

# Европейские рекомендации по лечению табачной зависимости и стандарты качества

## Часть вторая Лечение табачной зависимости

### Лекция 3

Стандартные мероприятия по лечению табачной зависимости

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВСЕХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Практика многих клиницистов является недобросовестной и они не предоставляют на постоянной основе мероприятия по прекращению курения своим курящим пациентам<sup>3</sup> и **только около 20% курильщиков готовы предпринять попытку прекратить курение в любой данный момент времени.**<sup>4</sup>
- Курильщики слишком часто не используют научно обоснованные процедуры, и **примерно 90% - 95% попыток прекращения курения без посторонней помощи заканчиваются провалом.**
- **Распространенное нарушение правил приема лекарств и консультирования** снижает вероятность успешного прекращения курения
- Пациенты, как правило, получают **только около 50% от рекомендуемой дозы лекарства** и часто участвуют в менее, чем половине запланированных сеансов консультирования.<sup>5</sup>
- Попытки прекратить потребление табака могут быть успешными и врачам **не следует отговаривать курильщиков, имеющих сильную волю для прекращения потребления табака без посторонней помощи.**<sup>6</sup>
- Предоставление **практической медицинской поддержки** является более **эффективным, чем отказ от предоставления какой-либо поддержки**, и научные данные не подкрепляют предоставление поддержки и мероприятий только курильщикам, находящимся на стадиях подготовки-действия.<sup>7</sup>

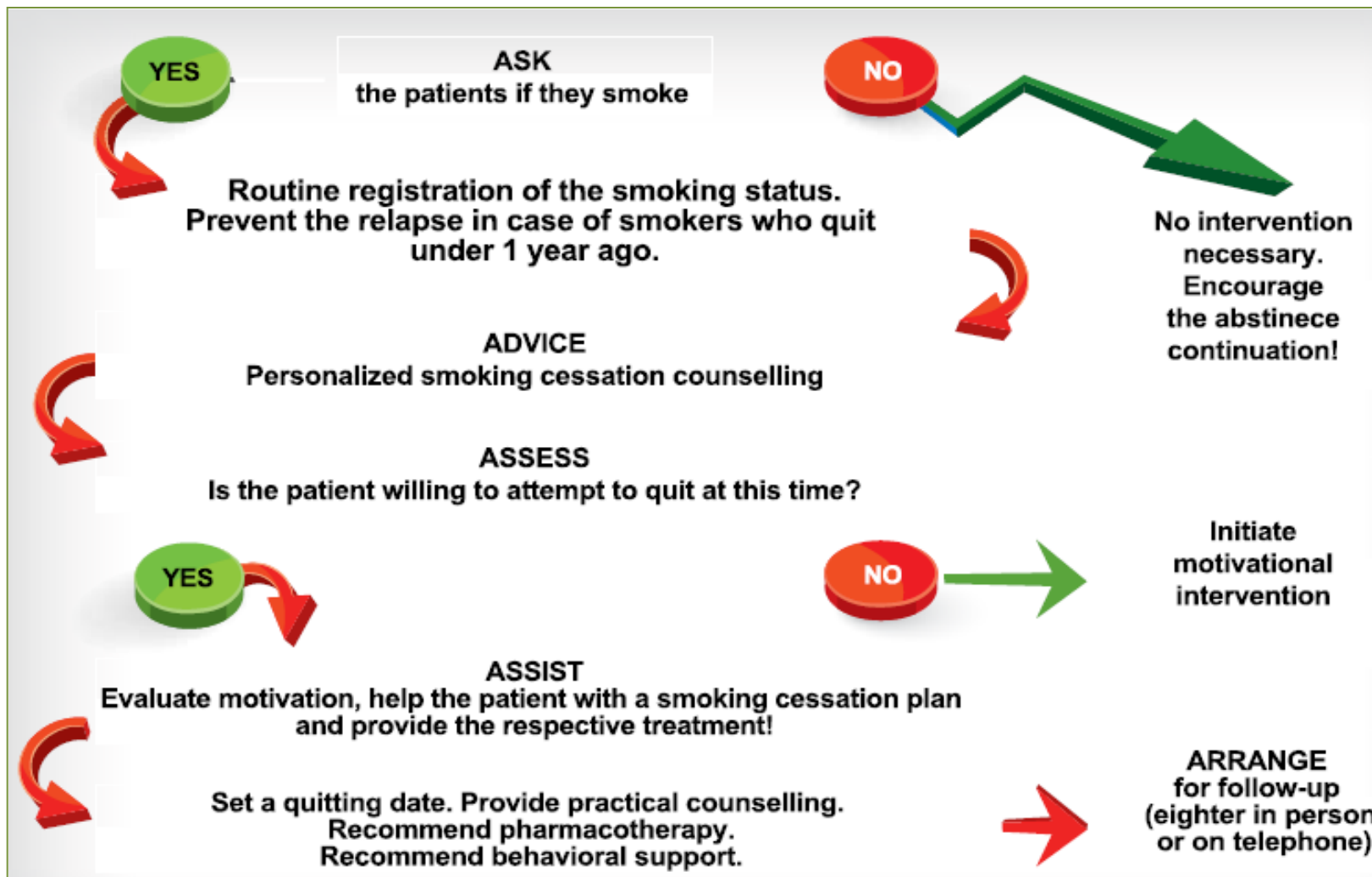
## СТАНДАРТНЫЙ ПОДХОД К ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ

Методология 5As используется **во всех типах мероприятий по прекращению курения** – от первоначального краткого совета до самых сложных мероприятий, типа специализированного индивидуального или группового консультирования.

**Модель 5As** является научно обоснованным подходом для повышения вероятности отказа от потребления табака.

1. **[Ask] Спросите** каждого пациента о курительном статусе;
2. **[Advise] Дайте совет** курящему пациенту отказаться от курения;
3. **[Assess] Оцените** готовность к прекращению курения;
4. **[Assist] Помогите** сделать попытку прекращения потребления табака, включая предоставление поведенческого консультирования назначение лекарств первой линии для прекращения курения; и
5. **[Arrange] Организуйте** последующее наблюдение.

Рисунок: Алгоритм «5As» для оказания помощи потребителям табака в условиях клиники

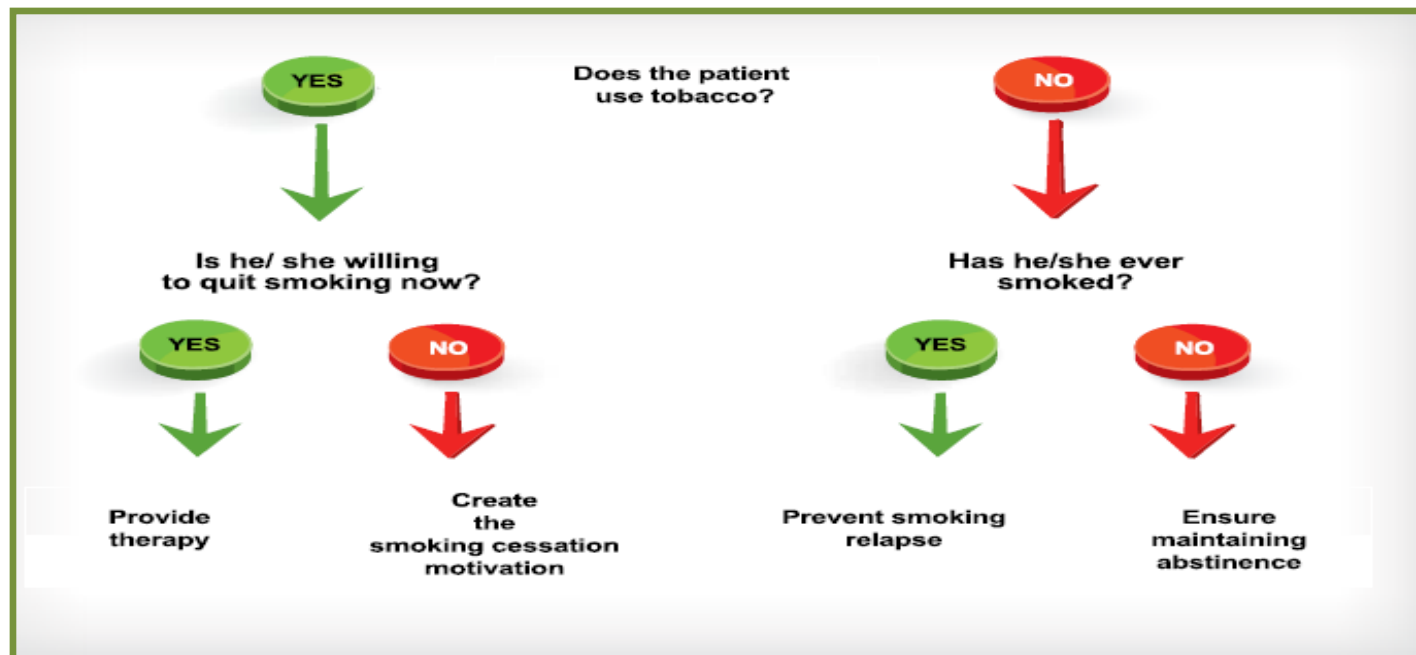




## АНАЛИЗ ГОТОВНОСТИ К ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ

### ТАБАКА

- Профессиональным работникам здравоохранения следует **оказать помощь всем курильщикам, как мотивированным, так и немотивированным**: всем пациентам следует предоставить медицинскую помощь по прекращению курения.
- В современной практике встречаются, в основном, **четыре ситуации, в зависимости от курительного статуса и стадии мотивации**, как показано на рисунке.



Ниже обрисованы предлагаемые подходы для каждой из этих ситуаций:

1. **Потребителям табака, которые хотят прекратить курение** на момент оценки, рекомендуется немедленно предоставить фармакотерапию и когнитивно - поведенческое консультирование.
2. **У курильщиков, которые не хотят прекратить курение** на момент оценки, рекомендуется использовать стратегии мотивационного интервью, чтобы: поощрять прекращение / содействовать мотивации, направленной на прекращение курения / способствовать принятию решения в направлении прекращения курения, в ближайшем будущем, и как можно скорее.

Мета-анализ 14 рандомизированных исследований показал:

- Мотивационное интервью **увеличило показатель прекращения курения при наблюдении в течение шести месяцев, примерно на 30%**.
- Показатели прекращения курения в двух исследованиях с участием врачей - консультантов (которые, как правило, получили  $\geq 2$  часов обучения), **составили около 8% при мотивационном интервью, по сравнению с 2% при использовании краткой консультации или обычного лечения.**<sup>8</sup>
- **Показатели прекращения были выше**

если курильщики участвовали в двух или более сеансах консультирования, а не в одном

если такие сеансы продолжались более 20 минут.

## СТРАТЕГИЯ 5Rs

Эта стратегия консультирования сосредоточена на имеющихся у конкретного человека личных причинах прекращения курения, рисках, **связанных с продолжением курения, вознаграждении за прекращение курения, и препятствиях для успешного прекращения курения, с повторением консультирования во время посещений в течение периода последующего наблюдения.** Стратегия «5R», применяемая у курильщиков, не желающих прекратить курение немедленно, включает следующее:

**[Relevance] Релевантность:** При обсуждении с пациентом, врачу следует попытаться ответить на вопрос: «Почему прекращение курения важно для Вас в личном плане?»

**[Risks] Риски:** Врачу следует попытаться определить персонализированные потенциальные риски для здоровья курильщика, и выделить острые (обострения ХОБЛ) и долгосрочные (бесплодие, рак) риски.

**[Rewards] Вознаграждения:** Врачу следует показать пациенту личные выгоды от прекращения курения.

**[Road-blocks] Препятствия:** Врачу следует попросить пациента определить затруднения и препятствия, которые могут помешать успеху попытки прекращения курения.

**[Repetition] Повторение:** Мероприятия по отказу от курения следует предоставлять снова и снова, всякий раз, когда врач определяет, что пациент недостаточно желает / готов прекратить курение.

Ниже обрисованы мероприятия, которые направлены на повышение мотивации к прекращению курения,<sup>10</sup> основанные на методах мотивационного интервью:

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



## ПОТРЕБИТЕЛИ ТАБАКА, НЕДАВНО ПРЕКРАТИВШИЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ

**Остаются уязвимыми к рецидивам**, особенно в первые три - шесть месяцев после окончания лечения, следующие вопросы являются очень важными в данном контексте:

- «Вы все еще чувствуете потребность / желание курить?»
- «Насколько трудно для Вас воздерживаться от курения?»
- Пациентам с значительным риском рецидива, следует **предоставить более активную помощь**, в том числе, рекомендацию повторить первоначальный курс лечения, если это считается полезным.
- В работе с людьми, недавно успешно прекратившими курение, рекомендуется **поощрять продолжение воздержания, поздравлять** их с каждой небольшой победой, и тщательно контролировать любой риск рецидива.
- Все пациенты, которые недавно прекратили курение, должны получить пользу от **предоставления квалифицированной поддержки в течение периода последующего наблюдения** для сохранения статуса некурящих.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ([ASSIST] ПОМОГИТЕ)

Воздействие с сочетанием консультирования и лекарственных препаратов

- Сочетание консультирования и фармакотерапии для лечения никотиновой зависимости **является более эффективным для прекращения курения, чем каждый из этих двух методов по отдельности**. Таким образом, во всех случаях, когда это осуществимо и считается подходящим, пациентам, пытающимся прекратить курение, следует предоставлять и консультирование и лекарственное лечение.
- Имеется **сильная связь между числом сессий консультирования**, когда его сочетают с лекарственным лечением, и вероятностью успешного воздержания от курения.
- По мере возможности, клиницистам следует **предоставлять** своим пациентам, которые пытаются прекратить курение, многочисленные консультационные сессии, **в дополнение к лекарственному лечению**.

## ПОДДЕРЖКА ПРИ ПОСЛЕДУЮЩЕМ НАБЛЮДЕНИИ ([ARRANGE] ОРГАНИЗУЙТЕ)

- Интенсивные меры **более эффективны, чем менее интенсивные**, и их следует предоставлять всегда, когда это возможно.
- • Клиницистам **следует поощрять использование эффективных лекарств** для лечения табачной зависимости у всех пациентов.
- Врачам клиницистам **следует предоставить всем курильщикам, желающим прекратить курение**, лечение в формате минимум четырех личных консультационных сеансов.
- • Сочетание **консультирования и фармакотерапии для лечения никотиновой зависимости является более эффективным для прекращения курения**, чем каждый из этих методов, взятый по отдельности. Поэтому рекомендуется сочетать оба метода, всегда, когда это возможно.
- Если невозможно использовать медикаментозное лечение, **по-прежнему рекомендуется применение нелекарственного лечения**, так, чтобы всем курильщикам была предоставлена лечебная помощь, учитывая, что лечение табачной зависимости показало свою эффективность.

## ТИПЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ

1. **Минимальные меры** (краткий совет): Этот тип воздействия длится максимум 3 - 5 минут (в качестве мероприятия 1-го уровня), и рекомендуется для применения в первичной медицинской помощи, семейным врачам, стоматологам, всем категориям специалистов.

2. **Лечение табачной зависимости врачами общей практики:** ВОП лечат многие случаи хронических болезней, такие как сахарный диабет, артериальная гипертензия и могут лечить табачную зависимость, так же, как другие хронические болезни

3. **Специализированное лечение по отказу от курения в индивидуальной форме:** В качестве мероприятия 2-го уровня, потребителям табака следует предоставить специализированное лечение по отказу от потребления табака в индивидуальной форме; это делает их собственный обученный врач, медицинская сестра или психолог, при наличии.

4. **Специализированное лечение по отказу от курения в групповой форме:** Многочисленные программы по прекращению курения включают групповые стратегии, основанные на интерактивных образовательных методах и улучшении доступности лечения и психологической поддержки.

## ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Две эффективные методики консультирования для работы с потреблением табака среди пациентов:

1. **когнитивное поведенческое консультирование**
2. **мотивационное интервью.**

### Психологическая поддержка для прекращения курения

Психологическая поддержка осуществляется с помощью систематизированного и стандартизированного подхода.

Рисунок: Пациент анализирует себя

The Tobacco dependence that I am suffering from,  
generates for me:

short- and long-term  
advantages:

short- and long-term  
disadvantages:

Рисунок: Пациент предсказывает влияние  
статуса табачной зависимости на цели, которые  
хотел бы достичь в своей жизни

Five years from now, I will be ..... years old

What would I like to  
be and to do?

What will happen if I  
do not quit smoking?

В период, когда пациент все еще курит, но уже начал медикаментозное лечение, пациенту рекомендуют сделать следующее:

- сообщить всем друзьям, членам семьи, и другим, о своей инициативе по прекращению курения;
- написать на листе бумаги причины прекращения курения, и разместить эту бумагу в том месте, где ее можно часто видеть - на двери холодильника, в ванной комнате, на мониторе компьютера и т.д.;
- определить, чем пациент будет оптимально замещать курительные действия: выпивать стакан воды, чая, кофе и т.д. – и пить небольшими глотками. Другие советы могут быть также полезными, чтобы отсрочить курение: использовать анти-стрессовые шары, жевательную резинку, есть печенье / морковь, и т.д.;
- определить поддерживающего человека - лицо, которому пациент обязуется позвонить по телефону, прежде чем, возможно, начнется рецидив курения;
- представить себе тип реакции на ситуации, когда появляется желание потреблять табак: пить воду, идти гулять и т.д.;
- изменить свою повседневную жизнь, привычки или пространство, где и когда пациент в курил в другое время.

Таблица: Общие элементы поддерживающих мероприятий в рамках лечения

Encourage the patient in the quit attempt	<ul style="list-style-type: none"><li>• Note that effective tobacco dependence treatments are now available and that one-half of all people who ever smoked have now quit.</li><li>• Communicate belief in patient's ability to quit.</li></ul>
Communicate caring and concern	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ask how the patient feels about quitting.</li><li>• Directly express concern and willingness to help as often as needed.</li><li>• Ask about the patient's fears and ambivalence regarding quitting.</li></ul>
Encourage the patient to talk about the quitting process	Ask about: reasons the patient wants to quit for, concerns or worries about quitting, success achieved or difficulties encountered while quitting.

## РЕКОМЕНДАЦИЯ

Психологическая поддержка для прекращения курения должна быть интегрирована в медицинское лечение пациентов, зависимых от никотина (уровень научной обоснованности А).

## КОГНИТИВНО – ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (СВТ-КПТ)

### Принципы КПТ:

- инициирование отношений сотрудничества между врачом и пациентом;
- избегание конфликтов;
- активное слушание – которое включает перефразирование высказываний пациента;
- придание высокой оценки успеху;
- создание положительных навыков оценки преимуществ прекращения курения.

Такое лечение направлено на изменение неадаптируемого поведения человека, на прекращение условного подкрепления, и на движение в направлении адаптированных видов поведения. Использование КПТ в центрах по прекращению курения, помогает курильщикам научиться замечать свое курительное поведение, и проводить самооценку.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КПТ

Мета-анализ 64 исследований эффективности и оценочных показателей воздержания, для различных видов консультирования и видов поведенческой терапии, показал статистически значимое увеличение показателей воздержания, по сравнению с отсутствием контакта (Смотрите следующую таблицу)



Таблица: Общие элементы практического консультирования (решение проблем / обучение навыкам)

TREATMENT COMPONENT	EXAMPLES
<p>Recognize danger situations – Identify events, internal states or activities that increase the risk of smoking or of relapse.</p>	<p>Negative effect and stress. Being around other tobacco users. Drinking alcohol. Experiencing urge to smoke. Smoking cues and availability of cigarettes.</p>
<p>Develop coping skills – Identify and practice coping or problem-solving skills. Typically, these skills are intended to cope with danger situations.</p>	<p>Learn to anticipate and avoid temptation and how to trigger situations.</p> <p>Learn cognitive strategies that will reduce negative moods.</p> <p>Accomplish lifestyle changes that may reduce stress, improve quality of life, and reduce exposure to smoking cues.</p> <p>Learn cognitive and behavioural activities to cope with smoking urges (e.g. distracting attention; changing routines).</p>
<p>Provide basic information – Provide basic information about smoking and successful quitting.</p>	<p>The fact that any smoking (even a single puff) increases the likelihood of a full relapse. Withdrawal symptoms typically peak within 1-2 weeks after quitting, but may persist for months.</p> <p>These symptoms include negative mood, urges to smoke, and difficulty concentrating.</p> <p>The addictive nature of smoking.</p>

# КАК ВОЗДЕЙСТВОВАТЬ НА ПОВЕДЕНЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КУРЕНИЯ

## Рекомендации

- КПТ должна быть включена в планирование всех видов медицинских мероприятий для прекращения курения, в качестве эффективного метода, который способствует увеличению показателя успешного прекращения курения (уровень научной обоснованности В).
- Два вида консультирования и поведенческой терапии приводят к более высоким показателям воздержания:
  - обеспечение курильщиков практическим консультированием (навыки решения проблем / обучение навыкам)
  - обеспечение поддержки и стимулирования, как часть лечения (уровень научной обоснованности В).
- Эти элементы консультирования должны быть включены в мероприятия по прекращению курения (уровень научной обоснованности В).

## МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮ (МИ)

Метод, разработанный американским психологом Уильямом Р. Миллер (William R. Miller) в 1980-х годах, когда он лечил пациентов с проблемами злоупотребления алкоголем.

Миллер показал, что эмпатическое выслушивание может снизить потребление клиентом алкоголя.

- Консультант выступает в качестве сотрудника пациента, и видит себя равным пациенту.
- Консультант ищет и вызывает собственные мысли и идеи клиента на его темы курения, и путей достижения соответствующих изменений.
- Консультант проявляет уважение к автономии клиента, его праву и способности принимать решения.

### Основные принципы МИ

- *Проявите эмпатию.* Консультант четко показывает заинтересованность в попытке понять пациента. Это делается с помощью рефлексий и обобщений.
- *Выявите несовпадения.* Консультант помогает пациенту осознать разрыв между текущей ситуацией и той, какой она могла бы быть, с учетом целей и ценностей пациента. Ощущение значительных несовпадений является сильной движущей силой для изменения поведения, при условии, что клиент имеет возможность измениться.
- *Избегайте споров.* К так называемому сопротивлению относятся уважительно, как к естественному признаку тревожности, или сомнений в отношении изменений. Если консультант входит в конфронтацию с этими проявлениями, или начинает спорить, сопротивление пациента будет увеличиваться. Консультант "продолжает движение" при наличии сопротивления, когда оно появляется, но пытается предотвратить возникновение таких ситуаций.
- *Поддержите опору на свои силы.* Консультант поддерживает у пациента опору на свои силы, проявляя доверие к способности пациента измениться. Консультант показывает, что высоко оценивает усилия пациента.

### Некоторые важные особенности МИ

- *Спрашивайте разрешения.*
- *Амбивалентность.* Амбивалентность является естественной фазой изменения.
- *Открытые вопросы.*
- *Устное выражение изменений.* Для консультанта важно найти высказанное пациентом "устное выражение изменений", слова и мысли, которые могут привести к изменению.
  - *Подтвердите положительные речи и поведение.*
  - *Рефлексируйте то, что вы слышите или видите.*
  - *Обобщайте сказанное.* Резюме представляет собой особую форму рефлексии.

### Мотивационное интервью в клинической практике

- *Быстрое вовлечение (RE).*
- *Важность изменений.*
- *Опора на свои силы.*

### Научные данные об эффективности

Мотивационное интервьюирование или его варианты, широко используемые в качестве методик консультирования, могут быть эффективными при оказании помощи пациентам при прекращении курения (уровень научной обоснованности В).

## ФОРМАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ

Были проведены исследования различных форматов предоставления лечения по прекращению курения, в том числе:

1. **Индивидуальное консультирование:** индивидуальное противотабачное консультирование более эффективно, чем простое консультирование
2. **Проактивное телефонное консультирование:** Имеются хорошие качества научных данных о том, что проактивное телефонное консультирование является эффективной мерой при прекращении курения (уровень научной обоснованности А)
  - Для повышения показателя отказа, вероятно, имеет значение предоставление, по крайней мере, двух сеансов.
  - Выгоды от увеличения количества звонков более двух неясны (Уровень научной обоснованности В).
3. **Групповое консультирование:** Групповое консультирование является эффективным для прекращения курения.
  - Включение социальной поддержки в групповое воздействие и типы когнитивно-поведенческих компонентов, включенных в группу, не влияют на его эффективность (уровень научной обоснованности А).
  - Групповое консультирование сходно в плане эффективности с индивидуальным консультированием и для определения, чему отдать предпочтение – групповому или индивидуальному воздействию, следует опираться на предпочтения самого пациента (уровень научной обоснованности В).
4. **Основанное на использовании сети:** имеет потенциал в плане доступности для большой доли курящей популяции. Необходимы дальнейшие исследования.
5. **Основанное на самопомощи:** включает в себя: буклеты, листовки, учебные пособия, материалы СМИ, реактивные телефонные линии помощи, компьютерные / интернет-программы, а также различные общественные программы

Таблица: Лекарства для прекращения курения первой линии (адаптировано из Фиоре М.С. (Fiore M.C.))

PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE		
MEDICATION	DOSE	INSTRUCTIONS
BUPROPION	days 1-3: 150 mg each morning; day 4-end: 150 mg x 2/day (at least at 8 hours) for the rest of the cure	Start 1-2 weeks before quit date; Use for 2-6 months
NICOTINE GUM	2 mg – patient smokes $\leq 24$ cigarettes/day 4 mg – patient smokes $\geq 25$ cigarettes/day. The unanimously recommended dose is 8-12 gums chewed/day	Use up to 12 weeks
NICOTINE INHALER	6-16 cartridges/day, a cartridge can deliver 4 mg of nicotine throughout 80 inhalations	Use up to 6 months; taper at end
NICOTINE LOZENGES	doses of 1, 2 and 4 mg; 1 piece every 1-2 hour initially, then taper 2 mg if patient smokes 30 min. or more after waking and 4 mg if patient smokes <30 min. after	Use 3-6 months
NICOTINE NASAL SPRAY	0.5 mg / nostril, initially 1-2 doses/ hour; limits:8-40 doses/day	Use 3-6 months
NICOTINE PATCH	7, 14, 21 mg/24 hr (or 10/15/25 mg/16h) If patient smokes 10 cigarettes/day, 21 mg/day for 4 weeks, then 14 mg/day for 2 weeks, then 7 mg/day for 2 weeks;  if patient smokes <10 cigarettes/day, start with 14 mg/day for 6 weeks, then 7 mg/day for 2 weeks	Use new patch every morning for 8-12 weeks

## PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE

MEDICATION	DOSE	INSTRUCTIONS
VARENICLINE	days 1-3: 0.5 mg every morning; days 4-7: 0.5 mg twice daily; days 8-end: 1 mg twice daily	Start 1 week before quit date; Use 3–6 months

COMBINATION THERAPIES - only the combination of bupropion SR + nicotine patch has been approved by the FDA for smoking cessation

NICOTINE PATCH + BUPROPION	Follow instructions for individual medications above	Follow instructions for individual medications above
-------------------------------	---	---

NICOTINE PATCH + INHALER	Follow instructions for individual medications above	Follow instructions for individual medications above
-----------------------------	---	---

NICOTINE PATCH +  
LOZENGES

NICOTINE PATCH +  
GUMS

## ЛИТЕРАТУРА

1. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, stop.smoking@wales.nhs.uk
2. Gratziou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 35 43 3
3. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG, Use of smoking-cessation treatments in the United States, *Am J Prev Med* 2008;34:102-11
4. National Cancer Institute, Cancer trends progress report — 2009/2010 update, <http://progressreport.cancer.gov>
5. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, doubleblind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther* 2008;30:1852-8
6. Pierce JP, Cummins SE, White MM, Humphrey A, Messer K, Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation: do we need to change policy? *Annu Rev Public Health*. 2012 Apr;33:341-56.
7. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4
8. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1:CD006936
9. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008
10. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008, 42, 44 50, ISSN 1025 448x
11. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005; 14: 425–428
12. West R, Sohal T., ‘Catastrophic’ pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006; 332: 458–460
13. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smokingcessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003; 98:1395-402
14. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2009; 338:b1024
15. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000165
16. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2:CD001292 17 CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995.
17. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46: 1217–20
18. Andreas S.,Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H.,Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(16): 276–82
19. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med* 2011;365:1222-31
20. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108(33): 555–64)
21. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, *Arch Gen Psychiatry* 2009;66: 1253-62. [Erratum, *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:77
22. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:47-55
23. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. *Arch Intern Med* 2009; 169:2148-55
24. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker’s Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, [www.srp.ro](http://www.srp.ro)
25. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, *Prev Med* 2004;38:412-20
26. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob Res* 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]
27. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 57 60
28. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998;339: 673-9
29. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, *WMJ* 010;109:335-40
30. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, *Addiction* 2005;100:1012 20 31 World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003
31. West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction*, 105, 1867–1869



## ЛИТЕРАТУРА

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. [www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427)
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England *BMC Research Notes* 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. [www.stop.smoking@wales.nhs.uk](http://www.stop.smoking@wales.nhs.uk)
6. NHS guided self help talking therapies, [www.nice.org.uk/PH010](http://www.nice.org.uk/PH010)
7. 2 Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.
8. 3 Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(12):922-41.
9. 4 Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
10. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(33):555-64.
11. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2007;1:201-213.
12. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.
13. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-311.
14. West R., New Approaches to Smoking Cessation, [http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm?ID\\_Dis=8&ID\\_Cou=23&ID\\_Art=1598](http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm?ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598) 16/09/2006
15. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med.* 2011;365:1222-31.
16. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dépendance au tabac, *Guide Pratique* 2009.
17. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system, *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1-S19.
18. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).
19. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.