

- glake, H. Heinze // *Anaesthesist*. — 2009. — Vol. 58, № 11. — P.43—1136.
15. Hashkes, P.J. Sarcoid-related uveitis occurring during etanercept therapy / P.J. Hashkes, I. Shajrawi // *Clin. Exp. Rheumatol.* — 2003. — Vol. 21, № 5. — P.645—646.
  16. Inhibition of cytokine release from alveolar macrophages in pulmonary sarcoidosis by pentoxifylline / Z.H. Tong, H.P. Dai, B.M. Chen [et al.] // *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. — 2003. — Vol. 26, № 7. — P.5—8.
  17. Interferon-Alpha-associated sarcoidosis responsive to infliximab therapy / Y. Menon, E. Cucurull, E. Reisin, L.R. Espinoza // *Am. J. Med. Sci.* — 2004. — Vol. 328, № 3. — P.173—175.
  18. Kalajian, A.H. Sarcoidal anemia and leukopenia treated with methotrexate and mycophenolate mofetil / A.H. Kalajian, J.R. Van Meter, J.P. Callen // *Arch. Dermatol.* — 2009. — Vol. 145, № 8. — P.9—905.
  19. Low-dose methotrexate: an effective corticosteroid-sparing agent in the musculoskeletal manifestations of sarcoidosis / O. Kaye, E. Palazzo, M. Grossin [et al.] // *Br. J. Rheumatol.* — 1995. — Vol. 34, № 7. — P.4—642.
  20. Lower, E.E. Prolonged use of methotrexate for sarcoidosis / E.E. Lower, R.P. Baughman // *Arch Intern Med.* — 1995. — Vol. 155, № 8. — P.51—846.
  21. Methotrexate for the treatment of patients with chronic cutaneous sarcoidosis: 4 cases / A. Gary, A.B. Modeste, C. Richard [et al.] // *Ann. Dermatol. Venereol.* — 2005. — Vol. 132, № 8/9. — P.62—659.
  22. Pentoxifylline in treatment of pulmonary sarcoidosis / G.R. Nasretdinova, A.A. Vizel, M.E. Gouryleva, N.B. Amirov // *Europ. Resp. J.* — 2002. — Vol. 20, suppl. 38. — P.433—2749.
  23. Polymorphisms at position-308 in the promoter region of the TNF-alpha and in the first intron of the TNF-beta genes and spontaneous and lipopolysaccharide-induced tnf-alpha release in sarcoidosis / A. Somoskovi, G. Zissel, U. Seitzer [et al.] // *Cytokine*. — 1999. — Vol. 11, № 11. — P.882—887.
  24. Pritchard, C. Tumour necrosis factor alpha inhibitor treatment for sarcoidosis refractory to conventional treatments: a report of five patients / C. Pritchard, K. Nadarajah // *Ann. Rheum. Dis.* — 2004. — Vol. 63, № 3. — P.318—20.
  25. Production of soluble tumor necrosis factor receptors and tumor necrosis factor-alpha by alveolar macrophages in sarcoidosis and extrinsic allergic alveolitis / H. Dai, J. Guzman, B. Chen, U. Costabel // *Chest*. — 2005. — Vol. 127, № 1. — P.251—256.
  26. Progressive and refractory sarcoidosis: observations on the antibody (infliximab) as a therapeutic use of anti-tumor necrosis factor agent / Y.P. Kataria, M. Judson, O.P. Sharma [et al.] // *Abstract book of 7th WASOG Congress in Stockholm*, June 16—19, Section OP. — 2002. — № 8.
  27. Progressive cutaneous sarcoidosis responding to anti-tumor necrosis factor-alpha therapy / L. Mallbris, A. Ljungberg, M.A. Hedblad [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* — 2003. — Vol. 48, № 2. — P.290—293.
  28. Pulmonary hypertension associated with sarcoidosis and experience of treatment with pentoxifylline (Vasonite) / E.N. Popova, S.B. Bolevich, V.V. Fomin [et al.] // *Europ. Resp. J.* — 2006. — Vol. 28, suppl. 50. — P.2491.
  29. Role of ICAM-1 in the aggregation and adhesion of human alveolar macrophages in response to TNF-alpha and INF-gamma / M. Sasaki, Y. Namioka, T. Ito [et al.] // *Mediators Inflamm.* — 2001. — Vol. 10, № 6. — P.309—313.
  30. Sarcoidosis activity: the approaches comparison / S. Borissov, E. Kupavtzeva, E. Bogorodskaja [et al.] // *Abstract book of 7th WASOG Congress in Stockholm*, June 16—19. — Stockholm, 2002. — № 12.
  31. Scheinfeld, N. Off-label uses and side effects of infliximab / N. Scheinfeld // *J. Drugs Dermatol.* — 2004. — Vol. 3, № 3. — P.273—284.
  32. Stokes, D.G. Potential of tumor necrosis factor neutralization strategies in rheumatologic disorders other than rheumatoid arthritis / D.G. Stokes, J.M. Kremer // *Semin. Arthritis Rheum.* — 2003. — Vol. 33, № 1. — P.1—18.
  33. Successful tumor necrosis factor alpha blockade treatment in therapy-resistant sarcoidosis / K.U. Ulbricht, M. Stoll, J. Bierwirth [et al.] // *Arthritis Rheum.* — 2003. — Vol. 48, № 12. — P.3542—3543.
  34. The pathogenesis and treatment of optic disc swelling in neurosarcoidosis: a unique therapeutic response to infliximab / J.M. Katz, M.K. Bruno, J.M. Winterkorn, N. Nealon // *Arch. Neurol.* — 2003. — Vol. 60, № 3. — P.426—430.
  35. TNF-a release suppression by pentoxifylline in sarcoidosis / H.L. Baradzina, I.L. Katovich, A.D. Tahanovich [et al.] // *Europ. Resp. J.* — 2003. — Vol. 22, suppl. 40. — P.105—731.
  36. Tumor necrosis factor-alpha antagonist-induced sarcoidosis / R.R. Clementine, J. Lyman, J. Zakem, [et al.] // *J. Clin. Rheumatol.* — 2010. — Vol. 16, № 6. — P.274—279.
  37. Tumour necrosis factor-alpha processing in interstitial lung disease: a potential role for exogenous proteinase-3 / L. Armstrong, S.I. Godinho, K.M. Uppington [et al.] // *Clin. Exp. Immunol.* — 2009. — Vol. 156, № 2. — P.43—336.
  38. Use of methotrexate in sarcoid-associated optic neuropathy / H.A. Maust, R. Foroozan, R.C. Sergott [et al.] // *Ophthalmology*. — 2003. — Vol. 110, № 3. — P.63—559.

© Н.Б. Амиров, Т.И. Андреева, 2011

УДК 613.846

## ТАБАЧНАЯ ЭПИДЕМИЯ: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОРЬБЫ

**НАИЛЬ БАГАУВИЧ АМИРОВ**, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ», тел. +7-9053130111, e-mail: namirov@mail.ru

**ТАТЬЯНА ИЛЬНИЧНА АНДРЕЕВА**, канд. мед. наук, доцент кафедры школы здравоохранения Национального университета «Киево-Могилянская академия», Киев, Украина, e-mail: tatianandreeva@yandex.ru

**Реферат.** В работе показаны последствия распространения никотиновой зависимости. Описаны немедикаментозные и медикаментозные методы борьбы с табачной эпидемией.

**Ключевые слова:** табачная эпидемия, методы фармакотерапии.

## THE TOBACCO EPIDEMIC: PHARMACOLOGICAL CONTROL FEATURES

**N.B. AMIROV, T.I. ANDREYEVA**

**Abstract.** This article demonstrates the consequences of prevalence of nicotine addiction. Describes non pharmacotherapy and pharmacotherapy methods of struggle with tobacco epidemic.

**Key word:** tobacco epidemic, pharmacotherapy methods.

Распространенность курения табака в России достигла катастрофических цифр. Так, по данным различных источников, в России курят от 60 до 80% мужского населения и от 20 до 40% женщин. При этом установлено, что рост смертности от причин, связанных с курением (прежде всего, рак легкого), начинается через 20—30 лет после начала курения.

Следует подчеркнуть, что заболевания связанные с курением, затрагивают все, без исключения, органы и системы организма. Это и сердечно-сосудистые заболевания: ИБС, артериальная гипертония, хроническая сердечная недостаточность, атеросклероз; заболевания органов дыхания: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, эмфизема легких; и заболевания желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронические панкреатит и гепатит. Кроме того, фактор курения вызывает заболевания почек, эндокринной и нервной систем, импотенцию у мужчин, невынашивание беременности у женщин, онкологические заболевания всех органов систем и многое другое. Другим важным моментом является то, что при лечении любых заболеваний у курильщиков снижается эффективность медикаментозной терапии на 70% за счет увеличения метаболизма лекарственных препаратов в печени. Имеющиеся сведения о распространенности курения ([http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/index.htm)) свидетельствуют о том, что смертность как среди мужчин, так и среди женщин от причин, связанных с курением, будет расти.

При отсутствии сдерживающей позиции смертность от причин, связанных с табаком, к 2050 г. достигнет 520 млн человек (суммарное число смертей от причин, связанных с курением табака, с 1950 по 2000 г. составило 70 млн человек) [1].

Статистика показывает, что риск смерти от причин, связанных с курением, начинает уменьшаться вскоре после прекращения курения, и для большинства заболеваний через 10—15 лет достигает риска, характерного для некурящих. Отказ от курения в 30, 40, 50 или 60 лет позволяет сохранить соответственно, 10, 9, 6 лет или 3 года от ожидаемой продолжительности жизни [2].

Для борьбы с курением необходимо суммарное воздействие всех факторов: государственная политика, направленная на сохранение здоровья нации, влияние средств массовой информации, административные меры на рабочих местах, включая материальное поощрение некурящих, и, естественно, активная антитабачная позиция медицинских работников. Врачи и другие медицинские работники информируют пациентов и помогают им прекратить курить, кроме того, достаточно эффективным является привлечение родственников, особенно с учетом вреда пассивного курения. Значительный эффект по прекращению курения возможен с применением медикаментозных средств.

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

**Никотиновая заместительная терапия.** Многочисленными рандомизированными испытаниями показано [34], что все имеющиеся на рынке формы никотиновой заместительной терапии (НЗТ), включая жевательную резинку, пластырь, назальный спрей, ингалятор, подъязычные и жевательные таблетки, эффективны для прекращения курения [13, 22].

В среднем они повышают вероятность успешного прекращения курения на 50—60%, их эффективность не зависит от условий применения и интенсивности сопутствующей поддержки или поведенческого консультирования. Выбор конкретной формы может быть основан на восприимчивости к побочным эффектам, предпочтениях пациента и доступности препаратов. Нет данных о различной эффективности стандартных доз разных видов препаратов НЗТ. В одном прямом сравнении между резинкой, пластырем, назальным спреем и ингалятором не было выявлено краткосрочных различий в уровнях воздержания от курения или дискомфорта в связи с отменой [34]. Относительная эффективность никотиновой заместительной терапии не зависит от объема поведенческой поддержки, проводимой при личном контакте. НЗТ может использоваться для сокращения объема курения при подготовке к попытке прекращения курения. Среди препаратов НЗТ в России зарегистрированы жевательная резинка, никотиновый ингалятор и никотиновый пластырь.

На фоне *никотинового пластыря* курильщики, которые испытывали трудности с воздержанием от курения на первых неделях лечения, с большей вероятностью восстанавливали отказ от курения и достигали успеха [16]. Исследования показывают, что начало использования никотинового пластыря за две недели до даты прекращения курения может увеличить вероятность успеха, при этом дополнительное использование пластыря увеличивало вероятность успешного прекращения курения примерно вдвое [30], хотя первоначальные симптомы отмены не обязательно облегчались на фоне применения пластыря, однако вероятность успеха через шесть месяцев была достоверно выше. Добавление к никотиновому пластырю другой формы никотиновой заместительной терапии повышает вероятность успеха. Все сочетания никотинового пластыря с другими препаратами НЗТ давали лучшие результаты, чем монотерапия, при этом уровень побочных эффектов не превышал таких уровней для отдельных препаратов. Никотиновый пластырь создает базовый уровень концентрации никотина в организме пациента, на его фоне другие препараты могут обеспечить дополнительные концентрации в моменты повышенной тяги [22].

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

**Безникотиновая фармакотерапия.** Препараты, рекомендуемые для лечения табачной зависимости, так или иначе вмешиваются в обмен нейромедиаторов головного мозга, участвующих в регулировании дофаминовой активности и тем самым — в формировании никотиновой зависимости, такие как ГАМК, ацетилхолин, глутамат, норадреналин и серотонин. Анализ эффективности разных препаратов указывает на то, что формирование никотиновой зависимости происходит при участии дофаминовых и адренергических структур, но не серотонинергических [24].

**Бупропион (зiban).** Амфепбутамон (бупропион) является первым неникотиновым препаратом, лицензированным для лечения табачной зависимости [10].

Он был лицензирован в США в 1997 г. и в Великобритании в 2000 г. для помощи в прекращении курения людям старше 18 лет [36]. В России зибан также зарегистрирован, однако не всегда имеется в наличии. Фармакологически он является ингибитором нейронального захвата дофамина и в меньшей степени норадреналина, и не влияет на обмен серотонина [12, 36]. Бупропион эффективен для прекращения курения [13], для профилактики возврата к курению [18], и его эффективность усиливается в условиях поведенческого консультирования [12]. Было показано, что бупропион SR150 повышает уровни прекращения курения по сравнению с плацебо и удваивает шансы долгосрочного прекращения курения. Эффективность бупропиона не объясняется его действием как антидепрессанта; он работает одинаково хорошо как у курильщиков с депрессией в анамнезе, так и без нее. Врачи, прописывающие зибан, должны знать о противопоказаниях к его использованию, например, при судорогах в анамнезе. Хотя судороги как побочный эффект встречаются редко, нужно учитывать, что их риск возрастает при одновременном назначении препаратов, снижающих порог судорожной готовности. Следует также иметь в виду, что бупропион является ингибитором ферментов, и на его фоне может возрастет концентрация в крови принимаемых пациентом антидепрессантов, препаратов антиаритмического и антипсихотического действия [36]. Некоторые исследования указывают на преимущества бупропиона по сравнению с НЗТ, но его назначение предполагает учет многочисленных противопоказаний и побочных эффектов, и поэтому он не занимает ведущего места, принадлежащего НЗТ. Выбор между использованием НЗТ и бупропиона, вероятно, будет зависеть от предпочтений пациента, противопоказаний, стоимости и доступности. Там, где некоторые формы НЗТ доступны без рецепта, курильщики могут вначале захотеть использовать их. Замечено, что использование бупропиона имеет преимущества у онкологических пациентов, так как повышает энергетический обмен и снижает риск рвоты.

*Другие антидепрессанты.* Среди прочих антидепрессантов эффективность в прекращении курения показал только *нортриптилин* [23], применение которого удваивает шансы успешного прекращения курения [24], однако в связи с выраженными побочными эффектами его не относят к препаратам первого ряда, в который входят препараты НЗТ, бупропион и варениклин.

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

*Клонидин* следует рассматривать как медикаментозное лечение второй линии для тех курильщиков, которым не помог ни один из препаратов НЗТ, бупропион или варениклин, или тех, кто имеет противопоказания к их использованию. Это медикаментозное лечение не лицензировано для помощи в прекращении курения. Клонидин может использоваться в виде таблеток или пластыря. Пациентов следует тщательно наблюдать на предмет известных неблагоприятных эффектов, таких как гипотония и седативное действие. Однако седативные эффекты могут быть желательными на фоне отмены никотина, если курильщик испытывает чрезвычайную агитацию и тревогу, которые НЗТ не облегчает. Клонидин можно добавить к НЗТ или использоваться вместо нее при таких обстоятельствах [21].

*Варениклин* — недавно разработанный препарат. Он появился в ряде стран в 2006 г. Он является частичным агонистом альфа-4-бета-2-н-холинергических рецепторов мезолимбической системы и применяется с целью сокращения симптомов отмены никотина, что происходит благодаря поддержанию достаточных уровней дофамина, а также с целью уменьшения подкрепления, связанного с продолжением курения, что является следствием действия как антагониста [7, 8, 17, 20, 28, 30, 32].

В США варениклин одобрен под торговой маркой Chantix, а в Европейском союзе — Champix. В России также зарегистрирован под названием *чампикс* в августе 2008 г., и уже собрал много положительных отзывов. Рандомизированные контролируемые испытания указывают на преимущества варениклина не только по сравнению с плацебо, но также и с НЗТ [4] и бупропионом [7, 12, 13] для прекращения курения. В некоторых испытаниях показано, что применение варениклина также эффективно для профилактики срыва [3], однако эти сведения ставятся под сомнение другими авторами. Пока не проводилось испытаний, которые бы позволили судить об эффективности сочетания варениклина с НЗТ или бупропионом.

Хотя выраженность таких частых побочных эффектов, как тошнота и бессонница, невелика и препарат хорошо переносится, обращает на себя внимание возможность влияния препарата на настроение пациента с возможным развитием депрессии и суицидальных мыслей, что требует осторожности при его использовании [7]. При этом варениклин характеризуется как новый препарат, который предоставляет возможности для помощи тем пациентам, прекращение курения которых затруднялось побочными эффектами НЗТ и бупропиона [27].

Лечение рекомендуется начинать за неделю до намеченной даты прекращения курения и сочетать с поведенческим консультированием. Дозировка подбирается таким образом, чтобы минимизировать проявления тошноты. Рекомендуется 0,5 мг однократно в 1—3-й дни; затем 0,5 мг два раза в день на 4—7-й дни; 1 мг дважды начиная с 8-го дня. После отказа от курения рекомендуется поддерживающая терапия в течение 12 нед [25].

*Римонабант* — селективный антагонист каннабиоидных рецепторов типа CB1 [29], блокирует высвобождение дофамина в *nucleus accumbens*, главном центре удовольствия в головном мозге. Он уменьшает никотиновую зависимость посредством

восстановления баланса в эндоканнабиоидной системе, нарушенного на фоне длительного воздействия никотина [6, 9]. Было показано, что возврат к курению происходит при участии эндоканнабиоидной системы [11]. Препарат эффективен не только в процессе отказа от курения, но и при поддержании состояния некурения [26]. Он также продемонстрировал эффект, касающийся потери веса, что может быть полезно для курильщиков, обеспокоенных опасностью набрать дополнительную массу в связи с прекращением курения [18], а также для лечения метаболического синдрома [5], сахарного диабета и дислипидемии [35] как факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [19]. Таким образом, препарат является многообещающим при наличии таких часто сочетающихся факторов риска. Испытание, сравнившее различные режимы назначения римонабанта, показало, что при дозировке 20 мг достигались лучшие результаты с точки зрения прекращения курения и профилактики рецидива. Потеря веса наблюдалась у курильщиков с избыточной массой тела и ожирением, но не у тех, кто имел нормальную массу тела [6]. В испытании, в котором сочеталось использование римонабанта и никотинового пластыря, было показано, что такое сочетание более эффективно, чем использование римонабанта в отдельности; при этом не отмечалось увеличение массы тела, в том числе у курильщиков, имевших проблемы с лишним весом [29]. В России римонабант был сначала зарегистрирован под торговой маркой Акомплиа, однако действие лицензии было приостановлено по соображениям безопасности, но затем в марте 2008 г. препарат был зарегистрирован под торговой маркой Зимулти (<http://www.vidal.ru/vracham/Informatsiya-dlya-spetsialistov/Besopasnost-lekarstv/Preduprezhdeniya/Rimonabant-priostanovleno-deistvie-litsenzii.html>).

**Лобелин.** В отношении лобелина, частичного агониста никотина, не было проведено рандомизированных испытаний, которые бы указывали на эффективность для прекращения курения [33].

**Цитизин.** В работах западных авторов цитизин упоминается как препарат, который широко применялся для прекращения курения в странах Центральной и Восточной Европы [8] еще с 1960-х гг. в составе препарата *табекс*, но оставался незамеченным в англоязычной литературе [14]. Он дешев в производстве и более доступен для пациентов, чем перечисленные выше препараты [15]. Именно на его основе синтезирован ныне наиболее многообещающий препарат *варениклин* [8].

По сравнению с препаратами, производимыми западными фармацевтическими компаниями, в отношении которых проводится большое количество дорогостоящих клинических испытаний, табекс длительное время оставался препаратом с благоприятной клинической историей, однако без доказательств его эффективности. В Польше было проведено неконтролируемое испытание, показавшее эффективность табекса на уровне НЗТ. На 2008 г. [8] нашлось одно испытание, которое сравнило влияние цитизина и плацебо и обнаружило достоверно более высокие уровни прекращения курения по прошествии двух лет. По данным другого обзора [15], в 1960-е и 1970-е гг. в Германии [31] было проведено три плацебоконтролируемых испытания. При этом нет результатов оценки безопасности, побочных эффектов, а также потенциала вызывать зависимость.

## Создание служб помощи в прекращении курения

Помощь должна основываться на вмешательствах с доказанной эффективностью. Обзор методов помощи в прекращении курения показал, что наиболее эффективными являются групповая поведенческая терапия (2,17; ДИ 1,37—3,45), бупропион (2,06; ДИ 1,77—2,40), интенсивные рекомендации по прекращению курения со стороны врача (2,04; ДИ 1,71—2,43), НЗТ (1,77; ДИ 1,66—1,88), индивидуальное консультирование (1,56; ДИ 1,32—1,84), консультирование по телефону (1,56; ДИ 1,38—1,77), вмешательства со стороны медсестер (1,47; ДИ 1,29—1,67) и материалы для самопомощи, разработанные с учетом особенностей пациента (1,42; ДИ 1,26—1,61).

Работа национальных систем здравоохранения должна регулироваться национальными руководствами по оказанию помощи в прекращении курения, которые оговаривают минимальные требования к работе этой системы. Например, такого рода руководство, обновленное в Великобритании в 2000 г., предусматривает, что: 1) медицинские работники первичного звена и стационарной помощи регистрируют в медицинской документации курительный статус пациентов; 2) врачи общей практики рекомендуют пациентам отказаться от курения не реже, чем раз в год, и делают об этом записи; 3) как стационарным, так и амбулаторным пациентам-курильщикам, а также беременным курильщицам дается рекомендация отказаться от курения как можно быстрее, и об этом делаются соответствующие записи; 4) пациентам рекомендуется использовать НЗТ, при этом нет научных оснований для назначения пациентам одних, а не других форм НЗТ; 5) специализированные клиники национальной системы здравоохранения по прекращению курения должны быть первым пунктом, куда направляется пациент-курильщик, который хочет получить большую помощь, чем она может быть предоставлена врачом общей практики; 6) если пациент не может обратиться в специализированную клинику, ему должна быть предоставлена помощь специалиста в пределах данной клиники; 7) помощь специализированных клиник должна предоставляться в соответствии с существующим спросом, который может возрастать со временем.

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

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

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

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

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

информированность и мотивирует курильщиков отказаться от курения.

Запрет табачной рекламы достаточно дешев и способствует снижению распространенности курения благодаря меньшему уровню приобщения новых курильщиков. Требуются ресурсы на мониторинг возможных нарушений.

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

Все перечисленные выше меры могут быть достаточно быстро и дешево осуществлены и приведут к тому, что курильщики с малым уровнем зависимости откажутся от курения самостоятельно. В популяции увеличится доля курильщиков с выраженной зависимостью, которые не смогут отказаться от курения самостоятельно и будут требовать профессиональной помощи. Как было сказано выше, эта помощь эффективна, но требует разнообразных ресурсов в виде подготовленных специалистов, в виде оплачиваемого их рабочего времени, в виде медикаментов, стоимость которых нужно возмещать, потому что их применение рентабельно. Там, где законодательные меры контроля над табаком еще не задействованы, врачи могут пока не ощущать потребности пациентов в помощи в прекращении курения. С другой стороны, если врачи не предлагают такую помощь, пациенты могут не рассматривать врачей в качестве источника возможной помощи. На эту ситуацию указывают многочисленные форумы, на которых курильщики обмениваются информацией о том, как бросить курить и где взять эффективные препараты. Однако кому как не врачам влиять на ход эпидемии, уносящей ежегодно сотни тысяч жизней жителей страны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, Т.И. Табак и здоровье / Т.И. Андреева, К. Краковский. — Киев, 2004. — 224 с. — URL: <http://www.adic.org.ua/nosmoking/books/tob-health/index.html>
2. Андреева, Т.И. Зачем и как следует помогать пациентам-курильщикам в отказе от курения / Т.И. Андреева // Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике: материалы III Всерос. науч.-практ. конф. МСЧ МВД РФ, врачей РТ с междунар. участием. — Казань, 2010. — Т. 3, прил. 2. — С.134—146.
3. Agboola, S. A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers / S. Agboola, A. McNeill, T. Coleman, J. Leonardi Bee // *Addiction*. — 2010. — Vol. 105(8). — P.1362—1380.
4. Aubin, H.J. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial / H.J. Aubin, A. Bobak, J.R. Britton // *Thorax*. — 2008. — Vol. 63(8). — P.717—724.
5. Boyd, S.T. Rimonabant—a selective CB1 antagonist / S.T. Boyd, B.A. Fremming // *Ann. Pharmacother.* — 2005. — Vol. 39(4). — P.684—690.
6. Cahill, K. Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation / K. Cahill, M. Ussher // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2007. — № 4.
7. Cahill, K. A preliminary benefit-risk assessment of varenicline in smoking cessation / K. Cahill, L. Stead, T. Lancaster // *Drug Saf.* — 2009. — Vol. 32(2). — P.119—135.
8. Cahill, K. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation / K. Cahill, L.F. Stead, T. Lancaster // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2008. — № 3.
9. Cohen, C. CB1 receptor antagonists for the treatment of nicotine addiction / C. Cohen, E. Kodas, G. Griebel // *Pharmacol Biochem Behav.* — 2005. — Vol. 81(2). — P.387—395.
10. Covey, L.S. Advances in non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation / L.S. Covey, M.A. Sullivan, J.A. Johnston, A.H. Glassman, M.D. Robinson, D.P. Adams // *Drugs*. — 2000. — Vol. 59(1). — P.17—31.
11. Diergaarde, L. Contextual renewal of nicotine seeking in rats and its suppression by the cannabinoid-1 receptor antagonist Rimonabant (SR141716A) / L. Diergaarde, W. de Vries, H. Raaso, A.N. Schoffelmeer, T.J. De Vries // *Neuropharmacology*. — 2008. — Vol. 55(5). — P.712—716.
12. Doggrell, S.A. Which is the best primary medication for long-term smoking cessation—nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline? / S.A. Doggrell // *Expert. Opin. Pharmacother.* — 2007. — Vol. 8(17). — P.2903—2915.
13. Eisenberg, M.J. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials / M.J. Eisenberg, K.B. Filion, D. Yavin // *CMAJ*. — 2008. — Vol. 179(2). — P.135—144.
14. Etter, J.F. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis / J.F. Etter // *Arch. Intern. Med.* — 2006. — Vol. 166(15). — P.1553—1559.
15. Etter, J.F. Cytisine for smoking cessation: a research agenda / J.F. Etter, R.J. Lukas, N.L. Benowitz, R. West, C.M. Dresler // *Drug. Alcohol Depend.* — 2008. — Vol. 92(1—3). — P.3—8.
16. Ferguson, S.G. Prediction of abstinence at 10 weeks based on smoking status at 2 weeks during a quit attempt: secondary analysis of two parallel, 10-week, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of 21-mg nicotine patch in adult smokers / S.G. Ferguson, J.G. Gitchell, S. Shiffman, M.A. Sembower // *Clin. Ther.* — 2009. — Vol. 31(9). — P.1957—1965.
17. Garrison, G.D. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation / G.D. Garrison, S.E. Dugan // *Clin. Ther.* — 2009. — Vol. 31(3). — P.463—91.
18. Garwood, C.L. Emerging pharmacotherapies for smoking cessation / C.L. Garwood, L.A. Potts // *Am. J. Health. Syst. Pharm.* — 2007. — Vol. 64(16). — P.1693—1698.
19. Gelfand, E.V. Rimonabant: a selective blocker of the cannabinoid CB1 receptors for the management of obesity, smoking cessation and cardiometabolic risk factors / E.V. Gelfand, C.P. Cannon // *Expert. Opin. Investig. Drugs*. — 2006. — Vol. 15(3). — P.307—315.
20. Glover, E.D. Varenicline: progress in smoking cessation treatment / E.D. Glover, J.M. Rath // *Expert Opin Pharmacother.* — 2007. — Vol. 8(11). — P.1757—1767.
21. Gourlay, S.G. Clonidine for smoking cessation / S.G. Gourlay, L.F. Stead, N.L. Benowitz // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2004. — № 3. — P.58.
22. Henningfield, J.E. Pharmacotherapy for Nicotine Dependence / J.E. Henningfield, R.V. Fant, A.R. Buchhalter, M.L. Stitzer // *CA Cancer. J. Clin.* — 2005. — Vol. 55(5). — P.281—299.
23. Hughes, J.R. Antidepressants for smoking cessation / J.R. Hughes, L.F. Stead, T. Lancaster // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2007. — № 1. — P.31.
24. Hughes, J.R. Nortriptyline for smoking cessation: a review / J.R. Hughes, L.F. Stead, T. Lancaster // *Nicotine Tob. Res.* — 2005. — Vol. 7(4). — P.491—499.
25. Lam, S. Varenicline: a selective alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist approved for smoking cessation / S. Lam, P.N. Patel // *Cardiol. Rev.* — 2007. — Vol. 15(3). — P.154—161.
26. Le Foll, B. Blocking cannabinoid CB1 receptors for the treatment of nicotine dependence: insights from pre-clinical and clinical studies / B. Le Foll, B. Forget, H.J. Aubin, S.R. Goldberg // *Addict. Biol.* — 2008. — Vol. 13(2). — P.239—252.
27. Potts, L.A. Varenicline: the newest agent for smoking cessation / L.A. Potts, C.L. Garwood // *Am. J. Health. Syst. Pharm.* — 2007. — Vol. 64(13). — P.1381—1384.
28. Reus, V.I. Varenicline: new treatment with efficacy in smoking cessation / V.I. Reus, R.S. Obach // *Drugs. Today (Barc)*. — 2007. — Vol. 43(2). — P.65—75.
29. Rigotti, N.A. A randomized controlled trial of adding the nicotine patch to rimonabant for smoking cessation: efficacy, safety and weight gain / N.A. Rigotti, D. Gonzales, L.C. Dale,

- D. Lawrence, Y. Chang // *Addiction*. — 2009. — Vol. 104(2). — P.266—276.
30. *Rollema, H.* Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for smoking cessation / H. Rollema, J.W. Coe, L.K. Chambers, R.S. Hurst, S.M. Stahl, K.E. Williams // *Trends Pharmacol. Sci.* — 2007. — Vol. 28(7). — P.316—325.
31. *Scharfenberg, G.* [Cytisine (Tabex) as a pharmaceutical aid in stopping smoking]. *Dtsch / G. Scharfenberg, S. Benndorf, G. Kempe // Gesundheitsw.* — 1971. — Vol. 26(10). — P.463—465.
32. *Stack, N.M.* Smoking cessation: an overview of treatment options with a focus on varenicline / N.M. Stack // *Pharmacotherapy*. — 2007. — Vol. 27(11). — P.1550—1557.
33. *Stead, L.F.* Lobeline for smoking cessation / L.F. Stead, J.R. Hughes // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2000. — № 2. — P.124.
34. *Stead, L.F.* Nicotine replacement therapy for smoking cessation / L.F. Stead, R. Perera, C. Bullen, D. Mant, T. Lancaster // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2008. — № 1. — P.146.
35. *Tonstad, S.* Rimonabant: a cannabinoid receptor blocker for the treatment of metabolic and cardiovascular risk factors / S. Tonstad // *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* — 2006. — Vol. 16(2). — P.156—162.
36. *Wilkes, S.* The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation / S. Wilkes // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* — 2008. — Vol. 3(1). — P.45—53.