

УДК 616.01/-099

Лечение никотиновой зависимости в терапевтической практике (обсуждение клинических рекомендаций)

П.К. Яблонский, О.А. Суховская

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Treatment of nicotine addiction in therapeutic practice (discussion of clinical guidelines)

P. Yablonskiy, O. Sukhovskaya

St. Petersburg Scientific Research Institute of Phthisiopulmonology

© П.К. Яблонский, О.А. Суховская, 2018 г.

Резюме

В статье рассмотрены федеральные клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», принятые в мае 2018 г. Приводятся данные научных исследований, подтверждающих необходимость вовлечения врачей всех специальностей в оказание медицинской помощи в отказе от потребления табака, эффективность различных лекарственных препаратов для лечения никотиновой зависимости у курящих, беременных женщин и больных с психическими заболеваниями. Рассмотрено влияние отказа от потребления табака на состояние здоровья пациентов с заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: лечение никотиновой зависимости, синдром отмены от табака, табакокурение

Summary

The article discusses federal clinical recommendations «The Syndrome of Tobacco Dependence, the Syndrome of Tobacco Cancer in Adults», adopted in May 2018. The data of scientific research confirming the need to involve doctors of all specialties in the provision of medical care in tobacco cessation, the effectiveness of various drugs for the treatment of nicotine dependence in smokers, pregnant women and patients with mental illness, as well as the impact of quit smoking in patients with respiratory diseases, of cardio-vascular system.

Keywords: of nicotine dependence treatment, withdrawal from tobacco, smoking

В 2013 г. в Российской Федерации был принят и вступил в силу Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и воздействий потребления табака», в соответствии с которым «...лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, оказывается медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака (п. 1). Оказание гражданам медицинской помощи, направ-

ленной 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 (п. 2). 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 (п. 3). 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 (п. 4)» [1].

Несмотря на вступление закона в силу в 2013 г., до сих пор не были в полной мере реализованы все статьи закона, в частности, п. 3 ст. 15: «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», хотя следует признать, что правительство и Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало ряд нормативных документов, в том числе приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»; приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» с изменениями и дополнениями от 23 июня, 30 сентября 2015 г.; приказ Минздрава РФ № 36ан от 3 февраля 2015 г. «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» и приказ Минздравсоцразвития России № 261 от 1 апреля 2011 г. «Об организации Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака». Приказы Минздрава РФ № 683н и № 543н определяют порядок оказания медицинской помощи при потреблении табака, лечении табачной зависимости и последствий потребления табака [2, 3]. Ранее, в 2009 г. были организованы Центры здоровья [приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. № 597н (ред. от 30 сентября 2015 г.)], целью создания которых была реализация комплекса мер, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, в том числе и по прекращению табакокурения (ТК) [4, 5].

Однако основная проблема заключается в большой распространенности как в целом табакокурения (ТК), так и никотиновой зависимости (НЗ), при которой курящему человеку трудно отказаться от ТК самостоятельно [6]. Исследования распространенности ТК среди взрослого населения РФ показали,

что, несмотря на положительную динамику и снижение числа курящих по сравнению с 2009 годом, курят 30,9% взрослого населения [7, 8]. Степень НЗ является одним из основных факторов, снижающих эффективность отказа от потребления табака при отсутствии фармакологического лечения [9, 10]. Лечение НЗ позволяет в несколько раз повысить успешность прекращения курения [11–13], особенно при сочетании лекарственной и когнитивно-поведенческой терапии [14]. Именно поэтому важно привлечение врачей всех специальностей для оказания медицинской помощи при отказе от ТК, в том числе для краткого консультирования при отказе от ТК и назначения лечения НЗ, для информирования курящих о возможностях бесплатного телефонного консультирования [14, 15]. Для этого и необходимы клинические рекомендации, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации: «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», МКБ-10: F17.2, F17.3 (2018), ID: КР601 [16].

В рекомендациях даются определения, критерии и патогенез синдрома зависимости от табака и синдрома отмены. Представлены следующие разделы: «Диагностика», «Лечение», «Профилактика», «Лечение особых групп пациентов», «Критерии оценки качества медицинской помощи». В разделе «Диагностика» описаны порядок сбора анамнеза и жалобы, характерные для синдрома зависимости (критерии зависимости), синдрома отмены (симптомы, возникающие при прекращении ТК), а также жалобы, характерные для заболеваний органов дыхания, развивающихся при ТК.

Важным моментом этих рекомендаций является распространение их действия не только на табачные изделия, но и на электронные средства доставки никотина (ЭСДН).

ЭСДН появились в мире относительно недавно и не относятся к табачной продукции, поскольку они не содержат табака или в процессе их потребления не происходит горения и/или тления табака. В Федеральном законе от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ отсутствует прямой запрет на продажу ЭСДН несовершеннолетним, запрет курения (парения) их в общественных (определенных) местах. Исследования воздействия ЭСДН еще продолжаются, в ряде исследований приводятся факты о преимуществе ЭСДН по сравнению с обычными сигаретами в связи с меньшим содержанием в них токсичных веществ [17]. В то же время эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркивают, что применение электронных сигарет (ЭСДН) недостаточно исследовано в отношении безопасности и эффективности для отказа от ТК, а в составе ЭСДН обнаружены пропиленгликоль, формальдегид, тяжелые металлы, нитрозамины. Большинство частиц, вдыхаемых при использовании ЭСДН, размерами

100–200 нанометров, что способствует их более глубокому проникновению в дыхательные пути и развитию воспалительного процесса. В некоторых ЭСДН уровень содержания формальдегида, акролеина и других токсичных веществ сопоставим с концентрациями в табачном дыме [18]. Кроме того, широкое распространение ЭСДН с различными вкусовыми добавками способствует широкому приобщению подростков к потреблению никотина и, соответственно, развитию НЗ [19], а курящие, использующие ЭСДН как средство для отказа от ТК, часто сочетают ЭСДН с табакокурением [20].

Диагностика заболеваний органов дыхания является важным этапом оказания помощи в отказе от ТК, поскольку органы дыхания в первую очередь контактируют с компонентами табачного дыма, который инициирует или провоцирует развитие воспалительных реакций, ухудшает эффективность лечения [21–23]. В литературе много работ, подтверждающих связь ТК с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), раком легкого. Помимо ХОБЛ, показана ассоциация ТК с тяжелым, неконтролируемым течением бронхиальной астмы (БА), с более частой госпитализацией в отделения скорой медицинской помощи [24, 25], худшими результатами лечения пневмонии [26]. В европейском исследовании пожилых курящих и лиц, отказавшихся от курения (7844 пациента из 29 центров), было показано, что выраженность симптомов астмы была выше у курящих больных [27]. При отказе от ТК возможно обострение хронических бронхолегочных заболеваний, требующее лечения [28].

В то же время необходимо отметить, что при отказе от ТК могут встречаться и другие проблемы, в частности, со стороны желудочно-кишечного тракта (возможны запоры), сердечно-сосудистой системы (снижение артериального давления, изменение медиаторов, сигнальных молекул, агрегации тромбоцитов, синтеза фибриногена и т.д.), изменения толерантности к глюкозе, что также необходимо учитывать в первые недели отказа от ТК [29–33].

В разделе методов диагностики рекомендовано определение всем пациентам угарного газа в выдыхаемом воздухе, теста Фагерстрома, теста по оценке мотивации к отказу от ТК и расчет индекса курения (ИК), а пациентам с респираторными симптомами и жалобами — проведение спирометрии и пикфлоуметрии [16]. Действительно, исследования показывают, что измерение угарного газа дополнительно мотивирует курящего к отказу от ТК [34, 35]. Однако надо иметь в виду, что уровень угарного газа не всегда коррелирует с числом выкуриваемых в день сигарет [36], и этот показатель зависит от времени, прошедшего после выкуривания последней сигареты. Ввиду ограниченности времени, отводимого на прием па-

циента врачом-терапевтом, измерение угарного газа и определение теста Фагерстрома, вероятно, следует использовать не во всех ЛПУ, а в кабинетах профилактики, кабинетах помощи в отказе от ТК и центрах здоровья, а врачу, возможно, при назначении лечения НЗ достаточно ориентироваться на число выкуриваемых в день сигарет (более 10) и трудности отказа от ТК при предыдущих попытках отказа от ТК (выраженный синдром отмены: сильное желание курить при отказе от ТК, беспокойство, раздражительность и т.п.). При высоком ИК, скорее всего, следует ожидать высокую степень НЗ и выраженный синдром отмены, которые увеличивают риск срыва и рецидива при самостоятельном отказе. Однако использование фармакологических препаратов даже при высокой степени НЗ нивелирует неблагоприятное влияние высокой степени НЗ на отказ от курения [14, 15].

Несомненным достоинством клинических рекомендаций является признание необходимости сочетания поведенческих методик и лекарственной терапии, а также алгоритм ведения курящего пациента врачом общей практики, врачами терапевтических специальностей. Необходимо отметить, что во многих странах именно семейный врач назначает лечение НЗ (в случае необходимости) и направляет пациента в группы по обучению методам самопомощи в отказе от курения (преодолению сильного желания курить, раздражительности, волнения, замене курительного поведения) или рекомендует индивидуальное телефонное консультирование в течение первого месяца отказа от ТК [12, 37–41]. В то же время в обсуждаемом документе отсутствуют клинические рекомендации для врачей-специалистов — инфекционистов, фтизиатров, хирургов и других, которых необходимо привлекать к краткому консультированию по отказу от курения и которые также могут и должны назначать лечение никотиновой зависимости. По нашему мнению, в обсуждаемые клинические рекомендации необходимо добавить разделы, предназначенные для врачей-специалистов, в которых были бы отражены особенности организации лечения никотиновой зависимости в специализированных лечебных учреждениях.

В клинических рекомендациях приводятся схемы лечения НЗ основными группами лекарственных препаратов, разрешенных к применению в РФ: содержащих никотин и безникотиновых (цитизин и вarenиклин). Эти лекарственные препараты доказали свою эффективность, и главное, чем необходимо руководствоваться врачу при их назначении, — противопоказания. У никотинсодержащих препаратов противопоказания различаются в зависимости от формы выпуска и рекомендаций фирмы-производителя, но при наличии острой сердечно-сосудистой патологии или после недавнего острого сердечно-сосудистого заболева-

ния следует с осторожностью (и под контролем врача) назначать эти лекарственные средства. Аналогичные ограничения есть и у цитизина. Кроме того, он противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (фаза обострения), бронхиальной астме. К противопоказаниям назначения варениклина относится острая почечная недостаточность.

Особую группу представляют беременные и пациенты с психическими заболеваниями. Большинство курящих женщин прекращают курение, узнав о своей беременности, однако примерно четверть из них (по данным исследования в Санкт-Петербурге) продолжают курить (постоянно или эпизодически) из-за выраженного синдрома отмены [42]. Применение у беременных НЗТ увеличивает шансы отказа от ТК, однако есть исследования, свидетельствующие о том, что эффективность НЗТ и плацебо были сопоставимы [43]. Поэтому в первую очередь необходимо рекомендовать беременным поведенческую терапию, проводя углубленное консультирование.

У пациентов с психическими расстройствами или заболеваниями эффективность отказа от ТК, как правило, ниже [44, 45]. Исследование EAGLES [44], в котором исследовалась безопасность и эффективность основных лекарственных препаратов для лечения НЗ (НЗТ, варениклин) показало, что НЗТ и варениклин редко вызывают какие-либо побочные эффекты при их назначении. Частота их возникновения была сопоставима или ниже, чем при плацебо, и составила в непсихиатрической когорте (4028 пациентов): 1,3% — в группе варениклина; 2,5% — НЗТ (трансдермальная система) и 2,4% — в группе плацебо. В психиатрической когорте умеренные и тяжелые нейропсихиатрические побочные явления отмечались в 6,5% случаев при приеме варениклина; 5,2% — НЗТ и 4,9% — плацебо. Наиболее частыми побочными эффектами лечения были тошнота (варениклин), бессонница, аномальные сны (никотиновый пластырь), головная боль (плацебо). По сравнению с группой, получавшей плацебо, при лечении НЗ были более высокие показатели отказа от ТК: в группе, получавших варениклин (отношение шансов, OR=4,00; 95%ДИ=3,20–5,00 в непсихиатрической когорте и OR=2,50; 95%ДИ=1,90–3,29 у больных с психическими заболеваниями) и никотиновый пластырь (OR=2,30; 95%ДИ=1,83–2,90 и 1,65;

1,24–2,20 соответственно). Таким образом, лечение НЗ значительно увеличивало шансы отказа от курения независимо от наличия психических заболеваний, однако эффективность лечения была ниже в психиатрической когорте [45, 46]. Дальнейшее наблюдение этих пациентов в течение года показало сердечно-сосудистую безопасность лечения НЗ, а также выявило предикторы рецидива ТК: более молодой возраст, расстройства настроения, тревожное расстройство, психические расстройства, прием психотропных препаратов, уровень НЗ и предыдущее применение НЗТ [46]. В заключении авторы исследования отмечают: несмотря на то, что эти характеристики и были связаны с более низкими показателями прекращения приема, они существенно не влияли на эффективность варениклина или НЗТ. Однако, учитывая и другие исследования, показывающие, что наличие тревоги и депрессии способствует срывам и рецидиву ТК [45], целесообразно, чтобы лечение синдрома зависимости и синдрома отмены у этих пациентов проводилось врачом специалистом по лечению зависимости: психиатром-наркологом или врачом-психиатром, психотерапевтом [16].

Кроме того, врач общей практики может рекомендовать и другие фармакологические препараты для купирования симптомов отмены. Как принято во многих зарубежных рекомендациях, лечение считается эффективным и пациент стал некурящим, если период воздержания от ТК был не менее 6 мес [16].

В заключении клинических рекомендаций дается алгоритм ведения курящего пациента, основанный на рекомендациях ВОЗ: короткий совет врача, стратегия 5A (для пациентов, готовых к отказу от ТК) и стратегия 5R (для тех, кто пока не готов назначить день отказа от ТК) [47–49].

Таким образом, сделан важный шаг для оказания медицинской помощи в отказе от ТК курящим пациентам, и врачи терапевтического профиля получили одобренную Минздравом России возможность назначать лекарственные препараты с доказанной эффективностью. Следующий шаг должен быть сделан в направлении вовлечения врачей всех специальностей в оказание помощи в отказе от табакокурения и лечении никотиновой зависимости и/или в информировании пациентов о том, где он может получить такую помощь.

Список литературы

1. Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». www.consultant.ru. Federal'nyj zakon ot 23.02.2013 N 15-FZ «Ob okhrane zdorov'ya grazhdan ot vozdejstviya okruzhayushhego tabachnogo dyma i posledstvij potrebleniya tabaka». www.consultant.ru.

2. Ипатов П.В., Поддубская Е.А., Бойцов С.А. Вопросы здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний в Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», аналитический обзор и предложения по внесению изменений и дополнений // Профилактическая медицина. 2015. Т. 19, № 5. С. 10–15. *Ipatov P.V., Poddubskaya E.A., Bojtsov S.A. Voprosy zdorovogo obraza zhizni*

- i profilaktiki neinfekcionnyh zabojevanij v Federal'nom zakone Rossijskoj Federacii ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii», analiticheskij obzor i predlozheniya po vneseniyu izmenenij i dopolnenij // Profilakticheskaya meditsina. 2015. T. 19, N 5. S. 10–15.
3. *Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М. и др.* Диспансеризация определенных групп взрослого населения: методические рекомендации. 3-е изд., доп. М., 2015. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420265578>. *Bojtsov S.A., Ipatov P.V., Kalinina A.M. et al.* Dispanserizaciya opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya: metodicheskie rekomendacii. 3 izd., dop. Mocsow, 2015. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420265578>.
 4. *Погосова Н.В., Вергазова Э.К., Аушева А.К. и др.* Актуальные результаты работы центров здоровья России // Профилактическая медицина. 2016. Т. 19, № 6. С. 50–58. *Pogosova N.V., Vergazova E.K., Ausheva A.K. i dr.* Aktual'nye rezultaty raboty centrov zdorov'ya Rossii // Profilakticheskaya meditsina. 2016. T. 19, N 6. S. 50–58.
 5. *Погосова Н.В., Вергазова Э.К., Аушева А.К. и др.* Центры здоровья: достигнутые результаты и перспективы (продолжение) // Профилактическая медицина. 2015. Т. 18, № 5. С. 34–42. *Pogosova N.V., Vergazova E.K., Ausheva A.K. i dr.* Centry zdorov'ya: dostignutyje rezultaty i perspektivy (prodolzhenie) // Profilakticheskaya meditsina. 2015. T. 18, N 5. S. 34–42.
 6. *Куликов В.Д., Титова О.Н.* О концептуальных основах порядка лечения табачной зависимости // Здоровье населения и среда обитания. 2015. № 6 (267). С. 7–12. *Kulikov V.D., Titova O.N.* O konceptual'nyh osnovah poryadka lecheniya tabachnoj zavisimosti // Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya. 2015. N 6 (267). S. 7–12.
 7. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), Российская Федерация, 2009 г. 171 с. Global'nyj opros vzroslogo naseleniya o potreblenii tabaka (GATS), Rossijskaya Federaciya, 2009 g. 171 s. URL: http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf.
 8. *Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О.* Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: GATS 2009 и GATS 2016 // Наркология. 2017. Т. 16, № 7. С. 8–12. *Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagaj O.O.* Global'nyj opros vzroslogo naseleniya o potreblenii tabaka v Rossijskoj Federacii: GATS 2009 i GATS 2016 // Narkologiya. 2017. T. 16, N 7. S. 8–12.
 9. *Ayala-Bernal D., Probst-Hensch N., Rochat T. et al.* Factors associated with cessation of smoking among Swiss adults between 1991 and 2011: results from the SAPALDIA cohort. *Swiss Med Wkly.* 2017 Oct 17;147:w14502. doi: 10.4414/SMW.2017.14502.
 10. *Myung S.K., Park J.Y.* Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials // *Nicotine Tob. Res.* 2018 Aug 28. doi: 10.1093/ntr/nty180.
 11. *Underner M., Perriot J., Peiffer G. et al.* Smoking cessation: Pharmacological strategies different from standard treatments // *Rev. Pneumol. Clin.* 2018. May 14. pii: S0761-8417(18)30100-7. doi: 10.1016/j.pneumo.2018.04.008.
 12. *Corvalán B.M., Véjar M., Bambs S.C. et al.* Clinical Practice Guidelines for Smoking Cessation // *Rev. Med. Chil.* 2017. Vol. 145 (11). P. 1471–1479. doi: 10.4067/s0034-98872017001101471.
 13. *Abdul-Kader J., Airagnes G., D'almeida S. et al.* Interventions for smoking cessation in 2018 // *Rev. Pneumol. Clin.* 2018. Apr. 9. pii: S0761-8417(18)30046-4. doi: 10.1016/j.pneumo.2018.03.004.
 14. *Суховская О.А.* Помощь при отказе от курения // *Доктор.Ру.* 2010. № 6 (57). С. 41–44. *Sukhovskaya O.A.* Pomoshch' pri otkaze ot kureniya // *Doktor.Ru.* 2010. N 6 (57). S. 41–44.
 15. *Яблонский П.К., Суховская О.А., Смирнова М.А.* Возможности оказания консультативной телефонной помощи при отказе от табакокурения в Российской Федерации // *Медицинский альянс.* 2013. № 2. С. 63–68. *Yablonskiy P.K., Sukhovskaya O.A., Smirnova M.A.* Vozmozhnosti okazaniya konsultativnoj telefonnoj pomoshchi pri otkaze ot tabakokureniya v Rossijskoj Federacii // *Meditsinskiy al'yans.* 2013. N 2. S. 63–68.
 16. Клинические рекомендации. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых / Минздрав России. М., 2018. *Klinicheskie rekomendacii. Sindrom zavisimosti ot tabaka, sindrom otmeny tabaka u vzroslyh.* http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/907#doc_2. М., 2018.
 17. *Goniewicz M.L.* Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes // *Tob. Control.* 2014. Vol. 23. P. 133–139.
 18. Electronic nicotine delivery systems. doi: http://apps.who.int/gb/ctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf?ua=1.
 19. *Fulton E., Gokal K., Griffiths S., Wild S.* More than half of adolescent E-Cigarette users had never smoked a cigarette: findings from a study of school children in the UK // *Public Health.* 2018. Vol. 161. P. 33–35. doi: 10.1016/j.puhe.2018.04.014.
 20. *Robertson L., Hoek J., Blank M.L. et al.* Dual use of electronic nicotine delivery systems (ENDS) and smoked tobacco: a qualitative analysis // *Tob. Control.* 2018. Feb 1. pii: tobaccocontrol-2017-054070. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054070.
 21. *Bhat T.A., Kalathil S.G., Bogner P.N. et al.* Secondhand Smoke Induces Inflammation and Impairs Immunity to Respiratory Infections // *J. Immunol.* 2018. Vol. 200, N 8. P. 2927–2940. doi: 10.4049/jimmunol.1701417.
 22. *Sealock T., Sharma S.* Smoking Cessation. *Source Stat. Pearls Treasure Island (FL)* // *Stat. Pearls Publishing.* 2018. Jan 19, Vol. 2018. PMID: 29494049.
 23. *Garcia T., Andrade S.A.D.S., Biral A.T. et al.* Evaluation of smoking cessation treatment initiated during hospitalization in patients with heart disease or respiratory disease // *J. Bras. Pneumol.* 2018. Vol. 44, N. 1. P. 42–48. doi: 10.1590/S1806-37562017000000026.
 24. *Khokhawalla S.A., Rosenthal S.R., Pearlman D.N., Triche E.W.* Cigarette smoking and emergency care utilization among asthmatic adults in the 2011 Asthma Call-back Survey // *J. Asthma.* 2015. Vol. 52, N 7. P. 732–739.
 25. *Kauppi P., Kupiainen H., Lindqvist A. et al.* Long-term smoking increases the need for acute care among asthma patients: a case control study // *BMC Pulm. Med.* 2014. Vol. 14. P. 119.
 26. *Torres A., Blasi F., Dartois N., Akova M.* Which individuals are at increased risk of pneumococcal disease and why? Impact of COPD, asthma, smoking, diabetes, and/or chronic heart disease on community-acquired pneumonia and invasive pneumococcal disease // *Thorax.* 2015. Vol. 70, N 10. P. 984–989. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-206780.
 27. *Jarvis D., Newson R., Janson C. et al.* Prevalence of asthma-like symptoms with ageing // *Thorax.* 2018. Vol. 73, N 1. P. 37–48. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-209596.
 28. *Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др.* Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации № 2002/154. М., 2003. 46 с. *Chuchalin A.G., Sakharova G.M., Antonov N.S. i dr.* Kompleksnoe lechenie tabachnoj zavisimosti i profilaktika hronicheskoy obstruktivnoj bolezni legkih, vyzvannoj kureniem tabaka: metodicheskie rekomendacii Ministerstva zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii N 2002/154. Moscow, 2003. 46 s.
 29. *Begon J., Juillerat P., Cornuz J., Clair C.* Smoking and digestive tract: a complex relationship. Part 2: Intestinal microbiota and cigarette smoking // *Rev. Med. Suisse.* 2015. Vol. 11, N 478. P. 1304–1306.

30. *Stein J.H., Asthana A., Smith S.S. et al.* Smoking cessation and the risk of diabetes mellitus and impaired fasting glucose: three-year outcomes after a quit attempt // *PLoS One*. 2014. Vol. 9, N 6. P. e98278. doi: 10.1371/journal.pone.0098278.
31. *Su J., Qin Y., Shen C., Gao Y. et al.* Association between smoking/smoking cessation and glycemic control in male patients with type 2 diabetes // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2017. Vol. 38, N 11. P. 1454–1459. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.11.003.
32. *Won W.Y., Lee C.U., Chae J.H. et al.* Changes of plasma adiponectin levels after smoking cessation // *Psychiatry Investig*. 2014. Vol. 11, N 2. P. 173–178. doi: 10.4306/pi.2014.11.2.173.
33. *Van der Plas A., Pouly S., de La Bourdonnaye G. et al.* Influence of smoking and smoking cessation on levels of urinary 11-dehydro thromboxane B2 // *Toxicol. Rep*. 2018. Vol. 19, N 5. P. 561–567. doi: 10.1016/j.toxrep.2018.04.005
34. *Chen C.C., Chang C.H., Tsai Y.C. et al.* Utilizing exhaled carbon monoxide measurement with self-declared smoking cessation: enhancing abstinence effectiveness in Taiwanese outpatients // *Clin. Respir. J*. 2015. Vol. 9, N 1. P. 7–13. doi: 10.1111/crj.12096.
35. *Huang W.H., Hsu H.Y., Chang B.C., Chang F.C.* Factors Correlated with Success Rate of Outpatient Smoking Cessation Services in Taiwan // *Int. J. Environ Res. Public Health*. 2018. Vol. 15, N 6. pii: E1218. doi: 10.3390/ijerph15061218.
36. *Суховская О.А., Обуховская А.С., Куликов Н.В.* Содержание угарного газа в выдыхаемом воздухе как индикатор табакокурения подростков // Академический журнал Западной Сибири. 2009. № 6. С. 46. *Sukhovskaya O.A., Obukhovskaya A.S., Kulikov N.V.* Soderzhanie ugarnogo gaza v vydyhaemom vozduhe kak indikator tabakokureniya podrostkov // *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri*. 2009. N 6. S. 46.
37. *Chun E.M.* Smoking Cessation Strategies Targeting Specific Populations // *Tuberc. Respir. Dis. (Seoul)*. 2018. Mar 7. doi: 10.4046/trd.2017.0101. diction. 2018. Feb. 11. doi: 10.1111/add.14093.
38. *Anraad C., Cheung K.L., Hiligsmann M. et al.* Assessment of cost-effective changes to the current and potential provision of smoking cessation services: an analysis based on the EQUIPT-MOD // *Addiction*. 2018. Feb. 11. doi: 10.1111/add.14093.
39. *Martínez C., Castellano Y., Andrés A. et al.* Factors associated with implementation of the 5A's smoking cessation model // *Tob. Induc. Dis*. 2017. Vol. 15. P. 41. doi: 10.1186/s12971-017-0146-7.
40. *Monteiro Mantovani V., Rodríguez Acelas A.L., Klockner Boaz S. et al.* Evaluation of Patients in a Smoking Cessation Support Group Using the Nursing Outcomes Classification // *Int. J. Nurs. Knowl*. 2018. May 30. doi: 10.1111/2047-3095.12213.
41. *Смирнова М.А.* Эффективность отказа от табакокурения больных хронической обструктивной болезнью легких и туберкулезом легких при индивидуальном телефонном консультировании // Тюменский медицинский журнал. 2017. Т. 19, № 3. С. 40–44. *Smirnova M.A.* Effektivnost' otказа ot tabakokureniya bol'nyh hronicheskoy obstruktivnoj bolezn'yu legkih i tuberkulezom legkih pri individual'nom telefonnom konsul'tirovanii // *Tyumenskij meditsinskij zhurnal*. 2017. T. 19, N 3. S. 40–44.
42. *Яблонский П.К., Суховская О.А.* Влияние табакокурения на исходы и осложнения после операций коронарного шунтирования // Российский кардиологический журнал. 2018. Т. 23, № 1. С. 66–71. *Yablonskiy P.K., Sukhovskaya O.A.* Vliyanie tabakokureniya na iskhody i oslozhneniya posle operacij koronarnogo shuntirovaniya // *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal*. 2018. T. 23, N 1. S. 66–71.
43. *Суховская О.А., Лаврова О.В., Шаповалова Е.А. и др.* Социальные аспекты табакокурения женщин // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т. LX, № 2. С. 115–120. *Sukhovskaya O.A., Lavrova O.V., Shapovalova E.A. i dr.* Social'nye aspekty tabakokureniya zhenshchin // *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*. 2011. T. LX, N 2. S. 115–120.
44. *Coleman T., Chamberlain C., Davey M.A. et al.* Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy // *Cochrane Database Syst. Rev*. 2015. Vol. 12. P. CD010078. doi: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.
45. *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. Vol. 387 (10037). P. 2507–2520. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30272-0.
46. *Aldi G.A., Bertoli G., Ferraro F. et al.* Effectiveness of pharmacological or psychological interventions for smoking cessation in smokers with major depression or depressive symptoms: A systematic review of the literature // *Subst. Abus*. 2018. Vol. 13. P. 1–18. doi: 10.1080/08897077.2018.1439802.
47. *Alosaimi F.D., Abalhasan M., Alhaddad B. et al.* Gender differences and risk factors for smoking among patients with various psychiatric disorders in Saudi Arabia: a cross-sectional study // *Int. J. Men. Health Syst*. 2018. Vol. 12. P. 21. doi: 10.1186/s13033-018-0201-7.
48. *Davoudi M., Omid A., Sehat M., Sepehrmanesh Z.* The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Man Smokers' Comorbid Depression and Anxiety Symptoms and Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial // *Addict Health*. 2017. Vol. 9, N 3. P. 129–138.
49. *West R., Evins A.E., Benowitz N.L. et al.* Factors associated with the efficacy of smoking cessation treatments and predictors of smoking abstinence in EAGLES // *Addiction*. 2018. Mar. 6. doi: 10.1111/add.14208.
50. *Stead L.F., Buitrago D., Preciado N. et al.* Physician advice for smoking cessation (Review) // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013. Issue 5. P. 75. URL: <http://www.cochranelibrary.com>.
51. *Lai D.T., Cahill K., Qin Y., Tang J.L.* Motivational interviewing for smoking cessation (Review) // *The Cochrane Library*. 2011. Issue 10. URL: <http://www.thecochranelibrary.com>. 40 p.

Поступила в редакцию 15.06.2018 г.

Сведения об авторах:

Яблонский Петр Казимирович — доктор медицинских наук, профессор, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2-4; декан медицинского факультета, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Санкт-Петербургского государственного университета; 19106, Санкт-Петербург, 21-я линия В.О., д. 8а; e-mail: glhirurg2@mail.ru;

Суховская Ольга Анатольевна — доктор биологических наук, руководитель Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2-4; e-mail: ktc01@mail.ru.