнительные исследования, чтобы выяснить, является ли это эффектом лечения, или случайной находкой. Бупропион, флуоксетин, НЗТ и варениклин сдерживали увеличение массы тела после прекращения курения, при использовании лекарств. Хотя этот эффект не сохранялся в течение одного года после прекращения курения, недостаточно доказательств, чтобы исключить умеренный долгосрочный эффект. Эти данные недостаточны, чтобы предложить надежные клинические рекомендации для эффективных программ по предотвращению увеличения массы тела после прекращения курения.¹⁰⁰

Заменители никотина - в частности, 4 мг никотиновая жевательная резинка и 4 мг никотиновая пастилка - являются эффективными для задержки увеличения массы тела после прекращения курения. Более того, кажется, что есть связь «доза-реакция» между использованием жевательной резинки и подавлением увеличения массы тела (т.е. чем больше использование резинки, тем меньше увеличение массы тела). Бупропион SR, по-видимому, также эффективен для замедления увеличения массы тела после прекращения курения. Однако, как только прекращается прием никотиновой жевательной резинки или лечение бупропионом SR, прекращающий курение курильщик набирает в среднем примерно ту же массу тела, что и без приема этих лекарств.

97 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

98 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

99 Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2005;7:871-80

100 Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, *Cochrane Database Syst. Review*, 2012 Jan 18;1:CD006219. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258966>

Рекомендация

• У курильщиков, озабоченных возможным увеличением массы тела после прекращения курения, рекомендуется применять варениклин, бупропион или никотиновую жевательную резинку, в качестве лекарства для ограничения возможной избыточной массы тела, после воздержания от курения (уровень научной обоснованности В).¹⁰¹

101 Plotnikoff RC, Bercovitz K, Rhodes RE, et al. Testing a conceptual model related to weight perceptions, physical activity and smoking in adolescents. Health Educ Res 2007;22:192-202

4.6. Рекомендации по лечению для предотвращения рецидивов курения

Ранее представленные данные показывают, что поведенческие вмешательства оказались неэффективными для предотвращения рецидивов у пациентов, прекративших курение с медицинской помощью, или по собственной воле. Никотиновая жевательная резинка имела небольшой эффект при предотвращении рецидивов, однако, подобный эффект отмечен при применении бупропиона. Конкретные индивидуальные или групповые вмешательства не предотвращали рецидив, независимо от их продолжительности, или времени контакта, даже после восьми недель телефонного консультирования.¹ Для того, чтобы разработать эффективные вмешательства для снижения рецидивов у уязвимых категорий курильщиков, таких, как женщины после родов, или находящиеся в заключении люди, определение конкретных факторов рецидива может повысить эффективность комбинации мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии.^{2 3}

В исследовании, опубликованном П. Хайек (Р. Науек) и соавт. в 2009 году, описана высокая эффективность длительного применения варениклина для предотвращения рецидивов, особенно у тех пациентов, которые достигают воздержания позже, во время стандартного 12-недельного лечения варениклином. Пациенты были рандомизированы на две группы: группу получающих в течение трех месяцев дополнительное лечение варениклином, и группу получающих в течение трех месяцев дополнительно плацебо. Авторы сообщают о более высоком риске рецидива у пациентов, которые прекратили курить только на 11-й неделе лечения, по сравнению с теми, кто прекратил курение на первой неделе. Показатель воздержания на 52-й неделе составил 5,7% у поздно достигших воздержания пациентов, и 54,9% у достигших воздержания рано. С этой точки зрения, можно сделать вывод, что повторный 12-недельный курс варениклина у курильщиков, которым не удалось прекратить курение в установленный для прекращения курения день на 1-й или 2-й неделе, окажется полезным, как наблюдалось в этом исследовании 1208 пациентов, которые продолжали воздерживаться от курения на 12-й неделе лечения варениклином.⁴

Систематический обзор 2010 года по эффективности вмешательств, направленных на профилактику рецидивов среди воздерживающихся курильщиков, которые завершили начальный курс лечения, или которые воздерживались без посторонней помощи, при объединении данных о результатах только в аналогичные моменты времени, показал, что материалы для самопомощи предотвращают рецидив у прекративших курение без первоначальной посторонней помощи. Использование НЗТ, бупропиона и варениклина, как представляется, эффективно для предотвращения рецидивов после начального периода воздержания, или эпизода острого лечения. В настоящее время нет убедительных доказательств, что поведенческая поддержка предотвращает рецидив после первоначального воздержания без посторонней помощи, или после периода острого лечения.⁵

Бупропион, НЗТ и варениклин являются экономически эффективными, при предотвращении рецидивов у курильщиков во время попыток прекращения курения, или

1 Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011 Oct;106(10):1819-26)

2 Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison *BMC Public Health* 2011, 11:767, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/767>

3 Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, *Matern Child Health J.* 2011 Jul;15(5):579-86

4 Hayek P., Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009, 104, 1597-1602

5 Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1362-80

у тех, кто недавно пришел к воздержанию от табака. Более широкое использование этих эффективных методов лечения для профилактики рецидивов, может обеспечить значительный прирост здоровья, при приемлемых расходах для поставщиков медицинских услуг.⁶

Джапунтич (Japuntich) и соавт. исследовали влияние приема пяти типов фармакотерапии для прекращения курения (бупропион, никотиновые пастилки, никотиновый пластырь, бупропион и пастилки, пластырь и пастилки), в течение восьми недель после прекращения курения. Авторы использовали подход, описанный Шиффман (Shiffman) и соавт. для изучения влияния препаратов для прекращения курения, с выделением трех «вех» при прекращении курения: начальное воздержание, срыв и переход от срыва к рецидиву. В целом, эти исследователи предположили, что, по сравнению с плацебо: (1) бупропион увеличит показатели начального воздержания; (2) никотиновая пастилка уменьшит риск срыва; (3) бупропион и никотиновый пластырь позволят снизить риск рецидива после срыва, и (4) сочетанная фармакотерапия (бупропион и пастилки, пластырь и пастилки) будет производить благоприятное воздействие на каждом из этих этапов, по сравнению с монотерапией. Это исследование показало, что лекарства для прекращения курения являются достаточно эффективными для поощрения начального воздержания и снижения риска срыва, но имеются более слабые свидетельства того, что они предотвращают переход от срыва к рецидиву. Сочетанная фармакотерапия, как правило, превосходит монотерапию при ускорении достижения начального воздержания и при профилактике срыва. Никотиновый пластырь и пастилки превосходят бупропион и пастилки при достижении начального воздержания.⁷

Хотя в области разработки никотиновых вакцин были неудачи, масштабы табачной эпидемии, положительные результаты доклинических исследований, и наблюдавшиеся клинические тенденции указывают на то, что необходимы дальнейшие исследования. Сочетание вакцины с фармакотерапией может явиться решением для поддержания воздержания / профилактики рецидивов.⁸

Рецидив, определяемый как возобновление потребления психоактивных веществ после периода воздержания, является огорчительной, но неизбежной частью восстановления после процесса курения.⁹ Обращаясь к рецидиву, как к неудаче долгосрочного лечения в общем смысле, Пясецкий (Piasecki) показывает, что это распространенная и быстрая находка среди прекративших курить, так как подавляющее большинство курильщиков, включенных в исследования по прекращению курения, сообщают о попытках прекращения курения в прошлом, так как большинству из них уже не удалось прекратить курение по крайней мере раз при использовании фармакологических препаратов, помогающих прекратить курение^{10 11} и поскольку многие срывы происходят в течение первых 24 часов после дня прекращения курения. Определения срыва / соскальзывания и рецидива можно найти в Главе 4.1 (*Лечебные вмешательства при потреблении табака и табачной зависимости*).

Три основные стратегии являются общими для современных программ профилактики рецидивов: (1) когнитивно-поведенческие стратегии, чтобы избежать

6 Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011 Oct; 106(10):1819-26)

7 Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B., The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, *J Consult Clin Psychol* 2011 February ; 79(1): 34–42

8 Fahim RE, Kessler PD, Fuller SA, Kalnik MW, Nicotine vaccines, *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 2011 Dec 1; 10(8):905-15

9 Durcan, M. J., White, J., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Rennard, S. I., Leischow, S. J., et al. (2002). Impact of prior nicotine replacement therapy on smoking cessation efficacy. *American Journal of Health Behavior*, 26, 213–220

10 Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review* 26 (2006) 196–215

11 DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence, *The International Journal of Addictions*. WJ, 68 I ~ 705, 1904

рецидива при появлении тяги, и извлечь уроки из любого случая срыва; (2) стратегии социальной поддержки, сосредоточенные на потребности курильщика в эмоциональной поддержке со стороны членов семьи / близких друзей; (3) стратегии изменения стиля жизни, сосредоточенные на помощи курильщикам в развитии новых социальных идентичностей в качестве свободных от наркотиков личностей.¹²

Знание степени риска рецидива может помочь врачам предоставлять индивидам оптимальное лечение, путем выявления лиц, нуждающихся в более агрессивных вмешательствах. Такие меры могут включать в себя либо более высокие дозы или более длительную фармакотерапию, либо более частые или более интенсивные психо-социальные вмешательства. Таким образом, Болт (Bolt) и соавт. разработали вопросник из семи пунктов WI-PREPARE, чтобы обеспечить исследователей и клиницистов инструментом для измерения вероятности рецидива, который эффективно предсказывает как краткосрочные, так и долгосрочные рецидивы среди курильщиков, заинтересованных в прекращении курения.¹³

Обзор вмешательств для профилактики рецидивов курения, выполненный на материалах 36 рандомизированных исследований, в которых рандомизировали воздерживающихся от курения, позволил авторам сделать следующие выводы:

- В настоящее время нет достаточных доказательств в поддержку использования какого-либо конкретного поведенческого вмешательства для оказания помощи успешно прекратившим курение, чтобы избежать рецидива.

- В то время, как расширенное лечение варениклином может предотвратить рецидив, расширенное лечение бупропионом вряд ли будет иметь клинически значимый эффект, и необходимы исследования расширенного лечения с заменителями никотина.¹⁴

12 Durcan, M. J., White, J., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Rennard, S. I., Leischow, S. J., et al. (2002). Impact of prior nicotine replacement therapy on smoking cessation efficacy. *American Journal of Health Behavior*, 26, 213–220

13 Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 11, Number 5 (May 2009) 481–4

14 Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review) Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd, <http://www.thecochranelibrary.com>

4.7. Групповое консультирование для прекращения курения

Групповая поведенческая терапия предполагает запланированные встречи, на которых люди, которые курят, получают информацию, совет и поддержку, и некоторую форму поведенческого вмешательства (например, когнитивно-поведенческую терапию). Эта терапия предлагается еженедельно, в течение по крайней мере первых четырех недель, во время попытки прекратить курить (то есть в течение четырех недель после даты прекращения курения). Как правило, групповые консультации сочетают с медикаментозной терапией.¹

Есть два подхода к проведению группы. Один из них - схоластический, когда профессиональные работники здравоохранения выступают в качестве учителей и предоставляют информацию о том, как достичь воздержания от курения и поддерживать его. Другой стремится к обеспечению взаимной поддержки между членами группы для достижения воздержания.

В Кокрановском обзоре обнаружили 16 из 55 исследований, в которых сравнивали групповую программу с программой самопомощи. При использовании групповой программы, достигалось повышение показателей прекращения курения (OR 2,04, 95% ДИ 1,60-2,60). При оценке семи испытаний, групповые программы были признаны более эффективными, чем контрольные без вмешательства (OR 2,17, 95% ДИ 1,37-3,45). Не имеется доказательств, что групповая терапия более эффективна, чем индивидуальные консультации аналогичной интенсивности. Были обнаружены ограниченные доказательства того, что добавление групповой терапии к другим формам лечения, таким как совет профессионального работника здравоохранения или прием заменителей никотина, дает дополнительные преимущества. Не было выявлено даже влияния манипулирования социальными взаимодействиями между участниками групповых сеансов.²

Исследования показали, что основанные на доказательствах службы прекращения курения являются высоко экономически эффективным способом помочь курильщикам прекратить курить.³ По данным клиник по прекращению курения Национальной системы здравоохранения Соединенного Королевства и контролируемых исследований, стало ясно, что, если курильщики получают поддержку специализированных клиник, с лечением в группах, наряду с доступом к комбинации НЗТ или варениклину, они будут иметь больше шансов на успех, чем курильщики, получающие лечение в первичной помощи и те, кто получает индивидуальную помощь и только НЗТ.⁴

Результаты исследования, в котором проводилось интервью ключевого персонала и курильщиков в трех видах служб прекращения курения (специализированные бригады, общинные работники здравоохранения и их комбинации), позволяют предположить, что структура службы, метод поддержки, участвующие профессиональные работники здравоохранения и фармакотерапия, играют важную роль при успешном прекращении курения. Групповая поддержка привела к самым высоким показателям прекращения курения (64,3% для закрытых групп по сравнению с 42,6% при индивидуальной поддержке, оказываемой специалистами). Службы должны быть адаптированы для

¹ www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427

² Jimenez-Ruiz C., Psychological and behavioural interventions for smoking cessation, Eur.Respir.Mon., 2008 42, 61-73

³ Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, stop.smoking@wales.nhs.uk

⁴ Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, stop.smoking@wales.nhs.uk

поддержки индивидуальных потребностей и выбора для пациента, и с доступом к разнообразным услугам, включая групповые консультации.⁵

Групповое консультирование является эффективным для прекращения курения. Включение социальной поддержки в групповое вмешательство и типы когнитивно-поведенческих компонентов, включенных в группу, не влияют на его эффективность. Не имеется четких доказательств того, что групповое консультирование является более эффективным, по сравнению с индивидуальными консультациями.

⁵ Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England BMC Research Notes 2012, 5:9 doi:10.1186/1756-0500-5-9

4.8. Рекомендации для подхода сокращения курения

Сокращение курения определяется как снижение на 50% исходного потребления сигарет, но без полного воздержания. Сокращение курения может быть более осуществимым, при поддерживающем лечении.¹

Ограниченные данные (от небольших исследований, на отдельных группах населения и в течение коротких периодов последующего наблюдения), позволяют предположить, что существенное сокращение курения приведет к сокращению нескольких факторов сердечно-сосудистого риска, и к улучшению респираторных симптомов. Сокращение курения связано со снижением на 25% табачных био-маркеров и заболеваемости раком легкого, и с низким, почти незначительным, увеличением массы тела при рождении у детей, рожденных от курящих матерей. При сокращении курения, кажется, не происходит заметного улучшения функции легких.²

Сокращение курения может представлять собой терапевтическую альтернативу для курильщиков, еще не готовых прекратить курение полностью. Показатель прекращения курения в группе исследования, получавшей никотиновую жевательную резинку, был в два раза выше, по сравнению с группой плацебо, через три месяца, и в три раза выше при 12-месячном последующем наблюдении.³

Одновременное использование никотиновой резинки, при сокращении продолжавшегося курения, хорошо переносилось, с значительным снижением биомаркера окиси углерода.⁴ Исследование ROSCAP, касающееся сокращения курения у кардиологических больных, было контролируемым рандомизированным исследованием, в котором оценивали эффективность стратегии сокращения курения для уменьшения вредного воздействия табака. Пациенты, которым удалось сократить курение, были в основном мужчины, с более интенсивным потреблением табака, по сравнению с контрольной группой.

Спонтанное сокращение курения чаще встречается среди больных курильщиков. Сердечные заболевания в анамнезе являются сильным предиктором последующих попыток сокращения курения.^{5 6}

Рекомендация

Сокращение курения повышает вероятность будущих попыток прекращения курения.⁷

1 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

2 Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, Am Heart J 2005;149:565-72

3 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

4 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

5 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

6 Christenhusz L, Pieterse M, Seydel E, et al. Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high intensity or a170ounselingselling intervention. Patient Educ.Couns. 2007;66:162-6

7 Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, Am Heart J 2005;149:565-72

4.9. Имеющиеся данные в отношении других мер для поддержки прекращения курения

Существуют многочисленные подходы для поддержки прекращения курения, эффективность которых пока не доказана, на основе вакцин, лекарств и нелекарственных факторов. Некоторые из этих, представляющихся экзотическими, подходов можно обнаружить в целевых аудиториях. Например, в России, некоторые подростки считают, что курение сигарет, вымоченных в молоке и высушенных, или сигарет с добавлением обрезков ногтей, может помочь при прекращении курения.

Вмешательства, которые изучаются в научных исследованиях, и пока не показавшие положительных убедительных доказательств, по крайней мере, на протяжении 6 месяцев наблюдения от начала лечения, включают следующие:

Вакцины

Три анти-никотиновые вакцины находятся в стадии клинической оценки.¹

В обзоре пяти известных клинических исследований фазы I/II с использованием вакцины против никотина, выявлено увеличение показателей прекращения курения только в небольших группах курильщиков с особенно высокими титрами антител. Был сделан вывод, что могут существовать недостатки в основных моделях для изучения наркомании на животных, и есть необходимость лучшего понимания процессов, способствующие зависимости.²

В ноябре 2011 года компания Selecta Biosciences начала клинические исследования фазы 1 SEL-068, первой в своем классе синтетической никотиновой вакцины для прекращения курения и профилактики рецидивов.³ В Российской Федерации участвует ООО Selecta (RUS).

Другие препараты

Обзор рандомизированных исследований применения ацетата серебра, продаваемого на рынке для прекращения курения, обнаружил отсутствие эффекта.⁴

Обзор рандомизированных долгосрочных испытаний для оценки воздействия никобревина, запатентованного продукта, продаваемого на рынке в качестве помощи для прекращения курения, не дал доказательств того, что никобревин может помочь прекратить курение.⁵

Обзор исследований лобелина, частичного агониста никотина, используемого в коммерчески доступных препаратах для поддержки прекращения курения, не нашел положительных доказательств того, что лобелин может помочь долгосрочному отказу от курения.⁶

Обзор эффективности фармакотерапии анксиолитическими препаратами, такими как диазепам, доксепин, мепробамат, ондансетрон, и бета-блокаторами метопролол,

1 Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. *Drug Des Devel Ther.* 2011; 5: 211–224. Published online 2011 April 18. doi: 10.2147/DDDT.S10033

2 Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. *Drugs.* 2012 Mar 5;72(4):e1-16. doi: 10.2165/11599900-000000000-00000

3 Press Release. Selecta Biosciences Initiates Phase 1 Clinical Study of SEL-068, a First-in-Class Synthetic Nicotine Vaccine for Smoking Cessation and Relapse Prevention. 21 Nov 2011 6:00am EST <http://www.reuters.com/article/2011/11/21/idUS94980+21-Nov-2011+BW20111121>

4 Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997, Issue 3. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191

5 Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990

6 Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2

окспренолол и пропранолол, для поддержки долгосрочного прекращения курения, не нашел убедительных доказательств положительного эффекта, хотя возможный эффект не был исключен.⁷

Обзор имеющихся фактических данных об эффективности опиоидных антагонистов, в том числе налоксона и налтрексона, для достижения долгосрочного прекращения курения, не дал никаких определенных результатов, и сформулировано предложение о необходимости в новых и более широких исследований.⁸

Обзор исследований с использованием антагониста никотина мекамиламина, также в сочетании с НЗТ, показал необходимость подтверждения имеющихся доказательств в более широких исследованиях.⁹

В предварительном исследовании, направленном на доказательство правильности концепции по оценке габапентина для лечения табачной зависимости, было обнаружено, хотя и не окончательно, что габапентин в обычной дозировке, мало перспективен для лечения табачной зависимости.¹⁰

Обзор трех исследований влияния селективных антагонистов рецепторов СВ1 (в настоящее время римонабант и таранабант), на увеличение числа людей, прекращающих курение, и оценка их влияния на изменение массы тела, в зависимости от успеха при прекращении курения, обнаружил некоторые положительные данные, однако разработка этих препаратов прекращена производителями в 2008 году.¹¹

В рандомизированном исследовании приема таблеток глюкозы для помощи при прекращении курения, с целью оценить, улучшает ли прием таблеток глюкозы показатели непрерывного воздержания от курения по прошествии шести месяцев, по сравнению с низкокалорийной таблеткой плацебо, не выявлено существенного преимущественного эффекта таблетки глюкозы по сравнению с таблетками сладкого вкуса. Тем не менее, исследователи утверждают, что есть необходимость изучения возможности такого влияния, как дополнения к приему НЗТ или бупропиона.¹²

Нелекарственные вмешательства

Обзор имеющихся 57 статей по вовлечению партнера, в качестве средства для достижения долгосрочного эффекта при прекращении курения, не пришел к каким-либо определенным выводам и рекомендовал провести дополнительные исследования.¹³

Обзор 17 исследований конкурсов, материальных или финансовых стимулов для поощрения прекращения курения, не выявил убедительных доказательств повышения показателей долгосрочного прекращения курения.¹⁴

Обзор исследований вмешательств с физическими упражнениями для прекращения курения выявил, что только одно из 15 исследований показало положительное влияние упражнений в условиях последующего наблюдения в течение года. Другие включенные в

7 Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849

8 David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Cahill K. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub2

9 Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009

10 Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. Nicotine Tob Res. 2010 Mar;12(3):300-4. Epub 2010 Jan 15

11 Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4

12 West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. Psychopharmacology (Berl). 2010 Jan;207(4):631-5. Epub 2009 Oct 27

13 Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3

14 Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub3

обзор исследования имели недостатки, так что были рекомендовано провести дополнительные исследования эффективности вмешательств с применением физических упражнений.¹⁵

Обзор 11 рандомизированных контролируемых исследований эффективности гипнотерапии, продвигаемой в качестве метода помощи по прекращению курения, выявил противоречивые результаты, и не представил доказательств, что гипнотерапия может быть столь же эффективна, как лечение с помощью консультирования.¹⁶

Обзор 24 отчетов о рандомизированных исследованиях эффективности акупунктуры и связанных с ней методик акупрессуры, лазерной терапии и электростимуляции, продвигаемых в качестве лечения для прекращения курения, не нашел убедительных доказательств эффективности этих вмешательств для прекращения курения, однако не были сделаны окончательные выводы, рекомендовано выполнить дальнейшее исследование использования частой или непрерывной стимуляции.¹⁷

Обзор 25 исследований с целью определения эффективности быстрого курения и других аверсивных методов прекращения курения, и для выяснения возможных эффектов доза-реакция, в зависимости от уровня аверсивной стимуляции, не нашел достаточных доказательств для определения эффективности быстрого курения, или наличия дозы-реакции на аверсивную стимуляцию.¹⁸

Эффективность не-конвенциональных методов лечения, таких как гипноз, акупунктура, фитотерапия, гомеопатия, не была доказана должным образом, и такая терапия не рекомендуется специалистами. Однако, так как безопасность таких процедур, как правило, хорошая, если пациент просит предоставить такую нетрадиционную терапию, профессиональному работнику здравоохранения рекомендуется не поощрять ее, но и не запрещать, в связи с опасностью того, что курильщик может отказаться от конвенциональной медицины. Сочетание конвенциональной и неконвенциональной медицины, в большинстве случаев лучше, чем использование только неконвенциональной медицины.

15 Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub4

16 Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2

17 White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub2

18 Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2

4.10. Электронные сигареты

Е-сигареты - новый продукт, маркетинг которого расширяется. Электронные сигареты представляют как продукт, заменяющий табак, и как продукт для прекращения курения. Большинство продаваемых картриджей для электронных сигарет, содержат никотин, в различных неопределенных уровнях. Подобный дыму пар, производимый этиленгликолем или глицерином, при повторяющемся воздействии является раздражителем, однако, не является сильным ядом, при краткосрочном использовании.

С одноразовыми картриджами, электронная сигарета стала более экономичной, чем обычные сигареты, в расчете на поглощенную никотиновую затяжку. Экспериментирование молодых людей с электронной сигаретой получает все большее распространение в Европе. Электронная сигарета уже стала продуктом для инициации потребления табака, продуктом для потребления в зонах для некурящих, продуктом для продвижения курения. Однако, она также представляется как продукт для прекращения курения, или продукт для снижения вреда.

Отсутствие надежных исследований, заставило органы государственного управления большинства стран, запретить продвижения этого продукта, в качестве продукта для прекращения курения. В настоящее время нет четкой реакции врачей в отношении этого, неоднозначного, продукта. Не имеется доказательств о частых или тяжелых побочных эффектах, однако, также отсутствуют доказательства эффективности при прекращении курения. Таким образом, в связи с отсутствием исследований, профессиональные работники здравоохранения не должны рекомендовать этот продукт. Тем не менее, нет сильных аргументов для противодействия выбору пациента, если пациент выбирает использование электронной сигареты в качестве дополнения к другим изделиям для прекращения курения.

Выбросы общего числа взвешенных частиц (TSP), которые дает электронная сигарета, составляют около 60 мкг / м³, в 10 - 15 раз ниже, чем у обычных сигарет. Электронные сигареты, по сравнению с обычными сигаретами, обладают более низкой плотностью (от 6 до 21 раза меньше), по каждой из различных фракций РМ (РМ₁, 2, 5, 7, 10). Однако, эти уровни все же немного превышают значения, приведенные в Руководстве ВОЗ по качеству воздуха вне помещений.¹

Было показано, что электронные сигареты, после краткосрочного использования, имеют непосредственные неблагоприятные физиологические эффекты, которые похожи на некоторые эффекты, наблюдаемые при курении табака. Однако, долгосрочные последствия использования электронной сигареты для здоровья неизвестны, и являются потенциально неблагоприятными, и заслуживают дальнейшего исследования.²

1 Ann Ig 2012; 24: 1Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter (PM) R.M. Pellegrino, B. Tinghino, G. Mangiaracina, A. Marani, M. Vitali, C. Protano, M.S. Cattaruzza

2 Short-term Pulmonary Effects of Using an Electronic Cigarette: Impact on Respiratory Flow Resistance, Impedance, and Exhaled Nitric Oxide; Constantine I. Vardavas, MD, MPH, PhD; Nektarios Anagnostopoulos, MD; Marios Kougias, MD; Vassiliki Evangelopoulou, MD; Gregory N. Connolly, DMD, MPH; Panagiotis K. Behrakis, MD, PhD, FCCP; <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1187047>

Глава 5. Научные исследования и научные рекомендации по оценке прекращения курения

5.1. Критерии для клинических исследований в области прекращения курения

Лечение для прекращения курения в настоящее время интегрировано во многие системы здравоохранения, и исследователи предпринимают значительные усилия по улучшению достигнутых показателей успеха. До недавнего времени, результаты рандомизированных клинических исследований сообщались по-разному, что приводило к трудностям при их интерпретации. Уэст (West) и соавт. предложили шесть стандартных критериев, составляющих Стандарт Рассел (Russel Standard (RS)). Эти критерии применимы к исследованиям по прекращению курения, в которых участники имеют определенную целевую дату прекращения курения, а также обеспечивается персональный контакт с исследователями или с клиническими сотрудниками. Эти критерии следующие: (1) наблюдение в течение шести месяцев (RS6), или 12 месяцев (RS12), начиная с целевого дня прекращения курения, или с конца ранее определенного льготного периода; (2) самоотчет о прекращении курения на протяжении всего периода последующего наблюдения, позволяющий потребление до пяти сигарет/день в общей сложности, (3) биохимические проверки воздержания, по крайней мере, по достижении шести-или 12-месячной точки последующего наблюдения; (4) использование подхода "намерение для лечения", при котором данные всех рандомизированных курильщиков включаются в анализ, за исключением умерших, или переехавших по неизвестному адресу (участники, которые включены в анализ, учитываются как курящие, если их курительный статус на заключительном контрольном визите не может быть определен); (5) наблюдение за «нарушителями протокола», и использование их истинного курительного статуса при анализе, и (6) сбор данных последующего наблюдения слепым методом, относительно распределения курильщиков в опытной группе.

Руководство общественного здоровья NICE 2008 года показало, что следующие вопросы исследования должны чаще рассматриваться заказчиками и спонсорами исследований, чтобы решить наиболее важные проблемы пробелов в имеющихся данных:

- наиболее эффективные и экономичные способы для предотвращения рецидивов у тех, кто смог прекратить курение;
- как определить долгосрочные результаты служб по прекращению курения, особенно среди этнических меньшинств и в обездоленных общинах;
- эффективность вмешательств по прекращению курения, предоставляемых с помощью новых средств массовой информации, таких как подкасты, электронная почта и текстовые сообщения;
- сравнительная эффективность и экономическая эффективность обоих типов телефонных линий поддержки прекращения курения - активных (контакт по инициативе консультанта), и реактивных (контакт по инициативе курящего человека);
- сравнительные исследования для оценки долгосрочной эффективности цитизина для прекращения курения;
- опыт и удовлетворенность индивида при пользовании службами по прекращению курения.

5.2. Экономическая эффективность лечения табачной зависимости

Борьба против табака стремится гарантировать, чтобы люди могли дышать свободным от дыма, здоровым воздухом, путем запрета на курение в закрытых общественных местах. Прекращение курения, один из основных компонентов борьбы против табака, сокращает многие проблемы здоровья, помогая курильщикам прекратить курить. Существует широкий спектр исследований, демонстрирующих эффективность вмешательств по прекращению курения. Существует также достаточно литературы по экономической эффективности прекращения курения, на основе исследований, проведенных во многих странах. В более ранних исследованиях оценивали бупропион и никотин-заместительную терапию. Одно из более ранних исследований об экономической эффективности вмешательств по прекращению курения показало, что по сравнению с другими профилактическими вмешательствами, прекращение курения было чрезвычайно экономически эффективным.¹ Это исследование было разработано для врачей первичной помощи, чтобы, во время обычных посещений, они проводили скрининг всех взрослых курильщиков и мотивировали их к прекращению курения. Для вмешательства по прекращению курения были использованы только консультирование и НЗТ. Средние затраты составили 3779 долларов США в расчете на одного прекратившего курение, 2587 долларов США за сохраненный год жизни и 1915 долларов США на каждый год сохраненной жизни с учетом ее качества (QALY).

По сравнению с обычными стратегиями профилактики инфаркта миокарда, вмешательство по прекращению курения оказалось более экономически эффективным. Более 10000 фунтов стерлингов будут потрачены на год сохраненной жизни, путем первичной профилактики инфаркта миокарда такими препаратами, как симвастатин или правастатин, в то время как вмешательство по прекращению курения, включающее краткий совет и НЗТ, будет стоить всего от нескольких сотен до тысячи фунтов стерлингов.²

Исследование, проведенное в условиях первичной медико-санитарной помощи в Швейцарии в 2003 году, показало, что и бупропион и никотиновый пластырь были экономически эффективными. Исследование проводилось на двух когортах тяжелых курильщиков; одна группа получала только консультации врача общей практики, вторая группа получала дополнительно фармакотерапию. В конце исследования, выявлено, что бупропион и пластырь являются методами лечения, наиболее экономически эффективными, за ними, в порядке убывания, следуют спрей, ингалятор и, наконец, жевательная резинка.³ После внедрения варениклина, этот препарат также оценивали и признали экономически эффективным.

Стоимость курения была рассчитана как 193 миллиардов долларов США ежегодно только в США, в том числе 97 миллиардов долларов из-за потери производительности труда и 96 млрд. долларов на связанные с курением расходы на здравоохранение.⁴ Прямые затраты на курение в Национальной системе здравоохранения Соединенного Королевства составили 5,2 миллиардов фунтов стерлингов,⁵ а в странах-членах ЕС общая

1 Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T, Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation, JAMA. 1997;278(21):1759-1766. doi: 10.1001/jama.1997.03550210057039

2 Jonsson at.al., Simvastatin after myocardial infarction, Eur. Heart Jour., 1996, 17:1001; Caro et.al., Pravastatin Primary Prevention, Brit. Med Jour., 1997, 315: 1577 --- The Incidental Economist

3 Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F., Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003 Jul;59(3):201-6, Epub 2003 May 21

4 Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. Prev Chronic Dis 2009 Jul; 6 (3): 1-10

5 Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. Tob Control 2009 Aug; 18 (4): 262-7

сумма прямых и косвенных затрат оценивается между 97, 7 миллиардами и 130,3 миллиардами евро в год.⁶

В условиях вмешательства по месту работы по прекращению курения, экономия затрат в течение двенадцати месяцев составила 541 доллар США для варениклина, 151 доллар США для бупропиона и 82 доллара США для краткого консультирования.^{7 8}

В недавнем мета-анализе, выполненном в США, пришли к выводу, что консультирование по прекращению курения, с поддерживающим контактом после выписки, является потенциально экономически эффективным, и может уменьшить частоту курения и связанные с ним неблагоприятные события в области здоровья и социальные издержки. Используя данные мета-анализа рандомизированных испытаний, исследователи разработали гипотетическую когорту курильщиков США, госпитализированных с острым инфарктом миокарда, и оценили экономическую эффективность консультирования по прекращению курения, в сочетании с последующими поддерживающими контактами. Его экономическая эффективность составила 540 долларов США за одного прекратившего курение пациента в программных расходах, 4350 долларов США на сохраненный год жизни и 5050 долларов США на сохраненный год жизни с учетом качества, при рассмотрении всех расходов на здравоохранение.⁹

Курение является наиболее важным фактором риска для развития, а также для клинического течения ХОБЛ. Таким образом, прекращение курения является особенно важным для этой группы. Два недавних исследования, проведенные в Нидерландах, показали, что прекращение курения является экономически эффективным у пациентов с ХОБЛ. В систематическом обзоре девяти рандомизированных контролируемых исследований вмешательств по прекращению курения у больных ХОБЛ, было установлено, что средние расчетные показатели 12-месячного непрерывного воздержания, составили 1,4% для обычной помощи, 2,6% для минимального консультирования, 6,0% для интенсивного консультирования и 12,3% для фармакотерапии.

По сравнению с обычной помощью, затраты на приобретенный год жизни с учетом ее качества (QALY) составили при минимальном консультировании; интенсивном консультировании и фармакотерапии 16900, 8200 и 2400 евро, соответственно.¹⁰ Другое исследование было разработано для определения экономической эффективности программы высокой интенсивности по прекращению курения (Smoke Stop Therapy; SST), по сравнению с лечением средней интенсивности (Minimal Intervention Strategy for lung patients [LMIS]), для амбулаторных пациентов с ХОБЛ. В конце исследования было установлено, что стоимость медицинского обслуживания SST, включая расходы на программу по прекращению курения, составила 581 евро, по сравнению с 595 евро в LMIS. SST также связана с более низким средним числом обострений (0,38 по сравнению с 0,60) и числом дней госпитализации (0,39 по сравнению с 1), в расчете на одного пациента, и большим числом прекративших курение (20 по сравнению с 9), при более

6 World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2009 Sep 24]

7 Jackson KC 2nd, Nahoopii R, Said Q, et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. J Occup Environ Med 2007 Apr; 49 (4): 453-60

8 Keating GM, and Katherine A. Lyseng-Williamson KAL., Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, Pharmacoeconomics 2010; 28 (3): 231-254

9 Joseph A. Ladapo, MD, PhD; Farouc A. Jaffer, MD, PhD; Milton C. Weinstein, PhD; Erika Sivarajan Froelicher, RN, PhD, Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, Arch Intern Med. 2011;171(1):39-45

10 Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, Thorax 2010;65:711-718
doi:10.1136/thx.2009.131631

низкой общей стоимости. Это приводит к выводу о преимуществе SST сравнению с LMIS.¹¹

В недавнем исследовании, проведенном в штате Массачусетс, США, было установлено, что всеобъемлющая служба по прекращению курения приводит к существенной экономии в программах Медикейд (Medicaid). Всеобъемлющие службы по прекращению курения, включали медикаментозное лечение, консультации и информационно-пропагандистскую работу стоимостью около 183 долларов США в расчете на одного участника программы в 2010 году, и расчетная экономия составила 571 доллар США на каждого участника. Это указывает, что каждый 1 доллар США расходов на программу был связан с 3,12 доллара США в форме экономии здравоохранения.¹²

11 Christenhusz LCA, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J, Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients, *Nicotine Tob Res* (2011) doi: 10.1093/ntr/ntr263, First published online: December 16, 2011

12 Richard P, West K, Ku L (2012) The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. *PLoS ONE* 7(1): e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665

5.3. Предложения по реализации рекомендаций по прекращению курения

Хорошие рекомендации действительно полезны, только если они распространяются и внедряются в целевой группе населения, в соответствии с лучшими стандартами практики.

Самый надежный пример в Европе, чтобы проиллюстрировать это заявление, относится к Службам по прекращению курения Национальной системы здравоохранения в Соединенном Королевстве. Развивая алгоритм осуществления руководства NICE, рекомендации по прекращению курения были преобразованы в ценный инструмент для всех категорий специалистов, участвующих в оказании помощи курильщикам. Таким образом, рекомендации могут помочь национальным организациям обеспечить соответствие признанным во всем мире научным стандартам и стандартам национальных правительств в области общественного здоровья, определить национальные и местные организации в государственном секторе для достижения государственных показателей и целей для улучшения здоровья, уменьшения неравенства в отношении здоровья и способствовать благосостоянию в общинах.¹

Рекомендации должны быть реализованы, применительно к службам, предоставляемым в рамках первичной и вторичной медицинской помощи, аптекам, местным органам власти и рабочим местам, но также и применительно к органам образования и лицам, формирующим политику в сфере охраны здоровья.

Для того, чтобы достичь этой цели, процесс реализации нуждается в структуре руководства проектом, и пошаговом подходе к выполнению следующих действий:

- обеспечить, чтобы все соответствующие группы были осведомлены о рекомендациях и получили копии, или имели доступ к веб-сайтам, распечаткам и т.д.;
- работать с соответствующими группами специалистов, для сравнения их текущей деятельности с предложениями, содержащимися в рекомендациях;²
- определить, каким организациям / больницам и т.д. нужно будет изменить свои текущие методы работы, в целях согласования с рекомендациями, и развивать партнерские отношения с существующими сетями (такими, как региональные сети по борьбе против табака);
- определить ключевые области, чтобы помочь осуществлению рекомендаций, такие как пути направления пациентов в центры по прекращению курения на местах, увеличение числа практикующих специалистов, получающих обучение, и сосредоточение на труднодоступных группах населения;
- оценить, сколько будет стоить осуществление рекомендаций;
- построить план действий по осуществлению рекомендаций, работая совместно с местными заинтересованными сторонами и специалистами.

Для обеспечения эффективного внедрения, все соответствующие организации и представители, включая заказчиков, здравоохранение, местные органы власти и органы, устанавливающие местные приоритеты, должны одобрить план действий, например, через заключение местного соглашения. Осуществление рекомендаций необходимо пересматривать и мониторировать, а результаты должны направляться в наиболее подходящий трастовый совет. Также, очень важно обмениваться опытом осуществления

1 NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, www.nice.org.uk/page.aspx?o=502591

2 NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, www.nice.org.uk/page.aspx?o=502591

рекомендаций с другими организациями, в рамках различных профессиональных или научных мероприятий.³

В экспериментальном исследовании, в котором оценивали эффективность вмешательств по распространению рекомендаций, для улучшения осуществления рекомендаций по прекращению курения в клиниках охраны здоровья матери и ребенка, Манфреди (Manfredi) и соавт. сообщили об улучшениях после распространения, по сравнению с базовым уровнем, в подгруппе курильщиков, сообщивших о получении совета поставщика услуг, буклетов для самопомощи, видеофильмов, плакатов и дополнительного вмешательства. Тем не менее, наиболее значительный рост замечен у курильщиков, получавших одновременно буклет и дополнительное вмешательство.⁴

3 NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008, available online at: <http://www.nice.org.uk/PH010>, <http://guidance.nice.org.uk/PH10/ImplementationAdvice/doc/English->

4 Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, *Health Educ Res.*, (2011) 26(2): 348-360, first published online 11 March 2011, doi:10.1093/her/cyr010

5.4. Рекомендованные источники ресурсов научной литературы по прекращению курения

Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, Thorax 2010;65:711-718 doi:10.1136/thx.2009.131631

Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Thorax 2012;67:2 171-176

Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994 Chest 2012;141:1 101-110

Cost- effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients Nicotine Tob Res 2011;0:2011 ntr263v1-ntr263

The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions Eur Respir J 2011;37:4 738-742

Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F., Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003 Jul;59(3):201-6, Epub 2003 May 21

The American College of Chest Physicians Tobacco Dependence Treatment Toolkit <http://tobaccodependence.chestnet.org/> Access is available at no charge.

Journal of Smoking Cessation

<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=JSC>

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ: СТАНДАРТЫ ДЛЯ АККРЕДИТАЦИИ СЛУЖБ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ОБУЧЕНИЮ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Глава 6. Рекомендации по обучению профессиональных работников здравоохранения лечению потребления табака и зависимости, и стандарты качества для специалистов по прекращению потребления табака и служб по прекращению потребления табака

В этой главе описываются стандарты для обучения всех профессиональных работников здравоохранения и стандарты для служб по прекращению курения (целевые профессиональные категории, предоставляющие вмешательства по отказу от курения, общие стандарты для обучения мероприятиям по прекращению курения, уполномоченные обучающие организации и их ответственность в отношении прекращения, формат обучения и оценки).

Широко признано, что в секторе здравоохранения требуется эффективное управление. Население, организации пациентов и плательщики третьей стороны хотят иметь более объективную оценку качества медицинских услуг. Страны приняли различные подходы к поддержанию качества и улучшению стандартов. В некоторых странах, профессиональные организации и ассоциации поставщиков услуг пытаются осуществлять контроль качества для своих членов для улучшения стандартов обслуживания, зачастую без участия государства или общества. В других странах, государство осуществляет жесткий контроль сектора здравоохранения, не оставляя почти никаких возможностей для профессиональных мнений – что приводит к оборонительной медицине и ненужным направлениям на более высокие уровни оказания медицинской помощи. Задача состоит в том, чтобы сбалансировать роли профессиональных работников здравоохранения, правительственных чиновников, определяющих политику, членов общественности и других сторон, заинтересованных в повышении качества и установлении стандартов для сектора здравоохранения.

Обзор литературы выявил множество источников директив, руководящих указаний и доказательств, которые могут быть переведены в явные заявления о требованиях к службам здравоохранения. Вот пример Европы:

Совет Европы	
Рекомендация (1997)	Защита медицинских данных
Безопасные медицинские практики (P-SPPH/SAFE) 2006	Безопасные практики в отношении лекарств
Резолюция ResAP (2003)	Лечебное питание в больницах
Рекомендация (2000)	Участие пациентов
Рекомендация Res (20006)	Безопасность пациента
ВОЗ	
WHO-HEN-OBS 2009	Навыки врача
Стандарты укрепления здоровья в больницах 2004	Укрепление здоровья
Проверочный список для сокращения заболеваемости и смертности в глобальном населении	Хирургическая безопасность
Рамка для оценки деятельности больницы: RATH	Показатели деятельности
Директивы ЕС	
Директива 2005/36/ЕС	Профессиональные квалификации
Директива 1995/46/ЕС	Обработка персональных данных

Директива 2011/24/EU	Права пациента в трансграничном здравоохранении
Исследования ЕС	
Разработка пан-Европейских стандартов и критериев для обследования (УС-инспекция крови)	Учреждения, связанные с оборотом крови
Индикаторы и методология Европейской системы донорства органов (проект ODEQUS)	Донорство органов
Резистентность к антибиотикам и назначение антибиотиков у Европейских детей (ARPEC)	Применение антибиотиков
Разработка рационального использования лекарств в Европе (DRUM Europe)	Применение лекарств
PROSAFE – поощрение безопасности пациента и улучшения качества при оказании критической помощи	Критическая помощь
Определение наилучших практик в паллиативной помощи в Европе (PPP)	Паллиативная помощь
Международная программа для использования ресурсов при оказании критической помощи (IPOC) – методология и первоначальные результаты в отношении затрат и предоставления в четырех странах Европы	Критическая помощь
Улучшение безопасности больничной помощи для пациента посредством дневной хирургии (DAYSAFE)	Дневная хирургия
Сеть помощи и управления службами для пожилых людей в Европе ЕС (CARMEN)	Службы для пожилых людей
Наилучшие практики в доступности, качестве и адекватности служб здравоохранения для иммигрантов в Европе (EUGATE)	Миноритарные группы
Неправительственные организации	
Рекомендации Европейского совета по реанимации 2010	Реанимация
Европейский союз врачей специалистов (UEMS)	Качество медицинской практики
Базельская декларация UEMS	Продолжающееся профессиональное развитие
Европейская хартия прав пациента www.activecitizenship.net	Права пациента
Хартия в защиту детей EACH	Права пациента
Международная ассоциация геронтологии: хартия стандартов для пожилого человека	Права пациента
Европейское радиологическое общество (ESR). Управление риском в радиологии, 2004	Радиология
Европейская федерация больниц и здравоохранения (HOPE), октябрь 2010	Хронические болезни
Европейский комитет по стандартизации CEN	
EN ISO 22870:2006 (POCT) - Требования по качеству и компетенции (ISO 22870:2006)	Хиропрактика
EN 16224:2012 Предоставление помощи здравоохранения хиропрактиками	Тестирование в месте предоставления помощи
WS068001 Службы здравоохранения – критерии качества для медицинских осмотров	Медицинские осмотры
00414001 Предоставление остеопатического здравоохранения	Остеопатия
CEN/TC 403 Службы эстетической хирургии	Эстетическая медицина
Интерпретация ISO 9001 для служб	

здравоохранения	
Национальный орган Ирландии по стандартам: Применение в службах здравоохранения ISO 9002 в условиях больниц	
SGS Yarsley International (SGS) в Соединенном Королевстве: BS EN ISO 9000: рекомендуемые заметки для его применения в больницах	
Шведский институт стандартов, руководство (CEN/TS 15224)	
DNV национальная интегрированная аккредитация организаций здравоохранения – рекомендации с комментариями	
CEN/TC 362 Службы здравоохранения – системы управления качеством	

Независимые обзоры, выполненные в США и Австралии, подчеркнули необходимость активного сотрудничества между государственными и частными учреждениями для того, чтобы примирить конфликт между регулированием «сверху вниз» и развитием «снизу вверх». Партнерство между государственным сектором и любым агентством по аккредитации имеет важное значение для успеха аккредитации.

Литература

Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia
Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. EuroHealth July 2012 (in press)

6.1. Рекомендации по критериям стандартного обучения знаниям и умениям по прекращению курения

Обсуждения, касающиеся помощи курящим в прекращении потребления табака, должны быть обязательным разделом программы медицинского образования. Обучение всех категорий профессиональных работников в этой области, должно быть выполнено в рамках учебных курсов, проводимых уполномоченными экспертами в этой области.

В обзоре, опубликованном Нэнси Риготти (Nancy Rigotti) и соавт. в 2008 году, авторы пытались получить данные о нынешнем состоянии подготовки по прекращению потребления табака, в возможно большем числе стран. Даже несмотря на неоднородность собранных данных, выделено множество подходов и категорий персонала, а также разнообразных форматов обучения и финансовых решений. Это исследование было очень ценным, так как на глобальном уровне, оно обратило внимание на необходимость стандартов специализированной подготовки для лечения табачной зависимости.

Целевая популяция для подготовки в области прекращения курения включает всех консультантов и координаторов служб по прекращению курения: врачей, медицинских сестер, акушеров, фармацевтов, зубных врачей, психологов или консультантов и других, которые советуют людям, как прекратить курить.

Всем уполномоченным органам, ответственным за образование и подготовку профессиональных работников здравоохранения, которые советуют людям прекратить курить, следует принять меры для того, чтобы:

- обучить всех сотрудников передовой линии здравоохранения, чтобы они предлагали краткий совет по прекращению курения, в соответствии с наилучшими имеющимися рекомендациями, и направляли, где это необходимо и возможно, в

имеющиеся службы по прекращению курения, финансируемые из общественных источников;

- обеспечить, чтобы обучение поддержке при прекращении курения, стало частью основной дипломной и последипломной учебной программы для подготовки медиков;
- обеспечить и поддерживать доступность обучения и продолжающегося профессионального развития;
- подготовить всех практикующих специалистов служб по вопросам прекращения курения, путем использования программы, которая соответствует лучшим имеющимся стандартам лечения для прекращения курения;
- предоставлять дополнительную специализированную подготовку для тех, кто работает с конкретными группами, например, курящими людьми, имеющими проблемы психического здоровья, курящими госпитализированными больными и курящими беременными;
- поощрять и обучать профессиональных работников здравоохранения, чтобы они спрашивали пациентов о всех формах употребления табака и давали им совет об опасности воздействия вторичного табачного дыма.

Такие уполномоченные органы по образованию в разных странах различаются, от аккредитованных университетов до других государственных или признанных национальных образовательных структур.

Стандарт подготовки по прекращению курения охватывает две основных области: знания и навыки. Стандарт применяется к содержанию программ и предполагаемым учебным результатам занятий.

В Национальной системе здравоохранения Соединенного Королевства, стандарт сосредоточен на обеспечении минимальных элементов и модулей для предоставления вмешательств по прекращению курения, на трех различных уровнях (краткое оппортунистическое, интенсивное индивидуальное, и в группах). Стандарт подготовки предоставляет собой руководство для преподавателей относительно того, что должно быть включено в программу подготовки консультантов по прекращению курения. Формат подготовки отличается для каждого уровня, в общем, предоставление краткого оппортунистического совета должно быть включено в учебные программы для выпускников медицинских университетов, в то время как интенсивные индивидуальные и групповые вмешательства необходимо включить в постдипломное университетское обучение медицине / психологии / сестринскому делу.

Термин *минимальные требования к содержанию* относится к тем элементам программы, которые считаются необходимыми для соответствия стандарту. Каждая цель отмечен K или S, чтобы указать, является ли она основанной на знаниях (Knowledge), или навыках (Skills). Это различие важно, потому что эти цели требуют различных форм оценки. Знания можно оценить с помощью письменных тестов в конце курса, а навыки оценить труднее, и для этого может потребоваться практический тест, или наблюдение практики по окончании курса.

Таблица 16: Глава из обучения оценке прекращения потребления табака в Национальной системе здравоохранения

1. Доказательство посещения учебного курса;
2. Продолжающаяся оценка работы на курсе (диагностическое тестирование);
3. Тестирование ключевых знаний и навыков по завершении курса;
4. Оценка знаний и навыков по время предоставления помощи, посредством наблюдения;
5. Предоставление доказательств обучения и применения на практике, с помощью портфолио продолжающегося профессионального развития.

6.2. Рекомендации для разработки учебных программ по прекращению курения для дипломированных выпускников медицинских высших учебных заведений

Обоснование

Потребление табака является одной из самых важных проблем общественного здоровья, убивает более 6 миллионов человек во всем мире, и число жертв может увеличиться до 8 миллионов в 2030 году.¹ Только в Европе табак убивает около 500 тысяч человек в год. Исследования показали, что половина сегодняшних курильщиков умрут от проблем здоровья, связанных с табаком, многие из них умрут преждевременно.² Кроме этих смертей, потребление табака наносит вред окружающей среде и приводит к значительному экономическому ущербу. Таким образом, существует настоятельная необходимость бороться с потреблением табака и сокращать число курильщиков. Один из подходов для достижения этой цели – помощь курильщикам при прекращении курения. Многие страны осуществляют успешные программы по борьбе против табака, включающие лечение пациентов, и добились сокращения потребления табака и числа погибших от потребления табака.³

Содержание программы обучения

- Табачная эпидемия в России, США, Европе и во всем мире;
- факторы, приводящие к началу потребления табака;
- фармакологическая основа табачной зависимости;
- опасности для здоровья в связи с потреблением табака;
- другие (например, экологические, экономические и т.д.) последствия потребления табака;
- подходы к борьбе против табака;
- роль врача в борьбе против табака;
- законодательство по борьбе против табака.

Методы обучения

Обучение является теоретическим, в течение первых лет обучения в медицинской школе, и более практические упражнения выполняются во время клинических занятий (4 – 6 курсы). Продолжительность теоретического обучения составляет 10-12 часов (минимум), это обучение необходимо интегрировать в программу первых трех лет (доклинического периода) медицинского образования. Лекции в учебных классах, обсуждения в малых группах, дискуссии и конкретные примеры используются для теоретической подготовки. Целью учебного класса является повышение осведомленности среди студентов, чтобы у них развилось понимание связанных с табаком вопросов. Во время клинического периода обучения, могут быть обсуждены тематические исследования конкретных пациентов, чтобы добиться развития "противокурительного" отношения и поведения. Следует подчеркнуть, что все врачи должны спрашивать каждого пациента об отношении к курению (в том числе о курительном поведении родителей несовершеннолетних пациентов), и дать курильщикам совет прекратить потребление табака, и оказать помощь в этом. Таким образом, во время клинической фазы обучения обсуждаются некоторые тематические пациенты и лечение табачной зависимости.

Когнитивная сфера

B1: Знать (вспоминать, считать, определять), например, знания о распространенности потребления табака, факторах, влияющих на распространенность; перечислить последствия потребления табака для здоровья, органов и систем.

¹ MPOWER WHO Global Tobacco Control Report, 2008

² MPOWER WHO Global Tobacco Control Report, 2008

³ MPOWER WHO Global Tobacco Control Report, 2008

В2: Понимать, осуществлять, анализировать, оценивать, например, биологические и психологические механизмы воздействия потребления табака на здоровье, объяснять воздействие потребления табака на окружающую среду и экономические потери.

В3: Использовать знания В2 для применения в реальных ситуациях (на пациентах) (сбор истории болезни, оценка и принятие решения), например, осуществлять меры «5А», предлагать помощь курильщикам, давать информацию о различных вариантах лечения.

Таблица 17: Детали программы

Общие цели	цели	Период и уровень (*)		
		доклиниче-ский	Клинич-еский	интернатура
Информация о распространенности потребления табака и факторах начала потребления	Основные эпидемиологические свойства потребления табака (личность, место, временные тренды и др.)	B2		
Информация о вреде потребления табака для здоровья	Состав табачного дыма и влияние на здоровье	B1		
	Влияние курения на систему дыхания	B1	B2	
	Влияние курения на сердечно-сосудистую систему	B1	B2	
	Влияние курения на рак и гематопоезическую систему	B1		
	Влияние курения на мочеполовую систему	B1		
	Влияние курения на беременность и детей	B1		
Табачная зависимость и ее значение для отдельных людей и населения	Нейробиологическая основа табачной зависимости	B1	B2	
	Когнитивные и поведенческие аспекты табачной зависимости	B1	B2	
Влияние потребления табака на окружающую среду	Качество воздуха в помещениях и загрязнители	B1		
	Загрязнение окружающей среды, опасность пожаров	B1		
Социальные и экономические эффекты потребления табака	Влияние на отдельных лиц	B2		
	Влияние на сообщество	B2		
Законодательство по борьбе против табака	Международный уровень (РКБТ Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака)	B2		
	Национальный уровень (национальное законодательство)	B2		
Концепция борьбы против табака и ее стратегии	Стратегии MPOWER	B2		
	Соответствующее национальное законодательство, например, Национальная программа по борьбе против табака	B2		
Часть 1				

Общие цели	цели	Период и уровень (*)		
		доклиниче- ский	клиниче- ский	интернатура
Роль врача в борьбе против табака и соответствующее поведение	Некурительное поведение в качестве ролевой модели	B2	B2 D2	B3 D3
	Помочь курильщикам прекратить курение, применяя принципы «5A» и «5R»	B1	B3 D3	B3 D3
	Методы прекращения курения, научно обоснованные		B2	
	Прекращение курения в клинической практике			B3
	Профилактика рецидива			B3
	Адвокация и лидерство в области борьбы против табака	B2	B3 D3	B3 D3
	Осторожность по отношению к манипуляциям табачной индустрии и способность противодействовать им	B2	B3 D3	B3 D3
	Прекращение курения в конкретной группе населения: хирургия, ХОБЛ, болезни сердца, психические болезни			D3
	Роль средств массовой информации в борьбе против табака	B2		
Борьба против табака в повседневной жизни и работа с соответствующими учреждениями	Правительственные и неправительственные организации в области борьбы против табака	B2		
Часть 2				

(*) Определения уровней

Сфера восприятия

D1: Осознание, например, методов маркетинга табачной промышленности.

D2: Отношение, например, рассматривать методы маркетинга табачной промышленности, а также важность противодействия им.

D3: Поведение, например, составить план противодействия методам маркетинга табачной промышленности, и осуществить этот план.

Оценка

Эффект программы оценивается с помощью тестов до программы и после нее. Предварительное тестирование студентов проводится до начала программы (т.е. на первом курсе), и затем, перед выпуском (т.е. на последнем курсе). Тесты до и после программы включают вопросы с множественным выбором, характерные для целей учебной программы. Кроме того, после каждого курса, студенты и преподаватели дают обратную связь в письменном и устном виде. Имена студентов не фиксируются; оценивается деятельность группы.

6.3. Рекомендации по разработке учебных программ по прекращению курения для обучения выпускников медицинских университетов - сертификационная программа

Обоснование

Потребление табака является одной из самых важных проблем общественного здоровья, убивающей более 6 миллионов человек во всем мире, и это число может увеличиться до 8 миллионов в 2030 году.¹ Только в Европе табак убивает 500 тысяч человек каждый год. Исследования показали, что половина курящих сегодня людей умрут от расстройств здоровья, связанных с табаком, многие из них умрут преждевременно.² Кроме этих смертей, употребление табака наносит вред окружающей среде и приводит к значительному экономическому ущербу. Таким образом, существует настоятельная необходимость бороться с потреблением табака и сокращать число курильщиков. Один из подходов для достижения этой цели – помощь курильщикам при прекращении курения. Многие страны осуществляют успешные программы по борьбе против табака, включающие лечение пациентов, и добились сокращения потребления табака и числа погибших от потребления табака.³

Цели учебной программы

Целью учебной программы является обучение ее участников профилактике, диагностике и лечению табачной зависимости. К концу обучения, участники должны быть в состоянии управлять центром по прекращению курения. Для достижения этой цели, в рамках программы обсуждаются следующие темы:

- табачная эпидемия в России, США, Европе и во всем мире, включая статистику по странам;
- факторы, приводящие к началу потребления табака;
- фармакологическая основа табачной зависимости;
- опасности для здоровья в связи с потреблением табака;
- другие (например, экологические, экономические и т.д.) последствия потребления табака;
- подходы к борьбе против табака;
- роль врача в борьбе против табака;
- законодательство по борьбе против табака (международное и национальное);
- службы по борьбе против табака в стране;
- создание и управление центром по прекращению курения.

Методы обучения

Программа проводится в двух частях: дистанционное обучение и очное обучение. Учебный материал доступен на веб-странице, и участники могут получить доступ к веб-странице, используя свой пароль на определенное количество дней. Они должны освоить материалы для чтения и после этого сдать экзамен. Те, кто сдадут экзамен, проходят двухдневное очное обучение. Эта программа организована министерством здравоохранения или уполномоченными университетами. Максимальное количество участников 25.

Подробности программы очного обучения:

- предварительное тестирование, ожидания участников, учебные цели программы;
- эпидемиология потребления табака, национальные показатели и тенденции;

¹ MPOWER WHO Global Tobacco Control Report, 2008

² MPOWER WHO Global Tobacco Control Report, 2008

³ MPOWER WHO Global Tobacco Control Report, 2008

- потребление табака среди специальных групп: дети и молодежь, женщины, беременные женщины, пациенты с сопутствующими заболеваниями, работники в сфере охраны здоровья;

- табачная зависимость, механизмы, измерители уровня зависимости: тест Фагерстром (Fagerström) на никотиновую зависимость (FTND), критерии Курения и здоровья Европейской медицинской ассоциации (EMASH);

- подходы к курильщикам: «5А» и «5R»;

- резистентные / проблемные пациенты, тяжелые курильщики, легкие курильщики, курящие с сопутствующими заболеваниями и т.д.;

- психосоциальная поддержка;

- медикаментозное лечение, в том числе НЗТ;

- законодательство: законодательство по борьбе против табака, законодательство о центрах по борьбе против табака (мощность, кадры и т.д.);

- исследования случаев, ролевые игры и т.д.;

- посещение центра по прекращению потребления табака;

- завершающее тестирование и оценки обучения, рекомендации участников для будущих программ.

Оценка

Успех оценивается с помощью входных и выходных тестов, и успешные участники получают сертификацию министерства здравоохранения. Также осуществляется устная обратная связь. Сертифицированные врачи получают право на организацию центра по прекращению курения и управление таким центром.

Учебная программа для врачей в области торакальной медицины

Европейское респираторное общество (ERS) опубликовало монографию по отказу от курения у пациентов с ХОБЛ ⁴ в 2007 году, и скоро будет доступна новая версия. В Таблице 18 сообщается об опыте Турции.

Таблица 18: Пример учебной программы по прекращению курения для профессиональных работников здравоохранения в Турции

Программа выполнялась Турецким торакальным обществом при финансовой поддержке Международного фонда Pfizer (Микрогранты по борьбе с табаком и политике). Стандартизованная «модульная» программа обучения была подготовлена членами Рабочей группы по борьбе против табака Турецкого торакального общества. Затем, группа из 40 торакальных врачей получила подготовку в качестве тренеров, и образовали центральную учебную бригаду. Программа обучения была предоставлена всем членам Общества с помощью электронных средств информации. В общей сложности, 765 участников выполнили модель электронного обучения. Цель этого электронного курса заключалась в интеграции первых двух «А» принципов «5А», в повседневную клиническую практику этих врачей. В конце каждого модуля, участники ответили на вопросы по основным моментам модуля. После завершения курса электронного обучения, участники, пожелавшие улучшить свою практику, приняли участие в индивидуальном обучении продолжительностью один день (фактически, все 765 врачей участвовали в таком обучении). Эти учебные программы проводились членами центральной учебной бригады в 18 провинциях Турции. В конце этих полевых учебных программ, участники развили свои способности по оказанию помощи курящим, в том числе при прекращении курения, путем применения соответствующих научных методов. Все участники оценили программу как очень хорошую, и хорошую, в отношении как содержания, так и соответствия курса потребностям.

⁴ P. Tønnesen, L. Carrozzi, K.O. Fagerstrom", C. Gratziou, C. Jimenez-Ruiz, S. Nardinie, G. Viegi, C. Lazzaro, I.A. Campell, E. Dagli and R. West ERS TASK FORCE Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy Eur Respir J 2007; 29: 390–417

6.4 Рекомендации по разработке учебных программ по прекращению курения для других категорий профессиональных работников, участвующих в обеспечении прекращения курения: психологи, медицинские сестры, лица, формирующие политику в области охраны здоровья

Кроме врачей, все категории персонала, работающие в центрах по прекращению потребления табака или участвующие в оказании помощи курильщикам, должны иметь базовые знания и навыки по лечению потребления табака и зависимости. Это жизненно важно, чтобы обеспечить наилучшие практики по прекращению потребления табака. Основной учебный модуль по прекращению курения, таким образом, рекомендуется для: медицинских сестер, акушерок, психологов, организаторов, социальных работников и фармацевтов или любых других категорий сотрудников, оказывающих помощь курильщикам по прекращению курения, в зависимости от правил, действующих в каждой стране.

Учебные программы должны содержать минимальный учебный материал о связанных с табаком заболеваниях, нейробиологии никотиновой зависимости, табачной зависимости (для рассмотрения на психологическом и психосоциальном уровнях), процессах курения и прекращения курения, видах вмешательств по прекращению, оценке курильщиков и научно-обоснованным видам лечения потребления табака.

Обучение должно быть поддержано правительственными системами, которые гарантируют, что профессиональные работники здравоохранения имеют к нему доступ. Это является проблемой для представителей и руководителей национальных органов здравоохранения, которые должны финансировать подготовку по прекращению курения, базовую деятельность здравоохранения. Для того, чтобы лучше понять эти потребности и лучше сформировать такие программы, мы настоятельно рекомендуем также предлагать минимальный учебный модуль по прекращению курения профессиональным работникам, занимающим руководящие должности. Приобретая элементарные представления о связанных с табаком заболеваемости и смертности, а также об экономической эффективности предотвращения потребления табака и лечения по прекращению, лица, формирующие политику в сфере охраны здоровья, станут более осведомленными о масштабах проблемы и будут определить приоритеты соответствующим образом, чтобы улучшить ситуацию.

Обучение 2-го уровня подходит для всех профессиональных работников здравоохранения. Обучение 1-го уровня предназначено для желающих стать специалистами по прекращению потребления табака.

Рекомендации

- Курение и прекращение курения должны быть частью основной учебной программы базовой подготовки для всех профессиональных работников сферы охраны здоровья, работающих с курильщиками.
- Обучение должно быть основной частью программы прекращения курения для всех органов управления здравоохранением. В этой программе должны быть предусмотрены защищенные затраты времени и финансирования (уровень научной обоснованности В).
- Прекращение курения должно финансироваться и выделяться как приоритет в рамках существующих бюджетов обучения (уровень научной обоснованности В).¹

¹ Smoking cessation clinical guidelines for health professionals, Thorax 1998;53 (Suppl 5, Part 1):S1

6.5. Стандарты обучения для врачей клиницистов по прекращению курения

Современное положение

Прекращение потребления табака часто является комплексным лечением, и существует много различных методов обучения навыкам по прекращению курения. Хотя табачная зависимость имеет много общих характеристик, где бы в мире она ни описывалась, окружающая среда и культура окружения потребителя табака, могут существенно отличаться. Системы здравоохранения также могут отличаться, как в отношении своих ресурсов, так и по приоритетам. В последующем, потребителями табака называют курильщиков, так как курительный табак является самой распространенной формой табачных изделий. Прекращение потребления других табачных изделий гораздо менее хорошо изучено, однако, как правило, когда зависимые потребители других табачных изделий нуждаются в помощи в прекращении потребления табака, применяются методы, используемые для прекращения курения. Прекращение потребления табака не обязательно должно быть частью службы здравоохранения, но схема обучения, предложенная здесь, ориентирована на профессиональных работников здравоохранения.

По крайней мере, шесть месяцев (в том числе время последующего наблюдения), необходимы для обучения навыкам помощи по прекращению курения у врачей клиницистов, которые способны посвятить свое время и ресурсы прекращению курения.

Содержание обучения

Обучение предлагается в течение трех дней:

1. Базовый сертификат (2 дня). Для его получения обязательно присутствие на первых двух днях курса. Содержание: 50% теории, 50% практики (поведенческая-когнитивная терапия, мотивационное интервью и практика прекращения употребления табака).

2. Расширенный сертификат (1 день последующего наблюдения). Для его получения необходимо следующее, в дополнение к базовому сертификату:

- один день (3-й день) последующего наблюдения, в период от трех до шести месяцев после базовой подготовки (см. выше);
- письменный тест знаний, около 30 минут, начиная с 3-го дня;
- 3 случая пациентов, письменные клинические отчеты, с соблюдением образца;
- 3 наблюдаемых сеанса, при групповом или индивидуальном консультировании (очно или по телефону).

Расширенный сертификат выдается, когда все части обучения успешно завершены, т.е. 2 +1 дней обучения, письменный тест, три письменных отчета о том, как пациент прекращал курение (из которых по крайней мере один наблюдался в течение 2 месяцев) плюс три наблюдавшихся случая (групповое или индивидуальное, очно или по телефону). Расширенный сертификат должен показывать, что обучение было проведено с соблюдением национальных стандартов обучения прекращению потребления табака (см. ниже). Специальные логотипы могут быть созданы, чтобы показать, что обучение соответствовало национальному стандарту (включая детальное описание). Сертификат базового обучения, в случае необходимости, должен быть, предпочтительно, менее сложным, и должен четко отличаться от расширенного сертификата.

Обязательное содержание учебной программы

Содержание базовой подготовки (дни 1 и 2)

Т = Теория и **П** = практика

Т Введение: обзор основных последствий потребления табака для здоровья, расходы, зависимость, и обзор различных аспектов профилактики потребления табака и потребления табака.

Т Риск потребления табака более подробно и преимущества прекращения потребления.

Т Методы прекращения потребления табака (Кокрановская Библиотека (Cochrane Library), www.treatobacco.net), методы оценки результатов.

П Методы консультирования и учебных сеансов.

П Прекращение потребления табака на практике, процедуры индивидуального консультирования, профилактика рецидивов, последующее наблюдение и учебные сеансы.

Т Табачная зависимость, отмена, фармакотерапия.

Т Методы для различных условий / групп, материалы и другие ресурсы.

Т Дополнительный контент, такой как: законодательство, реклама табака и / или глобальные вопросы.

Содержание последующего наблюдения (день 3)

Обязательные пункты:

1. Тест знаний: 0,5 часа, 10 вопросов, 5 с множественным выбором + 5 вопросов типа эссе.

2. Групповое лечение: Обсуждение с вопросами и ответами в течение 2,5 часов по планированию, роли лидера группы, структуре встреч, вопросам набора и состава группы, документации.

3. Индивидуальное лечение: Обмен опытом / обсуждение в малых группах случаев с пациентами и случаев, предоставленных обучающимися (2 часа).

Дополнительное обсуждение:

4. Современные вопросы (1 час), т. е. новые результаты региональных исследований, курение кальяна, других табачных изделий, новое законодательство, окружающий табачный дым (ETS), фармакологическое лечение, молодежь / школы, гендерные, глобальные вопросы, и новый материал.

Оценка обучения

Участникам должна быть предоставлена возможность оценить (а) два первых дня обучения, а затем (б) все три дня, чтобы охватить весь курс.

I. Учебные модули, которые должны быть частью оценки дней 1 и 2.

Вопросы о:

1. Современной ситуации, месте работы / профессии.

2. Содержании теоретической части.

3. Содержании практической части.

II. Учебные модули, которые должны быть частью оценки 3-го дня.

Вопросы о:

1. Содержании теоретической части, день 3

2. Содержании практической части, день 3

3. Тренинг между 1-2 днями, и 3-м днем - организация и содержание.

4. Обучение в целом

5. Сколько пациентов Вы лечили, после завершения базовой подготовки (дни 1 и 2)?

Материал для использования при обучении:

- Набор вопросов для теста знаний
- Образцы для ответов на домашние задания и для записи пациентов
- Письменное описание случаев с пациентами, для использования при обсуждении
- Информация (презентация) о лекарственных средствах
- Информация (презентация) о том, как проводить последующее наблюдение и оценивать реактивацию.

Врачам клиницистам, которые хотят обновить устаревшие навыки, необходимо предложить 3-й день из описанного выше плюс тренерство, также они должны представить три письменных описания случаев с пациентами. Это может дать им право на получение расширенного сертификата.

Разрешение на проведение учебных курсов по лечению потребления табака

Должен быть создан национальный совет экспертов, уполномоченный оценивать предложения по проведению курсов. Подробная программа и описание компетенций преподавателей и инструкторов должны быть рассмотрены национальным советом. Новый курс может быть одобрен, после внесения всех необходимых поправок.

Замечания

Вышеприведенный материал, основан на шведских стандартах обучения. Национальный совет экспертов в Швеции создан на основе инициативы ряда неправительственных организаций, имеющих обширный практический и научный опыт в области прекращения курения. После проведения около 80 курсов в течение последних 20 лет, очевидно, что врачи редко участвуют в таких курсах, на них приходится лишь 2% - 3% участников. Медицинские сестры являются самой большой группой участников такого обучения в Швеции.

Усилия по разработке более сложных учебных программ не улучшили показатели участия врачей. Опыт Канады дает аналогичную структуру посещаемости.²

2 Herie M, Connolly H, Voci S, Dragonetti R, Selby P. Changing practitioner behavior and building capacity in tobacco cessation treatment: the TEACH project. Patient Educ Couns. 2012 Jan;86(1):49-56

6.6. Стандарты качества при лечении табачной зависимости

Определение

Специалист по лечению табачной зависимости (СЛТЗ) ¹ - это профессионал, который обладает навыками, знаниями и подготовкой для эффективных, основанных на фактических данных, вмешательств для лечения табачной зависимости, различной интенсивности. СЛТЗ может принадлежать к различным профессиям и может работать в различных учреждениях, включая, но не ограничиваясь, следующими: больницы, коммунальные центры здоровья, организации поддержания здоровья (ОПЗ), медицинские и стоматологические практики, образовательные учреждения, учреждения социального обслуживания, организации общественного здоровья, центры лечения табачной зависимости, телефонные линии по прекращению потребления табака, программы лечения наркозависимости и центры психического здоровья. СЛТЗ могут участвовать не только в предоставлении лечения, но и в обучении других лиц (профессиональные работники здравоохранения, администраторы, ученые, курильщики и некурящие) по вопросам лечения табачной зависимости.

Роль и обязанности специалиста по лечению табачной зависимости

Табачная зависимость - знание и образование

Предоставьте четкую и точную информацию о потреблении табака, стратегии прекращения потребления табака, и масштабах воздействия на здоровье населения, причинах и последствиях потребления табака.

1. Опишите распространенность и характер потребления табака, зависимости и прекращения потребления табака в стране и регионе, в которых проводится лечение, и как эти показатели различаются по демографическим, экономическим и культурным подгруппам.

2. Объясните роль лечения потребления табака и зависимости в рамках комплексной программы по борьбе против табака.

3. Используйте результаты национальных докладов, научных исследований и руководств по лечению табачной зависимости.

4. Объясните социальные и экологические факторы, которые способствуют и препятствуют распространению потребления табака и зависимости.

5. Объясните последствия потребления табака для здоровья, а также преимущества прекращения потребления табака и основные механизмы наиболее распространенных расстройств здоровья, вызванных потреблением табака.

6. Опишите, как развивается табачная зависимость и будьте в состоянии объяснить биологические, психологические и социальные причины табачной зависимости.

7. Умейте обобщать и применять достоверные и надежные диагностические критерии табачной зависимости.

8. Опишите хронический рецидивирующий характер табачной зависимости, в том числе типичные рецидивы и предрасполагающие факторы.

9. Предоставьте информацию, которая соответствует половым, возрастным и культурным особенностям, а также стилю и способностям обучения.

10. Определите основанные на фактических данных стратегии лечения, а также аргументы «за» и «против» каждой стратегии.

¹ ATTUD – Ассоциация по лечению потребления табака и табачной зависимости (Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence) www.attud.org

11. Будьте способны обсуждать альтернативные методы лечения, такие как снижение вреда, гипноз, акупунктура, сокращение числа сигарет.
12. Покажите возможность доступа к информации по вышеуказанным темам.

Навыки консультирования

Покажите эффективное применение теорий и стратегий консультирования для установления отношений сотрудничества и содействия участию клиента в лечении и его приверженности к изменениям.

1. Проявите навыки эффективного консультирования, такие как активное слушание и эмпатия, которые облегчают процесс лечения.
2. Покажите создание теплой, конфиденциальной, свободной от оценок атмосферы консультирования.
3. Опишите и покажите использование научно обоснованных методов краткосрочных вмешательств для лечения потребления табака и зависимости, как это определено в существующих рекомендациях.
4. Опишите использование моделей изменения поведения, включая мотивационное интервью, поведенческую-когнитивную терапию и поддерживающее консультирование.
5. Покажите эффективное использование клинически обоснованных стратегий для повышения мотивации и поощрения приверженности к изменениям.
6. Покажите компетенции по крайней мере в одном из подтверждаемых опытом виде консультирования, таком, как индивидуальное, групповое и телефонное консультирование.

Оценочное интервью

Проведите оценочное интервью для получения полных и точных данных, необходимых для планирования лечения.

1. Покажите способность проводить входное оценочное интервью, включающее:
 - (а) историю потребления табака;
 - (б) валидизированные меры для мотивации к прекращению потребления табака;
 - (в) валидизированные меры для оценки потребления табака и зависимости;
 - (г) современные проблемы и препятствия на пути достижения постоянного воздержания;
 - (д) имеющиеся сильные факторы для поддержания воздержания;
 - (е) предыдущие попытки прекращения потребления табака, опыт, успехи и препятствия при лечении;
 - (ж) наличие систем социальной поддержки;
 - (з) предпочтения для лечения;
 - (и) культурные факторы, влияющие на осуществление попытки прекращения потребления табака.
2. Продемонстрируйте способность собрать основную информацию для истории болезни и провести краткий скрининг на наличие психиатрических проблем и потребления алкоголя и наркотиков.
3. Опишите, когда следует провести консультации с работниками первичной медицинской помощи и сделать соответствующие направления, до составления плана лечения.
4. Опишите существующие объективные измерители потребления табака, такие как мониторинг СО и оценка уровня котинина.

Планирование лечения

Покажите способность разрабатывать индивидуальный план лечения с использованием научно обоснованных стратегий лечения.

1. В сотрудничестве с пациентом, определите конкретные и измеримые цели лечения.
2. Планируйте индивидуальное лечение, которое учитывает факторы оценки пациента, выявленные при входной оценке и сборе анамнеза.
3. Совместно разработайте план лечения, который использует основанные на фактических данных стратегии для оказания помощи пациенту, в его продвижении к попытке прекратить потребление табака и / или дальнейшему воздержанию от табака.
4. Опишите план последующего наблюдения по устранению потенциальных проблем, включая негативные результаты.
5. Покажите процесс направления к другим поставщикам в сфере здравоохранения или рекомендаций дополнительной помощи.

Фармакотерапия

Предоставьте четкую и точную информацию о вариантах фармакотерапии и их использовании при лечении.

1. Опишите преимущества сочетания фармакотерапии и консультирования.
2. Предоставьте информацию о правильном использовании, эффективности, неблагоприятных эффектах, противопоказаниях, известных побочных эффектах и исключениях для всех лекарств, утвержденных национальными регулирующими органами для лечения табачной зависимости.
3. Определите информацию, имеющую отношение к текущим и прошлым медицинским, психиатрическим и курительным особенностям истории клиента (в том числе лечению в прошлом), которые могут повлиять на решения в отношении фармакотерапии.
4. Обеспечьте надлежащее образование пациента для выбора лечения и дозировки, с учетом широкого спектра ситуаций у конкретного пациента.
5. Свяжите симптомы, продолжительность, частоту и масштабы никотиновой зависимости.
6. Опишите использование комбинаций препаратов и повышенных доз лекарств для повышения вероятности воздержания.
7. Определите вторую линию препаратов и будьте в состоянии найти информацию о них, по мере необходимости.
8. Выявите возможные побочные реакции и осложнения, связанные с использованием фармакотерапии для лечения табачной зависимости, что делает своевременным направление к медицинским специалистам / службам. Продемонстрируйте возможности для решения проблем незначительных и / или временных побочных эффектов этих вариантов фармакотерапии.
9. Продемонстрируйте способность сотрудничать с другими поставщиками медицинских услуг для координации надлежащего применения лекарственных препаратов, особенно при наличии медицинских или психиатрических сопутствующих заболеваний.
10. Предоставьте информацию об альтернативных методах лечения, основанную на признанных обзорах их эффективности.

Профилактика рецидивов

Предложите методы для снижения вероятности рецидива и обеспечьте постоянную поддержку зависимых от табака лиц.

1. Определите личностные факторы риска и включите их в план лечения.
2. Опишите стратегии и навыки совладания, которые могут снизить риск рецидива.
3. Обеспечьте руководство при изменении плана лечения, чтобы уменьшить риск рецидива на протяжении всего курса лечения.

4. Опишите план продолжающейся последующей помощи после первоначального лечения.

5. Опишите направление пациента к поставщикам дополнительной помощи для снижения риска рецидива.

6. Осуществите стратегии лечения для пациента, переживающего срыв или рецидив.

Подход к трудным / особым категориям курильщиков

Покажите свою компетентность в работе с различными подгруппами населения, и с категориями курильщиков, имеющими особые проблемы со здоровьем.

1. Предоставляйте консультации, с учетом культурных особенностей пациента.

2. Опишите конкретные показания для лечения у особых групп населения (например, беременных, подростков, молодых взрослых, пожилых людей, госпитализированных пациентов, имеющих сопутствующие психические, хронические респираторные и др. заболевания).

3. Проявите способность реагировать на ситуации высокого риска у клиента.

4. Дайте эффективные рекомендации по лечению, для потребителей табака, не пользующихся сигаретами.

5. Опишите рекомендации для тех, кто подвергается загрязнению окружающей среды табачным дымом.

Документация и оценка

Опишите и используйте методы для отслеживания индивидуальных достижений, ведения документации, программной документации, измерения результатов и отчетности.

1. Ведите точные записи, с использованием принятых практик кодирования, которые подходят к условиям, в которых оказываются услуги.

2. Разработайте и внедрите протокол для отслеживания последующего наблюдения клиента и его достижений.

3. Опишите стандартизированные методы измерения результатов лечения табачной зависимости для отдельных лиц и программ.

Профессиональные ресурсы

Используйте имеющиеся ресурсы для поддержки клиента и для профессионального образования или консультации.

1. Опишите ресурсы (сетевые, общинные, телефонные линии по прекращению курения), доступные пациентам при продолжающейся поддержке воздержания от табака.

2. Выявите общинные ресурсы для направления пациентов при наличии сопутствующих медицинских, психиатрических или психо-социальных состояний.

3. Назовите и используйте рецензируемые журналы, профессиональные общества, веб-сайты и информационные бюллетени, связанные с лечением табачной зависимости и / или соответствующими исследованиями.

4. Опишите, как пациенты могут изучить вопрос возмещения расходов на лечение.

Право и этика

Последовательно используйте кодекс этики и придерживайтесь правил государственного регулирования в сфере здравоохранения, или условий Вашей работы.

1. Опишите и используйте этический код, установленный Вашей профессиональной специальностью для специалистов по лечению табачной зависимости, если таковой имеется.

2. Опишите последствия регулирования и используйте правила, которые применяются к учреждению, в котором осуществляется лечение потребления табака (конфиденциальность, HIPAA, конкретные правила учреждения).

Профессиональное развитие

Примите на себя ответственность за продолжающееся профессиональное развитие и вклад в развитие других.

1. Поддерживайте профессиональные стандарты в соответствии с требованиями профессиональной лицензии или сертификации.

2. Используйте литературу и другие официальные источники информации / запросы, чтобы соответствовать современному уровню знаний и навыков в области лечения табачной зависимости.

3. Опишите последствия современных исследований для практики лечения табачной зависимости.

4. Распространяйте знания и достижения по вопросам лечения потребления табака среди других людей, с использованием официальных и неофициальных каналов.

6.7. Требования к аккредитации специализированной службы по прекращению потребления табака

Служба по прекращению потребления табака (СПТ)¹ обозначает любое место, где профессиональный работник здравоохранения осуществляет практику по лечению табачной зависимости, как цель или как одну из целей службы.

По оценке исследования e.SCAN²,² имеется 2500 служб по прекращению курения в Европе. Все эти службы заявляют, что прекращение потребления табака является единственной или одной из целей служб здоровья. Роль служб по прекращению потребления табака заключается в следующем:

- лечить больных с табачной зависимостью и сосредоточиваться на более сложных случаях;
- обучать / готовить медицинских работников по вопросам прекращения потребления табака;
- исследовать / оценивать вмешательства по прекращению потребления табака;
- распространять хорошие практики в области прекращения курения, среди профессиональных работников здравоохранения и населения в целом, и ликвидировать плохие практики;
- укреплять здоровье.

6.7.1. Три уровня служб по прекращению потребления табака²

Определение службы по прекращению потребления табака охватывает три подгруппы:

- специализированные центры по прекращению потребления табака;
- практики специалистов по прекращению потребления табака;
- консультационные центры по прекращению потребления табака.

Специализированные подразделения по прекращению потребления табака (СППТ)

СППТ является центром, посвященным прекращению курения, в котором работают, как минимум, один врач и два профессиональных работника здравоохранения, один из которых является специалистом по прекращению потребления табака, при полном обеспечении рецептурными лекарствами и поведенческой поддержкой, оборудованием для мониторинга СО у всех пациентов, стандартным ведением медицинской документации, стандартными процедурами наблюдения и оценки деятельности.

Практика специалиста по прекращению потребления табака (ПСПТ)

ПСПТ является медицинской практикой, посвященной частично или полностью лечению табачной зависимости, с возможностью назначать лекарства, но без полного спектра возможностей, предлагаемых клиникой по прекращению потребления табака.

Консультационный центр по прекращению потребления табака (КЦПТ)

КЦПТ является центром, посвященным лечению табачной зависимости, в котором требуется присутствие специалиста по прекращению потребления табака, но не присутствие врача. В таком центре обычно присутствуют психолог, медицинская сестра или другой профессиональный работник здравоохранения, действующие в качестве

¹ Spanish Respiratory Society (SEPAR) - Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz, Dr. Segismundo Solano-Reina, Dr. José Carlos Rebollo-Serrano, Cristina Esquinas (nurse),

*Executive Committee, Smoking Cessation Group. SEPAR www.separ.es

² e.SCAN 2010 Report – The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project www.ofa-asso.fr/escann

консультантов. Выписывание рецептов на лекарства не предусмотрено, однако предоставляются советы по вопросам фармакологической поддержки.

Рисунок 20: Три уровня службы по прекращению потребления табака (адаптировано из исследования e.SCCAN)



Надписи слева направо: Практика по прекращению курения, специализированное подразделение по прекращению потребления табака, консультационный центр по прекращению потребления табака

Как и все другие подразделения, где оказывается помощь по прекращению потребления табака, такие как, врачи общей практики, аптеки и т.д., службы по прекращению потребления табака должны следовать рекомендациям лучшей практики для лечения табачной зависимости.

Для того, чтобы получить аккредитацию в качестве специализированной службы по прекращению потребления табака, необходимо соответствовать требованиям, подробно описанным ниже.

6.7.2. Аккредитация специализированных подразделений по прекращению потребления табака

Центрам, аккредитованным в качестве специализированных подразделений по прекращению потребления табака, настоятельно рекомендуется иметь оптимальные кадровые и материальные ресурсы.³ Эти подразделения должны продемонстрировать критерии совершенства в вопросах здравоохранения, обучения и научных исследований.

Кадровые ресурсы

- В соответствии с научными данными, наличие бригады из более, чем одного профессионального работника здравоохранения, повышает показатели успеха при прекращении потребления табака.

- Многодисциплинарная бригада, включающая врачей, медицинских сестер, психологов, диетологов, является оптимальной для удовлетворения потребностей большинства потребителей табака во время прекращения потребления табака.

- Специалист по прекращению потребления табака (курения) необходим в каждой службе по прекращению потребления табака. По данным ВОЗ, специалист по прекращению потребления табака – это специалист, имеющий подготовку и получающий плату за предоставление квалифицированной поддержки курильщикам, которые нуждаются в помощи, чтобы прекратить курение табака, в дополнение к краткому совету; данный персонал не должен иметь медицинскую подготовку.

³ http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf

- Врачи могут решать все задачи в службе по прекращению потребления табака.

- Немедицинские профессиональные работники здравоохранения могут предоставить поведенческую поддержку и обучение по прекращению потребления табака в медицинской бригаде или в не-медицинском подразделении.

- Профессиональные работники, не относящиеся к здравоохранению, прошедшие подготовку по вопросам табачной зависимости, могут играть определенную роль, работая под наблюдением.

- Специализированные профессиональные работники здравоохранения, такие как акушерки в родильных домах, анестезиологи в хирургии, психиатры у курильщиков, страдающих психическими расстройствами, могут играть определенную роль в конкретных группах населения.

- Персонал должен быть достаточным, чтобы обеспечить первое посещение не позднее, чем через три недели, после обращения за помощью по лечению табачной зависимости.

- Центр комплектуется multidisciplinary бригадой профессиональных работников здравоохранения, специализирующихся на лечении табачной зависимости. Такие профессиональные работники определяются как работники здравоохранения, имеющие высокую квалификацию в этой области, и эксперты, способные обеспечивать профилактику, диагностику и лечение курения / табачной зависимости, которые работают полный рабочий день, и получают оплату за эту деятельность.

- Профессиональные работники здравоохранения, которые руководят работой специализированного подразделения по прекращению курения, должны быть способны выполнять аккредитацию соответствующей подготовки в области профилактики, диагностики и лечения курения / табачной зависимости.

- В идеале, центр также должен иметь административный персонал, для обслуживания и направления звонков пациентов, и ведения соответствующей медицинской документации пациентов, и осуществления соответствующих административных функций.

- Доступность этих ресурсов должна быть надлежащим образом задокументирована. Будет требоваться сертификация некоторыми компетентными органами, показывающая наличие в центре multidisciplinary группы с заданными характеристиками и работающей полный рабочий день. Кроме того, требуется сертификация адекватной подготовки в области профилактики, диагностики и лечения курения.

Материальные ресурсы

- Собственные помещения на постоянной основе: кабинет для консультаций, кабинет для обследования, административный офис, кабинет для ожидания и конференц-зал.

- Базы данных и файлы для конкретной документации по курению и потреблению табака, хранящиеся на компьютере.

- Конкретные клинические записи по курению / потреблению табака.

- Протоколы клинических вмешательств.

- Материалы для самопомощи.

- Собственный офисный материал.

- Материал для аудио-визуальных презентаций.

- Клинический материал: стетоскоп, прибор для регистрации артериального давления, приборы для измерения СО в выдыхаемом воздухе, спирометрии, электрокардиографии, системы для измерения длины и массы тела пациента (в том числе расчета индекса массы тела, ИМТ). Образцы или дисплеи с лекарствами.

- Возможность измерения никотина или котинина в биологических жидкостях.

- Специальный номер контактного телефона службы.

Доступность этих ресурсов должна быть надлежащим образом задокументирована. Сертификация компетентного органа запрашивается для демонстрации наличия клинического материала для собственных нужд, и компьютерных баз данных и файлов для конкретной документации по курению / потреблению табака. Возможность измерения никотина и котинина в биологических жидкостях также должна быть документально оформлена.

Требуется представление конкретных клинических записей по курению, а также конкретных вопросников, протоколов клинических вмешательств и материалов для самопомощи.

Таблица 19: Вопросники для служб по прекращению потребления табака

Обязательные вопросники для самооценки:

- профиль потребления табака,
- тест на зависимость от табака: тест Фагерстром.

Рекомендуемые вопросники для самооценки:

- вопросник для оценки настроения (HAD или иной),
- вопросник о мотивации по прекращению курения и/или воспринимаемых препятствиях.

Вопросник не для самостоятельного применения:

- такой вопросник, как Перечень депрессии Бек (Beck Depression Inventory (BDI)).

Категории потребителей табака, которые должны быть направлены в службы по прекращению курения

Потребитель табака с высоким риском

Главная роль служб по прекращению потребления табака заключается в обеспечении высоких стандартов лечения для потребителей табака с высоким риском, таких как беременные, курильщики, идущие на плановую операцию, курильщики с психологическими, сердечно-сосудистыми, респираторными расстройствами и онкологические больные, курильщики с другими зависимостями (алкоголь и другие наркотики), социально незащищенные курильщики, и курильщики с неудачной попыткой прекращения курения без посторонней поддержки.

Все потребители табака

Все потребители табака, которым необходима помощь в процессе прекращения потребления табака, могут быть направлены в службы по прекращению курения, по направлению профессиональных работников здравоохранения, через телефонные линии по поддержке прекращения потребления табака или социальные службы, или могут самостоятельно получить доступ к этим службам.

Конкретная группа

Службы по прекращению потребления табака могут быть специализированы для одной целевой группы, такой, как беременные, подростки или потребители табака, зависимые от других веществ. В этих случаях должна быть четко указана специфика такой службы по прекращению потребления табака.

Действия здравоохранения

Аккредитация в качестве специализированного подразделения по прекращению курения, в основном, базируется на критериях качества помощи в сфере здравоохранения. Критерии, определяющие качество профилактики, диагностики и лечения курения / табачной зависимости, следующие:

Помощь здравоохранения предоставляется в трех формах:

- индивидуализированная,
- групповая,
- на телефонной основе.

Эти центры должны иметь протоколы ведения для индивидуальной, групповой помощи, а также помощи по телефону. Эти протоколы должны предусматривать

минимальное число посещений на протяжении последующего наблюдения, которое должно продолжаться, по крайней мере, 12 месяцев после даты прекращения курения.

- В случае индивидуальных посещений, пациентов наблюдают по крайней мере шесть раз, и каждое посещение длится не менее 15 минут. Первое посещение будет длиться не менее 30 минут.

- В случае групповых консультаций, пациентов будут наблюдать в течение 5 - 9 групповых сеансов продолжительностью от 45 до 90 минут.

- Телефонные консультации должны проводиться в тех случаях, когда для пациента затруднительно посетить центр, в тех случаях, когда требуется менее интенсивное вмешательство, или в тех случаях, когда требуется точечное и прямое вмешательство.

Действия здравоохранения должны осуществляться многодисциплинарной группой врачей, медицинских сестер и психологов. Все они должны быть квалифицированными специалистами в области профилактики, диагностики и лечения курения.

Действия здравоохранения этих подразделений не должно ограничиваться границами самого центра; в сущности, профессиональные работники этого подразделения должны быть готовы и способны рассматривать и решать вопросы консультационной помощи другим специалистам здравоохранения, при лечении потребителей табака с наличием конкретных затруднений.

Необходимо представить соответствующую документацию, подтверждающую наличие протоколов здравоохранения, которые соответствуют рассмотренным характеристикам. Документация должна быть представлена, выданная компетентными органами, раскрывающая следующие данные: число новых пациентов, наблюдаемых в течение года (минимальное необходимое количество = 300), количество осмотров, проводимых в течение года (минимальное необходимое количество = 1000), количество измерений СО, выполненных в течение года (минимальное необходимое количество = 1000), количество определений никотина и / или котинина в жидких средах организма, выполненных в течение года (минимальное необходимое количество = 100), количество спирометрических исследований и ЭКГ-исследований в течение года.

Службы по прекращению потребления табака учитывают соответствующие международные и национальные рекомендации наилучшей практики. Службы по прекращению потребления табака учитывают общую хорошую практику во всех процедурах, уважают права пациентов и соблюдают правила защиты данных.

Кроме того, должна быть представлена документация, выданная компетентными органами, подтверждающая координацию деятельности центра с другими центрами или отделами, в аспектах, связанных с профилактикой и лечением курения.

Таблица 20: Пример организации посещений по прекращению курения

Первое посещение:

- должно быть индивидуальным и/или может иметь место в рамках группового посещения;
- является возможностью для оценки потребителя табака, регистрации потребления табака и предоставления информации о табачных изделиях, последствиях потребления табака для здоровья и о прекращении потребления табака;
- должно быть расширенным: 30-60 минут.

Посещения последующего наблюдения:

- число посещений последующего наблюдения составляет обычно от 5 до 9, например, на 2, 4, 8, 12, 26 неделях, однако, возможны и другие схемы, например, дополнительное посещение на первой неделе, или посещение по прошествии одного года;
- обычная продолжительность составляет 15-30 минут;
- могут быть улучшены путем предоставления поддержки по телефону, по Интернету, тестирования, а также незапланированных посещений;

- должны быть адаптированы к индивидуальной ситуации и потребностям, в отношении продолжительности и поддержки и оказываемой помощи.

Служба по прекращению курения должна продвигать хорошую практику лечения табачной зависимости и предупреждения потребления табака в другие учреждения охраны здоровья и среди населения в целом.

Учебная деятельность

- Настоятельно рекомендуется профессиональным работникам здравоохранения в специализированных подразделениях по прекращению курения, чтобы они имели достаточную квалификацию и аккредитацию для проведения обучающих мероприятий, связанных с профилактикой, диагностикой и лечением курения на факультетах медицины, психиатрии и наук о здоровье, а также в школах по подготовке медицинских сестер.

- Эти подразделения также должны быть в состоянии удовлетворить потребности других департаментов здравоохранения в обучении. Профессиональные работники, принадлежащие к подразделению, должны быть в состоянии распространять учебные курсы по профилактике и борьбе с курением, нацеленные на других профессиональных работников здравоохранения, менее обученных в этих областях.

- Специализированные подразделения по прекращению курения должны быть готовы принять на себя ответственность за организацию обучения в области профилактики, диагностики и лечения курения для резидентов, проходящих обучение по специальностям пульмонология, семейная и общинная медицина, профилактическая медицина и общественное здоровье, или другим клиническо-хирургическим специальностям, а также для резидентов по психологии.

Требуется представление необходимых документов, подтверждающих, что некоторые из профессиональных работников здравоохранения, работающих полный рабочий день в центре, имеют академические квалификации, необходимые для обучения студентов в рамках дипломного образования. Особенную ценность в этом отношении будут иметь почетные сотрудничающие преподаватели, преподаватели частных университетов, работающие по контракту преподаватели, доценты, ассистенты и ректоры вузов.

Также, особую ценность будет иметь представление документов, выданных компетентными органами, о том, что центр осуществляет регулярную учебную деятельность по непрерывной подготовке профессиональных работников здравоохранения по вопросам профилактики, диагностики и лечения курения. Должно быть указано количество курсов, конференций и других учебных собраний, проведенных членами центра в течение последних двух лет. Чтобы получить аккредитацию в качестве специализированного подразделения по прекращению курения, необходимо проводить не менее четырех мероприятий текущего обучения ежегодно.

Особую ценность будет иметь сертификация, предоставленная учебной комиссией центра здравоохранения или больницы, подтверждающая, что резиденты, проходящие обучение в области медицины или психологии, будут вовлечены в работу подразделения.

Исследовательская деятельность

Специализированное подразделение по прекращению потребления табака должно осуществлять адекватную исследовательскую деятельность в форме эпидемиологических и клинических исследований или фундаментальных исследований.

Службы по прекращению потребления табака должны оценивать свою деятельность и предоставлять данные. Предоставленные данные будут использованы в возможных проектах научных исследований и для совершенствования практики диагностики, профилактики и лечения табачной зависимости.

Службы по прекращению потребления табака могут участвовать в научных исследованиях. При поддержке аккредитованного органа, службы по прекращению потребления табака могут участвовать в управлении научными исследованиями.

Службы по прекращению потребления табака должны ежегодно отчитываться о своей деятельности, в частности, обеспечивая учет:

- количества новых пациентов и посещений последующего наблюдения;
- подтвержденного прекращения потребления табака на протяжении шести месяцев для всех пациентов, посещающих службы по прекращению потребления табака;
- при этом используется стандартизированная регистрация прекращения потребления табака с помощью компьютера.

Для аккредитации Золотого Уровня, должны быть представлены необходимые документы, подтверждающие исследовательскую деятельность подразделения в течение последних пяти лет. Должны быть представлены следующие документы: научные публикации (не менее трех в национальных или международных журналах), сообщения на международных конгрессах (не менее трех), и сообщения на национальных съездах (по крайней мере, шесть).

Роль служб по прекращению потребления табака в укреплении здоровья

Службы по прекращению потребления табака должны продвигать здоровые стили жизни без табака среди населения в целом, среди потребителей табака, в том числе среди имеющих и не имеющих заболевания, связанные с потреблением табака. Они должны сделать это среди пациентов, которые посещают службы, а также в пределах общины.

Рекомендация:

При осуществлении стандартизированной системы аккредитации на основе общих стандартов качества, в частности, ENSP, мы должны знать, и учитывать разнообразие различных государств, в частности, членов Европейского региона ВОЗ⁴ с различными структурами и организациями в соответствующих системах здравоохранения и просвещения.

	Самостоятельный аудит службы по прекращению потребления табака	Не осуществляется (0)	Некоторое осуществление (0)	Осуществление наполовину (0)	Почти полное осуществление (0)	ДА полностью (0)	Не применимо (Н/П)	наблюдения
1.	1. Служба по прекращению потребления табака четко заявляет, что служба посвящена оказанию помощи потребителям табака и проведению работ по прекращению потребления табака							ЦЕЛЬ
1.01	Слово «табак» (или эквивалент) присутствует в печатном документе службы по прекращению потребления табака и на входе в здание	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
1.02	Слово «табак» (или эквивалент) присутствует в интернет-презентации службы	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
1.03	Имеется конкретный номер телефона, по которому доступен профессиональный работник здравоохранения по прекращению курения, службы по прекращению курения	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
1.04	Если имеется список служб по прекращению курения на региональном или национальном уровне, служба по прекращению курения включена в этот список	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.	Служба по прекращению потребления табака предпринимает все усилия, чтобы иметь достаточные кадровые и материальные ресурсы для достижения своей миссии							РЕСУРС
2.01	Время персонала достаточно, чтобы обеспечить задержку первого посещения менее 3 недель	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.02	Весь персонал имеет хорошую подготовку по прекращению курения	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.03	По крайней мере, половина персонала имеет сертификацию в качестве специалиста по прекращению потребления табака	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.04	Имеются все возможности для	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	

⁴ <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

	выписывания лекарств						<input type="checkbox"/>	
2.05	Имеется тихий кабинет площадью более 10 кв. м для проведения консультаций	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.06	Имеется один тестер СО на 600 посещений в год	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.07	В приемной имеется компьютер	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.08	Всем курильщикам предоставляются вопросники для самостоятельной оценки, основанные на тесте никотиновой зависимости Фагерстром	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
2.09	Имеется доступные лекарства или дисплей с лекарствами, доступный для обозрения курильщиками	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
3.	Служба по прекращению потребления табака принимает всех курильщиков, однако проявляет особую заботу о более тяжелых случаях. Если служба примет решение принимать только конкретную группу населения, например, беременных, имеется четкое указание на это решение.							ОБЩЕСТВЕННОСТЬ
3.01	Более 50% новых пациентов имеют сопутствующие заболевания, созависимость, беременность или низкие доходы	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
3.02	Четко указана специфика группы населения, которая имеет доступ в службу по прекращению курения (Обратите внимание: если нет ограничений доступности)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
4.	Служба по прекращению потребления табака соблюдает наилучшую практику и валидизированные рекомендации по прекращению курения							НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА
4.01	Рекомендации хорошей практики перечислены и применяются	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
4.02	Продолжительность первого посещения составляет не менее 30 минут	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
4.03	Центр по прекращению потребления табака распространяет хорошую практику прекращения потребления табака	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
5.	Служба по прекращению потребления табака участвует в обучении и подготовке профессиональных работников здравоохранения по прекращению потребления табака							ОБРАЗОВАНИЕ
5.01	Служба по прекращению потребления табака участвует в обучении врачей по вопросам оценки табачной зависимости и прекращения потребления табака	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
5.02	Служба прекращения потребления табака участвует в обучении и подготовке немедицинских профессиональных работников здравоохранения по вопросам табачной зависимости	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
6.	Служба по прекращению потребления табака ведет сбор и представление данных для оценки прекращения потребления табака на местном и национальном уровнях							ИССЛЕДОВАНИЯ
6.01	Служба по прекращению потребления табака ведет сбор и представление данных для оценки прекращения потребления табака на местном и национальном уровнях	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
6.02	Служба прекращения потребления табака участвует в академических исследованиях по табачной зависимости	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
7.	Служба по прекращению потребления табака ведет на повседневной основе работы по продвижению здорового стиля жизни, в контакте с сообществом							УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ
7.01	Служба по прекращению потребления табака осуществляет действия по продвижению здорового стиля жизни, по данным прошлого или текущего года	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
8.	Служба по прекращению потребления табака оценивает свою деятельность и осуществляет постоянное совершенствование, на основе оценок обратной связи							ОЦЕНКА
8.01	Воздержание на протяжении 6 месяцев регистрируется и оценивается	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
8.02	Имеется статистика по результатам прекращения курения	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
6.02	Служба прекращения потребления табака участвует в академических исследованиях по табачной зависимости	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	н/п <input type="checkbox"/>	
								ВСЕГО/100
ЦЕНТР				ДАТА			ВСЕГО	

Приложение 1.

Тринадцать лет табачного законотворчества. Автор А.К. Дёмин, доктор политических наук, профессор, кандидат медицинских наук, Российская ассоциация общественного здоровья, март 2013 г.

Президент Российской Федерации В.В. Путин подписал Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».¹

Закон принят Государственной Думой 12 февраля, одобрен Советом Федерации 20 февраля.

Утративший силу Федеральный закон от 10 июля 2001 года № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака», первый в стране в своем роде, оказался неэффективным, так как уже на этапе проекта попал под пресс иностранных табачных компаний, внедрившихся в Россию после 1991 года.

Оптимисты связывали новые надежды с присоединением страны к новому международному законодательству - Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, принятой большинством стран мира, включая Россию, в 2003 году. Правда, в составах правительственных делегаций России на продолжавшихся несколько лет переговорах по подготовке проекта Конвенции в Женеве, общественниками, включая автора статьи, был выявлен замаскированный высокопоставленный деятель иностранной табачной компании «Бритиш Америкен Тобакко».

В книге «Россия: дело табак. Расследование массового убийства»,² опубликованной в 2012 году, имеется анализ того, как происходил подрыв внутреннего законодательства, процесса Рамочной конвенции, как иностранные табачные компании взяли на себя доминирующую роль, и захватили практически полностью местный табачный рынок. Впервые рассмотрено воздействие продукции табачных компаний на здоровье и жизнь населения России, а также все аспекты жизнедеятельности табачного бизнеса в стране, включая организацию, экономику, кадровое обеспечение, продвижение продукции, проникновение в государственные регулирующие органы, частный бизнес, экспертное сообщество, гражданское общество. Сформулированы предложения регулирования социально опасного бизнеса в национальных интересах.

Страна вышла на первое место в мире по распространенности курения, число потребителей табака – легального наркотика, превышает 50 миллионов – более трети населения России, составляющего около 140 миллионов человек. Ежегодно преждевременно умирает от потребления продукции табачных компаний 400 тысяч наших сограждан.

Ежегодно производится около 400 миллиардов штук сигарет, стоимостью 13 миллиардов долларов США. На продвижение табачной продукции расходуется более 1 миллиарда долларов США в год. После уплаты ничтожных акцизов, прибыль вывозится за рубеж, ущерб не возмещается. Основные страны-получатели астрономического размера табачных финансовых потоков из России – Япония (в 2009 году 37,5% объема

¹ Подписан закон об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака. <http://kremlin.ru/acts/17571>

² Дёмин А.К., Дёмина И.А., Дёмин А.А., Дёмин А.А., Дёмина И.А. Россия: дело табак. Расследование массового убийства. Первое специальное независимое расследование социально опасного бизнеса в национальных интересах: малоизвестные факты, анализ, рекомендации. Москва: Российская ассоциация общественного здоровья, 2012. – 555 с. Табл. 24, Рис. - 275, библиография около 2000 – 75 а.л. www.raoz.ru

Российского рынка принадлежало JTI), США (26,4% - у PMI), Соединенное Королевство (BAT – 19,6% и IT – 8,5%), и Южная Корея (KT&G – 0,9%).

Иностранные табачные компании консультируют руководителей, оплачивают работу ведущих экспертов, отбирают талантливую молодежь. Страшные «заслуги» их руководителей торжественно отмечены высокими правительственными наградами.

Для нескольких ключевых субъектов Федерации, в том числе табачной столицы и кузницы правящей элиты - Санкт-Петербурга, спешно построенные, самые большие в мире, фабрики иностранных табачных компаний стали бюджетообразующими предприятиями.

Ныне Россия превращена в табачную супердержаву, глобальный центр всемирного табачного зла, ключевую логистическую, производственную, сбытовую, кадровую и управленческую площадку пяти иностранных табачных компаний, крупнейших на планете, применяющих суперсовременные подходы, подкрепленные давлением со стороны ведущих государств мира.

Названные факты объясняют трудности адекватного противодействия табачной эпидемии в России в национальных интересах. Дело зашло далеко, так что для защиты нашей страны от табачной угрозы, может потребоваться политический процесс и соглашения, аналогичные согласованным международным действиям в области оружия массового уничтожения.

Россия имела возможность присоединиться к Рамочной конвенции уже в 2003 году, однако пять драгоценных лет были растрчены на простое движение бумаг.

После ратификации в 2008 году, процесс Рамочной конвенции в России был расколот. В конце 2008 года принят Федеральный закон Российской Федерации от 22 декабря 2008 г. N 268-ФЗ «Технический регламент на табачную продукцию»³, видимо, как легализующий деятельность табачных компаний в условиях угроз со стороны процесса Рамочной конвенции. Объединения табачников разработали и представили законодателям этот техрегламент, в чем можно усмотреть нарушение положения Статьи 5.3. Рамочной конвенции.

«Статья 5. Общие обязательства

...3. При разработке и осуществлении своей политики общественного здравоохранения по борьбе против табака Стороны действуют таким образом, чтобы защитить свою политику от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности в соответствии с национальным законодательством».

Пять послератификационных лет ушли в России на подготовку законодательных инициатив, которые обеспечили бы взятые обязательства по реализации в российском законодательстве положений Конвенции. Затянувшуюся паузу немного заполнила подписанная Председателем Правительства России В.В. Путиным в сентябре 2010 года Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы.⁴ Как и другие многочисленные правительственные концепции, она не имеет статуса закона или государственной программы.

Государственная дума, похоже, не смогла сформировать необходимый законопроект, и его разработку выполнило Федеральное ведомство здравоохранения при поддержке Всемирной организации здравоохранения, других организаций, включая деятельность многочисленных партнеров Блумберговской инициативы по сокращению

³ <http://www.rg.ru/2008/12/26/tabak-dok.html> Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010—2015 годы. УТВЕРЖДЕНА распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р <http://www.kommersant.ru/doc/1516068>

⁴ Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010—2015 годы. УТВЕРЖДЕНА распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2010 г. № 1563-р <http://www.kommersant.ru/doc/1516068>

потребления табака.⁵ После согласований в Правительстве в 2012 году, проект направили в Государственную думу.

Быстрое прохождение законопроекта, вероятно, связано с предстоящим в этом году первым пятилетним отчетом России о выполнении международных обязательств по Рамочной конвенции, а также с «гибкостью» ответственных за демографию и общественное здоровье в процессе согласования итогового текста.

Согласно «Справке Государственно-правового управления»:

«Федеральный закон принят в целях реализации в российском законодательстве положений Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, ратифицированной Российской Федерацией в 2008 году, и регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Федеральным законом установлены:

общие понятия и принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

полномочия органов государственной власти в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

запреты на курение табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах;

ценовые, налоговые и организационные меры по сокращению спроса на табачные изделия и ограничению торговли ими;

запреты на рекламу и спонсорство табака;

меры медицинской помощи гражданам, направленные на лечение табачной зависимости;

меры государственного контроля в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака и ответственности за нарушения требований Федерального закона.

Федеральным законом также признаны утратившими силу:

Федеральный закон «Об ограничении курения табака»;

Федеральный закон «О внесении дополнения в статью 10 Федерального закона «Об ограничении курения табака»;

статья 50 Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

Федеральный закон «О внесении изменений в статьи 3 и 6 Федерального закона «Об ограничении курения табака»;

статья 2 Федерального закона «О внесении изменений в главу 22 части второй Налогового кодекса Российской Федерации и некоторые другие законодательные акты Российской Федерации».⁶

Закон заслуживает подробного рассмотрения.

В принятом законе⁷ указывается на его соответствие Рамочной конвенции.

⁵ http://www.who.int/tobacco/communications/highlights/bloomberg_partners_roles/en/index.html
<http://www.tobaccocontrolgrants.org/Pages/44/About-the-Bloomberg-Initiative> accessed 05/03/2013

⁶ Подписан закон об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака. <http://kremlin.ru/acts/17571>

⁷ <http://www.rg.ru/2013/02/26/zakon-dok.html> Далее использован текст официальной публикации закона – от автора.

Вместе с тем, как в названии закона, так и в предмете его регулирования можно усмотреть принципиальные отличия от Рамочной конвенции уже на уровне целеполагания. Вот цель Конвенции (Статья 3):

«Цель настоящей Конвенции и ее протоколов состоит в защите нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья людей, а также социальных, экологических и экономических последствий потребления табака и воздействия табачного дыма посредством обеспечения соответствующих рамок для мер борьбы против табака, подлежащих осуществлению Сторонами на национальном, региональном и международном уровнях, с тем чтобы постоянно и существенно сокращать распространенность употребления табака и воздействия табачного дыма».⁸

Название принятого закона - «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В Статье 1 «Предмет регулирования настоящего Федерального закона» записано:

«Настоящий Федеральный закон в соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Табачники известны исключительной изворотливостью. Этот бизнес процветает, хотя приговор ему объявлен почти 100 лет назад. Правда, с середины 1960-х годов табачным компаниям приходится по-крупному откупаться за наносимый ущерб и обман во многих государствах, а также убираться со своими трюками, в том числе правовыми, в страны, ослабленные недостатками государственного управления и коррупцией.

В принятом законе, путем грубого передергивания формулировок Конвенции, на первое место в названии закона и по тексту закона поставлен «окружающий табачный дым».

Юридическая и лингвистическая эквилибристика, неуклюжая калька с иностранного языка, вероятно, неслучайны, могут разрушить дух и букву обязательств государства, как перед населением страны, так и по Рамочной конвенции. Таким образом, вероятно, за рамки регулирования в значительной степени выводятся включенные в Статью 2 закона некуриательные формы потребления табака, за исключением ограничений на насвай, указанных в Статье 19.

В формулировке Статьи 1 закона, меры борьбы против табака воспринимаются суженными до сферы охраны здоровья населения, многими относимой исключительно к здравоохранению. Закон стал, похоже, сугубо «медицинским», а значимость здравоохранения в принятии «социальных, экологических и экономических» решений в нашей стране, мягко говоря, невелика. Отметим, что неспособность ведомств здравоохранения противодействовать агрессивному табачному капиталу стала притчей во языцех и одной из главных причин разработки и принятия Рамочной конвенции. Поэтому «медицинский» закон по табачной проблеме сегодня бесперспективен.

В Статью 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе», включены понятия, также существенно отличающиеся от определений, содержащихся в Рамочной конвенции.

В Рамочной конвенции имеется центральное, на наш взгляд, определение:

«...(d) "Борьба против табака" означает широкий круг стратегий в области поставок, спроса и уменьшения вреда, которые направлены на улучшение здоровья населения посредством ликвидации или уменьшения потребления им табачных изделий, а также воздействия на него табачного дыма».⁹

⁸ http://www.who.int/entity/fctc/text_download/ru/index.html

⁹ http://www.who.int/entity/fctc/text_download/ru/index.html

Данное, основополагающее, определение, по-видимому, в принятый закон не вошло ни прямо, ни через отсылку п.2 Статьи 2, ни по содержанию.

В Рамочной конвенции также есть четкое определение:

«...(е) "Табачная промышленность" означает всех тех, кто занимается изготовлением, оптовым распределением и импортом табачных изделий». ¹⁰

По мнению авторитетных специалистов по противотабачной работе, определение табачной промышленности, в том числе в Статье 5.3 Рамочной конвенции, должно включать не только собственно изготовителей, оптовиков и импортеров, но также другие объекты и персонал, которые работают на табачную индустрию, или от ее имени, такие, как фронт-группы (передовые группы), розничные торговцы, табачные профсоюзы и индивиды, в том числе – работающие по найму, юристы, ученые, лоббисты и журналисты. ¹¹ Их деятельность, как и продукция, выпускаемая табачными компаниями, должна подлежать мониторингу и денормализации.

С учетом полученных нами материалов по России, в этот черный список следует внести тех представителей органов государственного регулирования, частного бизнеса и гражданского общества, международных организаций, врачей и педагогов, которые прямо или косвенно поддерживают табачную промышленность. Представляется необходимым включить в это определение также нелегалов и контрабандистов, ведь до трети продукции табачных компаний обращается нелегально.

Принятый закон базируется на самодельном, урезанном понятии т.н. «табачных организаций», из которого, без объяснений, изъяты даже оптовики:

«...Статья 2... ..6) табачные организации - юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие производство, перемещение через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции, либо организации, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации аффилированными лицами этих юридических лиц, дочерние и зависимые организации, объединения таких лиц, а также организации, созданные такими лицами. В целях настоящего Федерального закона к табачным организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие производство, перемещение через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции».

Соответственно, в Статье 16 «Запрет рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака», и в ряде других статей, регулирующие формулировки относятся исключительно к «табачным организациям».

Табачный бизнес уже несколько лет назад изгнали из объединений предпринимателей на мировом уровне. Общеизвестно, что контакты с этими социально опасными изгоями убийственны для репутации политиков, чиновников, ученых, бизнеса, общественников. В ряде стран приняты специальные законы о защите бюрократии от табачников. Ничего подобного из принятого в России закона не может воспоследовать. Даже Индия давно запретила прямые иностранные инвестиции в табачную индустрию. В России продолжается политика кредитования, инвестирования, налоговых льгот иностранным табачным компаниям, продукция которых будет теперь еще более «законно» убивать граждан.

¹⁰ http://www.who.int/entity/fctc/text_download/ru/index.html

¹¹ <http://www.smokefreepartnership.eu/Progress-in-addressing-tobacco>

Иностранные табачные компании консультируют органы государственного управления. Постановлениями Правительства России периодически утверждаются Перечни технологического оборудования (в том числе комплектующих и запасных частей к нему), аналоги которого не производятся в Российской Федерации, ввоз которого на таможенную территорию Российской Федерации не подлежит обложению налогом на добавленную стоимость. Правительство настойчиво и последовательно, даже после ратификации Рамочной конвенции, включает в Перечень «Оборудование для подготовки или приготовления табака».¹²

Что касается санэпидконтроля на госгранице, имеется письмо Федеральной таможенной службы Российской Федерации от 4 марта 2005 г. N 06-61/6681 «О санитарно-эпидемиологической экспертизе»:

«В соответствии с письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 27.10.2004 N 0100/2170-04-31 информирую, что при таможенном оформлении табачного сырья, ввозимого производителями табачных изделий, в т.ч. взорванного и восстановленного табака, а также вспомогательных материалов; бумаги для производства сигарет, фольги, картона, триацетина, полипропиленовой пленки для использования в табачной промышленности не требуется представление санитарно-эпидемиологических заключений и свидетельств о государственной регистрации.

Прошу довести данную информацию до подчиненных таможенных органов и заинтересованных лиц. Начальник Главного управления товарной номенклатуры и торговых ограничений генерал-лейтенант таможенной службы А.О. Кудряшев».¹³

Россия практически не выращивает табак, 95% колоссальных объемов импортируемого сырья для производства 400 миллиардов сигарет в год идет через один терминал в Ленинградской области, на котором табачники, вероятно, могут решать свои вопросы.

Вряд ли такой привычный для иностранных табачных компаний в России, праздничный статус сможет изменить формулировка п. 5 Статьи 4 «Основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»:

«...5) приоритет охраны здоровья граждан перед интересами табачных организаций;...».

В п. 9 той же статьи записан принцип:

«...9) информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;...».

При этом, важнейшее сегодня направление информирования населения о маркетинговой активности табачной промышленности, включающей воздействие на законодательство и информационное пространство, законом не предусмотрено.

Аналогично сформулирована Статья 11 «Организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака»:

«В целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака, сокращения потребления табака осуществляются следующие меры:

¹² Об утверждении перечня технологического оборудования (в том числе комплектующих и запасных частей к нему), аналоги которого не производятся в Российской Федерации, ввоз которого на таможенную территорию Российской Федерации не подлежит обложению налогом на добавленную стоимость. Постановление Правительства РФ от 30 апреля 2009 года N 372. <http://www.tks.ru/news/law/2009/05/06/0002>. Цит. 14.09.09.

¹³ <http://bestpravo.ru/fed2005/data10/tex28524.htm>

...4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;».

Та же особенность прослеживается и в Статье 15 «Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма». Хотя и предусмотрено

«...предоставление информации:

...3) о табачной промышленности...»,

однако не указано, какой именно информации. Вероятно, о белой и пушистой «социальной ответственности» табачников, об огромном вкладе бизнеса на крови в отечественную культуру, Московский пасхальный фестиваль, с использованием иностранными табачниками авторитета российского искусства и Русской Православной Церкви, «просвещение» школьников, частно-государственное партнерство по повышению квалификации школьных учителей и т.п.

В Статье 15 записано также:

«... 3. Основные направления и цели просвещения населения определяются в рамках информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением табака, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения...»

В такой формулировке «стратегия» остается узковедомственной. Вряд ли у Минздрава будут финансовые и иные ресурсы для адекватного вовлечения необходимых участников, в том числе средств массовой информации, пока что успешно «окучиваемых» табачным бизнесом.

Маловероятно, что принятый закон поможет России прийти к распространенным в развитых странах успешным многомиллиардным искам к табачным компаниям, по возмещению вреда здоровью и жизни граждан от потребления их ядовитой наркотической продукции.

При этом п. 10 Статьи 4 «Основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» гласит:

«...10) возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, имуществу гражданина, в том числе имуществу индивидуального предпринимателя, или юридического лица вследствие нарушения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Важное значение может иметь п.6 Статьи 6 «Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»:

«6) принятие дополнительных мер, направленных на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Вероятно, что ряд субъектов Федерации, среди которых Татарстан, Чувашия, Чеченская Республика смогут подать воодушевляющие примеры, однако возможностей по охране здоровья граждан от некурительных форм потребления табака принятый закон для них не предусматривает.

Похоже, что так распространенному в России, развязному внедрению табачников в органы государственного управления не сможет помешать и Статья 8 закона «Взаимодействие органов государственной власти и органов местного самоуправления с табачными организациями»:

«1. При взаимодействии с индивидуальными предпринимателями, юридическими лицами в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака органы

государственной власти и органы местного самоуправления обязаны обеспечить подотчетность и прозрачность такого взаимодействия.

2. Взаимодействие органов государственной власти и органов местного самоуправления с табачными организациями по вопросам, являющимся предметом регулирования настоящего Федерального закона, должно осуществляться публично, и обращения табачных организаций, направляемые в письменной форме или в форме электронных документов, и ответы на эти обращения подлежат размещению на официальных сайтах органов государственной власти и органов местного самоуправления в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"».

Увы, прозрачность и подотчетность в России пока не поспевают за коррупцией, а предупреждение, выявление и преодоление конфликта интересов только формируются. Под п. 1, вероятно, подпадает в первую очередь деятельность раздражающих табачные компании противотабачных общественников, а п. 2 касается исключительно «табачных организаций».

Интересы иностранных табачных компаний надежно обеспечивают специальные мощные подразделения с огромными штатами и бюджетами, занимающиеся связями с государственными регулирующими органами и общественностью.

Вероятно, с подготовкой рассматриваемого закона, жизненно важного для иностранной табачной промышленности, связано и продвижение Н.В. Школкиной в депутаты Государственной думы VI созыва по списку «Единой России» в декабре 2011 года.

В 2003 - 2011 гг. она являлась исполнительным директором Совета по вопросам развития табачной промышленности, учрежденного с участием иностранных табачных компаний. Участвовала в подготовке успешной законодательной инициативы табачников – техрегламента. Признана «Лучшим GR-менеджером» табачной отрасли по итогам 2009 года. В настоящее время - заместитель председателя комитета Госдумы по аграрным вопросам, член Генерального совета партии «Единая Россия».¹⁴

В Статье 9 «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» можно проследить что-то вроде обвинения жертвы:

«...2. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака граждане обязаны:

...2) заботиться о формировании у детей отрицательного отношения к потреблению табака...»

как будто бы граждане имеют ресурсы, способные противодействовать адской маркетинговой кухне табачной промышленности. Также из этой формулировки может сложиться ложное впечатление, что табачная проблема – исключительно детская.

В Статье 12 «Запрет курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах», в п. 1 законодатели не смогли сформулировать общие принципы запрета, приведен закрытый список, который явно неполон. В ближайшее время мы увидим новые казусы, как, например, долго продолжавшуюся рекламу продукции табачных компаний в метро после ее запрета в метро. Кроме того, ожидаемо, в статье нет запрета на потребление некурильных форм продукции табачных компаний.

П. 4 этой статьи, похоже, без ясной причины, оставляет большую уязвимую группу нашего населения без защиты от последствий потребления табака, обеспечивая защитой только от «окружающего табачного дыма», да и то - в отдельно утверждаемом порядке:

«...4. Для лиц, находящихся в следственных изоляторах, иных местах принудительного содержания или отбывающих наказание в исправительных

¹⁴ <http://er.ru/persons/705/>

учреждениях, обеспечивается защита от воздействия окружающего табачного дыма в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения....».

При этом в законе не упоминается такая приоритетная группа населения, как военнослужащие, среди которых распространяется потребление табака.

Во второй части данной статьи регламентируется создание курилок, хотя доподлинно известно, что полная изоляция и полноценная вентиляция курилок практически недостижимы.

Доказано, что ключевую роль в борьбе с табачной эпидемией во многих странах мира, включая соседнюю Украину, успешно играют ценовые и налоговые меры. В законе есть Статья 13 «Ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия», где сказано:

«...2. Меры государственного воздействия на уровень цен табачной продукции осуществляются посредством установления минимальных розничных цен такой продукции. Минимальная розничная цена табачной продукции представляет собой цену, ниже которой единица потребительской упаковки (пачка) табачных изделий не может быть реализована потребителям предприятиями розничной торговли, общественного питания, сферы услуг, а также индивидуальными предпринимателями.

3. Минимальные розничные цены устанавливаются на уровне семидесяти пяти процентов от максимальных розничных цен, определяемых в порядке, установленном Налоговым кодексом Российской Федерации...».

В России табачные компании обладают огромным влиянием на налоговую политику в отношении себя, любимых, вывозили наших налоговиков на конференции. Согласно Налоговому кодексу Российской Федерации, Статьи 187.1. «Порядок определения расчетной стоимости табачных изделий, в отношении которых установлены комбинированные налоговые ставки»:

«...2. Максимальная розничная цена представляет собой цену, выше которой единица потребительской упаковки (пачка) табачных изделий не может быть реализована потребителям предприятиями розничной торговли, общественного питания, сферы услуг, а также индивидуальными предпринимателями. Максимальная розничная цена устанавливается налогоплательщиком самостоятельно на единицу потребительской упаковки (пачку) табачных изделий отдельно по каждой марке (каждому наименованию) табачных изделий...».¹⁵

Таким образом, не государство, а иностранные табачные компании будут продолжать «самостоятельно» определять цены на продукцию, да так, чтобы спрос рос, а не сокращался. Грозное «государственное воздействие» по установлению минимальных цен ограничится арифметическими расчетами 75% от установленной компаниями максимальной цены. Здравоохранение в России будут продолжать бить за болезни и смерти, а табачники будут процветать, оплачивая работу экспертов, обосновывая «экономически целесообразные» решения.

Коротенькая Статья 14 «Регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий» отсылает к ранее упомянутому нами законодательству Российской Федерации о техническом регулировании, которое было разработано и представлено

¹⁵ <http://www.interlaw.ru/law/docs/10800200-084.htm>

законодателям организацией, созданной при участии иностранных табачных компаний. Действительно, в современные табачные изделия производители добавляют огромное количество химикатов и переработанных отходов, в частности, есть сообщения об использовании ...крови свиней.¹⁶ При этом иностранная табачная промышленность, естественно, не торопится раскрывать в России эту разрушительную для себя информацию.

Похожая ситуация в отношении положений Статьи 16 «Запрет рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака»:

«...5. Запрет рекламы табака, табачных изделий и курительных принадлежностей осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации о рекламе...».

Известно, что иностранные табачные компании, вместе с производителями алкоголя и мусорной еды, энергетических напитков правят бал в российской рекламе.

Эта, важная для преодоления табачной эпидемии 16-я статья в принятом законе – может напоминать просто трансформер или плавленый сырок какой-то:

«...1. В целях сокращения спроса на табак и табачные изделия запрещаются:

...3) использование фирменных наименований, товарных знаков и знаков обслуживания, а также коммерческих обозначений, принадлежащих табачным организациям, при организации и осуществлении благотворительной деятельности;»

2) спонсорство табака...».

Таким образом, следуя законодательному запрету, «табачным организациям» разрешается «благотворительная деятельность», а почти неуловимую границу между разрешенной и запрещенной их деятельностью, вероятно, успешно проведут за гонорар изобретательные, творческие юристы-слуги табачников. В законе отсутствует принципиально необходимый в России запрет на финансирование политических партий, политическую коррупцию, проникновение в органы государственного управления.

Эта же статья, запрещая, одновременно изящно и витиевато разрешает доступ табачников и к самому главному для них из искусств по силе воздействия на массовое поведение, в том числе стимулирование потребления табака:

«...2. Не допускается демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака во вновь созданных и предназначенных для взрослых аудиовизуальных произведениях, включая теле- и видеофильмы, в театрально-зрелищных представлениях, в радио-, теле-, видео- и кинохроникальных программах, а также публичное исполнение, сообщение в эфир, по кабелю и любое другое использование указанных произведений, представлений, программ, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака, за исключением случаев, если такое действие является неотъемлемой частью художественного замысла...».

Также в данной статье предусмотрено, что

«...4. Допускается демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака при информировании населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма в средствах массовой информации при проведении информационных кампаний...».

Похоже, продолжится увлекательное соревнование творческих виртуозов, нанятых табачниками, в законном продвижении ядовитого продукта под видом борьбы с оным. Недавний пример такого подхода – огромные дорожные щиты «Купите себе...», на

¹⁶ <http://www.dailytelegraph.com.au/news/breaking-news/cigarettes-may-contain-pigs-blood/story-e6freuyi-1225847538778>

которых название болезни, написанное на маняще изображенной сигарете, видно только с небольшого расстояния.

В Статье 17 «Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака» предусмотрено

«...2. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, включая профилактику, диагностику и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, оказывается на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи...».

Потребление табака в любой форме – неизлечимая, рецидивирующая болезнь. Сегодня наркологическая теория и практика могут привести к устойчивой ремиссии, длящейся год, менее 20% потребителей. При этом ни стандарты, ни порядок соответствующей помощи Минздравом пока не согласованы и не утверждены, даже для взрослых, не говоря о зависимых несовершеннолетних.

Одно из очевидных затруднений на этом пути – относительная дороговизна качественной помощи по отказу от потребления табака в сочетании с наличием десятков миллионов потребителей. В этой ситуации наше государство, вероятно, разрешившее табачникам опутать более трети населения наркотической зависимостью, вряд ли готово раскошелиться.

Необходимо отметить, что развитые страны сегодня рассматривают как самое перспективное средство для прекращения потребления табака в крупномасштабных государственных программах по критериям безопасности, эффективности, действенности и доступности растительный препарат цитизин (табекс), разработанный и широко применявшийся в странах социализма, в том числе СССР.

Россия занимает второе после Китая место в мире по уровню нелегальной торговли сигаретами, достигшему уже в 2007 году 76 миллиардов штук¹⁷, является источником масштабной, позорной для репутации страны контрабанды продукции табачных компаний, в первую очередь в страны Европы и СНГ.

По оценкам Европейского регионального бюро ВОЗ, в Российской Федерации контрабандой становятся 20–30% сигарет, ВОЗ делает вывод, что Российская Федерация остается самым крупным нелегальным табачным рынком в Европе в отношении объема.¹⁸ Даже с учетом расхождения оценок, контрабанда такого масштаба вызывает вопросы о роли и участии в ее организации самих табачных компаний.

Страны-Стороны Рамочной конвенции внедряют механизмы, настойчиво требующие от России принять соответствующие меры. В Статье 18 «Предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями» предусматривается налаживание, вероятно отсутствовавшего до последнего времени, судя по формулировкам, учета деятельности табачников:

«1. Предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями включает в себя:

¹⁷ Joossens L, Merriman D, Ross H, Raw M. How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenue and save lives. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2009. P. 12.

¹⁸ World Health Organization. The European Tobacco Control Report 2007, Copenhagen 2007.

1) обеспечение учета производства табачных изделий, перемещения через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции и табачных изделий, осуществления оптовой и розничной торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

2) отслеживание оборота производственного оборудования, движения и распределения табачной продукции и табачных изделий;

3) пресечение случаев незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями и привлечение к ответственности, в том числе конфискацию контрафактных, незаконно перемещенных через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции и табачных изделий, оборудования, на котором были произведены контрафактные табачные изделия, их уничтожение в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Учет производства табачных изделий, перемещения через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции и табачных изделий, осуществления оптовой и розничной торговли табачной продукцией и табачными изделиями, отслеживание оборота производственного оборудования, движения и распределения табачной продукции и табачных изделий осуществляются на основании данных таможенного и налогового учета, систем маркировки табачных изделий специальными и (или) акцизными марками и собственных систем учета производителей. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий анализ информации, указанной в настоящей статье, и порядок обмена информацией между контролирующими органами определяются Правительством Российской Федерации.

3. В целях предупреждения незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями каждая пачка и каждая упаковка табачных изделий подлежат в обязательном порядке маркировке в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о техническом регулировании».

Примечательно, что пункты 1 и 2 части 1 и часть 2 данной статьи вступают в силу лишь с 1 января 2017 года. Вероятно, в интересах табачников, отведено около 4 лет времени для наведения порядка, или, может быть, для заметания следов нарушений. Так что, табачная контрабанда из России, скорее всего, продолжится.

Закон не предусматривает, как ожидалось, принципиального сокращения аномального – до 500 000 по стране - числа точек продаж продукции табачных компаний, которые часто трудно отнести к «белой» экономике. Вот Статья 19 «Ограничения торговли табачной продукцией и табачными изделиями»:

«1. Розничная торговля табачной продукцией осуществляется в магазинах и павильонах. В целях настоящей статьи под магазином понимается здание или его часть, специально оборудованные, предназначенные для продажи товаров и оказания услуг покупателям и обеспеченные торговыми, подсобными, административно-бытовыми помещениями, а также помещениями для приема, хранения товаров и подготовки их к продаже, под павильоном понимается строение, имеющее торговый зал и рассчитанное на одно рабочее место или несколько рабочих мест».

Отказу от сокращения числа точек продаж по принципу площади торгового зала, думается, способствовали нагнетавшиеся фальшивые опасения «политических» рисков законопроекта, кампания в регионах по сбору подписей владельцев ларьков,

представление данной меры как конкурентной акции торговых сетей, и другие дружественные интересам табачников действия.

Ограничений доступности по времени продажи законом не предусматривается.

В местах продаж, согласно принятому закону, вероятно, не удастся разместить современную наглядную агитацию о вреде потребления продукции табачных компаний для здоровья:

«5. Информация о табачной продукции, предлагаемой для розничной торговли, доводится продавцом в соответствии с законодательством Российской Федерации о защите прав потребителей до сведения покупателей посредством размещения в торговом зале перечня продаваемой табачной продукции, текст которого выполнен буквами одинакового размера черного цвета на белом фоне и который составлен в алфавитном порядке, с указанием цены продаваемой табачной продукции без использования каких-либо графических изображений и рисунков...».

Похожая формулировка в разработанном при участии табачного бизнеса техрегламенте 2008 года не позволила своевременно внедрить в России изображения на потребительской упаковке о вреде потребления продукции табачных компаний.

В этой же статье указано, что

«8. Запрещается оптовая и розничная торговля насваем».

Из этого запрета может следовать, что в Россию разрешается завозить и распространять здесь насвай - под предлогом личного потребления. Насвай содержит табак, гашеную известь, ряд других экзотических компонентов.

Примечательно, что на родине насвая, в Туркмении, уже в 2008 г. Президент запретил его производство, реализацию, использование и завоз. В Казахстане согласно указу Президента от 2011 года насвай регулируется, как наркотик. Таким образом, многочисленные мигранты из стран, в которых уже запрещен насвай, в России смогут его законно ввозить и потреблять, бесплатно угощать окружающих.

Запрет торговли только насваем в законе может указывать, что оборот всех остальных не упомянутых здесь некуриТЕЛЬНЫХ форм потребления табака, названных в Статье 2, п.1:

«4) потребление табака - курение табака, сосание, жевание, нюханье табачных изделий;»

законом практически не регулируется.

В связи с принятием закона вероятно широкое распространение в России не менее опасных по сравнению с курением некуриТЕЛЬНЫХ форм потребления табака. В частности, можно ожидать дальнейшего расползания снюса, продажа которого запрещена в странах Евросоюза еще в 1992 году, за исключением Швеции и Норвегии. При этом, похоже, что новые формы продукции табачных компаний дополняют, а не замещают достигнутые в России рекордные уровни курения. Население страны, в первую очередь - молодежь, вероятно, ожидает настойчивое внедрение табачной жвачки, вызывающей зависимость.

К слову сказать, в законе нет прямого запрета или упоминания так называемых «электронных сигарет», и следовательно, они разрешаются по умолчанию. Эти лукавые приборы запрещены во многих странах мира, а в России продвигаются местными заинтересованными силами.

Не запрещается законом и кальян, применение которого в общественных местах запрещено даже в исторически привычных к кальяну Иране, Турции.

В Статье 22 «Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака» законодатели не отказали себе в удовольствии посеять сомнения в факте полной научной изученности табачной темы, исследованной за 100 лет досконально:

«1. Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, включают в себя:

1) проведение научных исследований, направленных на изучение причин и последствий потребления табака, действий по стимулированию продажи и потребления табака;...»

Порядок мониторинга также пока не разработан. На основании его результатов, в частности, осуществляется

«4...3) подготовка и представление доклада о выполнении Российской Федерацией Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака».

Статья 23 «Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона» предусматривает, что

«За нарушение законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака устанавливается дисциплинарная, гражданско-правовая, административная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.»

Однако соответствующие санкции пока не приняты, и их принятие, вероятно, будет тормозиться, так как в СМИ уже можно видеть признаки набирающей силу кампании по дискредитации закона.¹⁹

Статья 25 «Вступление в силу настоящего Федерального закона» откладывает вступление ряда его положений на период от года до 4-х (!) лет.

Функционирование капитала, в особенности табачного, в особенности в России, увы, безжалостно.

Можно согласиться с мнением, что

«...В тексте же есть другая фундаментальная проблема: в нем прописаны лишь минимальные, самые очевидные уступки современным требованиям ВОЗ, причем почти все эти уступки касаются напрямую потребителя и немного — розничного продавца. Интересов производителя новый закон едва касается...»²⁰

Практически постатейное рассмотрение принятого закона может привести к выводу, что иностранным табачным компаниям удалось нейтрализовать основные риски для своего благополучия, связанные с ратификацией Россией Рамочной конвенции, обеспечив контроль за внесением соответствующих изменений в российское законодательство. Принятый закон, похоже, вписывается в тенденцию, заложенную «убийством» закона 2001 года и подрывом процесса Рамочной конвенции в 1998-2012 годах.

Подробности деятельности иностранных табачных компаний и их союзников по данному законопроекту станут известны со временем. Пока есть только некоторые факты.

Ослабление законопроекта отмечено между первым и вторым чтениями в Государственной думе:

«...есть все основания полагать, что во втором, решающем чтении будут рассматриваться поправки, написанные в полном соответствии с пожеланиями табачной промышленности. Поправки, ослабляющие закон, разработало консалтинговое агентство «Румянцев и партнеры». Они идут вразрез с позицией премьер-министра РФ Дмитрия Медведева и Министерства здравоохранения. А

¹⁹ См., например: Антитабачный закон отправит курильщиков в загон. <http://news.mail.ru/politics/11949442/>

²⁰ К. Шаинян. Беспольный закон о вреде. <http://www.svoboda.org/content/article/24900514.html>

также противоречат Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2013 гг., подписанной Владимиром Путиным в сентябре 2010 года.

Антитабачный закон, по версии агентства, не должен содержать следующие меры:

- запрет на продажу табака в киосках и магазинах площадью менее 50 квадратных метров;

- запрет на открытую выкладку табачных изделий;

- запрет на реализацию некурительных табачных смесей;

- запрет на продажу табачных изделий на вокзалах, в гостиницах и заведениях общественного питания;

- установка минимальной цены пачки и повышение акцизов на табак;

- полный запрет на курение в общественных местах;

- запрет на участие табачной промышленности в разработке политики по борьбе с курением;

- полный запрет рекламы и стимулирования продажи табачных изделий...».²¹

Необходимо отметить также вероятность неполной прозрачности процесса разработки и обсуждения законопроекта для общественности, слабости позиций Министерства здравоохранения и профильного комитета Думы.

Налицо широкое участие табачников в обсуждениях законопроекта, вероятно, нарушающее Статью 5.3. Конвенции, неэффективность ВОЗ и международной поддержки групп, призванных способствовать разработке и принятию законопроекта, адекватного сложившейся ситуации и Конвенции, мобилизовать гражданское общество.

Российское государство, по-видимому, не сумевшее защитить национальные интересы, успешно отчитается за пять лет имитации «выполнения» Конвенции, а население останется опорой и заложником социально опасного бизнеса.

Иностранные табачные компании и их союзники получают новые выгоды, отчуждая в доходы жизнь и здоровье наших сограждан. Похоже, что успех табачников используют иностранные алкогольные компании, решающие в России похожие задачи.

Принятый закон, вероятно, будет использован при выстраивании благоприятных для социально опасного бизнеса режимов, как в интеграционных процессах в регионе, так и в странах СНГ, а также в процессах, связанных с ВТО.

Эти трагические события происходят на фоне принятия зарубежными странами, среди которых Соединенное Королевство, Финляндия, Новая Зеландия и другие, государственных программ по полному освобождению от оборота и потребления табака.

С учетом возможностей, предлагавшихся России ее участием в процессе Рамочной конвенции, назвать принятый закон шагом вперед не представляется возможным. Скорее это еще один шаг к созданию в России и вокруг нее зоны, комфортной для глобальных табачных компаний, практически свободной от Рамочной конвенции.

Таким образом, по разным причинам, Россия пока не интегрируется полноценно в развивающуюся политику и управление в сфере глобального здоровья, для защиты своих национальных интересов и интересов мирового сообщества.

Опубликовано на сайте Российской ассоциации общественного здоровья
www.raoz.ru 27.02.2013

²¹ Борьба между Минздравом и табачным лобби идет нешуточная. Предмет раздора — здоровье россиян. Кто кого? Александра Зиновьева Московский Комсомолец № 26140 от 18 января 2013 г. <http://www.mk.ru/social/health/article/2013/01/17/799639-zakon-o-kurenii-kto-kogo.htm>

Приложение 2.

За пределами ратификации. Будущее для вовлечения США в международную борьбу против табака. Доклад Центра политики глобального здоровья Центра стратегических и международных исследований. Автор Томас Дж. Боллики. Ноябрь 2010. (Beyond Ratification. The Future for U.S. Engagement on International Tobacco Control. A Report of the CSIS Global Health Policy Center. Author Thomas J. Bollyky. November 2010. CSIS

О Центре стратегических и международных исследований (CSIS)

В эпоху постоянно меняющихся глобальных возможностей и проблем, Центр стратегических и международных исследований (CSIS) предоставляет стратегические идеи и практические политические решения лицам, принимающим решения. CSIS проводит исследования и анализ и разрабатывает политические инициативы, которые смотрят в будущее и предвидят изменения.

Основанный Дэвидом М. Эбшайр (David M. Abshire) и адмиралом Арли Берк (Admiral Arleigh Burke) в разгар холодной войны, CSIS был посвящен простой, но насущной необходимости поиска путей для Америки, чтобы выжить как государство и процветать как народ. С 1962 года, CSIS вырос и стал одним из самых выдающихся институтов общественной политики в мире.

Сегодня CSIS является двухпартийной, некоммерческой организацией со штаб-квартирой в Вашингтоне, округ Колумбия. Более 220 штатных сотрудников и большая сеть аффилированных ученых сосредоточили свои знания на обороне и безопасности; по регионам мира и уникальным присущим им проблемам; а также на вопросах, которые не знают границ в условиях все более взаимосвязанного мира.

Бывший сенатор США Сэм Нанн (Sam Nunn) стал председателем Совета попечителей CSIS в 1999 году, и Джон Дж. Хамре (John J. Hamre) руководит CSIS с 2000 года, в качестве президента и главного исполнительного сотрудника.

CSIS не занимает конкретные политические позиции, соответственно, все мнения, выраженные в данной публикации, следует понимать как исключительно принадлежащие автору.

© 2010 г. Центр стратегических и международных исследований. Все права защищены¹. ISBN 978-0-89206-610-0

Center for Strategic and International Studies 1800 K Street, N.W., Washington, D.C. 20006 Tel: (202) 775-3119 Fax: (202) 775-3199 Web: www.csis.org

Thomas J. Bollyky²

Обзор

Потребление табака является, возможно, самой большой угрозой для глобального здоровья. Потребление табака и пассивное курение убивает больше людей ежегодно, чем ВИЧ / СПИД, туберкулез и малярия, вместе взятые. Если не будут приняты меры, расширяющаяся пандемия связанных с табаком болезней обещает инвалидизировать и убить сотни миллионов людей в ближайшие десятилетия, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода. Помимо влияния на заболеваемость и смертность, потребление

¹ Перевод и публикация на русском языке с разрешения Центра стратегических и международных исследований.

² Thomas J. Bollyky является посещающим стипендиатом Центра Глобального развития (Center for Global Development). Он благодарит коллег, в особенности Samira Asma, Doug Bettcher, Paul Bollyky, Brooke Cashman, Larry Gostin, Kelly Henning, Kristen McCall, Steve Morrison, Phil Nieburg, Tim O'Leary, Vinayak Prasad, Cindy Prieto, и Bill Savedoff, которые внесли свой вклад и комментировали проекты этой статьи.

табака приводит к драматическим социальным и экономическим последствиям, истощает бюджеты здравоохранения, лишает семьи основных приносящих ей заработок членов, и является препятствием для экономического развития.

Потребление табака является также одной из наиболее предотвратимых угроз глобальному здоровью. Экономически эффективные, научно обоснованные программы борьбы против табака достигли успехов и в развитых, и в развивающихся странах. Рамочная конвенция по борьбе против табака (РКБТ) - первый договор, разработанный и принятый в соответствии с полномочиями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), обеспечивает план для этих программ борьбы против табака, и платформу для их мониторинга и реализации. При условии достаточного обеспечения ресурсами и осуществления, стратегии, включенные в РКБТ, делают возможным предотвращение миллионов преждевременных смертей на надежной основе.

Несмотря на широкое принятие РКБТ, ее осуществление в значительной степени затормозилось во всем мире. Эту ситуацию можно частично объяснить недостаточными стимулами, ресурсами и технической поддержкой для осуществления РКБТ в странах с низким и средним уровнем дохода. В отсутствие эффективных коллективных действий, отдельные правительства предпринимают нескоординированные усилия по борьбе против табака, которые умножают торговые споры и увеличивают потенциал для контрабанды сигарет. Неспособность осуществить РКБТ поставит под угрозу ее будущее, как средства для продвижения глобальной борьбы против табака и нанесет ущерб доверию к ВОЗ.

Многие, выступающие за расширение вовлечения США в глобальную борьбу против табака, сосредоточивались на необходимости для Соединенных Штатов ратифицировать РКБТ.³ С учетом незначительных ближайших перспектив для ратификации, и отсутствия импульса в направлении осуществления РКБТ, оправдан новый подход.

Хотя Соединенным Штатам следует ратифицировать РКБТ, не следует привязывать к этому начало расширения поддержки осуществлению РКБТ в странах с низким и средним уровнем дохода со стороны США. Этот подход будет направлен на достижение той же цели – убедительно продемонстрировать приверженность и лидерство США, и сделать больше для продвижения глобальной борьбы против табака. Для достижения этих целей, Соединенным Штатам следует участвовать в четырехчастной стратегии по обеспечению ресурсами, стимулами и технической поддержкой, необходимой для осуществления РКБТ развивающимися странами:

- *Сделать борьбу против табака приоритетом глобального здоровья.* Первым необходимым шагом на пути к разработке нового подхода к международной борьбе против табака является признание ее приоритетом США в области глобального здоровья. Глобальная борьба против табака занимает центральное место для обеспечения успеха Инициативы по глобальному здоровью, и ее следует рассматривать как отличительную инициативу США в области неинфекционных болезней. Следует обеспечить большую согласованность торговой политики США и политики глобального здоровья в отношении табака. Соединенным Штатам следует работать с многосторонними и двусторонними агентствами по развитию, и с региональными экономическими и медицинскими учреждениями, чтобы также продвигать международную борьбу против табака, как приоритет.

- *Улучшать ресурсы для глобальной борьбы против табака.* Борьба против табака серьезно недофинансируется, особенно в развивающихся странах. Соединенным Штатам следует стремиться к достижению приверженности партнерских стран Группы 20 (G-20) относительно введения добавочного налога на потребление табака, для финансирования

³ См., например, Benn McGrady, *U.S. Engagement in International Tobacco Control* (Washington, D.C.: CSIS, June 2009).

программ борьбы против табака в развивающихся странах. Доходы от добавочного налога должны идти в специальный фонд под управлением ВОЗ, Всемирного банка, или независимого международного актора.

- *Создание стимулов для внедрения РКБТ.* Соединенным Штатам следует создать необходимые стимулы для подхода к осуществлению РКБТ в развивающихся странах, движимого результатами, и направленного «снизу вверх». Одним из таких стимулов может быть помощь в борьбе против табака по принципу «наличные за результат» (НЗР) (cash-on-delivery COD). Финансирование для создания таких стимулов следует получить из добавочных налогов на потребление табака.

- *Увеличить техническую помощь, надзор, и поддержку.* Остающиеся ресурсы от добавочного налога следует использовать для поддержки многосторонней и региональной технической помощи и создания потенциала для осуществления РКБТ развивающимися странами. Соединенным Штатам следует поддержать эти усилия путем увеличения технической помощи в тех областях, где США имеют относительные преимущества: надзор за табаком, налогообложение, регулирование продукции, а также мониторинг и оценка.

- *Потребление табака является, пожалуй, самой большой угрозой для глобального здоровья.* Потребление табака является ведущей причиной заболеваемости и преждевременной смерти во всем мире (Рисунок 1).

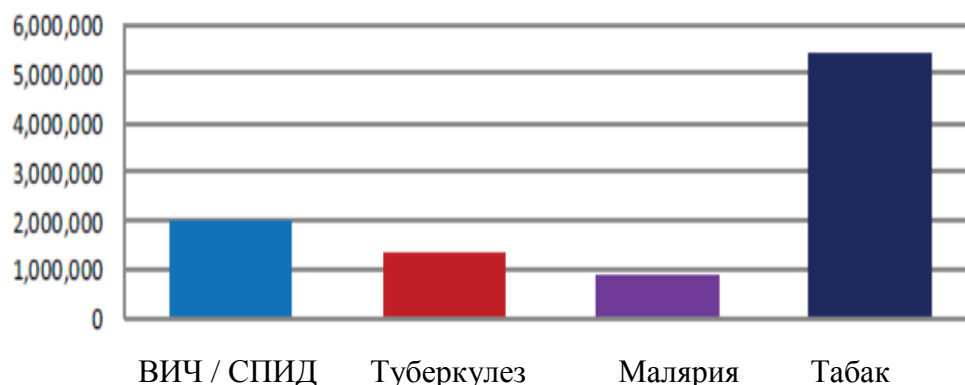


Рисунок 1. Причины глобальной смертности в 2008 году.

Источники: UNAIDS, "AIDS Epidemic Update - December 2009"; WHO, "Tuberculosis Fact Sheet"; Kaiser Family Foundation, "Estimated Malaria Deaths 2006-2008"; WHO, "Report on Global Tobacco Epidemic 2009."

В мире насчитывается 1,2 миллиарда курильщиков, это примерно одна треть взрослого населения планеты.⁴ Семьсот миллионов детей - примерно 40 процентов от общего числа детей - подвергаются воздействию вторичного табачного дыма в жилищах.⁵ Потребление табака в целом выше среди бедных, и растет среди девочек.⁶ Потребление табака и вторичный табачный дым непосредственно связаны с развитием невероятного числа заболеваний - раков, сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, болезней детского возраста, осложнений беременности и заболеваний дыхательной системы. Курение увеличивает риск заражения туберкулезом (ТБ), наркомании, резистентности к

⁴ Lawrence O. Gostin, *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*, 2nd ed. (Berkeley: University of California Press, 2008), p. 255.

⁵ World Health Organization (WHO), *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: Implementing Smoke-Free Environments* (Geneva: WHO, 2009), p. 20.

⁶ Institute of Medicine, *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health* (Washington, D.C.: National Academies Press, 2010), p. 73.

лекарствам, неудовлетворительных результатов лечения, и смертности.⁷ По данным ВОЗ, связанные с табаком болезни убивают более пяти миллионов человек в год – больше, чем ВИЧ / СПИД, малярия и туберкулез, вместе взятые.⁸ ВОЗ связывает дополнительные 600 тысяч преждевременных смертей в год с воздействием вторичного табачного дыма.⁹ Если современные тенденции сохранятся, ВОЗ ожидает, что связанные с табаком смерти составят более восьми миллионов человек в год к 2030 году, и один миллиард жизней к концу столетия.¹⁰ Более 80 процентов этих смертей произойдет в развивающихся странах.¹¹

Помимо потерь жизни людей, потребление табака приводит к драматическим социальным и экономическим последствиям. Во многих странах, на связанные с табаком болезни приходится самые большие расходы на здравоохранение.¹² Эти расходы истощают ограниченные ресурсы здравоохранения в развивающихся странах, и подрывают способность систем здравоохранения этих стран реагировать на инфекционные заболевания и заболевания, связанные с питанием, а также другие угрозы здоровью. Потребление табака также приводит к расходам бюджетов домашних хозяйств, лишает семьи основных приносящих ей доходы членов, и тормозит экономическое развитие.¹³ Американское противораковое общество рассчитало, что потребление табака приводит к расходам мировой экономики, составляющим 500 миллиардов долларов в год, что примерно в три раза больше, чем налоговые поступления, которые правительства получают от потребления табака в год.¹⁴

Потребление табака является одной из самых предотвратимых угроз глобальному здоровью

Борьба против табака работает. Стратегии глобальной борьбы против табака научно обоснованы и экономически эффективны, и предлагают возможность предотвратить миллионы преждевременных смертей на надежной основе. Акцизы, запрет на курение в общественных местах, и маркетинговые ограничения сократили курение как в развитых, так и в развивающихся странах. Между 2002 и 2007 годами, программа борьбы против табака в Нью-Йорке сократила распространенность курения среди взрослых с 21,5% до 17,5%, что, как ожидается, приведет к сокращению числа случаев преждевременной смерти, связанных с курением, на 80 тысяч.¹⁵

⁷ Ibid., pp. 103-104.

⁸ WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, pp. 13-14.

⁹ Ibid., p. 20.

¹⁰ Ibid., p. 14.

¹¹ Omar Shafey et al., *The Tobacco Atlas*, 3rd ed. (Atlanta, Ga.: American Cancer Society, 2009), p. 38.

¹² Lawrence O. Gostin, "Global Regulatory Strategies for Tobacco Control," *JAMA* 298, no. 17 (2007): 2057.

¹³ См. Institute of Medicine, *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World*, pp. 136-142, где описано глобальное воздействие сердечно-сосудистых заболеваний, включая болезни, вызванные потреблением табака, в частности, в плане прямых расходов (расходы на здравоохранение, потери производительности, и доходов) и не прямых расходов (более низкие сбережения, меньше инвестиций и образования); это происходит на макроэкономическом и на микроэкономическом уровнях; см. также Ying Xin и соавт., "The Impact of Smoking and Quitting on Household Expenditure Patterns and Medical Care Costs in China," *Tobacco Control* (21 января 2009 года), <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2009/01/21/tc.2008.026955>, где сообщается о результатах обследования в сельской местности Китая, и показано, что курение сокращало расходы на базовые потребности, такие как продукты питания, товары длительного пользования, и образование; и Roy M. John, "Crowding Out Effect of Tobacco Expenditure and Its Implications on Household Resource Allocation in India," *Social Science and Medicine* 66 (2008): 1356, где сообщается, что домохозяйства в Индии, которые потребляли табак, характеризовались более низким потреблением продуктов питания и образованием, и менее чистым потреблением топлива, по сравнению с домохозяйствами, свободными от табака.

¹⁴ Shafey и соавт., *Tobacco Atlas*, p. 42; WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, pp. 10, 60, где сообщается, что правительства собирают 167 миллиардов долларов США в форме налогов на табак. См. также Roy M. John и соавт., "Economic Cost of Tobacco Use in India," *Tobacco Control* 18 (2009): 138, где показано, что общий экономический ущерб от потребления табака в Индии в 2004 году составил 1,7 миллиарда долларов США, что больше, чем 1,46 миллиарда долларов США, которые Индия собрала в этом году в виде акцизных налогов, и гораздо больше, чем 551 876 долларов США, которые Индия израсходовала на мероприятия по борьбе против табака.

¹⁵ "Implementation of Tobacco Control Policies Proves Hard to Do," *Lancet* 369, no. 9580 (2007): 2133.

Страны с низкими и средними доходами, такие как Бутан, Польша, Южная Африка и Таиланд, аналогичным образом осуществили успешные программы по борьбе против табака.¹⁶

Обширный независимый анализ подтвердил, что комплексные программы борьбы против табака являются экономически эффективными.¹⁷ Согласно недавнему анализу, глобальное сокращение курения взрослых на 20% к 2020 году предотвратит 100 миллионов преждевременных, связанных с табаком, смертей.¹⁸

РКБТ предоставляет план всеобъемлющей борьбы против табака и платформу для координации и развития политики. ВОЗ разработала РКБТ для решения проблем осуществления и поддержания программ борьбы против табака в условиях глобализации торговли табаком, влияния промышленности, и маркетинга.¹⁹ РКБТ вступила в силу 27 февраля 2005 года и быстро стала одним из наиболее широких по числу подписавших сторон, договоров в мире; в 170 государствах, которые являются участниками РКБТ, проживает 86% населения мира.²⁰

РКБТ представляет собой подход к глобальной борьбе против табака типа «сверху вниз». Государства, которые являются участниками РКБТ, обязуются осуществить конкретные внутренние стратегии борьбы против табака для сокращения предложения табака, и спроса на табачную продукцию.²¹ Стратегии сокращения спроса на табак РКБТ включают ценовые и налоговые меры, а также неценовые меры, такие как законодательство о свободе от табачного дыма; о рекламе, упаковке и маркировке табачных изделий; а также программы поддержки прекращения потребления табака.²² Стратегии сокращения предложения табака в РКБТ включают борьбу с незаконной торговлей табачными изделиями, продажами несовершеннолетним, и замещением урожая.²³ РКБТ, однако, не содержит конкретных стандартов для национальных стратегий борьбы против табака или механизмов для мониторинга или обеспечения их осуществления.²⁴ Вместо этого, Конференция Сторон (COP) с течением времени дополняет РКБТ обязательствами, путем разработки более подробных руководств и протоколов. На сегодняшний день COP разработала необязательные руководящие принципы по законодательству о свободе от табачного дыма и упаковке табачных изделий, о рекламе, о стимулировании продажи и спонсорстве, и сейчас разрабатывает юридически обязательный протокол о контрабанде сигарет, который будет завершен в 2012 году.²⁵ В 2008 году ВОЗ, при поддержке Инициативы Блумберга по сокращению

¹⁶ См. WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, pp. 61, E238-41, E258-261, E284-85; Molly Kinder, "Case 14: Curbing Tobacco Use in Poland;" в *Milliolls Saved: Proven Successes in Global Health*, ed. Ruth Levine (Washington, D.C.: Center for Global Development, 2004); Sonam Ugen, "Bhutan: The World's Most Advanced Tobacco Control Nation?" *Tobacco Control* 12 (2003): 431; Mia Malan and Rosemary Leaver, "Political Change in South Africa: New Tobacco Control and Public Health Policies" in *Tobacco Control Policy: Strategies, Successes, and Setbacks*, ed. Joy de Beyer and Linda Waverley (Washington, D.C.: RITC and World Bank, 2003), p. 121; Prakit Vateesatokit, "Tailoring Tobacco Control Efforts to the Country: The Example of Thailand;" in *Tobacco Control Policy*, ed. de Beyer and Waverley.

¹⁷ См. Institute of Medicine, *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World*, pp. 320, 338-347, где резюмируется значительная литература, которая поддерживает экономическую эффективность противотабачных регуляторных вмешательств, таких как налогообложение, свободные от табака общественные места, ограничения на маркетинг, и прекращение потребления табака среди молодежи.

¹⁸ Thomas R. Frieden and Michael Bloomberg, "How to Prevent 100 Million Deaths from Tobacco;" *Lancet* 369 (2007): 1758.

¹⁹ Gro Harlem Brundtland, "Achieving Worldwide Tobacco Control;" *JAMA* 284 (2000): 750.

²⁰ В настоящее время имеется 171 сторона РКБТ, однако одна из них – Европейское Сообщество, которое не является государством. См. "Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control;" WHO, FCTC, 2010, www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html

²¹ РКБТ, статьи 4 - 5.

²² РКБТ, статьи 6 – 14.

²³ РКБТ, статьи 15 - 17.

²⁴ См. Gostin, *Public Health Law*, p. 255, где отмечено, что РКБТ уязвима для критики, что ее положения являются увещивающими и необязательными, мягким, нежели твердым законом.

²⁵ ВОЗ, *Guidelines for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control* (Geneva: WHO, 2009), www.who.int/fctc/guidelines/en/. См. Rebecca L. Haffajee и M. Gregg Bloche, "The FCTC and the Psychology of Tobacco

потребления табака, также разработала MPOWER, пакет научно обоснованных, действенных и измеримых стратегий в поддержку осуществления РКБТ на уровне страны.²⁶

Осуществление РКБТ ВОЗ отстаёт

Несмотря на широкое распространение РКБТ, ее осуществление и усилия по борьбе против табака в развивающихся странах, в значительной степени затормозились. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2009 года показал, что:

- Менее 10 процентов населения мира охвачено какой-либо из рекомендованных ВОЗ мер по сокращению спроса на табак;

- 90 процентов населения мира не имеет защиты от маркетинга табачной промышленности;

- 95 процентов населения мира живет в странах, где налоги составляют менее 75 процентов от розничной цены сигарет; и

- Только в 9 процентах государств-членов РКБТ имеются законы об освобождении от табачного дыма баров и ресторанов, а 65 государств-членов сообщают об отсутствии осуществления каких-либо мер по освобождению от табачного дыма на национальном уровне.²⁷

Некоторые из причин замедления осуществления РКБТ, можно отнести к воздействию промышленности и заинтересованных стран. По мере того, как потребление табака снижалось в богатых странах, транснациональные табачные компании агрессивно стремились расширить рынки для своей продукции в странах с низким и средним уровнем дохода.²⁸ Многие страны не имеют управления, ресурсов и потенциала для принятия эффективных и устойчивых программ по борьбе против табака.²⁹ Новые инициативы по борьбе против табака сталкиваются с острой политической оппозицией иностранных и местных производителей, некоторые из которых могут полностью или частично принадлежать правительству.³⁰ Правительства опасаются, что повышенные налоги на табачные изделия будут вредить местным экономическим интересам и разжигать политические беспорядки среди малообеспеченных курильщиков. В глобальном масштабе, правительства собирают доходы в 167 миллиардов долларов в виде ежегодного налога на табачные изделия, что в 173 раза превышает годовые расходы правительств - 965 миллионов долларов США - на борьбу против табака.³¹ Потребители и политики во многих развивающихся странах не полностью осознают последствия потребления табака

Control; *Asian Journal of WTO and International Health Law and Policy* 5 (2010): 87, 92-97, где заключается, что руководящие указания РКБТ не являются обязательными в правовом отношении.

²⁶ Сокращение MPOWER означает Мониторинг потребления табака и табачной политики (Monitor tobacco use and policies); Защита людей от вторичного дыма (Protect people from secondhand smoke), Предложение помощи по прекращению потребления табака (Offer help to quit); Предупреждение об опасностях табака (Warn about the dangers of tobacco); Применение запретов на рекламу, продвижение, и спонсорство табачных компаний (Enforce bans on advertising, promotion, and tobacco company sponsorship); и Повышение налогов на табачные изделия (Raise taxes on tobacco products). См. WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package* (Geneva: WHO, 2008), www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html

²⁷ WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, pp. 7-10, 36, 60.

²⁸ Jesse Bump и соавт., *Towards a Political Economy of Tobacco Control in Low- and Middle-Income Countries* (Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 2009), pp. 1, 17-19.

²⁹ Ibid., p. 60; Frieden and Bloomberg, "How to Prevent 100 Million Deaths from Tobacco: p. 175S; Brundtland, "Achieving Worldwide Tobacco Control;" p. 751.

³⁰ См., например, Bump et al., *Towards a Political Economy of Tobacco Control*, pp. 18-19; Sebastian Albuja and Richard A. Daynard, "The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) and the Adoption of Domestic Tobacco Control Policies: The Ecuadorian Experience: *Tobacco Control* 18 (2009): 18, где описаны усилия международных и местных компаний по подрыву осуществления РКБТ в Эквадоре; и K. Alechnowicz and Scott Chapman, "The Philippine Tobacco Industry: The Strongest Tobacco Lobby in Asia: *Tobacco Control* 13 (2004): 71, где показаны успешные усилия табачной промышленности Филиппинах по созданию помех для ограничений маркетинга табака, рекламы, и упаковки.

³¹ WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, pp. 10, 60.

для здоровья.³² Правительства не несут ответственности перед своими гражданами за потребление легального продукта, в отношении которого последствия для здоровья не проявляются в течение ряда лет. В большинстве развивающихся стран, нет групп пациентов, или их присутствие незначительное. Гражданское судопроизводство, которое сыграло важную роль в улучшении борьбы против табака и просвещение в Соединенных Штатах, гораздо менее распространено и успешно в развивающихся странах.³³

Однако, отчасти, отставание в осуществлении связано с дизайном самой РКБТ. РКБТ отдает приоритет «входам» борьбы против табака, таким, как конкретные меры и политика по сокращению предложения и спроса, относительно «результатов», таких, как сокращение потребления табака.³⁴ РКБТ также не предоставляет ресурсы, техническую поддержку, или стимулы для осуществления развивающимися странами. Может быть, поэтому, большинство стран-сторон РКБТ приняли те предписанные РКБТ меры, которые сталкиваются с небольшим сопротивлением промышленности, а именно образовательные программы, запреты продажи несовершеннолетним, и предупреждения на упаковке табачных изделий, а не стратегии – увеличение акцизов, запрет на рекламу, и законодательство о свободе от табачного дыма, которые оказались наиболее эффективными в плане сокращения распространенности потребления табака.³⁵

Отсутствие эффективных коллективных мер в отношении табачной эпидемии привело к плохим последствиям. Страны, стремящиеся устранить негативное воздействие табачной продукции на здоровье, предприняли нескоординированное регулирование по борьбе против табака и налогообложение. Различия в их подходах вызвали торговые споры и увеличили потенциал для контрабанды сигарет.

Нет ничего изначально несовместимого между борьбой против табака и международным торговым законодательством. Вообще говоря, меры борьбы против табака, такие как акцизы, запрет на рекламу табака, и требования к маркировке, соответствуют международному торговому праву, пока они не делают различий между отечественными и импортными версиями продукции (национальный режим), или различными странами-экспортерами (режим наибольшего благоприятствования), основаны на научных данных, и не вводят больше ограничений, чем это необходимо на основе научных фактов.³⁶ На практике, однако, национальные правила борьбы против табака являются все более важным источником решения споров Всемирной торговой организации (ВТО), причем в 2010 году уже состоялись две акции, а третья идет в настоящее время.³⁷ Эти иски включают акцию ВТО внесенную Индонезией, в связи с запретом в США на гвоздичные сигареты. В марте 2010 года, международная табачная компания подала первый известный иск двустороннего инвестиционного договора (BIT)

³² Prabhat Jha et al., "Tobacco Addiction:" in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., ed. Dean T. Jamison et al. (New York: Oxford University Press; Washington, D.C.: World Bank, 2006).

³³ Lawrence O. Gostin, "The 'Tobacco Wars'-Global Litigation Strategies," *JAMA* 298 (2007): 2537.

³⁴ См. Haffajee and Bloche, "The FCTC and the Psychology of Tobacco Control;" где критикуется командно-административный подход РКБТ и ее руководящих указаний, за то, что они не способны обратиться к психологическим и культурным причинам того, почему люди вовлекаются в рискованное поведение.

³⁵ WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, pp. 7-10, 36, 60

³⁶ General Agreement on Tariffs and Trade 1994 (GATT), arts. I, III, XX(b), (d). См. "Thailand-Restrictions on Importation of and Internal Taxes on Cigarettes;" report of the panel adopted on November 7, 1990. DS10/R, 37S/200, 73, www.sice.oas.org/dispute/gatt/90CIGAR2.asp, которое постановило, что курение представляет собой серьезный риск для здоровья человека и установило, что налоги, запреты на рекламу, упаковка, и ограничения цен в Таиланде подпадают под исключение о здоровье в Статье GATT XX(b), однако запрет на импорт сигарет не подпадает.

³⁷ См. "DS411, Armenia-Measures Affecting the Importation and Internal Sale of Cigarettes and Alcoholic Beverages (Complainant: Ukraine), July 20, 2010"; "DS406, United States of America-Measures Affecting the Production and Sale of Clove Cigarettes (Complainant: Indonesia), April 7, 2010." Более 20 членов ВТО выразили озабоченность на встречах ВТО по поводу закона Канады Cracking Down on Tobacco Marketing Aimed at Youth Act, который запрещает производство и продажи сигарет, содержащих ряд добавок и может в конечном счете запретить традиционные смешанные сигареты, содержащие берли табак. См. "Tobacco and Alcohol Again Among Members' Trade Concerns;" *WTO News*, June 23-24, 2010

против внутреннего регулирования табака.³⁸

Незаконная торговля сигаретами также частично является результатом провала коллективных мер по борьбе против табака. Международная контрабанда сигарет, по оценкам, составляет 10,7% от продаж, или 600 миллиардов сигарет ежегодно.³⁹ Сигареты часто становятся контрабандой, потому что налоги составляют значительную долю их цены, что делает незаконную торговлю прибыльной. Эта проблема особенно остра, когда наблюдаются весьма существенные различия налоговых ставок на сигареты между соседними государствами, и в странах, где неформальные рынки и широко распространенная коррупция способствуют контрабандным продажам.⁴⁰ Контрабанда сигарет подрывает налогообложение как элемент борьбы против табака, и лишает правительства миллиардов долларов доходов. Контрабандные сигареты не подпадают под медико-санитарные правила в отношении доступности для молодежи, добавок, и требований к маркировке.⁴¹

Современное вовлечение США в борьбу против табака

США имеют давнюю историю лидерства в борьбе против табака на уровне страны. Консультативный доклад Генерального хирурга США 1964 года стал одним из первых свидетельств негативных последствий потребления табака для здоровья, и привел к росту осознания этих рисков в мире.⁴² США одними из первых внесли изменения в отношении предупреждающих надписей на сигаретных пачках (1965 год), запрета рекламы сигарет на телевидении и радио (1971 год), запрета курения на коммерческих авиарейсах (1987 год), а также выявления свойств никотина, вызывающих зависимость (1988 год).⁴³ Уголовные и гражданские табачные дела в США выявили риски, связанные с табачными изделиями, наказали должностные преступления табачных компаний, обеспечили компенсацию жертвам, препятствовали вредному поведению в будущем.⁴⁴ В 2004 году, Конгресс завершил программу поддержки цен на табачные изделия, которая действовала с конца 1930-х гг., и субсидировала производителей, выращивающих табак, в размере 1,57 миллиарда долларов США, в период с 1985 по 2004 финансовый годы.⁴⁵

Города и штаты США, в частности, Нью-Йорк и Калифорния, возглавили движение, внедрив новаторские и эффективные программы борьбы против табака. 22 июня 2009 года президент Барак Обама подписал исторический Акт о предупреждении семейного курения табака и борьбе против табака (Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act - FSPTCA), дающий право Администрации по продуктам питания и лекарствам США (FDA) регулировать внутреннее производство, маркировку, рекламу и продажи табачных изделий.⁴⁶ Бюджетное управление Конгресса рассчитало, что FSPTCA сократит курение среди молодежи в США на 11 процентов в течение следующего

³⁸ См. "Tobacco Company Files Claim against Uruguay over Labelling Laws," *Bridges Weekly Trade News Digest*, March 10, 2010, где сообщается, что Philip Morris International направил жалобу против Уругвая в связи с требованиями к маркировке, которые якобы наносят ущерб торговым маркам и рыночной доле компании.

³⁹ Framework Convention Alliance, "How Big Was the Global Illicit Tobacco Trade Problem in 2006? (paper prepared for the second session of the Conference of the Parties to the WHO FCTC, Bangkok, June 30-July 6, 2007, p. 5).

⁴⁰ Dan Merriman et al., "How Big Is the Worldwide Cigarette-Smuggling Problem?" in *Tobacco Control in Developing Countries*, ed. Prabhat Jha and Frank J. Chaloupka. pp. 365-367 (New York: Oxford University Press, 2000); Prabhat Jha and Frank J. Chaloupka, eds., *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control* (Washington, D.C.: World Bank, 1999), pp. 64-65.

⁴¹ Tsai-yu Lin, "Exploring a Modest Balance for Trade in Tobacco, Anti-Tobacco Smuggling, and Health Concerns in Light of the Dominican Republic-Cigarettes Case," *Asian Journal of WTO and International Health Law and Policy* 3 (2008): 311.

⁴² *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General* (Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1964).

⁴³ *Trade and Health Issues: Dichotomy between U.S. Tobacco Export Policy and Antismoking Initiatives*, Report no. GAO/NSIAD-90-190 (Washington, D.C.: U.S. General Accounting Office, 1990), p. 35.

⁴⁴ Gostin, "The Tobacco Wars."

⁴⁵ Jasper Womach, "Tobacco-Related Programs and Activities of the US. Department of Agriculture: Operation and Cost," Report no. 97-417 (Washington, D.C.: Congressional Research Service, September 27, 2006).

⁴⁶ *Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act*, Public Law 111-31, codified at US. Code 21 (2009). § 321.

десятилетия.⁴⁷ Хотя многое еще предстоит сделать внутри страны, доля курящих взрослых жителей США сократилась с 42% до 19% в период между 1965 и 2008 годами.⁴⁸

Напротив, вовлечение США в глобальную борьбу против табака было ограниченным. 18 января 2001 года, Президент США Билл Клинтон выпустил правительственное распоряжение, предписывающее агентствам исполнительной власти США предпринять «решительные меры, направленные на потенциальную глобальную эпидемию заболеваний, вызванных потреблением табака».⁴⁹ Это распоряжение, которое остается в силе, требует, чтобы агентства США поддерживали двусторонние и многосторонние усилия по глобальной профилактике табака и борьбе с ним, работали над сдерживанием курения среди молодежи в глобальном масштабе, лучше координировали торговую политику и политику общественного здоровья США в отношении табака, проводили пробную оценку потребностей международной борьбы против табака, и разработали программу исследований и подготовки кадров, которая связывает США и иностранные институты по глобальной борьбе против табака. Почти 10 лет спустя, однако, Соединенные Штаты принадлежат к небольшому числу государств, которые подписали, но не ратифицировали РКБТ. В 2009 году финансирование в области глобального здоровья составило в США 8,38 миллиарда долларов США; ежегодный бюджет США, направленный на международную борьбу против табака составил около 7 миллионов долларов США.⁵⁰ Основная часть этой поддержки оказывается по линии программ Центров США по контролю за заболеваниями и профилактике (CDC) и Национальных институтов здоровья (НИН).

CDC осуществляет и поддерживает надзор за табаком в странах с низким и средним уровнем дохода. В 1998 году CDC, ВОЗ и Канадская ассоциация общественного здоровья инициировали создание Глобальной системы надзора за табаком (Global Tobacco Surveillance System - GTSS), для оказания помощи странам в создании программ надзора и мониторинга по борьбе против табака.⁵¹ GTSS состоит из трех обследований на базе школ - молодежи, школьного персонала, и студентов медицинских профессий, а также обследования взрослых на базе домашних хозяйств. CDC обеспечивает финансовую и техническую поддержку, полевую подготовку и управление данными GTSS. Исследование молодежи проводилось в течение более десяти лет в 167 странах - членах ВОЗ и других территориях.⁵² По всем расчетам, вклад CDC значительно улучшил надежность данных обследования GTSS и обоснованность его статистические анализы.⁵³ Эти усилия также обошлись CDC менее, чем в 3 миллиона долларов США в 2009 году, что составило менее 3 процентов его общего бюджета на борьбу против табака.⁵⁴

⁴⁷ "Congressional Budget Office, Cost Estimate: H.R. 1256, Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act;" March 16, 2009, www.cbo.gov/ftpdocs/100xx/doc10025/hr1256.pdf

⁴⁸ "Trends in Current Cigarette Smoking among High School Students and Adults, United States, 1965-2007;" Centers for Disease Control and Prevention. 2009,. www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/tables/trends/ci-smoking/index.htm; but see Lawrence Deyton, Joshua Sharfstein, and Margaret Hamburg, "Tobacco Product Regulation-A Public Health Approach;" *New England Journal of Medicine* 362 (2010): 1753, где сообщается, что в 2008 году потребление табака все еще вызывало более 400 тысяч смертей в США и привело более 8,5 миллионов жителей США к хроническим заболеваниям.

⁴⁹ Executive Order no. 13,193: "Federal Leadership on Global Tobacco Control and Prevention;" January 18, 2001, *Federal Register* 66: 7387.

⁵⁰ Jen Kates, "The US. Global Health Initiative: Overview & Budget Analysis;" Policy Brief, Kaiser Family Foundation, Menlo Park, Calif., December 2009.

⁵¹ "Global Tobacco Surveillance System (GTSS);" Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/index.htm

⁵² Charles W. Warren et al., "Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998-2008;" *Global Health Promotion*, supp. 2 (2009)

⁵³ См., например, Institute of Medicine, *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World*, pp. 167,403. Неясно, выполнил или опубликовал CDC пробную оценку потребностей в борьбе против табака, требующуюся в соответствии с исполнительным указанием 2001 года, однако поддержка CDC по отношению к GTSS, имеет аналогичную функцию и, наиболее вероятно, более эффективная.

⁵⁴ Бюджет FY 2009 для Отдела по Глобальной борьбе против табака Оффиса CDC по курению и здоровью составил \$2,6 миллиона долларов США, и на FY 2010-2012 для программы подготовки по полевой эпидемиологии - \$600 000 долларов

В 2001 году, в соответствии с распоряжением Президента Клинтона, Международный центр Фогарти НИЗ (NIH's Fogarty International Center) начал программу грантов, Международную программу по исследованиям табак и здоровье и наращивание потенциала, для исследований и обучения в области борьбы против табака.⁵⁵ Эта программа поддерживает междисциплинарные исследования и наращивание потенциала в странах с низким и средним уровнем дохода, и предоставила 37 миллионов долларов США на 25 грантов, которые будут осуществляться по 2012 финансовый год включительно.⁵⁶

Глобальная борьба против табака также получает выгоды от финансовой поддержки США, направляемой ВОЗ в целом, и на финансируемые НИЗ научные исследования по табачной зависимости и прекращению потребления табака. Федеральные служащие США обеспечивают специально созданную и неформальную техническую помощь по налогообложению табака и другим, связанным с этим, вопросам. Агентство США по международному развитию (USAID) имеет официальную политику по табаку, переизданную в августе 2009 года, которая указывает, что USAID не будет предпринимать программы борьбы против табака по причинам кадрового обеспечения и бюджета, но будет стремиться поддерживать такие усилия, путем своего участия в международных форумах по вопросам политики, а также через другие соответствующие цели деятельности.⁵⁷ В других отношениях, агентства США по развитию, на сегодняшний день, не осуществили почти ни одной программы по международной борьбе против табака. FDA также имеет немногочисленные программы по международной борьбе против табака, если таковые вообще имеются. FSPTCA, в частности, исключает производителей и дистрибьюторов, которые не производят, не упаковывают, или не импортируют сигареты для продажи или распространения в США, из ограничений акта в отношении маркетинга сигарет и маркировки.⁵⁸

Наконец, Соединенные Штаты несколько ограничили свою поддержку торговли табаком и продвижения табака. В прошлом, Соединенные Штаты использовали двусторонние торговые меры для оказания давления на развивающиеся Азиатские экономики, чтобы они открыли свои рынки для импортированных сигарет.⁵⁹ Приход многонациональных табачных компаний резко повысил потребление в этих странах, которые не были готовы к интенсивному маркетингу табачных изделий, особенно в отношении женщин и молодежи.⁶⁰ В 1998 году член Палаты представителей Ллойд Доггетт (Lloyd Doggett D-TX), предложил к законопроекту об ассигнованиях поправку, запрещающую агентствам США продвигать "продажи или экспорт табака или табачных

США. Общий бюджет CDC FY 2009 на его табачные программы составил \$106 164 000 долларов США. *Department of Health and Human Services, Fiscal Year 2010: Centers for Disease Control Justifications of Estimates for Appropriations Committees*, 2010, p. 162. Инициатива Блумберга предоставляет дополнительные \$13 миллионов долларов США через Фонд CDC Foundation по поддержке усилий CDC по осуществлению GATS в развивающихся странах.

⁵⁵ "International Tobacco and Health Research and Capacity Building Program; Fogarty International Center, U.S. National Institutes of Health, 2009, www.fic.nih.gov/programs/research_grants/tobacco/

⁵⁶ "NIH Awards Nearly \$17 Million for Projects Focused on Reducing Tobacco-Related Deaths in Developing Nations;" Fogarty International Center, U.S. National Institutes of Health, November-December 2007, www.fic.nih.gov/news/publications/global_health_matters/GHM_tobacco_12-07.htm; "Fogarty International Center Announces First Awards for International Tobacco and Health Research and Capacity Building Program;" NIH News Release, September 25, 2002, www.nih.gov/news/pr/sep2002/fic-25.htm

⁵⁷ "ADS, Chapter 210: Tobacco Policy;" USAID, August 7, 2009, www.usaid.gov/policy/ads/200/210.pdf

⁵⁸ *Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act*, § 201

⁵⁹ См. *Trade and Health Issues*, pp. 22-23, где описаны действия правительства США в отношении Секции 301 Акта о торговле США в течение 1980-х годов против шести стран Азии.

⁶⁰ См. Allyn Taylor и соавт., "The Impact of Trade Liberalization on Tobacco Consumption;" в *Tobacco Control Policies in Developing Countries*, под ред. Jha and Chaloupka, pp. 343-364; Frank Chaloupka и соавт., "U.S. Trade Policy and Cigarette Smoking" (working paper no. 5543, Asia National Bureau of Economic Research, 1996); и *Trade and Health Issues*, где отмечено, что в течение первого года после введения мультинациональных сигаретных компаний в Южную Корею, курение среди подростков возросло с 18,4% до 29,8% и курение среди девочек тинэйджеров увеличилось в пять раз, с 1,6% до 8,7%.

изделий», или стремиться к "сокращению или отмене любой страной ограничений на сбыт табака или табачных изделий", если только эти ограничения "не применяются равным образом ко всему табаку или табачным изделиям того же типа".⁶¹ Распоряжение Президента Клинтона 2001 года подтвердило поправку Доггетта, но распоряжение включало расширенное исключение, разрешающее агентствам США принять все необходимые меры в соответствии с торговым законодательством США и международными соглашениями, для обеспечения недискриминационного отношения к табачной продукции США.⁶²

Влияние этих ограничений было смешанным, в лучшем случае. С одной стороны, поправка Доггетта позволила Управлению Торгового представителя США противостоять давлению Конгресса, чтобы оспаривать правила по борьбе против табака других стран путем разрешения споров в ВТО.⁶³ Департамент здравоохранения и социальных служб США сейчас также участвует в межведомственных обсуждениях торговой политики США и переговорах, связанных с табачной продукцией.⁶⁴ С другой стороны, торговые действия США продолжают осуществлять либерализацию торговли табаком. Соединенные Штаты вынудили Китай, в качестве условия вступления в ВТО в 2001 году, согласиться на снижение своих тарифов на импортные сигареты, и устранить нетарифные барьеры для продаж иностранных сигарет.⁶⁵ Почти все активные и рассматриваемые соглашения о свободной торговле США (FTAs), рассмотренные на переговорах после поправки Доггетта, уменьшили или устранили тарифы торговых партнеров на табачную продукцию.⁶⁶ Все ВТГ (двусторонние инвестиционные соглашения) США охватывают инвестиции, связанные с табаком.⁶⁷ ВТГ способствовали организации производств многонациональных сигаретных компаний в странах с низким и средним уровнем доходов, и помогли компаниям уклониться от тарифов, снизить издержки производства, а также оказать усиленное влияние на местные политики.⁶⁸

⁶¹ *Tobacco Exports: USDA's Foreign Agricultural Service Lacks Specific Guidance for Congressional Restrictions on Promoting Tobacco*, Report no. GAO-03-618 (Washington, D.C.: U.S. General Accounting Office, 2003), p. 23

⁶² Executive Order no. 13,193: "Federal Leadership on Global Tobacco Control and Prevention:"

⁶³ См. "Opposition to Canada Tobacco Law Mounts, But U.S. Unlikely to Fight," *Inside U.S. Trade*, April 9, 2010

⁶⁴ См., например, House Committee on Ways and Means, *President's Fiscal Year 2004 Budget for the U.S. Department of Health and Human Services*, 108th Cong., 1st ses., February 6, 2003, где включено заявление секретаря Департамента здоровья и человеческих служб Томми Томпсона (Tommy Thompson), которое указало, что его департамент участвовал в работе Штатного комитета по торговой политике и Группе пересмотра торговой политики по расширению включения в соответствии с Обобщенной системой предпочтений табачных изделий из Индонезии и переговорах США по снижению тарифов на табак в Чили, Австралии, Коста Рике, Сальвадоре, Гватемале, Гондурасе, Никарагуа, и Доминиканской Республике.

⁶⁵ Fei Zhong и Eiji Yano, "British American Tobacco's Tactics during China's Accession to the World Trade Organization," *Tobacco Control* 16 (2007): 133.

⁶⁶ См. "United States-Singapore Free Trade Agreement;" вошедшее в силу 1 января 2004 года, в annex 2C; "United States-Australia Free Trade Agreement;" вошедшее в силу 1 января 2005 года, в chapter 2; "United States-Morocco Free Trade Agreement;" вошедшее в силу 1 января 2006 года, в annex IV; "United States-Peru Trade Promotion Agreement;" entry into force February 1, 2009, at annex 2.3; "Agreement between the Government of the United States of America and the Government of the Sultanate of Oman on the Establishment of a Free Trade Area;" вошедшее в силу 1 января 2009 года, в annex 2-B; "United States-Colombia Trade Promotion Agreement;" подписанное 22 ноября 2006 года, в annex 2.3; "U.S.-Panama Free Trade Agreement;" подписанное 28 июня 2007 года, at Panama Agricultural Tariff Schedule; "Free Trade Agreement between the United States and the Republic of Korea;" подписанное 30 июня 2007 года, в annex 2-B. Единственное исключение – Соглашение США о свободной торговле с Иорданией, где не указаны тарифы на табачную продукцию, возможно, по религиозным причинам.

⁶⁷ Перечень двусторонних договоров об инвестициях, включая электронные ссылки, см. U.S. Trade Compliance Center, U.S. International Trade Administration, http://tcc.export.gov/Trade_Agreements/Bilateral_Investment_Treaties/index.asp

⁶⁸ See Chang-fa Lo, "FCTC Guidelines on Tobacco Industry Foreign Investment Would Strengthen Controls on Tobacco Supply and Close Loopholes in the Tobacco Treaty," *Tobacco Control* 19 (2010): 306. See David P. Fidler, "The Challenges of Global Health Governance" (working paper, Council on Foreign Relations, New York, May 2010), p. 8, which notes that states tend to pursue global health problems that directly threaten their interests, require collective action, and involve limited, feasible interventions

Дело в пользу расширения участия США в глобальной борьбе против табака

Скромное современное вовлечение США в глобальную борьбу против табака в настоящее время не согласуется с политикой США, как это предусмотрено в распоряжении 2001 года, по принятию решительных мер для предотвращения глобальной эпидемии связанных с табаком болезней. Таким образом, глобальная борьба против табака имеет ряд недостатков в конкурентной борьбе за дефицитные ресурсы США в области глобального здоровья. С учетом значимого исключения туберкулеза, связанные с табаком заболевания являются неинфекционными; здоровье граждан США не зависит от здоровья граждан других государств, в отношении потребления табака. В то время как потребление сигарет увеличивается в развивающихся странах, его негативные последствия для здоровья не проявятся в течение ряда лет. Борьба против табака требует последовательных и скоординированных мероприятий, которые трудно исполнять.⁶⁹ Глобальная табачная эпидемия острее всего проявилась в странах с развивающейся экономикой - Китае, России, Индии, Бразилии и Индонезии, которые имеют ресурсы для противодействия этому росту.⁷⁰ Наконец, многие воспринимают потребление табака как выбор потребителя, относящийся к легальному продукту, несмотря на новые и новые исследования, которое демонстрируют разрушительное воздействие на здоровье вторичного дыма, и что большинство курильщиков начинают курить, будучи уязвимыми подростками, и недооценивают опасности зависимости и ее экономические и медицинские последствия.⁷¹

Этот анализ, однако, не отражает адекватно глобальное бремя болезней, вызываемых табаком, или интересы США в РКБТ, являющейся краеугольным камнем управления глобальным здоровьем и глобальной борьбы против табака.

Потребление табака является самой большой угрозой для глобального здоровья. Лидерство США в области глобального здоровья является редкой областью политического консенсуса, во времена партийных различий. Инвестиции США в области глобального здоровья видны, конкретны, и высоко ценятся; они спасают жизни и повышают доверие к США во всем мире.⁷² В своей недавней речи в ООН, Президент Обама привел глобальное здоровье и развитие, не только как моральные императивы, но стратегические и экономические императивы США.⁷³ В недавней речи, государственный секретарь США Хиллари Родхэм Клинтон (Hillary Rodham Clinton) привела гуманитарные интересы и экономическое и социальное развитие в менее развитых странах, как ключевые факторы инвестиций США в сфере глобального здоровья.⁷⁴ Несколько глобальных угроз для здоровья могут сравниться с человеческими и экономическими потерями от связанных с табаком болезней в развивающихся странах. Улучшение глобальной борьбы против табака занимает центральное место в осуществлении целей

⁶⁹ См. David P. Fidler, "The Challenges of Global Health Governance" (working paper, Council on Foreign Relations, New York, May 2010), p. 8, где отмечено, что штаты имеют тенденцию преследовать проблемы глобального здоровья, которые прямо угрожают их интересам, требуют коллективных действий, и включают ограниченные, осуществимые вмешательства.

⁷⁰ Две трети курильщиков планеты проживают в 10 странах: Китае (который имеет 30 процентов), Индии, Индонезии, Российской Федерации, Соединенных Штатах, Японии, Бразилии, Бангладеш, Германии, и Турции. Tracy Hampton, "Global Report Highlights Tobacco Use, Offers Countermeasures for Nations," *JAMA* 299 (2010): 1531

⁷¹ См., например, *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* (Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2006); Prabhat Jha et al., "The Economic Rationale for Intervention in the Tobacco Market," in *Tobacco Control in Developing Countries*, ed. Jha and Chaloupka, pp. 877-881

⁷² "The U.S. Commitment to Global Health: Recommendations for the New Administration" (Washington, D.C.: Institute of Medicine of the National Academies, 2008), p. 1.

⁷³ Barack Obama (remarks of the president at the Millennium Development Goals Summit, United Nations Headquarters, September 22, 2010), www.whitehouse.gov/photos-and-video/video/2010/09/22/president-obama-millennium-development-goals-conference

⁷⁴ Hillary Rodham Clinton, U.S. secretary of state (remarks on "Global Health Initiative: The Next Phase of American Leadership in Health around the World," School of Advanced International Studies, Washington, D.C., August 16, 2010), www.state.gov/secretary/rm/2010/08/146002.htm.

США в области глобального здоровья и развития по профилактике заболеваний, борьбы с туберкулезом, здоровья матери и ребенка, а также укрепления системы здравоохранения.

Борьба против табака работает. Консультационный документ для Инициативы по глобальному здоровью - новой всеобъемлющей стратегии администрации Обамы в области глобального здоровья - указывает, что будущие инвестиции США в области глобального здоровья будут направлены на то, что работало в прошлом, на потенциал для надстраивания и расширения существующих платформ, а также на возможность осуществления тесного сотрудничества с партнерами.⁷⁵ Несколько проблем глобального здоровья соответствуют этим стандартам, а также глобальная борьба против табака. Программы борьбы против табака являются экономически эффективными, и достигли успехов как в развитых, так и в развивающихся странах. РКБТ ВОЗ является одним из наиболее широко принятых международных договоров и предоставляет платформу для будущих усилий. В пакете MPOWER изложены научно обоснованные, действенные и измеримые стратегии для осуществления РКБТ на страновом уровне. ВОЗ, Фонд Билла и Мелинды Гейтс (the Bill & Melinda Gates Foundation), Инициатива Блумберга (the Bloomberg Initiative) и другие устоявшиеся неправительственные организации (НПО), работают в области глобального табака и будут способными потенциальными партнерами США.

Более широкое вовлечение США имело бы значение. Соединенные Штаты могут помочь предотвратить критическое расширение табачной эпидемии. Без эффективной глобальной борьбы против табака, продолжится демографический сдвиг в потреблении табака из промышленно развитых стран в развивающиеся страны, вызванный ростом доходов, либерализацией торговли, и интенсивным глобальным маркетингом, в частности, в отношении женщин и молодежи. В то время, как этот сдвиг уже сформировался в Азии, Восточной Европе и Латинской Америке, он пока еще не охватил Африку. Показатели потребления табака в Африке относительно низкие (20% у мужчин), но многие ожидают, что страны Африки станут следующим основным потенциальным рынком для табачной продукции.⁷⁶ Правительства многих стран Африки не имеют возможности осуществить эффективные национальные программы по борьбе против табака, или ресурсы здравоохранения для борьбы с пандемией связанных с табаком болезней. Кроме того, в большей части развивающегося мира, женщины исторически имели показатель распространенности курения значительно более низкий, чем мужчины, однако Глобальное исследование «Молодежь и табак» (Global Youth Tobacco Survey) обнаружило, что показатели курения среди девочек такие же, как у мальчиков, в более, чем 60% стран, вошедших в исследование.⁷⁷ Если эта тенденция сохранится, и больше женщин начинают курить с такими же показателями, какие сегодня имеют мужчины, резко возрастут показатели смертности, связанные с табаком.

Срочные действия могут предотвратить это распространение табачной эпидемии, прежде чем оно произойдет.⁷⁸ Фонд Гейтсов, ВОЗ и НПО работают над созданием программ профилактики и правовых основ для борьбы против табака в странах Африки до того, как эпидемия начнется. Борьба против табака должна быть включена в растущее число двусторонних и многосторонних программ в области здоровья, которые организуются для удовлетворения потребностей женщин и девочек. Усиленное лидерство и поддержка США могут помочь обеспечить успех этих усилий.

Соединенные Штаты имеют интересы в международной борьбе против табака и глобальном управлении здравоохранением.

⁷⁵ "Implementation of the Global Health Initiative: Consultation Document;" U.S. Department of State, 2009, pp. 12-13

⁷⁶ Teaming Up for Tobacco Control;' *Lancet* 372 (2008): 345

⁷⁷ Shafey et al., *The Tobacco Atlas*, p. 68; and WHO, "WHO Calls for Protection of Women and Girls from Tobacco" (press release, May 24, 2010), где сообщается, что реклама табака все более направляется на девочек.

⁷⁸ См., например, Ellis Owusu-Dabo et al., "Smoking in Ghana: A Review of Tobacco Industry Activity;" *Tobacco Control* 18 (2009): 206, где заключается, что ранний запрет на рекламу сделал вклад в устойчиво низкие уровни потребления табака в Гане, в особенности относительно соседних стран.

Соединенные Штаты заинтересованы в успехе РКБТ, даже если Соединенные Штаты в конечном счете не ратифицируют ее. Администрация Обамы признала, что многосторонние платформы и международные партнерства имеют решающее значение для устойчивого достижения целей глобального здоровья.⁷⁹ РКБТ является первым договором, который ВОЗ разработала и приняла в соответствии со своим полномочиями по созданию договоров.⁸⁰ Как таковая, она представляет собой важный шаг вперед для ВОЗ как института и для управления глобальным здоровьем в целом. РКБТ создала и воплощает глобальное антитабачное движение.⁸¹ Неспособность осуществить РКБТ подорвала бы доверие к РКБТ, как к инструменту для продвижения глобальной борьбы против табака, и нанесет ущерб способности ВОЗ осуществлять лидерство в области других проблем глобального здоровья.⁸²

Неэффективные коллективные действия по борьбе против табака имеют негативные последствия для Соединенных Штатов.

В отсутствие эффективных коллективных действий в отношении табачной эпидемии, страны, стремящиеся устранить негативные последствия табачных изделий для здоровья, предприняли несогласованные усилия по регулированию борьбы против табака и налогообложению табака. Отсутствие координации создало напряженность в торговых отношениях, увеличило число торговых споров, и увеличило потенциал для контрабанды сигарет.

Пока табачные изделия остаются легальными, политически неосуществимо стремиться к их устранению из торговых соглашений, или требовать особого исключения из разрешения споров ВТО или ВТГ. Исключение табачных изделий или инвестиций из будущих торговых и инвестиционных соглашений, также не дало бы больших результатов для подавляющего большинства государств, которые уже подписали другие такие соглашения, которые включают табак.⁸³ Более координированный, международный подход к регулированию табака и мерам борьбы через РКБТ, является наиболее устойчивым вариантом для снижения вероятности торговых споров, в том числе по отношению к новым правилам регулирования табака FDA.⁸⁴

Соединенные Штаты также имеют интересы в предотвращении международной контрабанды сигарет. Контрабанда сигарет подрывает борьбу против табака и лишает правительства миллиардов долларов доходов. Она предоставляет возможности для коррупции, подрывает верховенство закона, и является потенциальным источником финансирования террористических организаций и организованной преступности.⁸⁵ Эффективное решение проблемы незаконной торговли сигаретами требует скоординированного, комплексного подхода министерств юстиции, финансов и здравоохранения заинтересованных государств.

⁷⁹ Jennifer Kates and Rebecca Katz, "U.S. Participation in International Health Treaties, Commitments, Partnerships, and other Agreements" (Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation, September 2010), pp. 1-2

⁸⁰ "About the WHO Framework Convention on Tobacco Control," WHO, 2010, www.who.int/fctc/about/en

⁸¹ See Institute of Medicine, *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World*, p. 394, где отмечено, что усилия ВОЗ по разработке РКБТ повели Food and Agriculture Organization (FAO) и World Bank к изменению их программ по поддержке табачных фермеров и убедили UNICEF обратиться к аспектам борьбы против табака, которые влияют на детей.

⁸² Fidler, "The Challenges of Global Health Governance," p. 23

⁸³ См. Benn McGrady, *Trade Liberalization and Tobacco Control: Moving from a Policy of Exclusion towards a More Comprehensive Policy*, *Tobacco Control* 16 (2007): 280

⁸⁴ Статья 2.4 WTO Agreement on Technical Barriers to Trade требует, чтобы члены ВТО использовали международные стандарты, если только они являются неэффективными или ненадлежащими для требующейся регуляторной задачи.

⁸⁵ Merriman et al., "How Big Is the Worldwide Cigarette-Smuggling Problem?" p. 365; *Terrorist Financing: U.S. Agencies Should Systemically Assess Terrorists' Use of Alternate Financing Mechanisms*, Report no. GAO-04-163 (Washington, D.C.: U.S. General Accounting Office, November 2003)

Всеобъемлющая, экономически эффективная стратегия США по глобальной борьбе против табака

Более широкое вовлечение США в глобальную борьбу против табака должно начинаться с ратификации РКБТ. Ратификация будет самой ясной демонстрацией приверженности США глобальной борьбе против табака и поддержки осуществления ВОЗ своих полномочий по созданию договоров для решения глобальных проблем здоровья. Ратификация позволит Соединенным Штатам вести РКБТ и придавать форму осуществлению РКБТ и руководствам в областях интересов, таких, как регулирование продукции, налогообложение, а также незаконная торговля табаком.⁸⁶

Однако, США вряд ли ратифицируют РКБТ, по крайней мере в ближайшей перспективе. Хотя Президент Обама высказывался в поддержку ратификации РКБТ, администрация пока еще не внесла РКБТ в Сенат.⁸⁷ Вероятно, это отражает кислый политический климат США, занятость администрации и Конгресса реформой здравоохранения и финансовой реформой, и усилением настороженности по отношению к договорам, а не отсутствием интереса к РКБТ. На момент написания этой работы, администрация внесла всего четыре договора для ратификации в Сенат; Сенат, в свою очередь, ратифицировал только один из договоров (налоговое соглашение с Францией) в ходе 112-го Конгресса - наименьшее количество договоров, ратифицированных на протяжении какого-либо конгресса в истории США.⁸⁸ Приближаются выборы в Конгресс США, и мало оснований ожидать результата, который усиливает сотрудничество между администрацией и Сенатом по ратификации договора или РКБТ, в частности.

Соединенные Штаты не должны ждать ратификации РКБТ, чтобы начать работу с ВОЗ, правительствами - партнерами и негосударственными субъектами для реализации потенциала договора. Усиленная техническая поддержка и ресурсы США для осуществления РКБТ достигнут многих из тех же целей, что и ратификация - демонстрируя приверженность и лидерство США, - и сделают больше для продвижения глобальной борьбы против табака. Для достижения этих целей, Соединенным Штатам следует вовлечься в четырехчастную стратегию, которая поможет обеспечить ресурсы, стимулы и техническую поддержку, необходимую для осуществления РКБТ развивающимися странами.

Сделать борьбу против табака приоритетом глобального здоровья

Первым необходимым шагом на пути к разработке нового подхода правительства США к международной борьбе против табака, является признание ее в качестве приоритета США в области глобального здоровья. Если глобальное здоровье и профилактика заболеваний являются стратегическими приоритетами США, то международная борьба против табака так же должна быть приоритетом. Более того, базирующиеся в США фирмы, при поддержке торговой политики США, стимулировали и получили выгоду от потребления табака среди молодежи за пределами наших границ; правительство США не может рассматриваться как удовлетворенное последствиями или равнодушное к ним.⁸⁹ Администрации Обамы следует признать глобальную борьбу против табака центральным компонентом при достижении целей своей Инициативы по

⁸⁶ Согласно статье 29.2 of "Rules of Procedure of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control"; Соединенные Штаты в настоящее время ограничены в участии в COP РКБТ в качестве наблюдателя, не имеют права голосовать, и ограничены выступлением после стран, которые являются сторонами РКБТ.

⁸⁷ 19 июля 2005 года, в то время сенатор Обама выступил соавтором письма (с 10 другими сенаторами) описывающим РКБТ как "имеющую критическую важность" для здоровья внутри страны и глобального здоровья и призывающего Президента Джорджа У. Буша направить РКБТ в Сенат для незамедлительного рассмотрения.

⁸⁸ John B. Bellinger III, "Without White House Muscle, Treaties Left in Limbo," *Washington Post*, June 11, 2010, sec. A; Julian Ku, "The Transnationalist Obama Administration, Except on Treaties," *Opinio Juris Blog*, June 6, 2010, <http://opiniojuris.org/2010/06/11/the-transnationalist-obama-administration-except-ontreaties/>

⁸⁹ См. John Pekkanen, "Thank You for Smoking," *Washingtonian*, December 1, 2007, где описана длительная история поддержки экспорта табака правительством США, и при Демократическом и при Республиканском правлении.

глобальному здоровью и отличительной инициативы по неинфекционным болезням. Эта позиция согласуется с законодательством и интересами США в сфере улучшения управления глобальным здоровьем.

Часть этих усилий должна включать улучшение согласованности политики США в области глобального здоровья и торговли в отношении табака. Для Соединенных Штатов политически неосуществимо или не практично, устранение табака из своих существующих торговых соглашений, или требование особого исключения из разрешения споров ВТО или ВТ. Будущие торговые переговоры могут также уменьшить субсидии табачных изделий и улучшить международную координацию по регулированию табачных изделий таким образом, чтобы способствовать целям глобальной борьбы против табака. Соединенным Штатам следует, однако, сделать вопросом официальной торговой политики США воздержание от поиска тарифных сокращений для табачных изделий или их предоставления, и США должны исключить связанные с табаком инвестиции из будущих ФТА и ВТ с развивающимися странами.⁹⁰ Снижения тарифов уменьшают цены на табачную продукцию, подрывая борьбу против табака в странах, не имеющих адекватных внутренних систем налогообложения табачных изделий для компенсации этого. Базирующиеся в США многонациональные табачные компании использовали инвестиции в странах с низким и средним уровнем доходов, чтобы избежать тарифов, снизить издержки производства, а также оказать усиленное влияние на местные политики. Влияние было значительным в тех странах, которые не имеют хорошо устоявшихся программ борьбы против табака или достаточно сильного гражданского общества и министерств здравоохранения, чтобы помочь политикам сопротивляться давлению со стороны промышленности. Торговая политика Соединенных Штатов не должна содействовать усилиям многонациональных табачных компаний путем совершенствования защиты их инвестиций.

Доллары США направленные на глобальное здоровье и опыт влияют на другие страны - доноры и международные организации.⁹¹ Соединенным Штатам следует работать с соответствующими фондами и международными и национальными неправительственными организациями, чтобы убедить многосторонние и двусторонние агентства по развитию и региональные экономические и медицинские учреждения также сделать приоритетом борьбу против табака в их деятельности в области технической помощи, наращивания потенциала, торговли и финансирования деятельности. Прекрасные возможности для лидерства США в глобальной борьбе против табака предоставят совещание G-20 во Франции в 2011 году, и встречи на высшем уровне Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям.

Увеличение ресурсов для глобальной борьбы против табака

Несмотря на обязательства, принятые недавно Инициативой Блумберга и Фондом Гейтсов, борьба против табака серьезно недофинансируется, особенно в развивающихся странах, и относительно других программ в области глобального здоровья. 99% правительственных расходов на борьбу против табака имеет место всего в 17 развитых странах.⁹² Практически нет капитальных вложений в борьбу против табака в

⁹⁰ Соединенные Штаты и их торговые партнеры исключили сельскохозяйственные товары из прошлых Соглашений о свободной торговле (FTA) в связи с политической чувствительностью; см. Remy Jurenas, *Agriculture in U.S. Free Trade Agreements: Trade with Current and Prospective Partners, Impact, and Issues*, Report no. RL34134 (Washington, D.C.: Congressional Research Service, 2008), где отмечено, что ФТА США с Австралией, Иорданией и Южной Кореей исключают сахар, табак, и рис, соответственно. Инвестиционные разделы ФТА и ВТ США обычно используют положительные или отрицательные перечни, которые исключают или включают секторы, соответственно, из своих положений.

⁹¹ Ruth Levine, "Healthy Foreign Policy: Bringing Coherence to the Global Health Agenda;" in *The White House and the World: A Global Development Agenda for the Next U.S. President*, ed. Nancy Birdsall (Washington, D.C.: Center for Global Development, 2008)

⁹² WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, p. 62

развивающихся странах за пределами 15 фокусных стран Инициативы Блумберга и 5 фокусных стран Фонда Гейтсов. Расходы на душу населения на борьбу против табака составляют от одной десятой цента на душу населения в год в странах с низким доходом, до половины цента на душу населения в год в странах со средними доходами, и примерно 1,8 доллара США на душу населения в год в странах с высоким доходом.⁹³ Недавний анализ показал, что помощь развитию здравоохранения, израсходованная в расчете на один случай смерти от ВИЧ / СПИДа (782 доллара США), малярии (1189 долларов США) и туберкулеза (1127 долларов США) намного превышает сумму, потраченную на обусловленные табаком заболевания (35 долларов США).⁹⁴ Почти четыре миллиарда человек живут в странах с низким и средним уровнем дохода, которые тратят в общей сложности менее 20 миллионов в год на борьбу против табака.⁹⁵ Инвестиции табачной промышленности и ее расходы на продвижение продукции делают карликовыми суммы, израсходованные на глобальную борьбу против табака.⁹⁶ Текущий глобальный экономический кризис, скорее всего, еще больше сократит расходы правительств на борьбу против табака.

Успешные программы по борьбе против табака требуют адекватных и предсказуемых ресурсов. Соединенным Штатам следует стремиться к достижению среди стран – партнеров G-20 приверженности к введению добавочного налога на потребление табака для финансирования глобальных программ по борьбе против табака, особенно в развивающихся странах. Даже относительно небольшой добавочный налог на табак может генерировать значительные средства. В недавно опубликованном рабочем документе ВОЗ подсчитано, что добровольный налог солидарности размером в пять центов за пачку сигарет в странах с высоким доходом будет генерировать 4,6 миллиарда долларов США.⁹⁷ Эта сумма более чем в четыре раза увеличила бы финансирование борьбы против табака во всем мире.

Добавочный налог на потребление табака в странах G-20 будет иметь и способствующие и логические выгоды. Увеличенные акцизные налоги имеют способствующие выгоды, так как они поощряют сокращение потребления табака, независимо от того, как в конечном счете расходуются деньги. Этот добавочный налог также будет иметь логические выгоды, так как он будет генерировать очень нужное финансирование для усилий по борьбе против табака в развивающихся странах.

Эти доходы от добавочного налога следует направить в целевой фонд, управляемый ВОЗ, Всемирным банком, или независимым международным актором. И добавочный налог и фонд должны быть по сути переходными, предоставляя ограниченную во времени поддержку, которая начинает постепенно снижаться после определенного числа лет. Продолжительность этой поддержки и ее постепенное сокращение следует варьировать, в зависимости от уровня экономического развития получающей страны. Страны с низким и средним уровнем доходов имеют потенциал для

⁹³ Ibid

⁹⁴ Cynthia Callard, "Follow the Money: How the Billions of Dollars That Flow from Smokers in Poor Nations to Companies in Rich Nations Greatly Exceed Funding for Global Tobacco Control and What Might Be Done about It," *Tobacco Control* 19 (2010): 285, 288

⁹⁵ Ibid

⁹⁶ См., например, Shafey et al., *The Tobacco Atlas*, 68, где указано, что табачная промышленность расходует \$13 миллиардов долларов США на маркетинг только в США Kirill Danishevski et al., "Public Attitudes towards Smoking and Tobacco Control Policy in Russia," *Tobacco Control* 17 (2008): 276, где оцениваются инвестиции транснациональной табачной промышленности в Россию между ее политическим переходом в 1991 и 2000 годах, в \$1,7 миллиарда долларов США.

⁹⁷ WHO NCDnet International Advisory Council, "Discussion Paper III: Using Tobacco Taxes and an Additional Solidarity Tobacco Levy for International Health" (September 2010), p. 5. Недавняя рабочая группа по инновационному финансированию систем здравоохранения, под председательством в то время Премьер-министра Гордона Брауна (Gordon Brown) и президента Всемирного банка Роберта Зоуллика (Robert Zoellick), аналогичным образом включила рекомендацию по изучению жизнеспособности табачного сбора глобальной солидарности; см. "More Money for Health and More Health for the Money:" Taskforce on Innovative Financing for Health Systems (2009), pp. 11-13

сбора повышенных налогов на табак и должны это делать, чтобы сократить внутреннее потребление. Цель добавочного налога должна заключаться в подключении дополнительной энергии к осуществлению РКБТ, предоставлении стартовых инвестиций в знания и потенциал по борьбе против табака, и учреждение адекватного внутреннего налогообложения табака для финансирования устойчивой MPOWER и других программ по борьбе против табака.

Акцизные налоги использовались для поддержки других программ глобального здоровья, таких как UNITAID, однако такие налоги требовали приверженности высокого уровня для обеспечения поддержки правительства-партнера и для осуществления.⁹⁸ Администрации Обамы потребуются продемонстрировать здесь аналогичное лидерство и приверженность. Это будет непросто. Многим странам, включая Соединенные Штаты, трудно направить доходы от налогов на табак, на борьбу против табака внутри страны.⁹⁹ Добавочный налог должен быть умеренным на базе продукта и временным. Соединенным Штатам следует повлиять на потребность в действиях перед Встречей на высшем уровне по неинфекционным заболеваниям 2011 года, и чтобы добиться прогресса по Целям развития тысячелетия ООН по здоровью матери и ребенка к их сроку исполнения в 2015 году. Поскольку большинство стран G-20, за исключением Соединенных Штатов, Аргентины, и Индонезии, являются сторонами РКБТ, налог будет соответствовать их обязательствам в соответствии с РКБТ, чтобы осуществлять многосторонние механизмы для обеспечения достаточных ресурсов для ее осуществления.¹⁰⁰

После того, как лидеры G-20 примут обязательства использовать добавочный налог для борьбы против табака, сторонам следует собрать экспертную группу для разработки этого налога (национальные режимы акцизного налога на сигареты значительно различаются) и определить соответствующий уровень налогообложения.¹⁰¹ Работу этой группы следует завершить во время, чтобы правительства G-20 объявили о добавочном налоге и других стратегиях, описанных в данной работе, на Встрече на высшем уровне ООН по неинфекционным заболеваниям 2011 года.

Создать стимулы для осуществления

Эффективная борьба против табака требует достаточной политической воли со стороны правительств, чтобы преодолеть противодействие промышленности, местных культурных и экологических факторов в отношении курительного поведения, конкурирующие приоритеты здоровья и развития, и дефицит ресурсов. Для того, чтобы решить эти проблемы, Соединенным Штатам следует построить стимулы для подвижного результатами, подхода «снизу вверх» к осуществлению РКБТ в развивающихся странах, в дополнение к директивному подходу «сверху вниз» РКБТ. Финансирование таких стимулов следует получить из добавочного налога, описанного в предыдущем разделе.

Одним из таких подходов будет концепция помощи «наличные за результат» (НЗР), разработанная Нэнси Бердзол, Уильямом Д. Сейвдофф (Nancy Birdsall, William D. Savedoff), и другими в Центре Глобального Развития.¹⁰² Основная концепция помощи НЗР

⁹⁸ Налог на авиабилеты, продаваемые в семи странах, обеспечивает 72 процента финансирования UNITAID на программы по малярии, ВИЧ/СПИД, и туберкулезу; см. *"How Innovative Financing Works:"* UNITAID, 2007, www.unitaid.eu/en/How-innovative-financing-works.html

⁹⁹ См., например, Duff Wilson, "Tobacco Funds Dwindle as Obesity Fight Intensifies," *New York Times*, July 28, 2010, где сообщается, что правительства штатов США используют доходы от налогов на табак для выравнивания бюджетов и по другим приоритетам здоровья

¹⁰⁰ FCTC, статья 5.6. Подобно Соединенным Штатам, Аргентина подписала, но пока не ратифицировала РКБТ. См. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control:

¹⁰¹ Emil M. Sunley, "Taxation of Cigarettes in Bloomberg Initiative Countries: Overview of Policy Issues and Proposals for Reform" (paper prepared for the Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use, December 2009), где описана высокая степень вариативности национальных схем налога на табак.

¹⁰² Nancy Birdsall and William D. Savedoff, *Cash on Delivery: A New Approach to Foreign Aid*, with Ayah Mahgoub and Katherine Vyborny (Washington, D.C.: Center for Global Development, 2010)

закключается в том, что спонсор и получатель заключают договор, согласно которому эти стороны достигают соглашения о взаимно желаемом результате, и фиксируют размер оплаты за каждую единицу подтвержденного прогресса. Спонсор платит фиксированную сумму за постепенный прогресс в направлении результата, в данном случае, некий индикатор сокращения распространенности потребления табака, а не за конкретные политические «входы» или «результаты».

Получатель может свободно достигать намеченного результата, в соответствии с местными условиями. Независимая третья сторона собирает данные и проверяет продвижение к достижению результата для того, чтобы обеспечить уверенность в достижении результата, для спонсора и для получателя. Как только прогресс проверен, финансирующая сторона платит за улучшение результатов. Организация является прозрачной и публичной. Получатель может израсходовать полученную оплату в соответствии с собственными нуждами.¹⁰³

В этом предложении, финансирующей стороной будет независимая международная организация, которая администрирует фонд добавочного налога по борьбе против табака. Получателем будет национальное или местное правительство, или региональный орган. Результатом будет определенная мера сокращения потребления табака. Такой результат должен поддаваться количественному измерению, и связан с показателями в различных глобальных обследованиях по надзору за табаком, которые CDC, ВОЗ и их партнеры уже проводят.

Подход помощи НЗР будет иметь многочисленные преимущества для глобальной борьбы против табака. Спонсоры были бы более подотчетны своим гражданам и участникам, связывая увеличение помощи с сокращением потребления табака, а не с политикой борьбы против табака. С другой стороны, подход помощи НЗР вводит ответственность правительств стран-получателей за потребление табака, поскольку организация и ее цели являются публичными и прозрачными. Это будет способствовать институциональному строительству и местным решениям, чтобы наилучшим образом добиться сокращения потребления табака. Предоставляя неограниченные вознаграждения, подход помощи НЗР будет выравнивать стимулы для местных лидеров в отношении целей борьбы против табака. Наконец, этот подход будет дополнять подход MPOWER по инициативе ВОЗ и Инициативы Блумберга, усилия по надзору со стороны CDC и его партнеров. Это повысит спрос развивающихся стран на техническую помощь в отношении эффективных стратегий по борьбе против табака, а также обеспечит стимулы для максимального повышения эффективности применения этих ресурсов. Будут использованы имеющиеся работы по надзору за табаком и созданы стимулы для улучшения надзора.

Подход НЗР также создаст проблемы. Платежи помощи НЗР не обязательно должны превышать расходы на улучшение борьбы против табака, но должны быть достаточными для привлечения внимания лиц, формирующих политику. Соответственно, помощь НЗР для борьбы против табака будет наиболее эффективной в странах с низкими доходами, где предоставляемое вознаграждение, будет привлекательным. Помощь НЗР, с меньшей вероятностью, будет решением для большинства крупных развивающихся стран, таких как Китай, Индия и Россия, в которых потребление табака является самым большим, хотя он может работать там, на суб-национальном уровне. Страны с низким уровнем доходов, в которых такой подход помощи НЗР имеет самую большую вероятность успеха – это страны, в которых менее всего развиты надзор и мониторинг

¹⁰³ Ibid., pp. 17-20. В контексте здоровья, этот подход имеет некоторое сходство с Глобальным альянсом за вакцины и иммунизацию (Global Alliance for Vaccines and Immunization), который в прошлом вознаграждал страны за каждого привитого ребенка.

табака.¹⁰⁴ Поскольку помощь НЗР будет вознаграждать за результаты, она может вносить искажения в существующие усилия по борьбе против табака, в надзор и анализ, что потребует тщательного отбора и аудита результатов. Наконец, существуют ограничения на частоту, с которой табачные обследования могут проводиться и до сих пор дают надежные результаты; соответственно, интервалы между платежами за дополнительные сокращения распространенности потребления табака могут составлять несколько лет. Это может снизить эффективность стимула для получателей помощи НЗР.

Одним из вариантов решения могла бы стать разработка пробного варианта помощи НЗР по борьбе против табака и проверка его осуществимости и желательности. На основании приведенного выше анализа, одним из перспективных пробных вариантов может быть сокращение потребления табака среди молодежи в одной или нескольких странах Африки. Соображения относительно конкретной конструкции такого пробного варианта - в том числе, о наиболее подходящем индикаторе борьбы против табака среди молодежи; размере оплаты, структуре и графике; а также целевых странах выходят за рамки настоящего документа по политике, но их необходимо глубоко изучить перед продвижением вперед.¹⁰⁵ Также могут быть уместны и должны быть дополнительно изучены другие механизмы стимулирования осуществления программ борьбы против табака в странах с низким и средним уровнем дохода.¹⁰⁶

Увеличивать техническую поддержку, надзор и поддержку осуществления

Для осуществления РКБТ требуется сочетание знаний и «входов» - торговля, налогообложение, надзор, мониторинг и оценка программ - которых исторически не имелось в ВОЗ, региональных организациях общественного здоровья, или национальных министерствах здравоохранения. Значительный прогресс достигнут по наращиванию этих знаний в рамках Инициативы ВОЗ по освобождению от табака, после вступления РКБТ в силу, однако, Соединенным Штатам следует работать с партнерами по G-20 и НПО с целью дальнейшего расширения и улучшения технических ресурсов межправительственных акторов. Ресурсы, полученные от введения добавочного налога, также следует использовать для поддержки технической помощи по борьбе против табака и усилий по созданию потенциала в региональных организациях, таких как Африканский Союз, Азиатско-Тихоокеанское экономическое сотрудничество, Ассоциация государств Юго-Восточной Азии. Эти региональные и межправительственные акторы могут наилучшим образом поддержать осуществление РКБТ в формирующихся экономиках с высоким уровнем потребления табака, которые могут быть не восприимчивы к новым стимулам, таким как помощь НЗР. Соединенным Штатам следует поддерживать эти платформы посредством усиленной технической помощи в областях своих относительных

¹⁰⁴ WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2009*, p. 36, где сообщается, что более 20 процентов стран с низким уровнем дохода и 15 процентов стран со средним уровнем дохода не имели или имели неадекватные национальные данные о распространенности курения среди взрослых или молодежи.

¹⁰⁵ См., например, William D. Savedoff et al, "Cash on Delivery Aid for Health" (working paper, Center for Global Development, Washington, D.C., 2010), где оцениваются потенциальные индикаторы для помощи НЗР (COD Aid) для сокращения детской смертности, улучшения здоровья матерей, и борьбы с ВИЧ/СПИД и малярией.

¹⁰⁶ Другим возможным подходом будет призовой фонд для международных программ по борьбе против табака, сходный с фондом Гонка на вершину (Race to the Top fund), которым в настоящее время управляет Министерство образования США для реформы образования на уровне штатов. См. United States Department of Education, *Race to the Top Fund*, at <http://www2.ed.gov/programs/racetothetop/index.html>. Потребуется больше исследований, чтобы определить, будет ли такой подход эффективным в отношении такой межведомственной проблемы, как борьба против табака (требующей сотрудничества министерств здравоохранения, финансов, правоохранительных и других) и в отношении национальных правительств (в отличие от внутривострановой программы, нацеленно на субнациональные или муниципальные правительства). Оценки Корпорации вызова тысячелетия США (US. Millennium Challenge Corporation (MCC), которые связал помощь США с результатами правительств в отношении управления и других индикаторов, могут дать здесь дополнительное руководство. См., например, Doug Johnson and Tristan Zajonc, "Can Foreign Aid Create an Incentive for Good Governance? Evidence from the Millennium Challenge Corporation" (working paper no. 11, Center for International Development at Harvard University, 2006)

преимуществ: надзор, налогообложение, регулирование продукции, а также мониторинг и оценка.

Надзор и мониторинг являются основой, на которой, на базе фактических данных, разрабатываются и осуществляются эффективные программы по борьбе против табака. Надзор и контроль необходимы для понимания тенденций потребления, местных условий, и эффективности существующих программ по борьбе против табака. Полученные фактические данные и анализ могут укрепить аргументы в пользу оказания дополнительной поддержки и целенаправленной политики. Вклад и технический опыт CDC уже имеют неоценимое значение в этом отношении. Ресурсы и мандат CDC должны быть расширены, чтобы обеспечить большую поддержку странам с низким и средним уровнем дохода, где потребление табачных изделий растет быстрее всего, а данные надзора являются наименее надежными. Дополнительная поддержка также необходима для интеграции табачных модулей в более широкие опросы общественного здоровья, так как обследования в отношении одной болезни не являются устойчивыми в долгосрочной перспективе.

Налогообложение является, возможно, самым эффективным средством сокращения потребления табака. Осуществление эффективного налогообложения табака осложняется факторами, которые различаются в разных странах и культурах. К ним относят распространенность; ценовую эластичность; наличие контрафактной, контрабандной и низкоценовой табачной продукции; и необходимость целевого назначения для улучшения популярности и устойчивости систем налогообложения.¹⁰⁷ Некоторые развивающиеся страны также не имеют возможности и технических знаний, чтобы внедрить и собирать акцизный налог на табак. Министерству финансов США следует расширить ресурсы и мандат своего Бюро по налогам и торговле алкоголем и табаком, чтобы поделиться своими обширными техническими знаниями для совершенствования налогообложения табака и подавления незаконной торговли сигаретами в развивающихся странах.

Маркировка изделий и регулирование содержания никотина, смол и добавок в табак являются важными компонентами ограничения воздействия сигарет на здоровье населения. Однако большинство развивающихся стран не имеют регуляторных возможностей, чтобы вести надзор за этим аспектом борьбы против табака. В течение прошлого года, FDA приступила к осуществлению своего значительно расширенного мандата по регулированию табачных изделий, и сейчас является одним из немногих сложных регулирующих органов, имеющих опыт в этой области.¹⁰⁸ FDA следует оказывать помощь развивающимся странам, которые в скором времени будут стремиться осуществлять регулирование табачных изделий в соответствии с требованиями РКБТ.

Потребление табака тесно связано с реализацией важных приоритетов США в области глобального здоровья. Потребление табака подрывает здоровье матери и ребенка, потребление пищи в домохозяйствах, и потенциал систем здравоохранения развивающихся стран в отношении реагирования на инфекционные и другие угрозы здоровью. Потребление табака увеличивает риски туберкулезной инфекции, лекарственной устойчивости, неблагоприятных исходов лечения, и смертность. Агентству США по международному развитию (USAID) и Госдепартаменту следует включать осуществление РКБТ и глобальную борьбу против табака в осуществление своей Инициативы в области глобального здоровья. Соединенным Штатам следует интегрировать борьбу против табака и прекращение потребления табака в свои международные программы по борьбе с туберкулезом и его профилактике, как это уже начали делать ВОЗ и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и

¹⁰⁷ Mohammed K. Ali and Jeffrey P. Koplan, "Promoting Health through Tobacco Taxation," *IAMA* 303 (2010): 357; and Frieden and Bloomberg, "How to Prevent 100 Million Deaths from Tobacco."

¹⁰⁸ McGrady, *US. Engagement in International Tobacco Control*, p. 10, где ЕС, Норвегия и Канада названы как другие искушенные регуляторы табака.

малярией.¹⁰⁹ Соединенным Штатам следует координировать свои усилия с этими и другими международными акторами, такими, как новая программа ООН для женщин.

Такой подход был бы созвучен РКБТ, которая призывает государства-члены к борьбе с табаком в общем развитии систем здравоохранения и к рассмотрению молодежи и гендерных вопросов при ее осуществлении.¹¹⁰

Соединенным Штатам следует оказать влияние и поддерживать международную антитабачную деятельность фондов и неправительственных организаций. Инициатива Блумберга сыграла важную роль в развитии пакета программ MPOWER и имеет программы в Китае, Индии, Индонезии, России и Бангладеш, странах, на которые суммарно приходится примерно половина всех курильщиков в мире. Присутствие Фонда Гейтсов растет в борьбе против табака в Африке. Школа общественного здоровья Джонс Хопкинс Блумберг (Johns Hopkins Bloomberg), Всемирный фонд здоровья легких, Кампания за детей, свободных от табака, и Альянс Рамочной конвенции играют важную роль и являются потенциальными партнерами правительства США в международной борьбе против табака.

Именно теперь отмечается важный момент в международной борьбе против табака. Научные доказательства того, что потребление табака и пассивное курение вызывают множество смертельных и инвалидизирующих заболеваний, не вызывают сомнений. Табачные программы добились успеха и в развитых, и в развивающихся странах. Более 170 стран ратифицировали РКБТ, которая обеспечивает основу для глобальной программы борьбы против табака и платформу для их мониторинга и осуществления. 500 миллионов долларов США, многолетнее обязательство со стороны Инициативы Блумберга и Фонда Билла и Мелинды Гейтс, придало крайне необходимые ресурсы глобальной борьбе против табака. При поддержке Инициативы Блумберга, ВОЗ разработала стратегию MPOWER, которая обеспечивает научно обоснованные, действенные и измеримые стратегии в поддержку осуществления РКБТ на страновом уровне.

Усиленное вовлечение США в глобальную борьбу против табака может превратить этот импульс в устойчивый прогресс. Соединенные Штаты являются крупнейшей экономикой мира и выдающийся силой в глобальном здоровье. Интеграция целей борьбы против табака в Инициативу по глобальному здоровью и программы борьбы с туберкулезом и торговую политику США сделает многое, чтобы помочь остановить расширение потребления табака и связанных с ним болезней по всему миру. Ощутимое лидерство США поможет мотивировать многосторонние и двусторонние агентства по развитию, и региональные экономические и медицинские учреждения, чтобы они также сделали своим приоритетом в своей работе борьбу против табака. В то время, как данное лидерство должно начинаться с ратификации РКБТ, Соединенным Штатам следует, не дожидаясь этого, расширять свою поддержку осуществлению РКБТ. Соединенным Штатам следует работать с партнерами по G-20, региональными и межправительственными учреждениями, фондами и НПО, предоставляя ресурсы, стимулы и техническую поддержку, которые отсутствуют у стран с низким и средним уровнем дохода, для осуществления РКБТ и достижения устойчивого прогресса; в противном случае глобальная табачная эпидемия будет расширяться.

¹⁰⁹ См. A WHO/The Union Monograph on TB and Tobacco Control: *Joining Efforts to Control Two Related Global Epidemics* (Geneva: WHO, 2010), где предлагается интеграция прекращения потребления табака, окружающей среды, свободной от табачного дыма, и просвещение по борьбе против табака в клинические вмешательства в отношении туберкулеза. Последние предложения Глобального Фонда по финансированию интегрируют борьбу против табака в национальные программы борьбы с туберкулезом и его профилактики для групп высокого риска.

¹¹⁰ 109. FCTC, статьи 4, 14, 16.