

Д.М. Максимов*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кафедра профилактической и семейной медицины, Екатеринбург, Россия

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КУРЯЩЕГО ПАЦИЕНТА

D.M. Maksimov*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Urals State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Department of preventive and family medicine, Yekaterinburg, Russia

SMOKING CESSATION COUNSELLING

Резюме

Табакокурение является ведущей устранимой причиной преждевременной заболеваемости и смертности, приводя к потере около 15 лет здоровой жизни. Среднемировая распространенность табакокурения составляет 21% (35% среди мужчин и 6% среди женщин), с худшими показателями в странах с низкими и средними доходами населения. В Российской Федерации курит 31% взрослых (51% мужчин и 14% женщин), при этом в последнее десятилетие распространенность табакокурения снижается приблизительно на 1% в год. С медицинской точки зрения табакокурение представляет собой расстройство поведения, вызванное психофизической зависимостью от никотина. Возникающие при табачной зависимости курительные ритуалы и абстинентный синдром препятствуют успешному отказу от курения. Основными задачами врача являются выявление курящих пациентов, повышение готовности курильщиков к отказу, а также облегчение абстинентного синдрома и предотвращение срыва у тех, кто бросает курить. Курительный статус и мотивация к отказу должны быть оценены у каждого пациента, обращающегося за медицинской помощью. Всем курильщикам необходимо недвусмысленно рекомендовать бросить в персонализированной и доброжелательной манере. Дальнейшее содержание медицинской помощи определяется готовностью пациента к отказу. Пациентам, не настроенным обсуждать прекращение курения, необходимо продемонстрировать готовность помочь в отказе в будущем. С пациентами, не готовыми бросить курить в ближайшее время, проводится краткое мотивационное собеседование, при котором с помощью открытых вопросов обсуждаются значимость освобождения от курения и возможные препятствия к успешному отказу. С пациентом, который готов полностью прекратить курение, врач проводит поведенческое консультирование, которое помогает преодолеть курительные ритуалы, а также назначает медикаментозное лечение абстинентного синдрома (препараты никотин-заместительной терапии или агонисты-антагонисты никотиновых рецепторов). На повторных консультациях через неделю и месяц после даты отказа следует оценить эффективность лечения, а также успехи и трудности в преодолении курительных ритуалов. У продолжающих курить при последующих посещениях следует повторно оценивать готовность к отказу и повторять мотивационное собеседование. По показаниям пациенту рекомендуются скрининговые обследования для ранней диагностики ассоциированных с курением заболеваний.

Ключевые слова: табачная зависимость, отказ от курения, мотивационное собеседование, препараты для лечения табакокурения

Для цитирования: Максимов Д.М. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КУРЯЩЕГО ПАЦИЕНТА. Архивъ внутренней медицины. 2018; 8(5): 327-332. DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-5-327-332

Abstract

Tobacco use is the leading preventable cause of premature morbidity and death in the world and it is responsible for approximately 15 years of healthy life lost. The world average smoking prevalence is 21% (35% for men and 6% for women), with the worst situation in low- and middle-income countries. In the Russian Federation, 31% of adults smoke (51% of men and 14% of women); meanwhile in the last decade the prevalence of smoking declines by about 1% per year. From a clinical standpoint, smoking is a behavioral disorder caused by psychophysical dependence from nicotine. Tobacco dependence is associated with the characteristic smoking habits and withdrawal symptoms that prevent successful cessation. The role of physician is to identify smokers on a regular basis, increase their readiness to quit, and support them during a quit attempt. Smoking status should be assessed in any patient who seeks medical care. All tobacco users should be encouraged to quit in a clear and personalized manner. The further content of medical care is determined by the patient's willingness to make a quit attempt. For those who are not ready to discuss smoking cessation, physician should express readiness to help in a quit attempt at any time. For the patients who are not ready to quit at this time, physician should initiate brief motivational intervention and discuss possible benefits of smoking cessation and obstacles to successful quitting. For those who are ready to quit, physician provides behavioral counselling and prescribes medications (nicotine replacement therapy or nicotinic receptor partial agonists). At the

*Контакты/Contacts. E-mail: kafsemmed@gmail.com

follow-up visits in a week and a month after the quit date, physician should discuss treatment effectiveness and problems with smoking habits. For continued smokers physician should reassess their readiness to quit at the following visits and repeat motivational interviewing. Screening tests for smoking-related diseases should be recommended when necessary.

Key words: tobacco use disorder, smoking cessation, motivational interviewing, tobacco use cessation products

For citation: Maksimov D.M. SMOKING CESSATION COUNSELLING. The Russian Archives of Internal Medicine. 2018; 8(5): 327-332. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-5-327-332

DOI: 10.20514/2226-6704-2018-8-5-327-332

ААНР — агонисты-антагонисты никотиновых рецепторов, ИПЛ — индекс пачка-лет, НЗТ — никотин-заместительная терапия

Эпидемиология табакокурения

Табакокурение является ведущей устранимой причиной преждевременной смертности в мире, приводя к гибели 7 миллионов человек ежегодно [1]. Общее число курильщиков превышает один миллиард, причем 80% из них проживают в странах с низким и средним уровнем доходов, преимущественно в Китае, Индии и странах Юго-Восточной Азии. По данным крупного эпидемиологического исследования Global Adults Tobacco Survey (GATS) в 2016 году в Российской Федерации (РФ) курили более 36 млн. человек или 31% взрослого населения [1]. В последнее десятилетие в РФ наблюдается снижение распространенности табакокурения приблизительно на 1,2% в год, во многом благодаря присоединению к рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака и проведению активной государственной антитабачной политики [2]. Тем не менее, РФ по-прежнему остается в числе стран с высокой распространенностью курения, особенно среди мужчин (табл. 1).

Средний возраст начала ежедневного курения в РФ составляет 17 лет, у 64% курильщиков наблюдаются признаки сильной никотиновой зависимости, а 56% планируют или думают об отказе [1]. К развитию табачной зависимости предрасполагают мужской пол, курящие члены семьи или сверстники, бедность, низкий уровень образования, а также перенесенное сильное психотравмирующее событие [3]. Расстройства психического здоровья, антисоциальное и криминальное поведение также ассоциированы с более высокой распространённостью табакокурения [4, 5].

Патофизиология табачной зависимости

Пагубное влияние табачного дыма на здоровье обусловлено длительным воздействием никотина, угарного газа и других продуктов сгорания. Собственно никотин обладает психоактивным действием, вызывая чувство удовольствия за счёт стимуляции выделения дофамина и эндогенных опиоидов в головном мозге. Кроме того, никотин стимулирует выброс адреналина, что приводит к усилению активности центральной нервной системы, подавлению чувства голода, а также повышению артериального давления и частоты сердечных сокращений. При регулярном курении табака естественная способность испытывать удовольствие атрофируется, в результате чего даже при временном лишении никотина у курильщика развивается абстинентный синдром в виде повышенной тревожности, раздражительности, беспокойства, нарушения концентрации, бессонницы и повышения аппетита. Как следствие, эмоциональное равновесие у ежедневного курильщика в значительной степени определяется наличием или отсутствием никотина в крови. Возникающий порочный круг приводит к формированию сильной психофизической зависимости, сопоставимой с зависимостью от некоторых опиатов. Со временем у постоянного курильщика дополнительно формируются поведенческие автоматизмы и курительные ритуалы, с помощью которых он справляется, как ему кажется, с внешними стрессами, утомлением и скукой. В МКБ-10 табакокурение закономерно относится к психическим расстройствам и расстройствам поведения, связанным с употреблением психоактивных веществ (код F17.2 — синдром зависимости от табака). При этом вдыхание дыма как таковое является вынужденным следствием

Таблица 1. Распространённость табакокурения в Российской Федерации в сравнении мировыми данными
Table 1. Prevalence of tobacco smoking in the Russian Federation compared to world data

Распространенность табакокурения/ Tobacco smoking prevalence	Всего/ Overall	Мужчины/ Man	Женщины/ Woman
Российская Федерация ¹ / Russian Federation	31%	51%	14%
Страны с высоким уровнем доходов ² / High-income countries	23%	29%	18%
Среднемировой показатель ² / Global average	21%	35%	6%

1. Global Adult Tobacco Survey, Russia, 2016.

2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017.

никотиновой зависимости, однако именно оно ответственно за основные неблагоприятные последствия для здоровья. Табакокурение является сильным и, нередко, ведущим фактором риска большого числа сердечно-сосудистых, легочных и злокачественных заболеваний, репродуктивных расстройств, задержки нервно-психического развития у детей, катаракты, остеопороза, язвенной болезни, тиреотоксикоза и пр. [5]. В целом последствия систематического курения можно охарактеризовать как преждевременное старение. Ежедневный курильщик теряет около 15 лет полноценной жизни за счет раннего развития хронических заболеваний и преждевременной смерти [3]. Врач любой специальности может много сделать для лечения и общего оздоровления своих пациентов, если включит консультирование по отказу от курения в обязательный перечень своих рекомендаций.

Консультирование курящего пациента

Прекращение табакокурения является важнейшей медико-социальной задачей, поэтому в развитых системах здравоохранения врачей финансово и организационно стимулируют консультировать курящих пациентов. Как правило, отказ от курения не является основным поводом для обращения за медицинской помощью, поэтому врач должен быть готов уделить этому вопросу дополнительно 5-10 минут своего приема. Краткое консультирование рекомендуется проводить, следуя пяти последовательным правилам (в оригинале — **5A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange** [6]):

1. **Спрашивать** о курении всех пациентов
2. **Советовать** всем курильщикам бросить
3. **Оценить** готовность к отказу от курения
4. **Помочь** пациенту в осуществлении отказа
5. **Поддержать** в процессе отказа от курения

1. СПРАШИВАТЬ О КУРЕНИИ ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ

У каждого амбулаторного или госпитального пациента старше 18 лет необходимо выяснить статус курения. Опрос (анкетирование) может проводить врач, медицинская сестра в рамках доврачебного приема или администратор. Кроме регистрации статуса курения, желательно уточнить количество выкуриваемых в сутки сигарет, стаж курения (в годах), и рассчитать индекс пачка-лет (ИПЛ = [среднее число сигарет, выкуриваемых в сутки \times стаж курения в годах] / 20). Статус курения (курит, никогда не курил, бросил курить) отмечается в первичной медицинской документации, при возможности — на лицевой стороне амбулаторной карты или истории болезни.

2. СОВЕТОВАТЬ ВСЕМ КУРИЛЬЩИКАМ БРОСИТЬ

Всем курильщикам следует недвусмысленно рекомендовать отказ от курения, делая акцент на положительных последствиях освобождения от табачной зависимости. При этом желательно избегать автори-

тарного стиля общения и обвинительных нотаций. Примеры рекомендаций: «Отказ от курения — это самое лучшее, что Вы можете сделать для своего здоровья», «Как Ваш лечащий врач, я Вам настоятельно рекомендую отказ от курения». Совет должен быть ясным, однозначным и персонализированным. Например, молодой женщине можно сказать о важности отказа от курения для рождения здорового ребенка; для родителей будет важен пример, который они подадут детям или вред пассивного курения; у пациента средних лет можно оценить влияние курения на сердечно-сосудистый риск или течение хронических заболеваний. Например, «Продолжение курения может существенно ухудшить течение Вашего заболевания, а отказ приведет к быстрому облегчению симптомов и уменьшению потребности в медикаментах». Всем курящим необходимо предложить помощь в отказе от курения.

3. ОЦЕНИТЬ ГОТОВНОСТЬ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

Признаками высокой готовности или мотивации к отказу являются прошлые попытки бросить курить, а также готовность бросить в ближайшее время, в том числе при наличии врачебной поддержки. Мотивация пациента и уверенность в собственных силах могут быть оценены с помощью двух вопросов «Хотели ли бы Вы бросить курить?» и «Как Вы оцениваете свои шансы на успешный отказ?». Можно задать нейтральный вопрос «Что Вы думаете о своем курении?». В зависимости от ответа на эти вопросы курящие пациенты могут быть условно разделены на три группы: не готовые бросать и обсуждать отказ от курения; не готовые бросать в настоящее время, но не исключающие такую возможность в будущем (колеблющиеся); готовые бросить в ближайшее время. Пациентам, которые не хотят бросать курить и даже отказываются обсуждать эту тему, надо предоставить возможность передумать: «Я понимаю, что сейчас Вы не настроены бросить курить, однако если Вы передумаете, я всегда буду рад(а) Вам помочь». При дальнейших контактах следует возвращаться к теме отказа от курения в доброжелательной манере, ожидая изменения мотивации пациентов.

С пациентами, которые не готовы к отказу в ближайшее время, но в перспективе не исключают для себя такую возможность, проводится краткое **мотивационное собеседование** (оригинальный термин — Motivational Interviewing [7]). Мотивационное собеседование проводится в неконфронтационной, доброжелательной манере, помогая пациенту разрешить амбивалентность в отношении собственного курения, основываясь на долгосрочных позитивных целях. Под амбивалентностью понимается внутренний конфликт, который так или иначе присутствует у большинства курильщиков, например, когда пациент осознает всю противоестественность и вред курения, но предпочитает об этом не думать или пытается найти оправдание своему поведению. Задача врача — проявить это внутренний конфликт и помочь паци-

енту разрешить его в позитивном направлении. Само название «мотивационное собеседование» или «интервью» предполагает использование открытых, безоценочных вопросов, которые помогают пациенту выразить свое отношение к табакокурению. Упрощенный вариант мотивационного собеседования включает пять основных компонентов (в оригинале — **5 R: Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition** [6]):

- 1. Значимость.** Поощрить пациента высказаться, почему отказ от курения может быть важен лично для него, например, «Ради чего Вы могли бы сделать попытку отказа от курения?».
- 2. Риски.** Попросить пациента озвучить проблемы, которые он связывает с курением. Например, «Есть ли у Вас проблемы со здоровьем, которые вызваны курением?», «Знаете ли Вы что-нибудь о рисках для своего здоровья или для здоровья близких людей, которые могут быть связаны с курением?».
- 3. Вознаграждение.** Попросить пациента перечислить позитивные последствия отказа от курения. Например, «Что хорошего произойдет в Вашей жизни, если Вы бросите курить?», «Знаете ли Вы, как отказ от курения может улучшить Ваше здоровье?», или «Обрадуются ли Ваши близкие, если Вы бросите курить?».
- 4. Препятствия.** Спросить у пациента о проблемах, которые препятствуют успешному отказу и порекомендовать способы их преодоления. Это может быть боязнь синдрома отмены или прибавки веса, влияние курящего окружения или высокий уровень стресса. Пациентам, опасющимся синдрома отмены, можно посоветовать постепенное снижение числа выкуриваемых сигарет на фоне использования препаратов никотин-заместительной терапии (см. ниже).
- 5. Повторение.** При последующих посещениях необходимо возвращаться к теме отказа от курения и оценивать изменения в мотивации. Если пациент по-прежнему не готов к отказу, следует закончить собеседование на позитивной ноте, например, «Это непростая задача, но я уверен(а), что Вы сможете преодолеть зависимость от табака, и я всегда готов(а) Вам в этом помочь».

Пункты «Риски» и «Вознаграждение» особенно важны для пациентов, которые сомневаются в необходимости отказа от курения. У пациентов, настроенных на отказ, но не уверенных в своей способности справиться с курением, особое внимание следует уделить пункту «Препятствия».

4. Помочь пациенту в отказе от курения

Пациентам, которые готовы отказаться от курения в ближайшее время, необходимо дать поведенческие рекомендации и, по показаниям, назначить медикаментозное лечение никотиновой зависимости.

Проводя **поведенческое консультирование**, врач эмоционально поддерживает пациента и обучает его навыкам самоконтроля, помогая преодолеть поведенческие автоматизмы и ритуалы, связанные

с курением. В рамках консультирования рекомендуется установить точную дату отказа, обсудить важность полного воздержания от курения особенно в первые две недели; посоветовать обдумать защитное поведение в типичных ситуациях, которые могут спровоцировать срыв (волнение, скука, употребление алкоголя, курящая компания); порекомендовать способы преодоления внезапного желания закурить, например, глубокое и медленное брюшное дыхание. Также рекомендуется обсудить с пациентом основные позитивные ожидания и преимущества, связанные с отказом от курения и поддержать главный мотив, ради которого предпринимается попытка отказа. Пациентам, обеспокоенным прибавкой веса, необходимо дать рекомендации по рациональному питанию (например, пирамида здорового питания) и увеличению физической активности. Для скорейшего восстановления естественного эмоционального равновесия пациенту рекомендуется избегать конфликтных ситуаций, стремиться к позитивным эмоциям, высыпаться, избегать употребления алкоголя и освоить навыки релаксации.

Медикаментозное лечение помогает купировать проявления синдрома отмены и тягу к сигарете, повышая шансы на успешный отказ как минимум в 2 раза [8]. Чем сильнее никотиновая зависимость, тем более оправдано назначение медикаментов. Признаками сильной никотиновой зависимости являются ежедневное выкуривание более 10 сигарет, выкуривание первой сигареты в течение 30 минут после просыпания («утреннее накуривание»), а также типичные проявления синдрома отмены при прошлых попытках отказа или вынужденном воздержании от курения. Медикаментозное лечение не показано тем, кто курит не каждый день или выкуривает менее 5 сигарет в день. Синдром отмены никотина проходит в течение 2-4 недель, медикаментозное лечение назначается на срок 8-10 недель.

Наиболее изученными средствами лечения табачной зависимости являются препараты **никотин-заместительной терапии (НЗТ)**, они чаще всего рекомендуются в качестве средств первой линии. Медицинский никотин уменьшает проявления синдрома отмены, при этом не вызывает привыкания. Для тех, кто курит 5-10 сигарет в сутки, рекомендуется использовать препараты НЗТ короткого действия по потребности: таблетку, жевательную резинку или спрей «Никоретте». Одна доза препарата обычно составляет 2 мг и позволяет заменить около 2 сигарет. Спрей является наиболее быстродействующим средством. При курении 10-20 сигарет в сутки рекомендуется использовать пластырь с замедленным высвобождением никотина «Никоретте» 16-часового действия в дозе 15 или 25 мг; при курении 20 сигарет (пачка) и более — пластырь 25 мг и одно из короткодействующих средств (жевательная резинка, таблетка, спрей) по потребности. Пластырь 24-часового действия «Никвитин» 21 (14, 7) мг рекомендует-

ся при выраженном утреннем накуривании или при круглосуточном курении (работе в ночные смены). НЗТ назначается в полной дозе за две недели до даты отказа на фоне сокращения числа выкуриваемых сигарет или непосредственно в день отказа от курения и продолжается в течение 8-10 недель. В последние недели лечения используется пластырь «Никоретте» 10 мг или короткодействующие средства по потребности. Препараты НЗТ обычно хорошо переносятся и отпускаются без рецепта. В редких случаях возможны побочные эффекты, связанные с адренергическим действием никотина (сердцебиение, головная боль, бессонница, повышение АД) или местные аллергические реакции при использовании пластыря. В этих случаях рекомендуется уменьшить дозу или сменить вид препарата НЗТ. Ограничениями к использованию препаратов НЗТ являются обострения сердечно-сосудистых заболеваний и беременность.

Другая группа препаратов для лечения табачной зависимости представлена **агонистами-антагонистами никотиновых рецепторов (ААНР)**. Они конкурентно связываются с рецепторами центра удовольствия, блокируя доступ никотина к головному мозгу, при этом за счет стимулирующего дофаминергического эффекта облегчают проявления синдрома отмены. Растительный ААНР «Табекс» (МНН Цитизин) с успехом используется для лечения табачной зависимости в странах Восточной Европы уже более 50 лет. В последнее десятилетие в высококачественных клинических испытаниях этот препарат подтвердил свою высокую эффективность и безопасность, сопоставимую с другими медикаментами для лечения табачной зависимости [9]. Табекс назначается за 1-5 дней до даты отказа на фоне снижения числа выкуриваемых сигарет и принимается по схеме в течение одного месяца. Препарат, как правило, хорошо

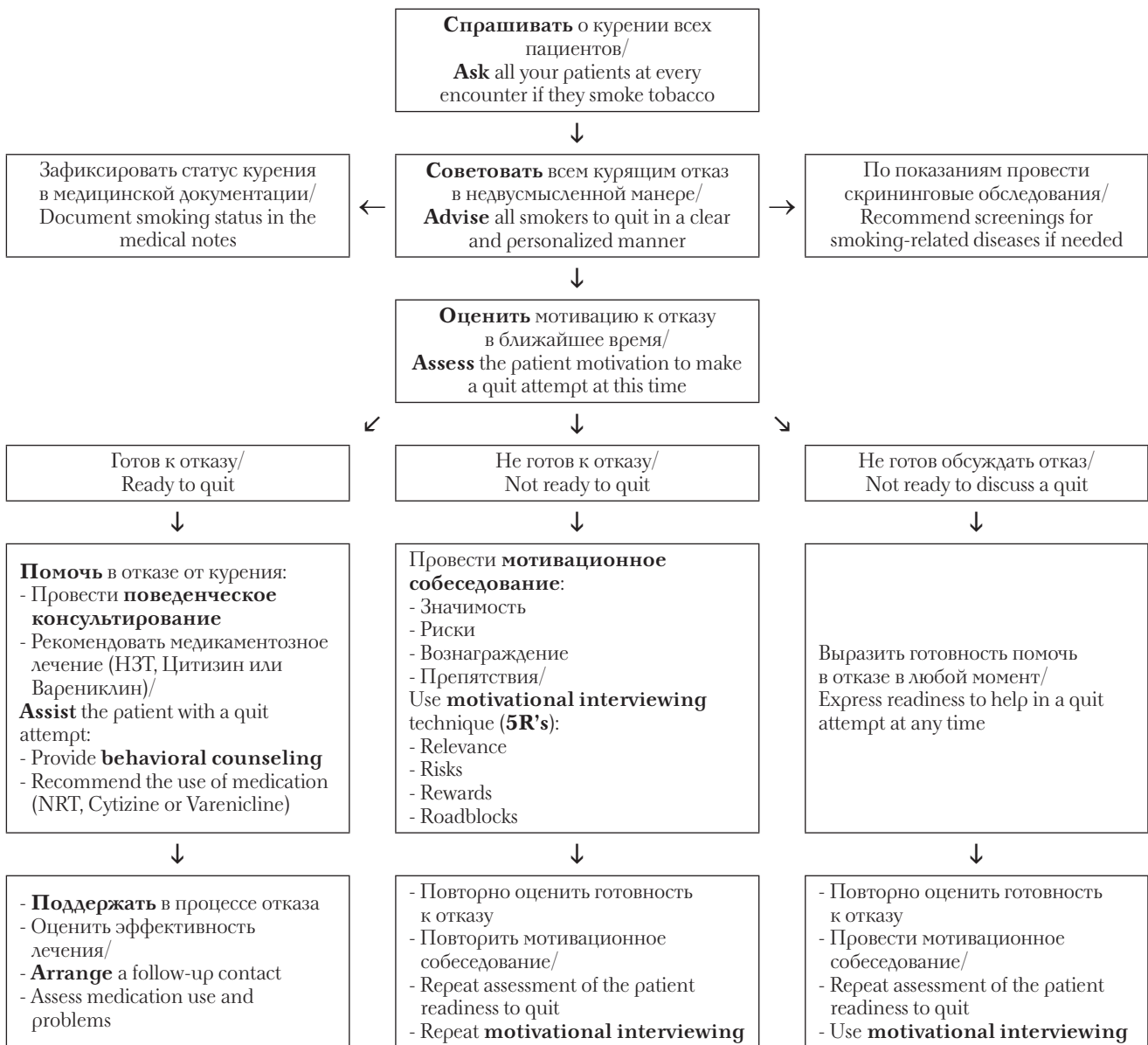


Рисунок 1. Алгоритм консультирования курящего пациента
Figure 1. Smoking cessation counseling approach

переносится и отпускается без рецепта, противопоказания в целом аналогичны НЗТ. Преимуществом препарата является его невысокая стоимость, а к недостаткам следует отнести сложную схему приема.

Единственным синтетическим ААНР на рынке является препарат «Чампикс» (МНН Варениклин). Чампикс сопоставим по эффективности с комбинированной НЗТ, повышая шансы на отказ от курения приблизительно в три раза [7]. Препарат назначается за две недели до даты отказа в дозе 0,5 — 1 мг в день, затем принимается в течение 10 недель по таблетке 1 мг 2 раза в день. Чампикс в целом хорошо переносится, наиболее частым побочным эффектом является тошнота (до 30% пациентов). Ранее существовали опасения о повышении риска суицидальных и сердечно-сосудистых событий на фоне приема Чампикса, однако в последних крупных исследованиях эти данные не подтверждаются [10, 11]. Чампикс назначается лечащим врачом с учетом противопоказаний и индивидуальных особенностей пациента, отпускается по рецепту.

5. Поддержать в процессе отказа от курения

Пациентам, бросающим курить, рекомендуются повторные консультации через неделю и месяц после даты отказа. При повторном визите необходимо оценить выраженность синдрома отмены, уточнить эффективность и переносимость медикаментов, при необходимости скорректировать дозу или лекарственную форму препаратов НЗТ, оценить динамику веса. Также полезно повторить поведенческое консультирование с акцентом на позитивные изменения психического и физического здоровья после отказа и эмоционально поддержать пациента. В случае рецидива курения необходимо совместно проанализировать причины срыва, рекомендовать повторную попытку, при необходимости рассмотреть другой вариант медикаментозного лечения.

Пациент считается излеченным от табачной зависимости, если через 6 месяцев от даты отказа ему удастся полностью воздерживаться от курения. К этому сроку у большинства пациентов восстанавливается естественная саморегуляция настроения и угасают курительные ритуалы.

Обследование для ранней диагностики ассоциированных с курением хронических заболеваний (скрининг).

Всем курящим 40 лет и старше следует измерить АД, уровень холестерина в плазме и оценить 10-летний сердечно-сосудистый риск с использованием прогностической шкалы SCORE или аналогов (например, ASCVD). Пациентам 55 — 85 лет с большим стажем курения (ИПЛ \geq 30) рекомендуется ежегодная низкодозная компьютерная томография для ранней

диагностики рака легких. Курящим мужчинам 65 лет и старше рекомендуется однократное УЗИ брюшной аорты для ранней диагностики аневризмы [12].

Конфликт интересов / Conflict of interests

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов /The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Список литературы / References

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization. 2017; 263 p.
2. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Российская Федерация. Краткий обзор, 2016 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2016; 9 с. Global Adult Tobacco Survey: Russian Federation. Executive summary 2016. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2016; 9 p. [In Russian].
3. Centers for Disease Control and Prevention. Current Cigarette Smoking Among Adults—United States, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018; 67(2): 53-9 [accessed 2018 Feb 22].
4. Kim J., Fleming C.B., Catalano R.F. Individual and social influences on progression to daily smoking during adolescence. Pediatrics. 2009; 124(3): 895-902.
5. West R., Shiffman S. Fast Facts: Smoking Cessation. Second edition. Health Press Limited, Oxford, UK. 2007; 81 p.
6. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva: World Health Organization. 2014.
7. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. М.: Эксмо. 2017; 544 с. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. M.: Eksmo. 2017; 544 p
8. Cahill K., Stevens S., Perera R. et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 5:CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
9. Leaviss J., Sullivan W., Ren S., et al. What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of cytisine compared with varenicline for smoking cessation? A systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2014; 18(33): 1-120.
10. Anthenelli R.M., Benowitz N.L., West R., et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016; 387(10037): 2507-20.
11. Benowitz N.L., Pipe A., West R., et al. Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. Published online April 09, 2018. doi:10.1001/jamainternmed.2018.0397.
12. The Guide to Clinical Preventive Services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2014; 123 p.

А

Статья получена/Article received 24.05.2018 г.
Принята к публикации/Adopted for publication
04.06.2018 г.