

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЙ КОКРЕЙНОВСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

Ключевые слова: отказ от табакокурения, лечение табачной зависимости, профилактика табакокурения.

В обзоре рассмотрен широкий спектр различных вмешательств для лечения и профилактики табачной зависимости (ТЗ). В анализ включены 33 рандомизированных контролируемых исследования по отказу от табакокурения (ТК) 2012-2016 гг., взятых из базы данных Кокрейновского сотрудничества. Для мотивации к отказу от ТК используются: совет врача, медсестры, индивидуальное консультирование, вовлечение в лечебные группы, интервью при непосредственном контакте, по телефону, Интернету, средствам массовой информации (масс-медиа), проведение биомедицинских тестов. Фармакотерапия в первую очередь включала никотинзаместительную терапию, варениклин, антидепрессанты (Бупропион, Нортриптилин), а также опиодные антагонисты и никотиновую вакцину. Из прочих методов упоминается акупунктура. Профилактика ТК ориентирована на подрастающее поколение, проводится в школе и семьях. Эффективность лечения ТЗ и профилактики ТК пока низкая, что должно побуждать к продолжению исследований.

A. GOLENKOV EFFICIENCY OF NICOTINE DEPENDENCE TREATMENT AND PREVENTION BY RESULTS OF COCHRANE COLLABORATION'S RESEARCHES

Key words: smoking cessation, treatment of nicotine dependence, smoking prevention

A wide range of various interventions for nicotine dependence (ND) treatment and prevention is considered in the review. The analysis includes 33 randomized controlled studies for smoking cessation performed in 2012–2016 taken from the database of Cochrane Collaboration. To motivate for smoking cessation doctor's and nurse's advice, individual consultation, involvement in medical groups, interview at direct contact, by phone, via Internet, mass media and, biomedical tests are used. Pharmacotherapy included first of all nicotine replacement therapy, varenicline, antidepressants (bupropion, nortriptyline) as well as opioid antagonists and a nicotine vaccine. Among other methods acupuncture is mentioned. Smoking prevention is focused on younger generation; it is carried out at schools and in families. Efficiency of ND treatment and smoking prevention is still low which should encourage continuing studies.

Табачная зависимость (ТЗ) относится к психическим расстройствам и является одной из самых распространенных аддикций в нашей стране и мире [2–7]. Не случайно, что проводится большое количество исследований, посвященных результатам лечения ТЗ и ее профилактике. В настоящей обзорной статье ставилась цель проанализировать эффективность лечения и профилактики ТЗ по опубликованным за последние пять лет данным систематических обзоров и метаанализов Кокрейновского сотрудничества [8–40]. Как известно, эта международная некоммерческая организация изучает эффективность различных вмешательств, используя рандомизированные контролируемые исследования, что исключает случайные и систематические ошибки, а решения об их использовании являются наиболее достоверными и доказательными [41].

Воздействия, способствующие ТК. Несмотря на разработку и проведение различных акций, преследующих цель по борьбе с табакокурением (ТК), советы врача и медицинского работника (медсестры) являются наиболее ожи-

даемыми в среде курильщиков [30, 32]. Такой совет может быть кратким (минимальным) либо составлять часть более комплексных и долгосрочных вмешательств (программ). Его продолжительность составляет 3-5 мин, включает информацию по прекращению курения и его вредных последствий для здоровья (заболеваний органов дыхания, ишемической болезни сердца и др.) [7]. Эта рекомендация особо актуальна для пациентов первичной медицинской помощи (поликлиник, офисов врачей общей практики), фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий и стоматологических кабинетов. Причем среди 11 сравнительных исследований не было выявлено достоверных различий по числу людей, бросивших курить, получивших краткий совет и более продолжительное аналогичное вмешательство. Краткий совет врача сопровождался отказом от ТК у 1-3% пациентов, получивших соответствующую информацию о вреде курения [32]. Вмешательства медицинских сестер, направленные на прекращение курения, могут быть более эффективными, если они проводятся обученным персоналом и в стационарных условиях для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Очень важно осуществлять в дальнейшем контроль за пациентами, бросившими курить, оказывать им поддержку, а если необходимо, продолжить (повторить) консультативную помощь [30].

Важным ресурсом к отказу от ТК является мотивация, потому что многие курильщики не готовы сразу на такой шаг, размышляют над выгодами ТК, боятся нежелательных последствий от прекращения ТК. Мотивационное интервью в настоящее время практикуется во многих странах для лечения ТЗ и других аддикций. Его принципами являются: проявление эмпатии, изменение поведения пациента, оказание поддержки, уважение к автономии пациента, установление партнерских отношений между врачом (консультантом) и пациентом [7]. Мотивационное интервью включает от одной до шести сессий продолжительностью 10-60 мин. Его проводили врачи общей практики (семейные), узкие специалисты, работающие в стационарах, медсестры и консультанты. Во всех случаях были получены достоверные результаты по отказу от ТК в сравнении с результатами, наблюдаемыми по отказу от ТК после кратких советов и обычных вмешательств. Однако у консультантов показатели по отказу от ТК оказались хуже, чем у врачей. Мотивационное интервью с использованием одного сеанса и продолжительностью до 20 мин менее эффективно, чем повторные и более длительные по времени вмешательства [25].

Служба телефонной линии по прекращению потребления табака является дополнительной возможностью для курящего человека бесплатно получить консультативную помощь в удобное для него время [33]. Она включает изменение отношения к ТК, определение оптимальных подходов к преодолению ТЗ, усиление мотивации к отказу от ТК, оказание поддержки, обучение навыкам самопомощи при возникновении тяги к ТК [7].

Интернет может также рассматриваться как дополнительная возможность стимулирования людей на отказ от ТК [14]. Для определения эффективности использования Интернета для прекращения ТК был проведен обзор (включены 28 исследований с более чем 45 000 участниками из разных стран). В анализ включались курящие люди без учета возраста, пола, национальности, языка или состояния здоровья. Сравнивалось активное вмешательство (обратная связь с помощью Интернета (онлайн-переписка); смс; «телефонные звонки) с контрольной группой (самопомощь).

Общее количество прекративших ТК при Интернет-вмешательстве составило 31,6%, из них перерыв в ТК на срок до шести месяцев и более в среднем составил 10,7% (разброс бросивших курить при различных типах вмешательства колебался от 4,7 до 69%). Количество бросивших курить в контрольной группе составило 21,5%, из них перерыв в ТК на шесть месяцев и более – 8,6%; процент бросивших ТК колебался от 10,4 до 58,6. Также было проведено сравнение интерактивных вмешательств с учетом индивидуальных особенностей, где количество бросивших ТК составило 10,6% (от 7,7 до 69%), с аналогичными вмешательствами без учета индивидуальных особенностей – 8,2% (от 6,8 до 68,6%). Наилучшие результаты отмечались у лиц с высокой мотивацией, имеющих сильное желание прекратить ТК и активно участвующих в программе [14].

Проводится много исследований по вовлечению людей к отказу от ТК. В первую очередь это индивидуальные стратегии (личный контакт один на один с курильщиком) с разной степенью интенсивности (длительностью контакта), звонок по телефону с предложением участвовать в программе, письмо-приглашение, отправленное по обычной почте, смс-сообщение. Все перечисленные вмешательства улучшают показатели отказа людей от курения. Однако однозначные выводы об эффективности различных стратегий пока не были получены [26].

Требуют дополнительных доказательств и новых исследований использование материальных выгод при отказе от ТК [11], профилактическая работа с курильщиками на рабочем месте [12], предоставление им негативных биомедицинских эффектов табачного дыма (никотина) на внутренние органы (функции сердечно-сосудистой системы, легких, содержание угарного газа в выдыхаемом курильщиком воздухе, генетическая восприимчивость к раку легких) [9].

Системы медицинской информации, такие, как электронная медицинская документация, компьютеризированные системы поддержки принятия решений и электронное предписание [21], являются потенциально ценными компонентами, чтобы улучшить качество и эффективность клинических вмешательств для использования табака. Однако их эффективность пока не доказана, нужны дополнительные исследования с модификацией записей наблюдения за людьми, бросившими курить, чтобы сделать более определенные выводы [10].

Лечение ТЗ. Среди фармакологических вмешательств для лечения ТЗ в настоящее время используются: никотинзаместительная терапия (НЗТ), Варениклин, Цитизин и антидепрессанты [13]. 12 опубликованных обзоров по теме включали 267 исследований и 101 804 больных с никотиновой зависимостью. Все перечисленные вмешательства превосходили по эффективности плацебо, т.е. помогали курящему человеку отказаться от ТК. Варениклин превосходил бупропион и НЗТ (в форме пластырей, жевательных резинок, ингаляторов, спреев, таблеток и др.), но был одинаков по эффективности с сочетанием нескольких форм НЗТ. Побочных эффектов наблюдалось относительно мало (у одного больного из 1500). Клонидин помогает курильщику отказаться от вредной привычки, однако положительный результат зависит от дозы лекарственного средства, а ее повышение увеличивает побочные эффекты [13]. Для усиления эффекта фармакологического лечения зачастую необходима поведенческая поддержка. Как свидетельствуют 38 исследований с 15 000 участниками, такое вмешательство имеет небольшой, но важный эффект. Шансы

на воздержание от ТК увеличиваются на 10-25% при интенсивной поведенческой поддержке и НЗТ [35]. Поведенческое вмешательство должно составлять от четырех до восьми сессий длительностью от 30 до 300 мин. Когда практиковался обычный уход, краткий совет или минимальное вмешательство, результаты были достоверно хуже [34, 36].

Другой возможностью, способствующей отказу от ТК, является использование антидепрессантов. При этом рассматриваются три причины их назначения: 1) прекращение ТК может вызвать депрессию или усилить такое эмоциональное состояние; 2) никотин может иметь антидепрессивный эффект, что поддерживает ТК, а назначение психотропных препаратов будет являться своеобразной его заменой; 3) антидепрессанты могут воздействовать на определенные медиаторы и рецепторы в мозге (никотиновые ацетилхолиновые рецепторы и их подвиды), участвующие в развитии ТЗ [23].

Из антидепрессантов чаще всего используют Бупропион и Нортриптилин. Оба препарата способствуют длительному отказу от ТК. Побочные эффекты при их назначении сравнительно редки (один случай на 1000), не приводят к отказу от лечения. Не удалось получить такие результаты при назначении ингибиторов моноаминоксидазы, антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – Венлафаксина (Эффексор, Випакс, Велаксин, Велафакс, Эфевелон, Венлаксор), травы зверобой или пищевых добавок. Автор делает вывод, что антидепрессанты бупропион и нортриптилин по эффективности сопоставимы с НЗТ. Причем это никак не связано с собственно антидепрессивным эффектом препаратов [23]. При этом весьма интересными представляются исследования курильщиков с депрессией [27]. По его итогам не удалось доказать применение Бупропиона, а также других антидепрессантов для прекращения ТК у курящих людей с депрессией. У людей, имеющих депрессию в анамнезе, они способствуют отказу от ТК. У курильщиков с депрессией в процессе вмешательств по прекращению от ТК весьма эффективным оказалось психосоциальное воздействие на настроенческий компонент [27].

Очень важный аспект успешного использования лекарственных препаратов – это приверженность к терапии, поскольку многие курильщики используют назначенные лекарства в более низких дозах и в течение более короткого, чем нужно, промежутка времени. Поэтому важна разработка мероприятий для обучения (информирования) больных о необходимости приема лекарств и оказания дополнительной поддержки, чтобы преодолеть проблемы с поддержанием приверженности к терапии ТЗ [22]. Могут улучшить приверженность к терапии ТЗ предоставление информации на доступном для больного уровне, выявление и разрешение проблем, связанных с отказом от лечения. Результаты восьми исследований с 3336 рандомизированными участниками показали преимущественно слабую эффективность. Использовались дополнительные вмешательства к стандартной поведенческой поддержке и непрерывная стратегия сохранения приверженности к терапии [22]. Другой возможностью для отказа от ТК могут являться одномоментное (резкое) прекращение курения и постепенное сокращение интенсивности ТК. Эти вмешательства дополняют НЗТ поведенческой поддержкой и терапией самосовершенствования. Пока нет однозначных результатов по применяемым стратегиям отказа от ТК, поэтому пациентам всегда нужно предоставлять выбор, каким образом они будут прекращать курение [24].

Возобновление ТК даже после многих лет воздержания от курения является значимой проблемой. Для предотвращения используется весь арсенал имеющихся средств (фармакологических и психосоциальных). На сегодняшний день доказана эффективность только Варениклина в комбинации с комплексным лечением ТЗ [19]. В дополнение к фармакологическим методам определенной эффективностью обладают поведенческие воздействия. Такая стратегия увеличивает успех на 10-25% при условии проведения, как минимум, четырех сессий курильщикам длительностью не менее 30 мин, осуществляемых при личном контакте [35]. Не менее важна поддержка на отказ от ТК партнера (супруга), хотя малочисленность наблюдений нуждается в исследовании эффективности такого вмешательства [29].

Возобновлению ТК может способствовать прибавка массы, которая наблюдается у большинства людей, прекративших курение. Многие обсуждаемые выше фармакологические вмешательства для лечения ТЗ уменьшают массу, включая диету с низким содержанием калорий. Это часто сопровождается воздержанием от возобновления ТК. Смягчает озабоченность по поводу увеличения массы когнитивная поведенческая терапия. Указанные воздействия эффективны пока только в краткосрочной перспективе (преимущественно в срок до шести месяцев) [17]. Снижению массы и ее поддержанию на достигнутом уровне помогают физические упражнения. Их также используют при отказе от ТК, так как регулярные занятия физкультурой и спортом смягчают выраженность тяги к никотину и симптомы ТЗ [39].

Обширная литература посвящена использованию акупунктуры (иглоукалывания) и связанных с ней вмешательств для отказа от ТК [40]. Авторам удалось собрать 38 исследований для метаанализа. Предполагаются краткосрочные эффекты (отказ от ТК менее шести месяцев) от использования иглоукалывания, точечного массажа или лазерной стимуляции. Сравнительная эффективность НЗТ достоверно выше. Хорошо разработанные методы иглоукалывания оправданы для лечения ТЗ, однако их эффективность недостаточно высока [40].

В обосновании использования вакцины от курения лежит генная терапия, предполагающая введение в организм специального гена, который будет блокировать поступление никотина в мозг. Предполагается, что при употреблении препарата человек перестает чувствовать удовольствие от курения (он очищает кровь прежде, чем никотин успеет нанести вред организму). Ни одно из четырех включенных в обзор исследований с 2642 больными не показало статистически значимых различий между теми, кто получал вакцину, и людьми с плацебо. Несмотря на отрицательные результаты дальнейшие испытания вакцин никотина необходимы, чтобы изучить их потенциал, а также их побочные эффекты и возможные осложнения [20].

Стимулирующий эффект никотина может передаваться с помощью различных нейротрансмиттеров. Курильщики испытывают положительные ощущения (удовольствие, возбуждение или расслабление, исчезновение отрицательных эмоций, волнения). Антагонисты опиоидов (наркотиков) привлекают внимание исследователей в качестве средств, способных заменить положительные ощущения от курения. Обзор показал отсутствие доказательств (четыре исследования с 582 курящими) эффективности таких опиоидных антагонистов, как Налтрексон в лечении ТЗ. Влияние некоторых опиоидных антагонистов (Налоксона, Налтрексона в 13 исследованиях с 455 курящими) на

симптомы отмены никотина и положительные ощущения от курения остаются невыясненным [16].

В качестве своеобразной заместительной терапии при НЗ могут использоваться электронные сигареты. Доказано, что они эффективнее, чем плацебо в долгосрочной перспективе. Однако небольшое число исследований и наблюдений, отсутствие биохимических оценок позволяют авторам высказать весьма сдержанный оптимизм. Скорее всего электронные сигареты помогают курильщикам, неспособным полностью отказаться от ТК, сократить число выкуриваемых сигарет в день [28].

Профилактика ТК. Как известно, ТК чаще всего начинается в возрасте 14-16 лет, поэтому именно молодые люди являются целевой группой для проведения превентивных мероприятий [2, 3, 6, 7, 31]. Очень удобно и экономически оправдано это осуществлять в школах, где обучается большинство из них [15, 38], на рабочем месте [12].

Поскольку семья и друзья нередко инициируют начало ТК, активно разрабатываются вмешательства, чтобы помочь родным и близким предупредить формирование этой вредной привычки у детей и подростков. Результаты 27 исследований, объединяющих более 35 000 участников, доказывают эффективность профилактических антитабачных программ. Результаты оказались лучше у школьников в возрасте между 11 и 14 годами, которые участвовали в программах высокой интенсивности. Привлечение семьи может сократить приобщение к ТК от 16% до 32% среди детей и подростков. Подчеркивается при этом роль воспитания, основанного на авторитете, включающего заботу о подростке, учет его интересов и отрегулированные правила поведения [37].

Эффективность средств массовой информации [8], Интернета [14], сотового телефона и смс-сообщений [33] для консультаций курящих людей, привлечения их к лечению (поддерживающей терапии) и профилактике ТК пока невысока. Требуется отработка стандартизированных процедур для более однозначной интерпретации полученных результатов (сокращения разброса данных) исследований и оценки эффективности воздействий при ТК и ТЗ.

Законодательные запреты ТК в публичных местах сокращают вред от пассивного курения и приводят к улучшению показателей здоровья населения (сокращение случаев острого коронарного синдрома, уменьшение смертности от связанных с ТК болезней, перинатальных осложнений и др.). Однако влияние их на число курящих людей и интенсивность ТК остаются недоказанными [18].

Выводы. Проведенный обзор зарубежных исследований, основанных на методологии доказательной медицины, показал довольно широкий комплекс воздействий для борьбы с ТК, профилактики и лечения ТЗ. В настоящей статье не анализировались вопросы ТЗ у психически больных, в частности шизофренией, которые являются отдельной глобальной проблемой психиатрии и наркологии [1, 5]. Зачастую отсутствуют биохимические оценки при сокращении ТК и использовании электронных сигарет, что снижает уверенность в эффективности этих вмешательств. Описанные мероприятия пока не дают должного эффекта, многие вопросы поднятой проблемы остаются нерешенными и дискуссионными. Не обсуждаются организационные аспекты борьбы с ТК и лечения больных с ТЗ. Требуют дальнейших разработок учебные программы по подготовке и совершенствованию будущих врачей, медицинских работников и профессионалов по оказанию помощи курильщикам.

Литература

1. *Голенков А.В.* Табакокурение при шизофрении: частный вопрос или глобальная проблема? // Наркология. 2010. № 11. С. 57–64.
2. *Голенков А.В.* Социально-психологические особенности табачной зависимости у жителей Чувашии // Наркология. 2013. № 1. С. 28–32.
3. *Голенков А.В.* Региональные статистические модели табакокурения // Российский медицинский журнал. 2013. № 4. С. 8–10.
4. *Голенков А.В.* Отношение студентов-медиков к табакокурению и их готовность к оказанию помощи курильщикам // Наркология. 2015. Т. 14, № 7. С. 80–83.
5. *Голенков А.В.* Диагностика и профилактика табачной зависимости у больных шизофренией // Медицинская сестра. 2016. № 3. С. 7–11.
6. *Погосов А.В.* Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака // Наркология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 291–304.
7. Прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости: научно обоснованные рекомендации / под ред. А.К. Дёмина; РАПСИГО; CSPP. М.; Вашингтон, 2013. 244 с.
8. *Bala M.M., Strzeszynski L., Topor-Madry R., Cahill K.* Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Jun. 6; 6: CD004704. doi: 10.1002/14651858.CD004704.pub3.
9. *Bize R., Burnand B., Mueller Y., Rège-Walther M., Camain J.Y., Cornuz J.* Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Dec. 12; 12: CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
10. *Boyle R., Solberg L., Fiore M.* Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Dec. 30; 12: CD008743. doi: 10.1002/14651858.CD008743.pub3.
11. *Cahill K., Hartmann-Boyce J., Perera R.* Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015 May. 18; 5: CD004307. doi: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
12. *Cahill K., Lancaster T.* Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Feb. 26; 2: CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4.
13. *Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T.* Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. May. 31; 5: CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
14. *Civljak M., Stead L.F., Hartmann-Boyce J., Sheikh A., Car J.* Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Jul. 10; 7: CD007078. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.
15. *Coppo A., Galanti M.R., Giordano L., Buscemi D., Bremberg S., Faggiano F.* School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Oct. 24; 10: CD009990. doi: 10.1002/14651858.CD009990.pub2.
16. *David S.P., Lancaster T., Stead L.F., Evins A.E., Prochaska J.J.* Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Jun. 6; 6: CD003086. doi: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
17. *Farley A.C., Hajek P., Lycett D., Aveyard P.* Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Jan. 18; 1: CD006219. doi: 10.1002/14651858.CD006219.pub3.
18. *Frazer K., Callinan J.E., McHugh J., van Baarsel S., Clarke A., Doherty K., Kelleher C.* Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016 Feb. 4; 2: CD005992. doi: 10.1002/14651858.CD005992.pub3.
19. *Hajek P., Stead L.F., West R., Jarvis M., Hartmann-Boyce J., Lancaster T.* Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Aug. 20; 8: CD003999. doi: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.
20. *Hartmann-Boyce J., Cahill K., Hatsukami D., Cornuz J.* Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Aug. 15; 8: CD007072. doi: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
21. *Hartmann-Boyce J., Lancaster T., Stead L.F.* Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Jun. 3; 6: CD001118. doi: 10.1002/14651858.CD001118.pub3.
22. *Hollands G.J., McDermott M.S., Lindson-Hawley N., Vogt F., Farley A., Aveyard P.* Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015. Feb. 23; 2: CD009164. doi: 10.1002/14651858.CD009164.pub2.
23. *Hughes J.R., Stead L.F., Hartmann-Boyce J., Cahill K., Lancaster T.* Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Jan. 8; 1: CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.

24. Lindson-Hawley N., Aveyard P., Hughes J.R. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Nov. 14; 11: CD008033. doi: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
25. Lindson-Hawley N., Thompson T.P., Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015. Mar. 2; 3: CD006936. doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
26. Marcano Belisario J.S., Bruggeling M.N., Gunn L.H., Brusamento S., Car J. Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Dec. 12; 12: CD009187. doi: 10.1002/14651858.CD009187.pub2.
27. Van der Meer R.M., Willemsen M.C., Smit F., Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Aug. 21; 8: CD006102. doi: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
28. McRobbie H., Bullen C., Hartmann-Boyce J., Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. 12: CD010216. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub2.
29. Park E.W., Tudiver F.G., Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Jul. 11; 7: CD002928. doi: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
30. Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L.F. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Aug. 12; 8: CD001188. doi: 10.1002/14651858.CD001188.pub4.
31. Stanton A., Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Aug. 23; 8: CD003289. doi: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
32. Stead L.F., Buitrago D., Preciado N., Sanchez G., Hartmann-Boyce J., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. May. 31; 5: CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
33. Stead L.F., Hartmann-Boyce J., Perera R., Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Aug. 12; 8: CD002850. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
34. Stead L.F., Koilpillai P., Fanshawe T.R., Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Mar. 24; 3: CD008286. doi: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
35. Stead L.F., Koilpillai P., Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015. Oct. 12; 10: CD009670. doi: 10.1002/14651858.CD009670.pub3.
36. Stead L.F., Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Dec. 12; 12: CD009670. doi: 10.1002/14651858.CD009670.pub2.
37. Thomas R.E., Baker P.R., Thomas B.C., Lorenzetti D.L. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015. Feb. 27; 2: CD004493. doi: 10.1002/14651858.CD004493.pub3.
38. Thomas R.E., McLellan J., Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. Apr. 30; 4: CD001293. doi: 10.1002/14651858.CD001293.pub3.
39. Ussher M.H., Taylor A.H., Faulkner G.E. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Aug. 29; 8: CD002295. doi: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
40. White A.R., Rampes H., Liu J.P., Stead L.F., Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Jan. 23; 1: CD000009. doi: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
41. <http://www.cochrane.org/ru/about-us>.

References

1. Golenkov A.V. *Tabakokurenie pri shizofrenii: chastnyi vopros ili global'naya problema?* [Tobacco smoking in a schizophrenia: a private question or a global problem?]. *Narkologiya* [Narcology], 2010, no. 11, pp. 57–64.
2. Golenkov A.V. *Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti tabachnoi zavisimosti u zhitelei Chuvashii* [Social and psychological features of tobacco dependence in the Chuvash Republic]. *Narkologiya* [Narcology], 2013, no. 1, pp. 28–32.
3. Golenkov A.V. *Regional'nye statisticheskie modeli tabakokurenija* [Regional statistical models of tobacco smoking]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian medical journal], 2013, no. 4, pp. 8–10.
4. Golenkov A.V. *Otnoshenie studentov-medikov k tabakokureniju i ikh gotovnost' k okazaniyu pomoshchi kuril'shchikam* [Attitude of medical students to tobacco smoking and their readiness for assistance to smokers]. *Narkologiya* [Narcology], 2015, no. 7, pp. 80–83.
5. Golenkov A.V. *Diagnostika i profilaktika tabachnoi zavisimosti u bol'nykh shizofreniei* [Diagnosis and prevention of tobacco dependence in patients with schizophrenia]. *Meditsinskaya sestra* [Medical sister], 2016, no. 3, pp. 7–11.

6. Pogosov A.V. *Psikhicheskie i povedencheskie rasstroistva, vyzvannye upotrebleniem tabaka* [The mental and behavioural disorders caused by the tobacco use]. *Narkologiya: natsional'noe rukovodstvo* [Narcology: national handbook]. Moscow: GEOTAR-Media Publ., 2008, pp. 291–304.

7. Demin A.K., ed. *Prekrashchenie potrebleniya tabaka i lechenie tabachnoi zavisimosti: nauchno obosnovannye rekomendatsii* [Termination of consumption of tobacco and treatment of tobacco dependence: evidence-based recommendations]. Moscow, Vashington, 2013, 244 p.

8. Bala M.M., Strzeszynski L., Topor-Madry R., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Jun. 6, 6, CD004704. doi: 10.1002/14651858.CD004704.pub3.

9. Bize R., Burnand B., Mueller Y., Rège-Walther M., Camain J.Y., Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, Dec. 12, 12, CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.

10. Boyle R., Solberg L., Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, Dec. 30, 12, CD008743. doi: 10.1002/14651858.CD008743. pub3.

11. Cahill K., Hartmann-Boyce J., Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2015, May 18, 5, CD004307. doi: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.

12. Cahill K., Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, Feb. 26, 2, CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4.

13. Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, May. 31, 5, CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

14. Civljak M., Stead L.F., Hartmann-Boyce J., Sheikh A., Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Jul. 10, 7, CD007078. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.

15. Coppo A., Galanti M.R., Giordano L., Buscemi D., Bremberg S., Faggiano F. School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, Oct. 24, 10, CD009990. doi: 10.1002/14651858.CD009990.pub2.

16. David S.P., Lancaster T., Stead L.F., Evins A.E., Prochaska J.J. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Jun. 6, 6, CD003086. doi: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.

17. Farley A.C., Hajek P., Lycett D., Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, Jan. 18, 1, CD006219. doi: 10.1002/14651858.CD006219.pub3.

18. Frazer K., Callinan J.E., McHugh J., van Baarsel S., Clarke A., Doherty K., Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2016, Feb. 4, 2, CD005992. doi: 10.1002/14651858.CD005992.pub3.

19. Hajek P., Stead L.F., West R., Jarvis M., Hartmann-Boyce J., Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Aug. 20, 8, CD003999. doi: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.

20. Hartmann-Boyce J., Cahill K., Hatsukami D., Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, Aug. 15, 8, CD007072. doi: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.

21. Hartmann-Boyce J., Lancaster T., Stead L.F. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, Jun. 3, 6, CD001118. doi: 10.1002/14651858.CD001118.pub3.

22. Hollands G.J., McDermott M.S., Lindson-Hawley N., Vogt F., Farley A., Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2015, Feb. 23, 2, CD009164. doi: 10.1002/14651858.CD009164.pub2.

23. Hughes J.R., Stead L.F., Hartmann-Boyce J., Cahill K., Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, Jan. 8, 1, CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.

24. Lindson-Hawley N., Aveyard P., Hughes J.R. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, Nov. 14, 11, CD008033. doi: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.

25. Lindson-Hawley N., Thompson T.P., Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2015, Mar. 2, 3, CD006936. doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

26. Marcano Belisario J.S., Bruggeling M.N., Gunn L.H., Brusamento S., Car J. Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, Dec. 12, 12, CD009187. doi: 10.1002/14651858.CD009187.pub2.

27. Van der Meer R.M., Willemsen M.C., Smit F., Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Aug. 21, 8, CD006102. doi: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.

28. McRobbie H., Bullen C., Hartmann-Boyce J., Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, 12, CD010216. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub2.
29. Park E.W., Tudiver F.G., Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, Jul. 11, 7, CD002928. doi: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
30. Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L.F. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Aug. 12, 8, CD001188. doi: 10.1002/14651858.CD001188. pub4.
31. Stanton A., Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Aug. 23, 8, CD003289. doi: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
32. Stead L.F., Buitrago D., Preciado N., Sanchez G., Hartmann-Boyce J., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, May. 31, 5, CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
33. Stead L.F., Hartmann-Boyce J., Perera R., Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Aug. 12, 8, CD002850. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
34. Stead L.F., Koilpillai P., Fanshawe T.R., Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2016, Mar. 24, 3, CD008286. doi: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
35. Stead L.F., Koilpillai P., Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2015, Oct. 12, 10, CD009670. doi: 10.1002/14651858.CD009670.pub3.
36. Stead L.F., Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2012, Dec. 12, 12, CD009670. doi: 10.1002/14651858.CD009670.pub2.
37. Thomas R.E., Baker P.R., Thomas B.C., Lorenzetti D.L. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2015, Feb. 27, 2, CD004493. doi: 10.1002/14651858.CD004493.pub3.
38. Thomas R.E., McLellan J., Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013, Apr.30, 4, CD001293. doi: 10.1002/14651858.CD001293.pub3.
39. Ussher M.H., Taylor A.H., Faulkner G.E. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, Aug. 29, 8, CD002295. doi: 10.1002/14651858.CD002295. pub5.
40. White A.R., Rampes H., Liu J.P., Stead L.F., Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014, Jan. 23, 1, CD000009. doi: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
42. <http://www.cochrane.org/ru/about-us>.

ГОЛЕНКОВ АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (golenkovav@inbox.ru).

GOLENKOV ANDREI – Doctor of Medical Science, Professor, Head of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
