

РЕКОМЕНДОВАНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
03.08.2012 № 601

**Первинна медична допомога
при припиненні вживання
тютюнових виробів**

Адаптована клінічна настанова,
заснована на доказах

2012

**Склад мультидисциплінарної робочої групи з підготовки
Адаптованої клінічної настанови «Первинна медична допомога при
припиненні вживання тютюнових виробів» 2011-2012 рр.**

Ліщишина О.М., директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр» МОЗ України, к.м.н, ст. наук. співробітник

Матюха Л.Ф., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», д.м.н.

Величко С.О., асистент кафедри загальної практики-сімейної медицини НМУ ім. О.О. Богомольця, к.м.н.

Грузєва О.В., науковий співробітник лабораторії стратегічних досліджень в охороні здоров'я НМУ ім. О.О. Богомольця, національний координатор ВООЗ по вивченню куріння серед студентів

Зінчук Ю.Д., головний лікар Новозар'ївської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Старобешівського району Донецької області

Коваленко О.Є., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Рефлексотерапія», д.м.н., професор

Марута Н.О., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Психіатрія», заступник директора з наукової роботи Інституту неврології, психіатрії і наркології АМН України, завідувач відділом неврозів та пограничних станів Українського науково-дослідного інституту клінічної та експериментальної неврології та психіатрії, д.м.н., професор

Мінко О.І., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – «Наркологія», завідувач відділу профілактики та лікування алкоголізму ДУ "Інституту неврології, психіатрії і наркології" НАМН України, д.м.н., професор

Новосадова Т.П., завідувач амбулаторії загальної практики – сімейної медицини №3 м. Вознесенськ, Миколаївська обл.

Сисак О.М., головний спеціаліст відділу спеціалізованої медичної допомоги Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України

Устіленцев О.М., сімейний лікар вищої категорії Дніпровської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Чернігівського району Чернігівської області

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

Степаненко А.В., консультант ДП «Державний експертний центр МОЗ України», д.м.н., професор

Горох Є.Л., начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.

Кравець О.М., начальник Відділу доказової медицини ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Мельник Є.О., провідний фахівець Відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Філіпчук О.В., представник пацієнтів (за згодою)

Шилкіна О.О., начальник Відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Переклад NICE Guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities (2008); NICE Guidance no.1: Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings (2006); Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003) - Макєєва Л.Ю., провідний фахівець відділу методичного забезпечення державних гарантій Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр» МОЗ України

Рецензенти:

Сосін І.К., завіувач кафедри наркології Харківської медичної Академії післядипломної освіти, д.м.н., професор

Юр'єва Л.М., завіувач кафедри психіатрії та наркології факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії, д.м.н., професор

**Державний експертний центр МОЗ України є членом
Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)**



**ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних
настанов)**



Перегляд у 2015 році

Зміст

Синтез настанови.....	5
Введення.....	5
1 Основні пріоритети	7
2 Потреби громадської охорони здоров'я і практика	12
3 Питання для розгляду.....	15
4 Рекомендації	21
5 Впровадження	54
6 Рекомендації для дослідження	55
7 Оновлення рекомендацій	57
8. Настави NICE, пов'язані з даною темою.....	57
9 Список літератури	58
Додаток 1: Члени ГРН, команда проекту NICE і зовнішні виконавці	61
Додаток 2: Резюме методів, використаних для розробки цієї настанови.....	65
Додаток 3: Доказова база.....	77
Додаток 4: Прогалини у доказовій базі.....	92
Додаток 5: Підтверджуючі документи.....	93

Список скорочень

ГРН — Група з розробки настанови

НЗТ – нікотинозамісна терапія

NARS ('Nicotine assisted reduction to stop' strategy) – Стратегія Нікотинової допомоги в зменшенні паління перед повною відмовою

NHS - Національна система охорони здоров'я

СИНТЕЗ НАСТАНОВИ

За прототип Адаптованої клінічної настанови «Первинна медична допомога при припиненні вживання тютюнових виробів» взято оновлену клінічну настанову **NICE Guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities (2008)** - <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH010guidance.pdf>

Додаткові докази включені з інших джерел:

1. **Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003)** - <http://www.clinmedres.org/content/1/3/201.full.pdf>
2. **Public Health Intervention Guidance no.1: Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings (2006)** - <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11375/31864/31864.pdf>

Введення

Настанова, яка обрана за прототип, призначена для NHS та інших фахівців, які мають безпосереднє або непряме відношення і відповідальність за послуги з допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів. Сюди входять ті, хто працює в органах місцевого самоврядування та спільноті, волонтери і приватний сектор. Вона також може представляти інтерес для представників громадськості, які бажають кинути палити, а також для певної групи осіб, таких як вагітні жінки і матері дітей молодшого віку.

Департамент охорони здоров'я NHS звернувся до Національного інституту клінічної досконалості (далі NICE або Інститут) з проханням розробити настанову з послуг щодо припинення тютюнокуріння.

Ця настанова була розроблена з використанням процесу Програми громадської охорони здоров'я NICE.

Група з розробки настанови (ГРН) розглянула 5 оглядів доказів стосовно служб з припинення куріння, 2 огляди нікотинозамісної терапії, доповідь експерта, економічну оцінку, коментарі зацікавлених сторін і результати роботи на місцях в розробці цих рекомендацій.

Детальна інформація про розробників прототипу наведена в Додатку 1. Методи, використані для розробки настанови, наведені у Додатку 2. Перелік доказів, покладених в основу тверджень, наведений у Додатку 3. Додаток 4 представляє прогалини, наявні на момент підготовки прототипу. Документи підтримки, що використовувалися в

підготовці цього документа, представлені в Додатку 5. Повну інформацію про докази, в тому числі дані роботи на місцях і коментарі зацікавлених сторін можна знайти на веб-сайті NICE разом зі списком зацікавлених сторін та довідник з процесу підтримки Інституту і застосованих методів: www.nice.org.uk.

1 Основні пріоритети

У цьому розділі представлені чотири рекомендації, які були визначені як ключові пріоритети для впровадження на основі наступних критеріїв:

- вплив на здоров'я;
- вплив на здоров'я цільових груп населення;
- економічна ефективність;
- баланс ризиків і користі;
- простота впровадження;
- швидкість впливу.

Служби з припинення куріння

Коментарі робочої групи: Оскільки, згідно з прийнятою в Україні Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, тютюн віднесено до психоактивних речовин і відповідно розлади внаслідок його вживання віднесені до психічних та поведінкових, питання їх діагностики та лікування знаходяться у компетенції лікарів-наркологів. Відповідні «Протоколи надання медичної наркологічної допомоги», які включають розділ «Діагностичні критерії до протоколів надання медичної допомоги хворим з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання тютюну» та «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання тютюну» затверджені наказом МОЗ України від 21.09.2009 № 681 і діють по теперішній час.

Відповідно до статті 1 Закону України від 22.09.2005 № 2899-IV «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» залежність від тютюну (нікотинова залежність) - психофізичний стан, зумовлений залежністю особи від нікотину та інших інгредієнтів тютюнового виробу, що потрапляють в її організм внаслідок вживання нею тютюнових виробів.

Даний документ розроблений з метою:

- удосконалення профілактичних, просвітницьких заходів, спрямованих на попередження та зменшення куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання;
- сприяння лікуванню залежності від тютюну (нікотинової залежності), які бажать позбутися шкідливої звички курити тютюнові вироби чи іншим способом їх вживати, та пропаганді здорового способу життя;
- забезпечення інформування населення про ризики та шкідливі наслідки для здоров'я людини куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання незалежно від віку людини і стану її здоров'я.

Медичні працівники закладів охорони здоров'я усіх форм власності зобов'язані:

- пропагувати медичні знання з питань профілактики захворювань, спричинених курінням тютюнових виробів чи іншим способом їх вживання, і запобігати їх вживанню серед населення, насамперед серед дітей та молоді;
- надавати практичні поради щодо здорового способу життя та рекомендувати не починати курити чи іншим способом вживати тютюнові вироби або припинити їх вживання;

- роз'яснювати про шкідливі наслідки для здоров'я людини куріння тютюнових виробів чи іншого способу їх вживання, впливу тютюнового диму;
- надавати особам, які бажають позбутися залежності від тютюну (нікотинової залежності), відповідну лікувально-профілактичну допомогу.

Рекомендація 1

Хто є цільовою популяцією?

Кожен, хто палить або використовує будь-які інші форми тютюну.

Хто повинен вжити заходів?

- Трасти первинного рівня медичної допомоги, стратегічні органи охорони здоров'я.

Коментарі робочої групи: в Україні під Трастами первинного рівня медичної допомоги слід розуміти Центри первинного рівня медичної допомоги

- Уповноважені служб з припинення тютюнопаління, що фінансуються державою.

Коментарі робочої групи: в Україні під Уповноваженими служб з припинення тютюнопаління, що фінансуються державою, слід розуміти Спеціалізовану наркологічну службу

Які заходи вони повинні вжити?

- Визначити характеристики місцевої популяції, яка курить або вживає інші форми тютюну. Визначити усі форми вживання тютюну на місцевому рівні.
- Гарантувати, щоб служби NHS з припинення тютюнопаління охоплювали етнічні меншини і соціально знедолені громади серед місцевого населення.
- Гарантувати, щоб служби NHS з припинення тютюнопаління надавали належне обслуговування, зберігаючи адекватну кількість персоналу, в тому числі координатора на повний робочий день (або еквівалентного фахівця).
- Поставити перед собою реалістичні цілі щодо кількості людей, які користуються службою і кількості тих, хто успішно кинув палити. Ці цілі повинні відображати демографічну структуру місцевого населення. Служби повинні:
 - мати на меті виліковувати щороку принаймні 5% оцінюваної місцевої популяції людей, які курять або вживають тютюн в будь-якій формі;
 - прагнути досягти успіху у 35% пацієнтів через 4 тижні, з підтвердженням концентрації окису вуглецю. Ця цифра повинна ґрунтуватися на кількості тих, хто почав лікування, а успіх визначається, коли людина не палить на третьому і четвертому тижні після дати припинення. Успіх повинен бути підтверджений концентрації СО менше 10 ppm на 4 тижні. Це не означає, що лікування слід припинити на 4 тижні.
- Регулярно і незалежно проводити аудит популяції і робити результати загальнодоступними. Аудити повинні проводитися у випадках виняткових результатів — показників 4-тижневого припинення паління менше 35% або вище 70%, щоб

з'ясувати причини таких надзвичайних показників і для визначення найкращої практики та забезпечення спостереження.

- Встановити зв'язки зі службами з контрацепції, клініками з лікування безпліддя і антенатального і післяпологового обслуговування. Ці зв'язки повинні допомогти працівникам охорони здоров'я використовувати наявні можливості (на різних етапах життя жінки) щодо порад з припинення тютюнопаління або направлення до фахівця служби в разі необхідності.

(Див. також настанову NICE 1 щодо припинення куріння на первинному рівні медичної допомоги та інших установах на сайті: www.nice.org.uk/RH001)

Коментар робочої групи: потрібен переносний газоаналізатор в кожному закладі, який займається проблемою тютюнопаління.

Рекомендація 2

Хто є цільовою популяцією?

Кожен, хто палить або вживає тютюн у будь-якій іншій формі.

Хто повинен вжити заходів?

Керівники і провайдери, фахівці служб з припинення тютюнопаління NHS.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Запропонуйте поведінкове консультування, групову терапію, фармакотерапію або комбінацію методів лікування, які довели свою ефективність (див. список на початку розділу 4).
- Переконайте клієнта, що він отримує поведінкову підтримку від людини, яка пройшла тренінг, і нагляд, що відповідають "Стандарту навчання з методів лікування припинення тютюнопаління" або його оновлення (www.nice.org.uk/page.aspx?O=502591).
- Надавайте клієнтам індивідуальні консультації і підтримку, зокрема клієнтам з етнічних меншин і знедолених груп населення. При можливості надавайте послуги на мові, обраній клієнтом.
- Гарантуйте, щоб місцеві служби NHS з припинення паління надавали послуги з лікування етнічних меншин і знедолених груп, принаймні, пропорційно їх представництву серед місцевого населення, яке вживає тютюн.

(Див. також настанову NICE 1 з припинення тютюнопаління на сайті: www.nice.org.uk/RH001).

Фармакотерапія

Рекомендація 4

Хто є цільовою групою населення?

Люди, які хочуть кинути курити.

Хто повинен вжити заходів?

Медичні працівники, які консультують або призначають замісну нікотинотерапію, вареніклін або бупропіон.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Необхідно надати поради, заохотити і підтримати, у тому числі направити до служби NHS з припинення паління, щоб допомогти людям у їхньому прагненні кинути палити.
- НЗТ, вареніклін або бупропіон, як правило, необхідно призначати як частину лікування контингенту, який утримується від куріння, який бере на себе зобов'язання кинути палити в певний день або раніше (цільова дата припинення). Призначення НЗТ, варенікліну або бупропіону повинно бути достатньо лише на останньому з 2-хтижнів після цільової дати припинення. Як правило, це буде після 2 тижнів НЗТ і 3-4 тижнів після варенікліну і бупропіону, щоб враховувати різні методи введення і механізму дії. Наступні призначення здійснюються тільки тим, хто при повторній оцінці показав, що їхня спроба кинути палити триває.
- Необхідно пояснити ризики і користь від НЗТ молодим людям віком від 12 до 17 років, вагітним або жінкам, які годують груддю і людям з непостійними серцево-судинними захворюваннями. Для отримання максимальної користі НЗТ людям цих груп слід настійно рекомендувати використовувати поведінкову підтримку в їхній спробі кинути палити.
- Вареніклін і бупропіон не слід рекомендувати молодим людям у віці до 18 років, вагітним жінкам і тим, хто годує груддю.
- Вареніклін або бупропіон можуть бути запропоновані людям з нестійкими серцево-судинними захворюваннями з урахуванням клінічної оцінки.
- Якщо спроби курця кинути палити були невдалими при застосуванні НЗТ, варенікліну або бупропіону, не пропонуйте повторити призначення протягом 6 місяців, крім окремих випадків, коли певні обставини перешкодили першій спробі людини кинути курити, коли може бути розумним повторити спробу раніше.
- Не слід призначати НЗТ, бупропіон або вареніклін в будь-якій комбінації.
- Слід розглянути питання про комбіноване застосування нікотинових пластирів та інших форм НЗТ (таких як жувальна гумка, інгалятор, таблетки або спрей) у людей з високим рівнем залежності від нікотину або у яких одна з форм НЗТ в минулому виявилася недостатньою.
- Не слід віддавати перевагу одним лікарським засобам перед іншими. Лікар і пацієнт повинні вибрати той, який на їхню думку принесе найбільший успіх.
- При виборі терапії і порядку її використання, обговоріть варіанти з клієнтом і візьміть до уваги:
 - чи це перша пропозиція направлення до служби з припинення тютюнопаління NH;

- протипоказання і потенціал побічних реакцій;
- особисті переваги клієнта;
- наявність відповідних консультацій або підтримки;
- імовірність того, що клієнт буде дотримуватися курсу лікування
- їх попередній досвід припинення куріння.

Ця настанова замінює настанову з оцінки технології NICE 123 з застосування НЗТ і бупропіону. (Див. також настанову NICE стосовно оцінки технології 123 з варенікліну на сайті www.nice.org.uk/TA123)

Коментарі робочої групи: В теперішній час при контрольованих клінічних дослідженнях ефективність продемонстрували три основних варіанта фармакотерапії при залежності від тютюну (нікотину): ніотинова замісна терапія, використання препарату бупропіон, використання парціального агоніста нікотинових рецепторів препарату вареніклін. В основному рекомендується використовувати монотерапію, але якщо вона виявляється неефективною, можна комбінувати лікарські засоби, наприклад поєднувати бупропіон з НЗТ. Інші препарати, такі як нортриптилін, клонідин, селегілін, римонабан також продемонстрували певні позитивні результати. Проте, на даний момент тільки нортриптилін та клонідин можна розглядати у якості резервних, якщо лікарські засоби першої лінії виявились неефективними. Використання цих двох останніх препаратів до того ж обмежується можливими побічними ефектами.

Доведено, що використання фармакотерапії у поєднанні з психотерапією дає більшу ефективність, ніж ізольоване використання фармакотерапії чи психотерапії (Е.М.Крупицкий и соавт. 2009; О.І.Мінко, І.В.Лінський, 2009).

Вареніклін зареєстрований в Україні 19.02.2009, номер реєстрації UA 93/98/01/01.

Крім того, в Україні зареєстрований лікарський засіб Цитизин з показанням для застосування при хронічному нікотинізмі – див. п. 3.9 цієї настанови на стор. 18.

Вагітність

Рекомендація 8

Хто є цільовою популяцією?

Жінки, які курять, вагітні або планують вагітність та їхні партнери і члени сім'ї, які палять.

Хто повинен вжити заходів?

Всі, хто відповідає за надання медичної допомоги вагітним жінкам, жінкам, які бажають завагітніти та їхнім партнерам. Сюди входять ті, хто працює в клініках, де лікують безпліддя, акушерки, лікарі загальної практики, дантисти, фармацевти лікарень та спільноти та ті, хто працює в дитячих центрах, волонтерських організаціях і виробничих медичних службах.

Які заходи повинні бути вжиті?

- При першому контакті з жінкою обговоріть її статус куріння, поінформуйте про шкоду куріння для майбутньої дитини і небезпеку пасивного куріння. Вивчіть її проблеми, які вона та її партнер або сім'я можуть мати щодо припинення куріння.
- Надайте персоналізовану інформацію, консультації і підтримку щодо того, як кинути палити. Заохочуйте вагітних жінок до використання місцевих служб NHS з припинення тютюнопаління і телефону довіри NHS для вагітних шляхом надання докладної інформації про те, коли, де і як отримати до них доступ. Розгляньте відвідування вагітних жінок удома, якщо їм важко відвідувати спеціалізовані служби.
- Здійснюйте моніторинг статусу куріння та запропонуйте кинути палити, заохочуйте і підтримуйте впродовж усього періоду вагітності та після пологів.
- Обговоріть ризики і користь НЗТ з вагітними жінками, які курять, особливо з тими, хто не бажає прийняти пропозицію про допомогу від служби NHS з припинення тютюнопаління. Якщо жінка висловлює, що вона хоче отримувати НЗТ, застосовуйте професійні думки при прийнятті рішення чи призначаючи терапію.
- Порадьте вагітним жінкам впродовж дня застосовувати нікотинові пластирі, а на ніч знімати їх.

Ця настанова замінює настанову NICE 39 з оцінки технології щодо застосування НЗТ і бупропіону. (Див. також настанову 1 NICE з припинення тютюнопаління на сайті: www.nice.org.uk/PHI001).

2 Потреби громадської охорони здоров'я і практика

Тютюнопаління залишається головною причиною захворюваності, яку можна попередити, та передчасної смерті в Англії, яка за оцінками в середньому склала 86 500 смертей з 1998 по 2002 рік (Twigg et al. 2004). Тютюнопаління є основною причиною різниці щодо очікуваної тривалості здорового життя між багатими та бідними. Серед чоловіків куріння спричиняє більш ніж удвічі вищий ризик передчасної смерті між соціальними класами (Jarvis and Wardle 1999).

Широкий спектр хвороб і станів, викликаних курінням, включає ракові захворювання, хвороби органів дихання, ішемічну хворобу серця та інші захворювання кровообігу, шлунка та дванадцятипалої кишки, еректильну дисфункцію та безпліддя, остеопороз, катаракту, вікову макулярну дегенерацію і періодонтит. (Департамент охорони здоров'я і соціальних служб США 2004 р.). Після хірургічних втручань куріння призводить до зниження виживаності, затримки загоєння ран і післяопераційних респіраторних ускладнень (Департамент охорони здоров'я і соціальних служб США 2004 р.).

Жінки, які курять під час вагітності, мають істотно більший ризик викиднів, ніж ті, які не курять. Куріння також може призвести до ускладнень під час вагітності та пологів, у

тому числі позаматкової вагітності, кровотечі під час вагітності, передчасного відділення плаценти і передчасного розриву оболонки (British Medical Association 2004). Ризики для здоров'я дітей є суттєвими. Народжені у жінок, які курять, в середньому мають на 200-250г меншу вагу, ніж немовлята, що народилися у матерів, які не курять (British Medical Association 2004); чим більше сигарет викурює жінка, тим більша ймовірність зниження ваги дитини при народженні. Це може збільшити ризик смерті і захворювань в дитинстві: куріння під час вагітності збільшує смертність приблизно на 40% (Департамент охорони здоров'я, 2007), і понад чверть ризиків раптової смерті у дитинстві пов'язані з курінням (British Medical Association 2004).

Вдихання диму ("пасивне куріння") може впливати на здоров'я людей, які не курять. Наприклад, воно може посилити дихальні симптоми і провокувати напади астми. У довгостроковій перспективі воно підвищує ризик раку легенів, захворювань дихальних шляхів (особливо астми), хвороб серця і інсульту (Міжнародне агентство з вивчення раку 2002; Науковий Комітет з Тютюну і Здоров'я 2004; Агенція з охорони навколишнього середовища США 1993). Пасивне куріння під час вагітності може знизити розвиток плоду і збільшити ризик передчасних пологів (Британська Медична Асоціація 2004).

Куріння обходиться NHS в 1,5 млрд. фунтів стерлінгів на рік (Parrot et al. 1998). Ця оцінка не включає інші витрати уряду, такі як виплата за лікарняним або допомога з інвалідності. Вона також не включає витрати на виробництво або на осіб, які курять.

У 2006 в Англії близько 24% людей у віці 16 років і старше курили (Lader 2007). Хоча поширеність тютюнопаління з 1970 року різко скоротилася, в останнє десятиліття зниження було набагато повільніше. Останні оцінки свідчать, що тютюнопаління знижується на 0,4% на рік (Jarvis, 2003).

План уряду зменшити поширеність тютюнопаління серед працівників фізичної праці¹ до 26% або менше до 2010 року буде складним завданням (Казначейство НМ 2004). В 2005 році в Англії близько 29% робітників фізичної праці курили. (Goddard, 2006). Поширеність тютюнопаління також висока серед деяких етнічних меншин (Egens et al., 2000). Поширеність тютюнопаління пов'язана з віком. Наприклад, серед вагітних жінок, які палять, поширеність тютюнопаління найвища серед жінок до 35 років (Penn and Owen, 200; Sproston and Primatesta, 2004); і 45% матерів у віці до 20 років курили під час вагітності (Департамент охорони здоров'я, 2007). Серед дорослого населення у віці 16 років і старше, поширеність куріння серед чоловіків була найвищою серед осіб у віці 20-34 (43% як у віці 20-24 роки, так і у віці 25-34 роки), а серед жінок — найвища у віці 25-34 роки (29%) (Lader 2007).

Ця настанова призначається для тих, хто працює в службі охорони здоров'я, місцевих органах влади, інших організаціях державного сектора і спільноти, волонтерів і приватного сектору, хто має пряме або непряме відношення і відповідальність щодо відмови від тютюнопаління.

Коментарі робочої групи:

До 2005 року Україна входила до групи 11 Європейських країн, у яких поширеність куріння серед чоловіків перевищувала 50%.

Дані соціологічного дослідження 2010 року «Глобальне опитування дорослого населення щодо вживання тютюну» (GATS) свідчать про тенденцію до зменшення курців-чоловіків з 62% до 45%, а жінок – з 17% до 9% за останні 5 років [6]. Проте в Україні сьогодні все ще курять 10 мільйонів людей, що складає третину всього працездатного населення країни. Розрахунки Всесвітнього банку свідчать про те, що економічні збитки України від тютюну складають близько 2 мільярдів доларів щорічно. За офіційною статистикою в Україні щороку від хвороб пов'язаних з курінням помирає 120 тисяч чоловік. Щорічно до числа курців долучаються не менш 100 000 українців. За даними ВООЗ Україна в абсолютних цифрах на 17-му місці серед усіх країн за споживання сигарет, що становить 1,5% усіх сигарет у світі. У той же час, населення України не більше 0,85% населення землі. Якщо в усьому світі на кожну людину припадає в середньому 870 викурених за рік сигарет, то в Україні – 1500-1800 або біля 4,5 сигарети в день, тобто приблизно у два рази більше, ніж в середньому на земній кулі. Тому Міністерство охорони здоров'я України зазначає, що боротьба з курінням є одним з найважливіших питань в системі збереження громадського здоров'я. Наказом МОЗ України №858 затверджено план заходів з виконання Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року, що прийшла на зміну Комплексному плану “Профілактика та подолання тютюнокуріння в Україні на 2005-2010 роки” (Наказ МОЗ України від 24.06.2005 № 311).

Також в Україні діє Закон України N 2899-IV від 22.09.2005 «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». 16.12.2012 року набирає чинності Закон України N 4844-VI «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення окремих положень про обмеження місць куріння тютюнових виробів».

Особливо турбує те, що за останні роки спостерігається тенденція до відносно ранньої спроби розпочати куріння. Кожний четвертий підліток в Україні викурих свою першу сигарету у віці 10 років. Україна є другою країною у світі (після Чилі), де у віці 13-15 років курять більш 30 % юнаків і дівчат;

Сумна статистика свідчить про те, що 34% працюючих наражається на вплив тютюнового диму та 32,8% дорослих дихають тютюновим димом щодня (за даними GATS, 2010 рік).

Більше половини українських юнаків (53,8 %) та 46,0 % дівчат палять тютюн, у тому числі - 36,4 % и 28,6 % відповідно – протягом останнього місяця. До загрозливих зон ризику розвитку залежності від тютюну віднесено 38,1% юнаків та дівчат, що втричі перевищує ризик розвитку у них алкогольних проблем (О.І.Мінко, І.В.Лінський, 2011). Тютюнопаління є першим кроком до алкоголю або наркотиків для тих, хто має будь-які психічні або поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. В умовах реального юнацького середовища, найвищу спроможність викликати залежність мають не наркотики або алкоголь, а тютюн, який, до того ж, є потужним каталізатором формування залежності від інших об'єктів зловживання (в тому числі, і

наркотиків). Встановлено, що для отримання максимальної ефективності заходів щодо попередження розповсюдження наркохвороб, їх треба спрямовувати на протидію найбільш поширеним видам залежності: тютюнопалінню, алкоголізму, та азартним іграм.

Але є й оптимістичні дані:

Більш ніж 90% населення підтримує заборону паління на всіх робочих місцях. А підтримка українцями повної заборони реклами тютюну зросла від 49% у 2000 році до 70% у 2010 році. Понад дві третини (68%) теперішніх курців заявили, що зацікавлені у відмові від куріння, а серед тих, хто будь-коли куриє щодня, 26% вже є колишніми курцями. [6]

¹ З 2001 року система класифікації, що використовується для опису соціального класу на основі виду праці, замінена на Соціально-економічну Національну статистичну класифікацію (NS-SEC). "Керівництво" в побуті в даний час називають "рутинним" побутовим: фраза "рутинний і керівництво" в даний час використовуються для цілей PSA.

www.statistics.gov.uk/methods_quality/ns_sec/default.asp

3 Питання для розгляду

ГРН враховувала низку чинників і питань при складанні рекомендацій.

3.1 Соціальна нерівність щодо поширеності тютюнопаління спричиняє нерівність у здоров'ї. Втручання, які є ефективними у зниженні соціальної нерівності щодо вживання тютюну, посідають центральне місце в стратегії органів громадської охорони здоров'я і в цілях, які сприяють справедливості щодо здоров'я.

3.2 Втручання з припинення куріння, спеціально розроблені для представників етнічних меншин чи знедолених груп населення, можуть бути більш ефективним, ніж загальні втручання в цих групах. Проте, малоімовірно, що самі спеціальні втручання справлять велике враження на соціальний градієнт у поширеності куріння. Важливо забезпечити легкодоступність Служб NHS з припинення паління для представників цих груп і заохочувати їх користуватися їх послугами.

3.3 Уроки соціальної маркетингової теорії свідчать, що зусилля, направлені на боротьбу з тютюнопалінням, мають бути багатогранними. Медіа-кампанії повинні діяти узгоджено з іншими видами діяльності, такими як служби з припинення куріння, зміною політики і шкільними втручаннями, і всі зацікавлені сторони повинні приймати участь. Перш за все, потреби цільових груп повинні бути на першому місці. Ініціативи повинні бути спрямовані на забезпечення постійних індивідуальних і соціальних змін, що вимагає певного часу. Важливо визначити стратегічні перспективи, встановити

взаємозв'язки з цільовими групами і зацікавленими сторонами і стимулювати всебічну участь громадськості.

3.4 Громадські аптеки обслуговують місцеві громади й мають потенціал дістатися і вилікувати велику кількість людей, які вживають тютюн. Вони в змозі задовольнити потреби етнічних меншин і знедолених груп населення, а також тих, хто може мати проблеми з доступом до інших громадських служб. Громадські аптеки за контрактом зобов'язані щорічно приймати участь принаймні в 6 кампаніях, організованих трастами первинної медичної допомоги, тому вони також відіграють важливу роль в місцевій просвітницькій діяльності та кампаніях з взаємодії.

3.5 Служби NHS з припинення тютюнопаління допомогли кинути палити великій кількості людей. Проте, показники припинення тютюнопаління нижчі серед людей фізичної праці, ніж серед людей вищого соціально-економічного статусу. Це говорить про те, що деякі групи людей натикаються на соціальні і економічні бар'єри, які можуть перешкоджати їх бажанню кинути палити. Зменшення тютюнопаління серед людей звичайної групи і людей фізичної праці, деяких груп етнічних меншин і знедолених громад буде сприяти зменшенню нерівності щодо здоров'я більше, ніж будь-який інший захід громадської охорони здоров'я.

3.6 Вагітні жінки звичайних груп, груп фізичної праці та особи у віці 20 років або молодші можуть потребувати додаткову підтримку в їхньому прагненні кинути палити. При реєстрації акушеркою або патронажною сестрою до програми “Початок здорового способу життя”, вагітні жінки та матері з дітьми до 4 років, які мають право на певну матеріальну допомогу і всі вагітні жінки до 18 років можуть отримати ваучери на харчі та вітамінні добавки. Коли жінки реєструються в програму “Початок здорового способу життя”, рекомендується, щоб фахівці надавали рекомендації зі здорового способу життя і продовжували консультації під час і після вагітності. ГРН вважає, що медичні працівники повинні використовувати реєстрацію в програму “Початок здорового способу життя” як можливість надавати інформацію, поради та підтримку в спробі кинути палити, включаючи детальну інформацію про те, коли, де і як можна користуватися послугами місцевих служб NHS з припинення тютюнопаління. Акцент має бути зроблений на припиненні, а не на зменшенні паління.

3.7 Може знадобитися багато спроб, перш ніж люди можуть успішно кинути палити, їх слід заохочувати в усіх цих починаннях. Проте, інтервал між спробами кинути курити вимагає ретельного обговорення з клієнтом, щоб мінімізувати ризик повторення попередньої невдачі, що несприятливо впливає на наступну спробу кинути палити.

3.8 Багато людей намагаються кинути палити, використовуючи різні методи. ГРН вважає, що завжди необхідно заохочувати людей у їхньому прагненні кинути палити, але NHS повинна надавати лише лікування з доведеною ефективністю. Лікування, яке не пройшло ретельний аналіз, і не була виявлена його ефективність, не повинно застосовуватися в NHS. ГРН не може рекомендувати, щоб NHS забезпечила:

–“Швидке припинення тютюнопаління”, хоча є всі докази того, що ця форма терапії покращує показники утримання, на практиці вона не рекомендується, тому що вона конфліктує з правилами без диму, і ГРН була також стурбована тим, що практикуючі лікарі піддаються впливу тютюнового диму клієнтів.

– Акупунктура, точковий масаж, лазерна терапія і електростимуляція – є свідченням того, що ці методи не поліпшують довгострокового утримання більше, ніж плацебо.

– Гіпнотерапія — є докази того, що гіпноз не більше поліпшує показники довгострокового утримання, ніж інші втручання, які потребують стільки ж часу й уваги для учасників, як і індивідуальні консультації.

– Глюкоза — хоча є деякі докази того, що глюкоза може зменшити бажання курити і збільшити показники кількості тих, хто кинув курити, якщо приймати її разом з нікотинним пластиром, докази не є надійними.

Коментарі робочої групи: *Рефлексотерапія (різні її методи: акупунктура класична корпоральна, аурікулярна, електропунктура та ін.) – мають клінічно доведені докази ефективності при лікуванні нікотинової залежності та лікування абстинентного синдрому поряд з відсутністю побічних ефектів.*

Avants SK, Margolin A, Chang P (1995) Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: investigation of a needle puncture control. Journal of substance abuse treatment 195 – 205

Choy DSJ, Lutzker L, Meltzer L (1983) Effective treatment for smoking cessation. American Journal of Medicine 75: 1033 – 1036

Cui M (1996) The research development of withdrawal symptoms by acupuncture (continuation one). Zhongguo Zhong Yi Yao Xin Xi (Journal of Chinese TCM Information) 3: 16-17 (in Chinese with English abstract)

Cui M, Jiang AP (1992) The influence of psychological factors on nicotine dependence treated by acupuncture. Shanghai Zhen Jiu Za Zhi (Shanghai J Acu-Mox) 11: 33- 35 (in Chinese with English abstract)

Dung HC (1984) Characterization of the three functional phases of acupuncture points. Zhong Yi Yao Za Zhi (Chinese Medicine Journal) 97: 751 – 754

Fang YA (1999) Auriculo-acupuncture for smoking cessation and gustatory sensation and blood enkephalin. The publishing house of Shanghai Medical University (1st Edn) 139.

Fang YA, Li QS (1985) The clinical research of auriculo-acupuncture for smoking cessation. Shanghai Zhen Jiu Za Zhi (Shanghai J Acu-Mox) 2: 30 (in Chinese with English abstract)

Gritz ER, Carr CR, Marcus AC (1991) The tobacco withdrawal syndrome in unaided quitters. British Journal of Addiction 86: 57 – 59

Hajek P, West R, Foulds J (1999) Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. Arch International Medicine 159: 2033 – 2038
Han HY, Li P (2006) The development of acupuncture and moxibustion therapy for smoking cessation for the past few years. Zhongguo Ming Jian Liao Fa (Chinese Civilian Therapy) 14:

58 - 60 (in Chinese)

Kamath B (2002) Smoking cessation. *American Journal of Medicine* 112: 399 - 405

Li QS (1984) Changes on fluidity of membrane lipid zone by auricular-acupuncture. *Zhongguo Zhen Jiu (Chinese Acupuncture & Moxibustion)* 4: 38 - 40 (in Chinese with English abstract)

Li FL, Hao XL, Bian P (2000) 35 cases of nicotine dependence were treated by acupuncture and cupping. *Zhong Yi Yao Xue Bao (Acta Chinese Medicine and Pharmacology)* 28: 54 (in Chinese)

Olms JS (1981) How to stop smoking: effective new acupuncture point discovered. *American J Acupuncture* 9: 257 - 260
Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM (1991) The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *International Journal of Addict* 26: 107 - 119

Sacks LL (1975) Drug, addiction, alcoholism, smoking, obesity treated by auricular staple acupuncture. *American J Acupuncture* 3: 147

Sun CX (2000) The role of psychological care on nicotine dependence treated by auriculo-embed. *Shanxi Hu Li Za Zhi (Journal of Shanxi Nursing)* 14: 69 - 70 (in Chinese)

Tan XH (1996) Tianmei—The location of a new acupoint for quit smoking. *Zhongguo Zhen Jiu (Chinese Acupuncture & Moxibustion)* 16: 54 (in Chinese)

Tan CH, Sin YM, Huang XG (1987) The use of laser on acupuncture points for smoking cessation. *American J Acupuncture* 15: 137 - 141

Wang LY (2001) Clinical analyses of 105 cases smoking cessation treated by acupuncture on Tianmei acupoint. *Sichuan Zhong Yi (Journal of Sichuan Traditional Chinese Medicine)* 19: 74 - 75 (in Chinese)

Wu XP, Wang YW, Liu YX (1996) The change of pulmonary perfusion before and after quitting smoking treated by Kongzui (LU 6). *Zhongguo Zhen Jiu (Chinese Acupuncture & Moxibustion)* 16: 4 - 6 (in Chinese with English abstract)

Xu XB, Li ZY (1990) 100 cases of Nicotine dependence were mainly treated by auriculo-acupuncture therapy. *Zhongguo Zhen Jiu (Chinese Acupuncture & Moxibustion)* 10: 22 - 24 (in Chinese with English abstract)

Yang XL (2006) Study on smoking cessation in China and foreign countries. *Wei Sheng Yan Jiu (Hygiene Research)* 33: 377 - 378 (in Chinese)

Yang L, Yang FH (2000) 45 cases of Nicotine dependence were treated by auriculo-acupuncture therapy. *Zhen Jiu Lin Chuang Za Zhi (Journal of Clinical Acupuncture & Moxibustion)* 16: 32 (in Chinese)

Zhang Q (1990) 108 cases smokers treated by auriculo-acupuncture and body acupuncture. *Zhongguo Zhen Jiu (Chinese Acupuncture & Moxibustion)* 10: 23 - 24 (in Chinese with English abstract)

3.9 ГРН розглянула два інші засоби, щоб допомогти людям кинути палити: цитизин і Легкий метод кинути палити Алена Карра. Немає достатніх доказів з належним чином проведеними дослідженнями, щоб рекомендувати ці засоби. ГРН вважає доречним провести подальші дослідження обох цих засобів.

3.10 У 2005 році регуляторний орган медичної допомоги і лікарських засобів провів огляд ліцензійних угод щодо нікотинозамісної терапії. Мали місце такі зміни:

- всі форми НЗТ можуть застосовуватися у молодих людей віком 12-17 років, які курять;
- НЗТ може застосовуватися у вагітних жінок, які курять;
- НЗТ може використовуватися у матерів, які годують груддю, які курять;

- всі форми НЗТ можуть застосовуватися у людей із серцево-судинними захворюваннями;
- одночасно можна застосовувати більш, ніж одну форму НЗТ;
- НЗТ може бути використана людьми, які не можуть кинути палити різко з НЗТ, але хочуть скоротити частоту куріння перед повною відмовою від паління (Стратегія від зменшення куріння до повної відмови з допомогою нікотину (the ‘nicotine assisted reduction to stop’ [NARS] strategy)).

3.11 ГРН розглянула докази з досліджень, в яких НЗТ застосовувалася у людей, які просто хотіли зменшити куріння, але не збиралися кидати. У порівнянні з плацебо, використання НЗТ значно збільшувала довгострокове утримання. Проте, ці випробування проводилися у високо контрольованих умовах.

3.12 Широко обговорювалася стратегія NARS (Нікотинова допомога в зменшенні паління перед повною відмовою) (також відома як стратегія зі зменшення куріння перед повною відмовою). ГРН висловила заклопотаність з приводу того, чи рекомендувати її тим, хто хоче кинути палити, але яким зробити це важко. Поки не будуть отримані докази, ГРН рекомендувала, щоб NARS застосовувалася тільки в дослідженнях, які правильно сплановані і проводилися належним чином (див. нижче).

3.13 Необхідні дослідження, щоб визначити, як метод нікотинової допомоги в зменшенні паління перед повною відмовою може допомогти спробувати кинути палити негайно людям, які безуспішно намагалися кинути палити в минулому і тим, хто хоче кинути палити, але твердо переконані, що вони не можуть або не зможуть це зробити. Необхідні також дослідження для визначення того, які медичні працівники можуть найкращим чином підтримувати стратегію нікотинової допомоги в зменшенні паління перед повною відмовою і як давати поради з цього методу без стримування людей від спроб кинути курити повністю.

3.14 ГРН визнала користь для суспільної охорони здоров'я використання стратегії “Нікотинова допомога в зменшенні паління перед повною відмовою” в якості прелюдії до відмови від куріння. Це може допомогти тим, хто неодноразово намагався і не зміг кинути палити. Вона також може допомогти тим, хто не хоче або відчуває себе не в змозі різко кинути палити. Люди, які тільки хочуть зменшити куріння, можуть також отримати користь від застосування НЗТ, оскільки дослідження показали, що певна частина людей цієї групи кинуть палити, хоча це не було їхнім початковим наміром. Проте, ГРН наголосила на необхідності ретельного розгляду того, як вона буде узгоджуватися з існуючими службами з лікування. Слід бути також обережним, щоб гарантувати, щоб будь-які сприяння стратегії “Нікотинова допомога в зменшенні

паління перед повною відмовою” не означали, що зменшення куріння є відповідною заміною повній відмові від куріння.

3.15 ГРН підкреслила, що медичні працівники повинні знати про стратегію “Нікотинової допомоги в зменшенні паління перед повною відмовою” і її шанси на успіх у порівнянні з різким припиненням палити. Такі знання будуть гарантувати, що вони готові обговорювати сумніви і побоювання людини з приводу труднощів відмови від куріння і можуть інформувати їх про наявні механізми підтримки, які включають місцеві служби NHS з відмови від тютюнопаління, а також телефон довіри та безкоштовні поштові послуги з самопомоги.

3.16 Стратегія “Нікотинова допомога в зменшенні паління перед повною відмовою” не розглядається як відповідний метод відмови від куріння для вагітних жінок, які курять. Вагітним жінкам необхідно рекомендувати кинути палити якомога швидше.

3.17 Докази, використані при розробці настанови, показали, що стратегія “Нікотинова допомога в зменшенні паління перед повною відмовою” була високо рентабельною в порівнянні з продовженням курити, але не в порівнянні з різким припиненням палити. Це говорить про те, що стратегія “Нікотинова допомога в зменшенні паління перед повною відмовою” буде економічно ефективною лише тоді, коли більшість людей, які застосовують цей метод, не намагалися кинути палити іншим способом.

3.18 ГРН визнала, що може бути велика група людей, які хотіли б лише зменшити куріння (і не розраховують на припинення). Інші можуть бути зацікавлені у використанні стратегії “Нікотинова допомога в зменшенні паління перед повною відмовою” у зменшенні тютюнопаління як першого кроку перед припиненням. Необхідні правильно проведені дослідження, щоб оцінити ефективність і рентабельність цих методів в поєднанні з поточними стратегіями відмови.

3.19 Дослідження стратегії “Нікотинова допомога в зменшенні паління перед повною відмовою” можуть розглядати наступне: дані щодо короткострокових і довгострокових показників відмови від куріння, з перевіркою біохімічних показників, якщо це необхідно; оцінку поведінкової підтримки (зміст, тривалість і частота); та соціально-демографічні характеристики учасників, в тому числі їх вік, стать, соціально-економічний статус та етнічну належність.

3.20 ГРН вважає, що NHS повинна забезпечити всі ефективні методи фармакотерапії для людей, що намагаються кинути палити (наявні в даний час їх в аптеці, вареніклін і бупропіон). Вона погодилася, що медичні працівники повинні розглядати питання про призначення комбінацій НЗТ пластирів і інших НЗТ продуктів, таких як жувальна

гумка, інгалятори або назальний спрей при відповідних клінічних обставинах (див. рекомендацію 4).

Коментарі робочої групи: станом на 1.12.2011 в Україні не зареєстровані лікарські форми нікотину у вигляді назального спрею та інгалятора.

3.21 Найбільш ефективним втручанням з відмови від куріння на робочих місцях є заходи, які довели свою ефективність у більш широкому сенсі, такі як групова терапія, індивідуальне консультування та фармакологічне лікування.

3.22 Ефективні засоби з припинення тютюнопаління також високо економічно ефективні.

3.23 Немає достатніх даних, щоб оцінити економічну ефективність служб для вагітних жінок, які курять. Зокрема, неможливо було визначити, які з наступних дій є найбільш вартісно ефективними:

- заохочення вагітних жінок користуватися послугами NHS з припинення тютюнопаління або інших служб з відмови від куріння, які фінансуються державою;
- навчання акушерок стандарту, який дозволить їм діяти в якості консультантів з питання відмови від тютюнопаління;
- направлення членів спеціальної команди NHS або іншої служби з припинення тютюнопаління, яка фінансується державою, додому до жінок.

3.24 Стандартний економічний аналіз не підходить для кампаній ЗМІ, оскільки кожна кампанія унікальна, і не можливо передбачити, який буде ефект. Таким чином, економічну ефективність кампанії не можна гарантувати наперед. Проте, найуспішніші кампанії будуть надзвичайно вартісно ефективними.

4 Рекомендації

Цей документ є офіційною настановою NICE з відмови від тютюнопаління. При написанні рекомендацій ГРН (див. Додаток) розглянула дані про ефективність (включаючи ефективність витрат), даних галузі і коментарів від зацікавлених сторін. Повна інформація доступна на сайті NICE: www.nice.org.uk/PH010

Виклади доказів, які лежать в основі рекомендацій, представлені у Додатку С.

З оглядами доказів, які підтверджують виклади доказів та економічну оцінку, можна ознайомитися на сайті Інституту: www.nice.org.uk/PH010

ГРН вважає, що всі рекомендовані втручання економічно ефективні.

ГРН також розглянула питання про доцільність впровадження рекомендацій лише в рамках програми досліджень, де доказів недостатньо. Для рекомендацій з досліджень та інших прогалин в дослідженнях див. Розділ 6 та Додаток D відповідно.

Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003)

РАМКИ КЛІНІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПРИПИНЕННЯ КУРІННЯ

Припинення паління є найбільш важливою і економічно ефективною профілактикою, яку лікарі можуть запропонувати пацієнтам, які палять. Відмова від тютюнопаління дає величезний оздоровчий ефект для організму людини. Девід Едді, провідний авторитет з економічного аналізу, назвав їх "золотим стандартом" заходів профілактики³³. Лікарі первинної допомоги відіграють ключову роль у виявленні, оцінці та лікуванні курців. Важливо забезпечити втручання з відмови від тютюнопаління для всіх курців при кожному візиті³⁴⁻³⁷. Принаймні 70% курців звертаються до лікаря щорічно, що означає, що лікарі втрачають прекрасну можливість поліпшення здоров'я їх пацієнтів³⁵.

Короткі поради і підтримка під час 1 рутинного візиту призводить до 5% припинення без рецидивів на 1 році³⁸. Вищих показників з відмови від тютюнопаління можна досягти завдяки більш докладно розробленим програмам. При емпатичній, індивідуальній програмі втручання з припинення куріння, курці, які утримуються впродовж 5 років, досить імовірно, будуть утримуватися і через 11 років³⁹.

Ефективні заходи з профілактики тютюнопаління на основі моделі «П'яти А» (*– Запитання про куріння. – Порада курцям кинути палити. – Оцінка бажання курця зупинитися. – Надання допомоги тим курцям, які готові кинути палити. – Організувати контрольне спостереження*) Національного інституту раку США, Агентства з охорони здоров'я, наукових досліджень і якості настанов і Транстеоретичної моделі (ТТМ) зміни поведінки продемонстрували ефективність у виявленні та лікуванні курців.³⁴⁻³⁷

Ефективні втручання

Було доведено, що наступні заходи з припинення тютюнокуріння були ефективними.

Короткострокові втручання

Короткострокові втручання з приводу відмови від куріння включають гнучкі рекомендації, обговорення, переговори або заохочення і, у разі необхідності, направлення на більш інтенсивне лікування. Вони здійснюються фахівцями первинного рівня медичної допомоги, як правило, менш ніж за 10 хвилин. Пакет, який пропонується, залежить від низки чинників, включаючи готовність людини відмовитися від тютюнокуріння, наскільки прийнятним вони вважають втручання і попередні

методи, які вони використали раніше. Він може включати одну або декілька з наступних дій:

- прості гнучкі поради;
- оцінку бажання людини кинути палити;
- фармакотерапію та/або поведінкову підтримку;
- матеріали з самодопомоги;
- направлення до служб з більш інтенсивної підтримки, таких як служби NHS з припинення тютюнопаління.

(NICE 2006a: www.nice.org.uk/PHI001)

NICE 2006b: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=389417>)

Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003)

Таблиця 1 Форма оцінки паління

Ім'я _____ Дата _____

1. Чи ви палите сигарети? Так ____ Ні _____

2. Чи ваша найближча людина палить сигарети? Так ____ Ні _____

3. Скільки сигарет ви викурюєте на день? _____

4. Як скоро після прокидання ви палите? <30 хв >30 хв.

5. Наскільки ви зацікавлені в тому, щоб кинути палити? (відзначити належне)

Ніяк Трохи В деякій мірі Значно Дуже

6. Якщо ви вирішили повністю кинути палити за наступні два тижні, ви впевнені, що вам це вдасться?

Ні Трохи В деякій мірі Досить впевнений Дуже

Дата візиту	Чи визначена дата припинення паління?			Дата візиту	СО (ррм)	Призначена терапія	Прим.
	Так	Ні	Коли				

Таблиця 2. Тест Фагерстрема на нікотиніву залежність

	Бали			
	0	1	2	3
1. Як скоро після прокидання ви викурюєте першу сигарету?	Через 1 год.	Від 1/2 до 1 години	Від 6 до 30 хв.	5 хв або менше
2. Чи вам важко утриматися від		Ні	Так	

паління у місцях, де це заборонено (напр., у церкві, бібліотеці, кінотеатрі)?				
3. Від якої сигарети ви найбільше не хотіли б відмовитися?		Будь-якої іншої	Першої вранці	
4. Скільки сигарет ви викурюєте на день?	<10	11-20	21-30	> 31
5. Чи курите ви частіше впродовж першої години після прокидання, ніж упродовж усього дня		Ні	Так	
6. Чи ви курите, коли хворий і знаходитесь у ліжку?		Ні	Так	

Бали 0-4 низький; 6-7 високий; 8-10 дуже високий рівень ніотинової залежності. 7 або більше може показувати досить важкі симптоми синдрому відміни, важче кинути і можливо необхідність більшої дози замісників нікотину.

(Адаптовано з Heatherton F, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerston KO. The FagerstrÖm test for the nicotine dependence: a revision of the FagerstrÖm tolerance questionnaire Br. J Addict 1991;86:1119-1127).

Необхідно систематично виявляти всіх курців шляхом опитування при кожному візиті і давати чіткі, сильні персоналізовані консультації з приводу важливості повної відмови від тютюнопаління. Пацієнти, які не хочуть кинути палити, незважаючи на клінічні рекомендації, можуть бути не повністю поінформованими, стурбованими наслідками відмови від куріння або збентеженими попередніми рецидивами. *Форма оцінки паління* повинна заповнюватися для всіх пацієнтів, і оновлення інформації повинно здійснюватися шляхом розміщення наклейки ідентифікатора курця на графіку (див. таблицю 1). Тест Фагестрема (Therapeutic Guidelines Limited, North Melbourne, Australia) щодо ніотинової залежності (таблиця 2) виявився корисним для виявлення рівня ніотинової залежності пацієнта, а саме, тяжкості синдрому відміни, труднощів з припиненням куріння і можливої необхідності застосування більш високих доз замісників нікотину. Необхідно гарантувати допомогу пацієнтам, якщо вони готові відмовитися від тютюнопаління⁴⁰.

Під час кожного візиту задавайте питання, які допоможуть пацієнтові визначити причини, щоб кинути палити і бар'єри на шляху відмови від тютюнопаління. Мотиваційні втручання для пацієнтів, які не хочуть кинути в даний час характеризуються "П'ятьма R" (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition):

- Відповідність

- Ризики
- Нагороди
- Бар'єри
- Повтори ^{24-36, 41} (таблиця 3)

Надання допомоги пацієнтам, які готові кинути палити, полягає у встановленні дати припинення і підготовки пацієнта до дати припинення. Дата повного припинення має надзвичайно важливе значення для успіху. Куріння 0-1 сигарети на день/тиждень впродовж перших 2 тижнів має дуже високу прогностичну значущість⁴². Крім того, необхідно забезпечити матеріалами для самопомоги, порадами та замісною нікотиною терапією (НЗТ). Контракт щодо припинення куріння може бути корисним для визначення дати припинення і, пацієнт просто повинен сказати: ⁴¹ “Я розумію, що відмова від куріння є найкращою справою, яку я можу зробити для свого здоров'я і, що мій лікар наполегливо рекомендував мені кинути палити”.

Табл. 3 Підвищення мотивації кинути палити тютюн —”П'ять R“ для пацієнтів, які не бажають кинути палити

Відповідність При заохоченні пацієнтів кинути палити будьте як можна більш конкретним вказуючи, чому покинути палити доречно. Мотиваційна інформація має найбільший вплив, якщо вона має відношення до хвороби пацієнта, стану або ризику, сімейної або соціальної ситуації (наприклад, мати дітей у сім'ї), проблем здоров'я (вранці кашель, поліпшення смаку і запаху, краще дихання), вік, стать та інші важливі характеристики пацієнта (наприклад, до припинення паління, особисті бар'єри для припинення).

Ризики Лікар повинен попросити пацієнта виявити потенційні негативні наслідки від вживання тютюну. Клініцист повинен підкреслити, що куріння легких сигарет або інших форм вживання тютюну (наприклад, бездимний тютюн, сигари, і трубки) не усуває ці ризики. Приклади ризиків такі:

Гострі ризики: задишка, загострення астми, шкода для вагітності, імпотенція, безпліддя, збільшення в сироватці крові рівню окису вуглецю.

Довгострокові ризики: інфаркт міокарда, інсульт, рак легенів та інші ракові захворювання (рак гортані, порожнини рота, глотки, стравоходу, підшлункової залози, сечового міхура, шийки матки), хронічні обструктивні захворювання легені (хронічний бронхіт і емфізема легенів), довгострокова непрацездатність та потреби в більш інтенсивній допомозі.

Екологічні ризики: підвищений ризик розвитку раку легенів і серцевих захворювань у подружжя; більш висока кількість курців за рахунок

дітей курців; підвищений ризик низької ваги при народженні, синдрому раптової дитячої смерті, бронхіальної астми, захворювання середнього вуха та інфекцій дихальних шляхів у дітей курців.

Винагороди Лікар повинен запитати пацієнта про потенційну користь від поліпшення здоров'я: їжа смачніша; поліпшення запахів; економія грошей, краще самопочуття, дім, машина, одяг, свіжий подих, немає проблеми з відмови від тютюнопаління; хороший приклад для дітей, здорові діти; не потрібно турбуватися про вплив куріння на інших, почувати себе краще фізично, краще працювати фізично; зменшення зморшок/старіння шкіри.

Бар'єри Лікар повинен запитати пацієнта щодо бар'єрів та перешкод на шляху припинення та зазначити методи лікування (вирішення проблем, фармакотерапія), які можуть усунути бар'єри. Типові бар'єри можуть включати: зняття симптомів, страх перед невдачею, збільшення ваги, відсутність підтримки, депресія, задоволення від тютюну.

Повторення Мотиваційне втручання слід повторювати кожного разу невмотивованим пацієнтам в клінічних умовах. Курцям, які не змогли покинути палити при попередніх спробах, потрібно сказати, що більшість людей роблять повторні спроби покинути палити, перш ніж вони будуть досягнуть успіху.

Поінформуйте пацієнтів про синдром відміни нікотину так, щоб він знав, чого очікувати (див. таблицю 4). Якщо лікар-клініцист і пацієнт відчують потребу в більш інтенсивному лікуванні, пацієнта можна направити для включення в програму інтенсивного лікування. Налаштувати контакти для всіх пацієнтів, які намагаються кинути палити.^{34, 35}

Діаграма 1 поточних принципів відмови від куріння. Повернення до куріння може виникати на будь-якому етапі, після чого зусилля повинні бути продовжені на рівні, відповідному для пацієнта.

Табл. 4. Симптоми відміни нікотину

Тривога	88%
Дратівливість	80%
Важко сконцентруватися	73%
Нетерплячість	71%
Сильне бажання курити	62%
Проблеми з боку ШКТ	33%
Головний біль	24%
Сонливість	22%

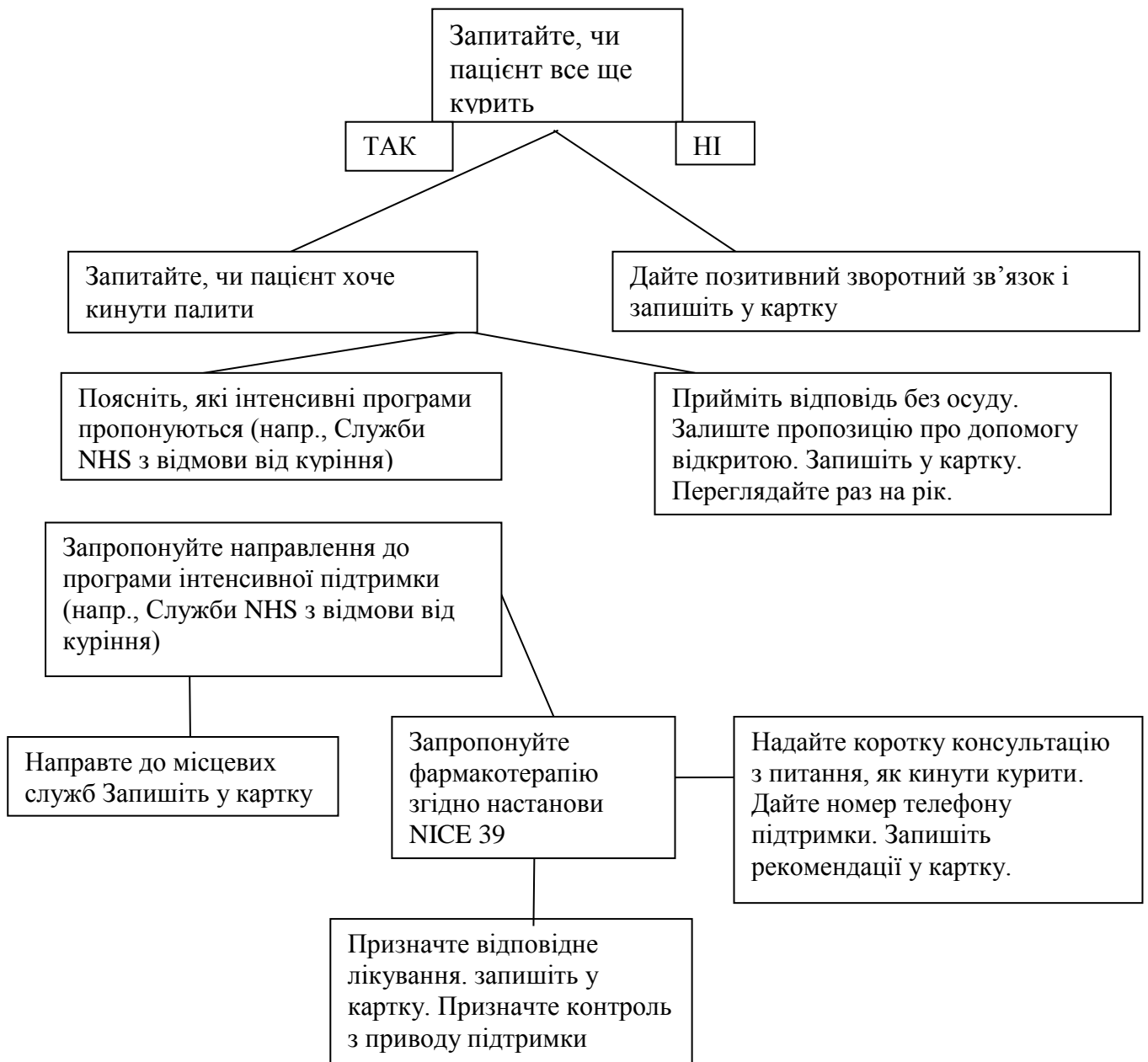


Рис.1 Схема відмови від куріння

Транстеоретична модель (ТТМ)

Відмова від куріння вимагає зміни поведінки³⁴. ТТМ далі допомагає зрозуміти ступінь готовності курця прийняти втручання з припинення куріння. Ця модель, розроблена Prochaska і DiClemente, була застосована до кількох типів поведінки, а також припинення паління⁴³. Курці проходять 5 стадій зміни поведінки до, в процесі припинення і після відмови від тютюнопаління: попереднє обміркування, споглядання, підготовка, дії і підтримка.

Індивідуальні поведінкові консультації

Індивідуальні поведінкові консультації включають заплановані зустрічі тет-а-тет тих, хто курить? з консультантом, який пройшов навчання з проблем відмови від куріння. Як правило, вони включають щотижневі сеанси впродовж принаймні 4 тижнів після дати відмови і, як правило, в комбінації з медикаментозною терапією. (Lancaster and Stead 2005a: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001292/frame.html NICE 2006b: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=389417> NICE 2006c: www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427) www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001292/frame

Групова поведінкова терапія

Групова поведінкова терапія включає заплановані зустрічі, де люди, які курять, отримують інформацію, поради та підтримку і деякі форми поведінкового втручання (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія). Цю терапію пропонують щотижня, принаймні перші 4 тижні спроби кинути курити (тобто, протягом 4 тижнів після дати відмови). Як правило, вона нормально комбінується з фармакотерапією. (NICE 2006b: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=389417> NICE 2006c: www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427 Stead and Lancaster 2005: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001007/frame.HTML).

Медикаментозне лікування

Консультанти та фахівці системи охорони здоров'я з питань відмови від куріння можуть рекомендувати та виписувати нікотинозамісну терапію, вареніклін або бупропіон, щоб допомогти людям кинути палити, а також давати поради, заохочувати і підтримувати або направляти до служби з відмови від тютюнопаління. Перед призначенням лікування вони враховують намір людини і мотивацію кинути палити, а також питання щодо точності дотримання ними призначеного лікування. Вони також повинні враховувати переваги окремої людини і, виявити, чи раніше була спроба кинути палити (і як), і за наявності медичних причин, чому їм не може бути призначене медикаментозне лікування. (NICE 2002: www.nice.org.uk/TA039 NICE 2006b: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=389417> NICE 2007: www.nice.org.uk/TA123)

Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003)

ФАРМАКОТЕРАПІЯ

Нікотин є швидкодіючою речовиною, потрапляє в мозок впродовж 7 секунд вдихання. Він стимулює функцію наднирників в результаті викиду адреналіну, внаслідок чого

курець отримує "удар" або "закріплення". Приплив адреналіну призводить до несподіваного викиду глюкози, підвищення артеріального тиску, загострення респіраторних та серцевих показників. Нікотин також пригнічує продукцію інсуліну, створюючи хронічну невелику гіперглікемію. У мозку нікотин спричиняє вивільнення допаміну і зменшує гальмівну (гамма-аміно-масляної кислоти) відповідь в ділянках, які контролюють задоволення і мотивацію. Навіть короточасний вплив нікотину призводить до довгострокового збудження ділянок мозку, що відповідають за задоволення⁵⁵⁻⁵⁷.

Фармакотерапію можна розділити на дві групи: нікотинозамісна терапія (НЗТ) і не-НЗТ. НЗТ збільшує показники утримання в 2-3 рази більше, ніж плацебо³⁵. Всі процедури фармакотерапії приблизно в два рази зменшують припинення куріння. Таким чином, переваги пацієнтів і попередній досвід є підставою для вибору лікування. У таблиці 5 зазначені переваги та недоліки кожного варіанту фармакологічного лікування.

НЗТ не рекомендується у пацієнтів відразу після інфаркту міокарда (впродовж 4 тижнів), у пацієнтів з важкою аритмією, ускладненням стенокардії або у вагітних жінок і тих, хто годує груддю⁵¹. НЗТ працює за рахунок витіснення сигаретного нікотину і полегшує або попереджує симптоми нікотинової залежності. Не-НЗТ також змінює або полегшує симптоми відміни нікотину.

Абсорбція з нікотиноподібної гумки і пластирів поступова і потребується час, щоб розвинулася переносимість виводу нікотину з головного мозку. Ефекти стимуляції і ейфорії від швидкого всмоктування нікотину з сигарети не відбуваються. Проте, високий рівень нікотину підтримується в мозку препаратами НЗТ і попереджує симптоми відміни нікотину і, таким чином показує ефективність НЗТ⁵⁸. Лікарі можуть рекомендувати будь-яку з 5 видів фармакотерапії: нікотинові жувальні гумки, нікотиновий пластир, нікотиновий назальний спрей, нікотиновий інгалятор і не-НЗТ⁵⁹. Як і при будь-якій фармакотерапії, допоміжний персонал і телефонні консультації значно збільшують показники щодо тих, хто кинув палити^{35,60}.

Нікотинова жувальна гумка

Нікотинова жувальна гумка (Nicotine Polacrilex, Nicorette* [Glaxo Smith Kline Consumer Healthcare LP, Pittsburgh, PA]) доступна за рецептом з 1985 року і безрецептурно з 1996 року⁴⁶. Фармакодинаміка жувальної гумки призводить до поступового підвищення і зниження рівня нікотину впродовж доби. Повторні жування нікотинової гумки поставляють нікотин поступово. Рівень нікотину знижується, коли не жувати жувальну гумку, і вночі під час сну. Розвивається щоденний цикл нейроадаптації і утримання, як і куріння сигарет, але амплітуда циклів коротша⁵⁸. Нікотинова жувальна гумка є перевіреним засобом для полегшення відмови від куріння. Існують деякі докази, що

вона працює краще в короткостроковому періоді в поєднанні з додатковими засобами, такими як інші види НЗТ або бупропіон гідрохлорид (Zyban* [Glaxo Smith Kline, Research Triangle Park, NC]).⁶¹ Проте у довгостроковій комбінованій терапії не має ефекту.⁶² Відповідне навчання пацієнтів необхідне для оптимального застосування ніотинової жувальної гумки. Слід жувати гумку, поки не виникає "гострий" смак або поколювання, а потім "приклейте" гумку між щогою і яснами, щоб полегшити абсорбцію ніотину через слизову оболонку порожнини рота. Повторюйте процес з перервами "жування і не жування" впродовж 30 хвилин. Щодня пацієнти можуть жувати до 30 штук (2 мг) або 20 штук (4 мг) гумки. Безрецептурна жувальна гумка рекомендується від 1 до 2 штук на годину. Більшість курців починають по 2 мг гумки. Загальні рекомендації такі: застосування 2 мг для курців, які курять менше 25 сигарет на день і 4 мг для курців, які курять не менше 25 сигарет на день⁵¹. Клініцисти можуть використовувати тест Фагерстрема з ніотинової залежності (Таблиця 2), щоб визначити, чи пацієнт сильно залежить від ніотину. Призначити пацієнтові жувати гумку за встановленим графіком, принаймні 1 на 1-2 години, а не скільки завгодно⁵¹. Середній курець спочатку споживає від 10 до 15 штук на добу до досягнення утримання. Крім того, пацієнти повинні уникати пити або їсти за 15 хвилин до і під час жування гумки. Кислотні напої впливають на абсорбцію ніотину слизовою оболонкою. Лікування з застосуванням безрецептурних засобів рекомендується впродовж 6 тижнів з наступним зниженням впродовж 6 тижнів. Проте, деякі дослідження показують, що довготривале використання більш ефективно⁵⁹. Переваги жувальної гумки включають режим застосування при позиві до паління, що активно контролює зміни настрою щодо ніотину. До недоліків можна віднести великі зусилля, щоб жувати достатньо гумки, а також побічні ефекти, які можуть включати біль у роті, горлі або щелепах, гикавку, погіршення смаку, диспепсію, нудоту, здуття живота і дискомфорт з боку шлунково-кишкового тракту⁴⁶.

Коментарі робочої групи: * в тексті позначені торгові назви лікарських препаратів, а саме:

Nicorette, Міжнародна непатентована назва (далі – МНН) – Nicotine, українською мовою Нікотин.

Nicotrol, МНН – Nicotine, українською мовою Нікотин.

Zyban, МНН – Bupropion, українською мовою Бупропіон.

Ніотиновий пластир

Фармакодинаміка трансдермальних видів НЗТ відрізняється від фармакодинаміки ніотинової жувальної гумки. Рівні ніотину поступово підвищуються, а потім утримується плато, впродовж більшої частини дня, коли з пластиру дифундує нікотин через шкіру в кров з постійною швидкістю^{46, 58,63,64}. Ніотинові пластирі є найкращим видом НЗТ у зв'язку з простотою використання і високою концентрацією доставки ніотину. Ніотинові пластирі доступні в декількох формах, які відрізняються за силою і тривалістю дії. Пластирі носять впродовж 16 або 24 годин на добу. 24-годинний пластир

має перевагу в тому, що контролює сильне бажання покурити вранці, продукуючи більш високі рівні нікотину в крові при пробудженні. 24-годинний пластир може впливати на сон, а пластир 16-годинної дії не впливає.⁴⁶

Початкові дози — це дози від 21 до 22 мг (пластир 24-годинної дії) і 15 мг (пластир 16-годинної дії)⁴⁶. Найменш заядлими курцям необхідно призначати пластирі від 21 до 22 мг на добу. Знову ж таки, шкала Фагерстрема може бути також використана у якості початкового керівництва щодо дозування у важких курців з високою нікотиною залежністю. Терапія високодозовими нікотинними пластирами безпечна, забезпечує повну заміну, полегшує симптоми відміни нікотину і підвищує загальну ефективність⁶¹.

Новий пластир застосовується щоранку на голі місця між шиєю і талією. Через 4-6 тижнів доза зменшується до середнього рівня, 14 мг на добу. Після наступних 2-4 тижнів застосовуються нижчі дози 7 мг на добу, щоб завершити зменшення. Зверніть увагу, що за інструкціями пластир Nicotrol* (Pharmacia і Upjohn AB, Sweden), слід використовувати впродовж 16 годин на добу впродовж 6 тижнів без зниження. Тривалість застосування пластиру від 6 до 12 тижнів, залежно від характеристик пацієнта (напр., попередній досвід застосування пластиру, кількість викурюваних сигарет і ступінь нікотинової залежності)^{42,51}.

Таблиця 5 Переваги і недоліки фармакотерапії з приводу припинення тютюнопаління

Лікування	Переваги	Недоліки
Гумка і/або пластир	Наявні без рецепта	Не ухвалені FDA; уникати застосування з зубними протезами; порушення скорневопонижньощелепного суглоба; адгезивні алергії
Нікотиновий назальний спрей	Вищі, швидші рівні нікотину	Неприємні побічні реакції спочатку; уникати застосування при хронічних назальних алергійних захворюваннях
Нікотиновий інгалятор	Імітує мінімальний режим	Низькі рівні нікотину
Бупропіон гідрохлорид	Ненікотин; може застосовуватися в комбінації з пластирем; зниження ваги; стабілізація настрою при припиненні нікотину	Потрібно контролювати судоми

Перевагами пластиру, як уже зазначалося, є простота використання, мінімальні побічні ефекти і продемонстрована ефективність. До недоліків можна віднести можливі несприятливі наслідки для здоров'я стійкого рівня нікотину в організмі⁵⁸.

Побічні ефекти від нікотинового пластиру включають локалізовані подразнення шкіри, характерні почервоніння, свербіж або опіки під пластирем⁴⁶. До 50% хворих мають локалізовані реакції шкіри і у 5% потребується припинення терапії нікотинним пластиром. Реакції самоусуваються. Більшість еритем зникають спонтанно через 1-2 дні без лікування. Висип може бути оброблений стероїдними кремами і зміною місця приклеювання пластиру⁵¹. Інші побічні ефекти включають загальний висип, головний біль, нудоту, запаморочення і диспепсію⁴⁶.

Нікотинний назальний спрей

Нікотинний назальний спрей (Nicotrol* NS [Pharmacia and Upjohn AB, Sweden]) був затверджений в березні 1996 року для рецептурного використання. Назальний спрей забезпечує введення нікотину швидше, ніж гумка, пластир або інгалятор і імітує болюсне отримання нікотину з сигарети⁶⁰. Як і нікотинна жувальна гумка, назальний спрей використовується замість куріння, коли пацієнт потребує нікотину. Пікові рівні нікотину в плазмі досягаються впродовж 10 хвилин, і становлять приблизно дві третини від рівня нікотину з сигарет⁵⁹. Курці використовують від 1 до 2 впорскувань на годину впродовж 3 місяців. Побойовання, що курці можуть потрапити в залежність від швидкої доставки нікотину з назальних спреїв не були підтверджені в клінічних випробуваннях⁶⁰. Нікотинний назальний спрей збільшив удвічі кількість тих, хто кинув палити, як і нікотинна жувальна гумка і пластир у порівнянні з плацебо⁵⁹. Слід вчити пацієнтів правильному використанню інгалятора. Один спрей 0,5 мг в кожному ніздрю дорівнює 1 дозі 1 мг. Пацієнти можуть використовувати одну або дві дози на годину, але не більше 5 доз на годину або 40 доз на добу. Середній курець використовує 15 доз на добу, зменшуючи дозу з плином часу. Препарат впорскується на нижню слизову оболонку носа. Його не слід нюхати, випивати або вдихати. Будьте готові використовувати від 1 до 2 балончиків на тиждень без ретельного спостереження. Понад 2 балончиків на тиждень слід призначати тільки при ретельному нагляді. Проінструкуйте курців щодо використання назального спрею в міру необхідності до 12 тижнів, у тому числі під час зменшення дози⁶¹. Побічні ефекти нікотинного назального спрею включають головний біль, печію, нежить, сльози, першіння в горлі, чхання і кашель. Ці побічні реакції, як правило, бувають в перші кілька днів, і знижуються впродовж перших тижнів^{46, 59}.

Нікотинний інгалятор

Нікотинний інгалятор (Nicotrol* Inhaler [Pharmacia and Upjohn AB, Sweden]) став доступним у рецептурній формі з 1998 року. Як і інші препарати НЗТ він в два рази

збільшує кількість тих, хто кинув палити, порівняно з плацебо. Інгалятор може бути кращим вибором для курців, яким необхідно замінити на мінімальний режим тактильної/сенсорної стимуляції, що забезпечують сигарети. Він також ефективний у якості комбінованої терапії з іншими препаратами НЗТ і бупропіоном⁶¹.

”Інгалятор“ в цьому випадку неправильно вживане слово. Пристрій не призначений для вдихання нікотину в легені. Кожне впорскування інгалятора забезпечує дозу 13 нг. Для отримання рівня, аналогічного рівню більшості сигарет, за 20 хвилин необхідно зробити 80 затяжок, щоб отримати дозу нікотину 2 мг. Абсорбція відбувається зі слизової рота та слизової зіву і шлунково-кишкового тракту після ковтання. Таким чином, фармакокінетика і ризики залежності, пов'язані з інгалятором, подібні до таких від ніотинової жувальної гумки. Рівні нікотину в крові нижчі з інгалятором, ніж з будь-яким іншим видом НЗТ. Рекомендована початкова денна доза становить не менше 6 капсул і до 16 капсул^{46,59-61}. Побічні ефекти включають подразнення горла і кашель, тому він протипоказаний при бронхоспазмах^{46,59}.

Не-НЗТ

Як правило, різні форми НЗТ збільшують показники кількості тих, хто кинув палити в порівнянні з плацебо, але зазвичай вони не призводять до показників понад 20% за 1 рік⁶⁵. Для збільшення цих показників були використані неніотинові препарати, зокрема, препарати, які модулюють норадренергічну нейротрансмісію (бупропіон, нортриптилін). Ці засоби, як правило, більш ефективні, ніж ті, що впливають на серотонін (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, буспірон, ондансетрон)⁶⁵. Немає доказів того, що транквілізатори та інгібітори зворотного захоплення серотоніну допомагають кинути курити, але наявні дані не виключають можливого впливу на це⁶⁶.

БУПРОПІОН ГІДРОХЛОРИД

Починаючи з 1998 року, бупропіон гідрохлорид (Zyban*) став доступним за рецептом лікаря в допомозі відмови від тютюнопаління. Бупропіон — це амінокетонний антидепресант, який слабо інгібує як норадренергічне, так і дофамінергічне поглинання.⁶¹ Вважається, що його дія засновується на дофамінергічній активності, яка зачіпає мезолімбічну систему та прилегле ядро, які є ділянкою в мозку, що відповідає за задоволення від засобу, який викликає звикання.⁶⁷ Він також впливає на норадренергічну активність в locus caeruleus, який активізує вищі кортикальні функції такі, як енергійність, концентрацію і пам'ять. Недостатність норадреналінової стимуляції при припиненні вживання нікотину може призводити до синдрому відміни⁶¹.

Клінічні випробування показали, що показники відмови від тютюнопаління аналогічні таким при НЗТ. Бупропіон також може впливати на зменшення набирання ваги у зв'язку

з припиненням куріння. Бупропіон є найкращим вибором для жінок та інших курців, які відмовляються кинути палити через набирання зайвої ваги⁶¹. Крім того, він є варіантом для курців, які не хочуть пробувати НЗТ, які повернулися до паління або, які не змогли кинути курити з НЗТ.

Бупропіон найбільш ефективний у комбінованій терапії. В одному з досліджень визначено, що бупропіон в поєднанні з нікотинним пластиром показав більш високу кількість осіб, які кинули палити, ніж будь-яка інша монотерапія⁶⁸. Курці починають приймати бупропіон за 1 тиждень до дати припинення паління. Проінструкуйте пацієнтів продовжувати курити перший тиждень і відмовитися від паління до кінця другого тижня. Рекомендована доза 150 мг один раз на день впродовж 3 днів, а потім 150 мг два рази на день впродовж 7-12 тижнів. Інтервал між дозами становить не менше 8 годин. Рекомендують прийняти другу дозу наприкінці другої половини дня або рано ввечері, щоб уникнути безсоння⁶¹. Знову ж таки, бупропіон може бути використаний у якості монотерапії або з НЗТ (наприклад, з нікотинним пластиром). Побічні ефекти бупропіону включають безсоння і сухість у роті. Бупропіон може знизити поріг судом. Судоми можуть виникати у 0,1% пацієнтів⁶⁹. Скринінгові питання для виявлення пацієнтів з високим ризиком судом такі:

- Активні епілептичні напади.
- В анамнезі судом.
- Травми центральної нервової системи, включаючи інсульт, операції на мозку або значні травми голови з втратою свідомості.
- Використання засобів, які знижують поріг судом (наприклад, алкоголь, нейролептики).
- Харчові розлади (анорексія, булімія).
- Використання високих доз бупропіону (> 300 мг на добу).

Бупропіон протипоказаний пацієнтам, які застосовують інгібітори моноаміноксидази.

Якщо фармакотерапія виявилася невдалою, слід нагадати курцеві, що в нього є кілька спроб відмовитися від тютюнопаління. Знайдіть причини, чому останнє лікування виявилася невдалим, в тому числі погане дотримання лікування і супутні психіатричні проблеми (наприклад, зловживання алкоголем, депресія і т.д.). Нагадайте курцеві, що він може зробити кілька спроб, перш ніж досягне успіху⁵⁹. Зверніть увагу, що при невдачі просте повторне лікування з застосуванням НЗТ тим же методом, як правило, не приносить успіху. Запропонуйте альтернативні НЗТ (наприклад, нікотинний назальний спрей, нікотинний інгалятор, або бупропіон і т.д.)⁵⁹. Дослідження показують, що комбінована терапія бупропіоном і нікотинним пластиром або нікотинним пластиром і гумкою, призводять до збільшення кількості осіб, які кинули палити^{59, 60,68}. Враховуючи особисті переваги людини, бупропіон рекомендується пацієнтам, які курять у відповідь на негативні настрої або, які повідомляють про сильний синдром відміни, пов'язаний з настроєм, при попередній спробі кинути курити⁷⁰.

КЛОНІДИН

Клонідин — це центрально діючий α_2 -адренергічний агоніст, який гальмує активність симпатичної нервової системи (використовується в основному при контролі гіпертонії). Невелика кількість досліджень показала, що клонідин може бути ефективним у справі сприяння припиненню куріння, але побічні ефекти обмежують його корисність для цієї цілі⁷¹.

АНТИДЕПРЕСАНТИ І ТРАНКВІЛІЗАТОРИ

Нортриптилін є трициклічним антидепресантом, який блокує зворотне захоплення норадреналіну і серотоніну. Він вивчається і подає деякі надії,^{72,73} але ще не затверджений FDA США для лікування відмови від тютюнопаління.

Оскільки депресія і тривога асоціюються з курінням сигарет, були протестовані інші антидепресанти і транквілізатори (буспірон, доксерін і флуоксетин гідрохлорид), але хоча результати були багатообіцяючими, вони були попередніми, щоб зробити достовірні висновки щодо їх ефективності⁷⁴.

Коментарі робочої групи: станом на 1.12.2011 препарат Нортриптилін не зареєстрований в Україні.

Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003)

НОВІ ФОРМИ НЗТ ТА АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Нові форми НЗТ, які є особливо привабливими для молоді, регулярно з'являються на ринку і в Інтернеті. Лікарі повинні зберігати пильність до пацієнтів, які використовують ці продукти і консультивати їх відповідним чином. FDA США попередила продавців нікотинових льодяників і бальзаму для губ, що їх продукція є незаконною і, що нікотинова вода в пляшках є недозволеним засобом^{75,76}. Кілька альтернативних методів терапії призначалися для зменшення симптомів відміни нікотину

в тому числі гіпноз, голковколювання, акупресура, лазерна терапія та електростимуляція, але ніхто не довів їх користь^{77,78}.

Коментарі робочої групи: Користь рефлексотерапії доведена багатьма роками її застосування в клінічній практиці і тому вона може застосовуватись не тільки для зменшення абстинентного синдрому, а і для лікування нікотинової залежності. Як в комплексній терапії з фармпрепаратами, так і самостійно.

Доказовість приведена вище (стор.16)

МАКСИМАЛІЗАЦІЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

З метою підвищення безпеки та ефективності всіх фармакологічних засобів для лікування нікотинової залежності надаються письмові інструкції для правильного використання, індивідуалізовані дози і тривалість терапії, графік відвідувань офісу або

телефонних дзвінків для моніторингу відповіді пацієнта, корегування дози і тривалості лікування⁶¹. Пацієнт повинен перевірятися кожні 1-2 тижні. Лікування повинно бути встановлено на 2-тижні. Якщо утримання не досягнуто через 2 тижні, необхідно знову обговорити лікування і мотивації. Припинити терапію, якщо куріння залишилося на тому ж самому рівні через 4 тижні. Якщо попередня спроба з одним лікарським засобом невдала, замініть на комбіновану терапію.

Матеріали з самопомоги

Матеріали з самопомоги включають будь-яку інструкцію або структуровану програму в письмовій або електронній формі, які можуть бути використані індивідуально у спробі кинути палити без допомоги медичних працівників, консультантів або групи підтримки. Матеріали можуть призначатися тим, хто палить, конкретним популяціям (наприклад, визначається за віком або етнічною групою) або можуть бути інтерактивними з урахуванням індивідуальних потреб. (Lancaster and Stead 2005b:

www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001118/frame.html

NICE 2006b: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=389417>).

Консультації по телефону і лініям довіри з припинення тютюнопаління

Консультації по телефону і лініям довіри з припинення тютюнопаління заохочують і підтримують по телефону будь-кого, хто курить та хоче покинути палити або хто щойно кинув палити. Консультанти можуть зателефонувати клієнту (активна служба) або клієнт може зателефонувати в службу (реактивна служба). (Stead et al 2006:

www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002850/frame.html

NICE 2006b: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=389417> NICE 2006c:

www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427).

Засоби масової інформації

Кампанії засобів масової інформації об'єднують різні засоби масової інформації, такі як телебачення, радіо і національна газета оголошень. Вони також можуть бути використані з метою заохочення та підтримки спроби кинути палити або в поєднанні з іншими заходами на місцевому, регіональному та національному рівнях.

(Gutierrez 2007: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=404458>)

Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003)

ГРУПИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЗМІНЕНИХ ПІДХОДІВ

Споживачі бездимного тютюну

Вживання бездимних тютюнових виробів сприймається як більш безпечне, ніж куріння тютюну. Рак, серцеві напади і емфізема викликаються не нікотинном, а деякими іншими

3000 продуктами згорання тютюну. З цієї причини дехто рекомендує використання бездимного тютюну як етапу в припиненні куріння, зокрема, закоренілими курцями^{86, 87}.

Проте, бездимні тютюнові вироби для жування і нюхання представляють небезпеку розвитку раку ротової порожнини, шлунково-кишкового тракту і верхніх дихальних шляхів; при використанні сухого тютюну ризик навіть вищий.^{88, 89} Бездимний тютюн містить рівні нітрозамінів у 100 разів вищі, ніж у беконі, пиві та інших харчових продуктах, а також поліциклічні ароматичні вуглеводи і радіоактивний полоній⁹⁰. Постійне вживання може призвести до захворювання ясен, а нюхальний тютюн викликати лейкоплакію ротової порожнини, яка перетворюється на диспластичне ураження і бородавчатий або плоскоклітинний рак у 3%-5% випадків⁹¹. Відчуття смаку і запаху знижується тому ті, хто вживає такий тютюн зазвичай споживають більше солоної і солодкої їжі.

Кількість нікотину, який абсорбується, а також його розповсюдження і виведення такі ж, як і при вживанні димного тютюну. Нікотин, що всмоктується з бездимного тютюну, підвищує настрій і викликає нейроадаптацію, що призводить до фізіологічної залежності⁹². Таким чином, є причина сприяти програмі припинення вживання бездимного тютюну.

Огляд досліджень Національної охорони здоров'я і харчування III (NHANES III) виявив, що в різних підгрупах чоловіків досить різне вживання жувального тютюну, і показники кількості тих, хто кинув палити, вік початку його вживання можуть відрізнятися впродовж усього життя. Тому ця група рекомендувала, щоб програми профілактики і відмови від тютюнокуріння були специфічними для різних груп ризику і відрізнялися від програм з відмови від тютюнокуріння⁹³.

Методи відмови від тютюнопаління включають просвітницьку роботу за допомогою літератури, виданої Американським раковим Товариством, Національним інститутом раку та Центрами з контролю захворювань і профілактики, а також жувальних альтернатив тютюну, які можуть вирішувати питання отримання задоволення, ритуалу, пов'язаного з процесом відкривання банки і взяттям пучки між яснами і щокою, і в той же час вирішувати питання пресингу з боку однолітків. Дехто спробував вживати соняшникове насіння, жувальну гумку, льодяники без цукру і м'ятну гумку без нікотину, які є в такій же упаковці і мають вигляд, смак і таке ж відчуття жування тютюну.⁹⁴ Ці жувальні альтернативи можуть комбінуватися з НЗТ.^{94, 95} М'ята й інші види ненікотинового вологого тютюну не покращують результати лікування при використанні НЗТ у вигляді пластиру, але зменшують симптоми відміни нікотину.

Дотримання призначень — найбільш важливий фактор. Запитуйте кожного пацієнта (особливо молодь) при кожному відвідуванні, чи вони вживають тютюн. З'ясуйте, чи

пацієнт готовий кинути курити. Якщо не готовий (пацієнт знаходиться на етапі спостереження або підготовки) шанси кинути палити дуже низькі. Лікарі повинні надавати допомогу і бути легко доступними⁹⁴.

Культурні та етнічні меншини

Головний хірург опублікував доповідь про етнічні і культурні відмінності, які повинні розглядатися серед певної популяції. Виявляється, що відмінності у величині ризиків захворювання безпосередньо пов'язані з відмінностями в курінні⁹⁸.

Рівні котоніну (метаболіт нікотину) в сироватці виявилися вищими у чорношкірих курців, ніж у білих або американців мексиканського походження. Це може допомогти пояснити, чому чорношкірим курцям важче кинути палити і, що вони мають більш високий рівень розвитку раку легені, ніж білі⁹⁹. Захворюваність на рак легенів нижча серед населення азійського і латиноамериканського походження, ніж серед білих¹⁰⁰. Американці китайського походження менше отримують нікотину на сигарету, палять менше сигарет на день і мають повільніше виведення нікотину. Мається на увазі, що китайські американці і, можливо, інші особи азійського походження можуть потребувати нижчі дози НЗТс¹⁰⁰. Вихідці з Латинської Америки мають аналогічне поглинання нікотину на сигарету, що і у білого населення, але вони викурюють менше сигарет.

На Алясці корінні американці використовують засоби НЗТ тільки тоді, коли їх надають безкоштовно. Якщо вони мають певну ціну, тоді вживається тютюн⁹⁴. Вживання тютюну також є частиною релігійної практики в багатьох культурах корінних американців. Урочистий тютюновий ритуал походить від практики корінного населення посилати дим Творцеві, коли вони просять миру. Необхідно поважати таке вживання тютюну.

Підлітки

Вживання тютюну підлітками становить особливу проблему¹⁰¹ Соціально-демографічні, екологічні та особистісні чинники відносять молодь до групи підвищеного ризику почати вживати тютюн. Підлітки з сімей з низьким соціально-економічним статусом мають підвищений ризик почати курити. Фактори ризику навколишнього середовища включають рекламу сигарет і просування по службі; ціну, доступність та наявність тютюнових виробів; сприйняття того, що вживання тютюну є нормальним серед однолітків, братів і сестер; і відсутність батьківської участі та впливу на підлітків у повсякденному житті. Особистісні фактори ризику включають: переконання, що вживання тютюну створює переваги, низьку самооцінку і невміння відмовитися від пропозиції покурити¹⁰².

80% курців починають курити до 18 років⁴. Серед підлітків вживання тютюну таке: сигарети, сигари, бездимні тютюнові вироби й курильна трубка. Вживання сигарет серед школярів вищої школи збільшилося в 1990-і роки, досягнувши у 1996-97 роках піку: 70,2% тих, хто за життя курив, а також 36,4% тих, хто курить зараз. У 2000 році відбулося поступове зниження до 64,0% тих хто курив за життя і 34,5% тих, хто курить нині^{4, 103}. Мета програми "Здорові Люди 2010" — це загальне зменшення вживання тютюну серед школярів 9-12 класів з 40% (1999) до 21% (2010), збільшення середнього віку першого вживання тютюнових виробів підлітками та молоддю, зменшення початку вживання тютюну серед дітей та підлітків, збільшення спроб припинення куріння тютюну серед підлітків курців до 84% від базового рівня 76%(1999), і збільшення несхвалення куріння підлітками до 95% (2010)¹⁴.

Серед учнів дев'ятих класів, тих, хто піддається одноліткам, які курять і тим, у кого значні депресивні симптоми були від 2 до 3 разів, частіше в даний час використовують альтернативні тютюнові вироби: 8,3% альтернативні продукти, 11% сигарети (45% з них вживають обидва)¹⁰⁴. Більше половини курців учнів середньої і вищої школи повідомляють, що вони хочуть кинути курити⁴.

Молоді люди у військах піддаються підвищеному ризику вживання бездимного тютюну в порівнянні з загальним населенням¹⁰⁵. Особливо в сільських районах нюхальний і жувальний тютюн стає все більш популярним серед юнаків. Підлітки повідомляють про бажання мати кільце на задній кишені, щоб відповідати іншим одноліткам, які вживають жувальний тютюн^{88, 94}. Інші причини для жування — це ритуал і смакове задоволення, нікотинова залежність (може споживатися від 1 до 3 банок на тиждень) і тяга до солоного (1100 мг на банку). Тягу до солі можна сплутати з симптомами відміни нікотину.

Ароматні іноземні сигарети стають популярними серед підлітків у Сполучених Штатах.^{106, 107} До їх числа відносяться кретеки (індонезійські сигарети, що містять близько 60% тютюну і 40% бруньок земляної гвоздики) і бідіс (сигарети ручної роботи, що імпортуються з Індії)¹⁰⁷⁻¹⁰⁹ Бідіс бувають з різноманітними екзотичними смаковими добавками (наприклад, гвоздика, манго), у вигляді цукерок (наприклад, шоколадних, малинових). Підлітки сприймають їх як більш безпечну, більш природну альтернативу звичайним сигаретам, але бідіс містять високу концентрацію нікотину в порівнянні зі звичайними сигаретами з фільтром або без фільтру¹¹⁰. Деякі тютюнові ароматизатори містять алкенілбензени та інші токсичні або канцерогенні хімічні речовини. Найвища концентрація евгенолу і транс-анетолу, виявлена в тютюні бідіс, в 70 000 і 7500 разів вища його найвищих рівнів, знайдених в сигаретах виробництва США¹¹¹. Виявилося, що молодь вживає кретеки або бідіс як більш натуральну альтернативу курінню сигарет, тому вона повинна знати про ці факти.

Коментарі робочої групи: В Україні склалася особливо небезпечна ситуація щодо активного поширення тютюнопаління у молодіжному середовищі. За даними Європейського опитування учнівської молоді ESPAD, яке проводилося у 2007-2008 рр. в нашій країні, 63% опитаної молоді хоча б один раз в житті курили сигарети, 55% респондентів вказали на те, що їм дуже легко купити сигарети (не дивлячись на закони, які забороняють продаж сигарет дітям до 18 років).

Не менш небезпечним є пасивне куріння, особливо для дітей та молоді. Саме воно спричиняє численні бронхіти, пневмонії, астми, серцево-судинні та неврологічні ускладнення. Слід враховувати також тісний зв'язок між курінням та наркоманією – серед споживачів наркотиків близько 85 % тих, хто вже мав чи має досвід паління. Останні наукові дослідження дають підстави стверджувати, що куріння вагітних жінок підвищує ризики розвитку наркотичної залежності у їхніх майбутніх дітей.

Найпоширеніший вік, в якому починається "знайомство" із тютюном, - 12-15 років. Тих, хто починає курити раніше 11-ти - 25%, причому найбільше таких у молодшій групі опитуваних. Це може бути доказом того, що вік першого досвіду куріння поступово знижується.

Якщо придивитися до того, де саме курять, то можна виявити цікаву закономірність - найчастіше це відбувається у громадських місцях або під час різноманітних заходів. Набагато рідше - у себе вдома або вдома у товариша. Тобто, куріння для підлітків - це, передусім, соціально спрямований процес, курити важливо поруч з іншими, для інших. Одним із факторів, який збільшує вживання тютюну, є алкоголь та наркотики. 37% підлітків, які курять, під час опитування зауважили, що вони справді починають курити більше після вживання алкоголю та наркотиків. Це ще раз підтверджує тезу, що будь-яка робота із профілактики тютюнових проблем обов'язково має звертати увагу на питання, пов'язані з алкоголем та наркотиками. [6]

Вагомий вплив на формування особистості, її поглядів, зацікавлень, цінностей, поведінки здійснює родина. У питанні куріння батьки також можуть мати вагомий вплив на дітей. Тому батькам дуже важливо проводити із дітьми бесіди про шкоду куріння.

Жінки

Жінки, які палять, мають удвічі вищий ризик інфаркту міокарда і раку легенів, ніж чоловіки. Ризик інфаркту міокарда та інсульту ще вищий у жінок, які застосовують пероральні контрацептиви.^{112, 113} Інші наслідки вживання тютюну, зокрема жінками — це підвищений ризик розвитку раку молочної залози, збільшення менструальної кровотечі і тривалості дисменореї, більшої мінливості тривалості менструального циклу, важче завагітніти і досягнення менопаузи на 1-2 роки раніше^{112,113}. Існує тенденція необґрунтованого небажання з боку провайдерів медичної допомоги застосовувати НЗТ у жінок із серцево-судинними захворюваннями¹¹⁴.

Більше чоловіків, ніж жінок кидають курити з застосуванням комбінованої когнітивної/поведінкової групової терапії і сталого вивільнення бупропіону¹¹⁵. Відмова від куріння складніша для жінок, ніж чоловіків, частково через стурбованість потенціалу збільшення ваги при відмові від куріння^{112, 113}. Серед інших — це те, що у жінок більш тяжкий вихід, включення НЗТ (особливо гумки і пластиру) не може бути ефективним у

жінок, ліки для відмови від тютюнопаління не рекомендуються вагітним жінкам, синдром відміни впливає на менструальний цикл і відповідь на засоби проти куріння різна в залежності від фази циклу, чоловіки менш ефективно підтримують дружин, ніж дружини чоловіків, дружини можуть бути більш чутливими до впливу середовища (наприклад, друзів і настрою), пов'язаних з ритуалом паління, а деякі жінки можуть насолоджуватися відчуттям контролю, пов'язаного з курінням^{112,113}. Терапія антидепресантами може бути більш ефективною у жінок тому, що у деяких жінок негативні настрої пригнічують рецидиви куріння. Успіх жінки може залежати від того, чи курить її партнер, тому рекомендується лікування обох партнерів одночасно¹¹⁶. Варто відзначити те ж саме щодо успіху чоловік у припиненні куріння.

Тенденція клініцистів до стереотипу в деяких ситуаціях може також вступати в гру. Було встановлено, що пацієнти на первинному рівні медичної допомоги мають стереотипи, коли вони оцінюють сприйнятливність порад щодо відмови від тютюнопаління з боку жінок середнього класу і білих пацієнток.¹¹⁷⁻¹¹⁹

Молоді жінки, як правило, мало обізнані про шкоду куріння для здоров'я плода, що розвивається у вагітних жінок і новонароджених дітей. Вони також не знають про ефективність НЗТ у подвоєнні результатів припинення куріння¹²⁰. Жінки, які курять під час вагітності, збільшують ризик низької ваги дитини при народженні, викиднів та синдрому раптової смерті немовляти¹¹⁶. Деякі епідеміологічні дослідження показали, що куріння матері під час вагітності може збільшити ризик пухлин мозку у дитини, але мета-аналіз не підтвердив це¹²¹. Проте, аналогічний мета-аналіз показав, що куріння батька під час вагітності дружини пов'язано з розвитком дитячих пухлин головного мозку, можливо, в результаті того, що мати вдихала нефільтрований в порівнянні з фільтрованим димом¹²². Повідомлялося, що навіть коли матерів запитують про вживання тютюну, особливо, коли діти живуть у середовищі з димом від тютюну, педіатр рідко надає консультації щодо відмови від куріння¹²³. Підходи щодо самопомоги в припиненні куріння при вагітності неефективні в ході звичайного допологового спостереження, тому необхідні більш складні заходи, які належним чином спрямовані на вагітну жінку¹¹⁶.

Розробляються нові навчальні матеріали для жінок. В одному з повідомлень 14-хвилинна інтерактивна комп'ютерна програма з відмови від куріння була випробувана для жінок з низьким рівнем доходу. Результати показали, що 79% таких жінок повідомили принаймні про 1 зміну поведінки, пов'язану з курінням¹²⁴.

Коментарі робочої групи:

Близько 200 мільйонів з одного мільярда курців в світі – жінки. У всьому світі палить приблизно 40% чоловіків в порівнянні з майже 9% жінок. Проте масштаби епідемії вживання тютюну серед жінок в деяких країнах зростають.

З більш як 5 мільйонів людей, які щорічно вмирають в результаті вживання тютюну, приблизно 1,5 мільйона жінок. Більшість (75%) з цих жінок живе в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Якщо не прийняти термінові заходи, то до 2030 року число людей, які щорічно вмирають в результаті вживання тютюну, досягне 8 мільйонів осіб, 2,5 мільйона з яких складуть жінки.[6]

Тютюнова промисловість щедро фінансує кампанії маркетингу, направлені на жінок за допомогою реклами, яка на основі гендерних стереотипів помилково пов'язує вживання тютюну з уявленнями про красу, престижність і свободу. Промисловість активно заманює жінок, оскільки в даний час тютюн вживають відносно небагато з них. До того ж зростає число жінок, які можуть дозволити собі купувати тютюнові вироби.

Стратегії маркетингу заманюють споживачів за допомогою таких оманливих категорій, як "легкі" і "з низьким вмістом смол". "Легкі" сигарети палить більше жінок, ніж чоловіків (63% проти 46%), часто помилково вірячи у те, що "легкі" означають "безпечніші". Насправді, "легкі" курці часто втягуються в компенсаторне куріння, затаючись глибше і частіше для поглинання бажаної кількості нікотину.[7]

Використання різних форм тютюну

Особи, які одночасно використовують сигарети і продукти бездимного тютюну, можуть потребувати спеціального лікування. Поєднане вживання різних форм тютюну високе серед чоловіків, але не зустрічається серед жінок. Хоча показники нікотинової залежності можуть прогнозувати успіх у припиненні вживання бездимного тютюну або куріння тютюну, прогнози у осіб з одночасним використанням потерпіли невдачу. ТТМ також не передбачає успіхів у припиненні куріння особами з одночасним застосуванням¹²⁵.

Отримувачі Medicaid

Практична клінічна настанова охорони здоров'я 2000 зробила висновок, що консультації та поради приносять як клінічну, так і економічну користь. Вона рекомендує покриття медичного страхування за послуги, які допомагають курцям відмовитися від цієї звички⁵.

Одна з найбільших проблем для незаможних курців, які хочуть відмовитися від тютюнопаління — це питання, як заплатити за ліки для відмови від куріння і консультативні програми, оскільки понад чверть громадян з низькими доходами, які курять (тобто 36% [1,5 млн. осіб]), не можуть звернутися до Medicaid за допомогою у припиненні паління¹²⁶. З 2002 року 16 держав охоплюють у тій чи іншій формі консультаціями вагітних жінок, які палять. З них 10 державних Medicaid програм пропонують лікування тютюнової залежності спеціально для вагітних жінок (всі, крім однієї, включають кілька форм консультування)⁵. Medicaid покриває витрати на бупропіон в 32% штатів, але менше 10 штатів покривають витрати на пластирі, інгалятори, назальні спреї або гумку⁵. Було запропоновано, щоб штати покривали витрати на ефективне лікування як частину федеральної обов'язкової Medicaid⁵.

Отримання користі від відмови від куріння само по собі не може змінити застосування бупропіону, пластиру або гумки або збільшити показники кількості тих, хто відмовився від куріння, якщо це не супроводжується збільшенням зусиль, направлених на те, щоб курці знали про страхові виплати і інші види підтримки¹²⁷⁻¹³¹.

Коментар робочої групи: в Україні в умовах обмеженого фінансування системи охорони здоров'я та відсутності страхової медицини, витрати на ефективне лікування з включенням фармакотерапії бупропіоном або варенікліном покривають самі пацієнти.

Різні види послуг

Настанова Департаменту охорони здоров'я з розробки ефективних послуг з відмови від тютюнопаління має три рівні: короткострокові втручання, інтенсивна віч-на-віч підтримка і консультації та групові втручання. Їх часто називають консультаціями першого, другого та третього рівнів відповідно. Для повного пояснення кожного рівня консультацій див. “Стандарт підготовки медичних (фармацевтичних) працівників з медичної допомоги при тютюнозалежності”

(http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/smoking_cessation_treatments.pdf)

Служби з припинення куріння

Рекомендація 1

Хто є цільовою популяцією??

Кожен хто палить або вживає тютюн в будь-якій іншій формі.

Хто повинен вжити заходів

- Трасти первинного рівня медичної допомоги та стратегічні органи охорони здоров'я.
- Уповноважені служб з припинення тютюнопаління, які фінансуються публічно.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Необхідно визначити характеристики місцевого населення, яке курить або вживає інші форми тютюну. Визначити поширеність усіх форм тютюну на місцевому рівні.
- Необхідно забезпечити, щоб служби NHS з припинення тютюнопаління були націлені на етнічні меншини та соціально-економічно знедолене місцеве населення.
- Необхідно гарантувати, що служби NHS з припинення тютюнопаління надають належну допомогу шляхом підтримання адекватного рівня персоналу, в тому числі ставки координатора (або еквівалентного персоналу).
- Слід ставити перед собою реалістичні цілі щодо кількості людей, які скористуються службою й тих, хто успішно кине палити. Ці цілі повинні відображати демографію місцевого населення. Послуги повинні:

– мати на меті щорічно виліковувати принаймні 5% від загальної кількості місцевого населення, які курять або вживають тютюн в будь-якій формі,
– мати на меті показник принаймні 35% через 4 тижні, підтверджений контролем рівня чадного газу. Ця цифра повинна ґрунтуватися на кількості тих, хто починає лікування, і успішним вважається, коли пацієнти не курили на третій і четвертий тиждень з дня відмови. Успіх повинен бути підтверджений показником СО до 10 ppm на 4 тижні. Це не означає, що лікування слід припинити на 4-му тижні.

- Потрібно рутинно і незалежно здійснювати аудит стану та оприлюднювати дані. Аудит повинен проводитися при отриманні виняткових результатів – показників 4-тижневої відмови від тютюнопаління до 35% або понад 70%, щоб з'ясувати причини незвичайного стану та допомогти виявити найкращу практику та гарантувати її дотримання.

- Встановити зв'язки між контрацептивними службами, пологовими будинками та перинатальними і післяпологовими службами. Ці зв'язки повинні допомогти медичним працівникам використовувати різні наявні можливості (на різних етапах життя жінки), щоб дати поради стосовно тютюнопаління або направити до фахівця служби, в разі необхідності.

(Див також настанову NICE 1 з відмови від тютюнопаління на первинному рівні медичної допомоги та інші матеріали за адресою: www.nice.org.uk/PHI001).

Рекомендація 2

Хто є цільовою популяцією?

Кожен, хто палить або вживає тютюн в будь-якій іншій формі.

Хто повинен вжити заходів?

Керівники та провайдери медичних служб NHS з відмови від тютюнопаління.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Необхідно запропонувати поведінкову консультацію, групову терапію, фармакотерапію або комбіноване лікування, які довели свою ефективність (див. перелік на початку цього розділу).

- Слід гарантувати отримання клієнтами поведінкової підтримки від підготовленої людини, що відповідає “Стандарту підготовки медичних (фармацевтичних) працівників з медичної допомоги при тютюнозалежності”

(http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/smoking_cessation_treatments.pdf)

- Потрібно надавати поради, консультування та підтримку з урахуванням етнічної приналежності і знедолених груп населення. При можливості, послуги слід надавати на мові, обраній клієнтом.
- Необхідно гарантувати, що місцева служба NHS з відмови від тютюнопаління має на меті лікувати етнічні меншини і знедолені верстви населення принаймні пропорційно їх представництву в місцевій громаді курців.

(Див. також настанова NICE 1 з відмови від тютюнопаління: www.nice.org.uk/PHI001).

Рекомендація 3

Хто є цільовою популяцією?

Люди, які хочуть кинути палити.

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені та менеджери телефонних ліній довіри з відмови від тютюнопаління.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Переконайтесь, що послуги телефонної лінії відмови від паління, які фінансуються відкрито, пропонують швидку, позитивну та авторитетну відповідь. Людям, які не володіють англійською мовою і телефонують до служби, при можливості необхідно надавати інформацію та підтримку на обраній ними мові.
- Всі співробітники повинні пройти тренінг з відмови від тютюнопаління (принаймні з коротких втручань для допомоги людям кинути палити).
- Співробітники, які проводять консультування, повинні пройти тренінг принаймні другого рівня (індивідуальні поведінкові консультації); бажано, щоб вони мали відповідну кваліфікацію з консультування. В навчанні необхідно дотримуватися “Стандарту підготовки медичних (фармацевтичних) працівників з медичної допомоги при тютюнозалежності”

(http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/smoking_cessation_treatments.pdf)

Медикаментозне та інші види лікування

Рекомендація 4

Хто є цільовою популяцією?

Люди, які хочуть кинути палити.

Хто повинен вжити заходів?

Фахівці охорони здоров'я, які пропонують або призначають нікотинозамісну терапію, вареніклін або бупропіон.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Необхідно запропонувати НЗТ, вареніклін або бупропіон людям, які планують кинути палити.
- Слід надавати консультації, заохочувати та підтримувати і направляти до служби NHS з припинення тютюнопаління з метою допомогти людям у їхньому прагненні кинути палити.
 - НЗТ, вареніклін або бупропіон, як правило, необхідно призначати як частину поведінкового лікування синдрому відміни, коли курець бере на себе зобов'язання відмовитися від куріння до певної дати (назначена дата). Призначення НЗТ, варенікліну або бупропіону достатньо лише впродовж 2 тижнів після обраної дати відмови від куріння. Як правило, це відбувається після 2 тижнів застосування НЗТ і 3-4 тижнів терапії варенікліном або бупропіоном для забезпечення різних методів введення і механізмів дії. Наступні призначення необхідно робити тільки тим людям, які продемонстрували при контрольній оцінці своє прагнення продовжити спробу кинути палити.
 - Важливо пояснити ризики і користь використання НЗТ у молодих людей віком від 12 до 17 років, вагітних або жінок, які годують груддю і людей, які мають порушення серцево-судинної системи. Для отримання максимальної користі від НЗТ у людей цих груп необхідно також наполегливо рекомендувати використання поведінкової підтримки в їхній спробі покинути палити.
 - Ні вареніклін, ні бупропіон не рекомендуються молодим людям віком до 18, вагітним або жінкам, які годують груддю.
 - З урахуванням клінічної оцінки вареніклін або бупропіон можна рекомендувати людям з порушеннями серцево-судинної системи.
 - Якщо спроба кинути курити не вдається з використанням НЗТ, варенікліном або бупропіоном, повторне лікування впродовж 6 місяців не рекомендується, крім певних обставин, що перешкодили першій спробі людини кинути курити, коли розумно повторити спробу раніше.
 - Не слід пропонувати поєднання НЗТ, варенікліну або бупропіону в будь-якій комбінації.
 - Запропонуйте застосування нікотинових пластирів у комбінації з іншими формами НЗТ (такі як жувальна гумка, інгалятор, таблетки або спреї) у людей з високим рівнем залежності від нікотину або, які виявили, що НЗТ не була ефективною в минулому.
 - Не віддавайте перевагу одному засобу лікування над іншим. Лікар і пацієнт повинні вибрати один із засобів лікування, який повинен виявитися найбільш успішним.
 - При виборі терапії і порядку її застосування обговоріть варіанти з клієнтом і прийміть до уваги:
 - чи було направлення до служби NHS з припинення тютюнопаління раніше;
 - протипоказання і потенційні побічні реакції;
 - особисті переваги клієнта;

- наявність відповідних консультацій або підтримки;
- ймовірність того, що клієнт буде дотримуватись курсу лікування;
- застосування допоміжних засобів при їх попередній спробі відмови від куріння.

Цим замінюється настанова з оцінки технології NICE 39 НЗТ і бупропіону. (Див. також настанову NICE 123 з оцінки технології варенікліну www.nice.org.uk/TA123)

Рекомендація 5

Хто є цільовою популяцією?

Люди, які хочуть кинути палити, але не відразу.

Хто повинен вжити заходів?

Медичні працівники, які консультують або призначають НЗТ.

Які заходи повинні бути вжиті?

Практикуючі лікарі мають призначити НЗТ та відповідну підтримку особам, які бажають дотримуватись стратегії від зменшення паління до відмови в разі, якщо це є частиною правильно спланованих та проведених досліджень. До участі необхідно залучати також тих людей, які неодноразово намагалися та не змогли кинути палити, і тих, хто впевнений, що не хоче різко кидати палити.

Конкретні групи

Рекомендація 6

Хто є цільовою популяцією?

Люди, які отримують допомогу або консультації у фахівців охорони здоров'я на первинному рівні медичної допомоги або в лікарні.

Хто повинен вжити заходів?

- Надавачі медичної допомоги первинного рівня та екстреної медичної допомоги.
- Медичні працівники.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Медичні працівники повинні пройти підготовку з надання коротких консультацій з відмови від паління і повинні мати контакти з місцевими службами NHS з відмови від тютюнопаління, до яких вони повинні направляти людей.
- Медичні працівники повинні виявляти та реєструвати статус своїх пацієнтів щодо вживання тютюну. Тим, хто вживає тютюн, необхідно:
 - при кожній можливості нагадувати про користь для здоров'я відмови від тютюнопаління;

– пропонувати короткі консультації в разі бажання припинити вживати тютюну, направляти до місцевих служб NHS з відмови від тютюнопаління. Якщо пацієнти не хочуть відвідувати службу, то їм необхідно запропонувати короткі консультації і підтримку, щоб допомогти їм відмовитися від тютюнопаління, а також призначити фармакотерапію у певних випадках.

- Пацієнтів, направлених на планову операцію, слід заохочувати відмовитися від паління до операції. Пацієнтів, які хочуть кинути курити назавжди, повинні бути направлені до місцевих служб NHS з відмови від тютюнопаління.
- Госпіталізовані пацієнти, які вживають тютюн в будь-якій формі, мають отримати поради щодо необхідності НЗТ від кваліфікованих медичних працівників або консультантів з відмови від паління під час перебування в лікарні, щоб допомогти їм кинути палити. Їм також необхідно запропонувати звернутись до місцевої служби NHS з відмови від тютюнопаління. Якщо вони приймають пропозицію, необхідно їх записати до служби перед випискою з лікарні. У виняткових випадках рекомендація пацієнту кинути палити може бути недоречною; наприклад, через їх стан або особисту ситуацію.
- Трасти первинного рівня медичної допомоги мають бути впевнені, що служби NHS з відмови від тютюнопаління можуть забезпечити підтримку щодо відмови від куріння в лікарні. Сюди повинна входити система прискороного направлення після виписки пацієнтів, які намагалися кинути палити в лікарні. Трасти первинного рівня медичної допомоги повинні розробити чіткий маршрут направлень з контактами між первинною і екстреною допомогою.

(Див. також настанова 1 NICE з відмови від тютюнопаління: www.nice.org.uk/PHI001)

Рекомендація 7

Хто є цільовою популяцією?

Люди з захворюваннями серцево-судинної або дихальної системи, які палять.

Хто повинен вжити заходів?

- Фахівці охорони здоров'я або консультанти, які консультиують, призначають чи надають медикаментозну терапію для припинення паління.
- Команди з реабілітації серцевих захворювань.

Які заходи повинні бути вжиті?

Пропонувати короткі поради переважно поведінкової підтримки від місцевих служб з припинення тютюнопаління NHS та призначати НЗТ, вареніклін або бупропіон, відповідно до клінічної оцінки.

Цим замінюється настанова NICE 39 з оцінки технології НЗТ і бупропіону. (Див. також настанову NICE 123 з оцінки технології варенікліну www.nice.org.uk/TA123) і клінічну

настанову NICE 12 з хронічних обструктивних захворювань легені: www.nice.org.uk/CG012).

Рекомендація 8

Хто є цільовою популяцією?

Вагітні жінки, які палять, або ті, хто планує вагітність, їх партнери та члени сім'ї, які палять.

Хто повинен взяти заходів?

Всі, хто відповідає за надання медичних і допоміжних послуг вагітним жінкам або тим, хто планує вагітність і їхнім партнерам, а саме, ті, хто працює в пологових будинках, акушерки, лікарі, дантисти, клінічні і загальні фармацевти і ті, хто працює в дитячих центрах, громадських організаціях та професійних медичних службах.

Які заходи повинні бути взяті?

- При першій зустрічі з жінкою необхідно обговорити її статус куріння, надати інформацію про шкodu тютюнопаління для майбутньої дитини і про небезпеку пасивного куріння. Обговоріть усі проблеми, пов'язані з відмовою від тютюнопаління, які стосуються її і партнера або членів сім'ї.
- Слід запропонувати персоналізовану інформацію, поради та підтримку щодо відмови від тютюнопаління, заохотити вагітних жінок звертатись до місцевих служб NHS з відмови від тютюнопаління та телефонної лінії довіри NHS для вагітних жінок, які курять; відвідувати вагітних жінок вдома в разі, якщо вони самі не можуть відвідати фахівця.
- Необхідно здійснювати моніторинг статусу куріння та надавати поради щодо відмови від тютюнопаління і заохочувати та підтримувати під час вагітності та після пологів.
- Потрібно обговорювати ризики та переваги НЗТ з вагітними жінками, які курять, особливо з тими, хто не бажає приймати пропозицію про допомогу від служби NHS з відмови від тютюнопаління.
- Якщо вагітна жінка застосовує нікотинові пластирі, слід рекомендувати їй знімати їх перед сном.

Цим замінюється настанова NICE 39 з оцінки технології НЗТ і бупропіону. (Див. також настанову NICE 1 з відмови від тютюнопаління: www.nice.org.uk/PHI001).

Рекомендація 9

Хто є цільовою популяцією?

Матері немовлят і маленьких дітей, особливо матері, які годують груддю, які палять, партнери і члени сім'ї, які палять.

Хто повинен вжити заходів?

Лікарі, акушерки, патронажні сестри, фармацевти і консультанти з відмови від тютюнопаління, які консультують або призначають НЗТ.

Які заходи повинні бути вжиті?

- При першому контакті необхідно обговорити статус тютюнопаління жінки і її партнера, надати інформацію про ризик пасивного куріння для малих дітей та розглянути всі проблеми щодо припинення куріння.
- Необхідно надати інформацію, консультації і підтримку про те, як кинути палити, і порекомендувати звернутися до місцевих служб NHS з відмови від тютюнопаління, надавши детальну інформацію про те, коли, де і як отримати до них доступ.
- Необхідно використовувати будь-яку можливість, щоб запропонувати матерям, які можуть мати право на застосування схеми Здоровий Початок, практичну персоналізовану інформацію, поради і підтримку, щоб допомогти їм відмовитися від тютюнопаління.
- Обговорити ризики і користь НЗТ для матерів, які годують груддю, які намагалися, але не змогли кинути палити без сторонньої допомоги. Питання про рекомендацію НЗТ слід вирішувати на основі професійного переконання про її необхідність.
- Жінкам, які годують груддю, які застосовують нікотинові пластирі, необхідно рекомендувати знімати їх перед сном.

Цим замінюється настанова NICE 39 з оцінки технології щодо НЗТ і бупропіону. (Див. також настанову NICE 1 з відмови від тютюнопаління: www.nice.org.uk/PHI001)

Рекомендація 10

Хто є цільовою популяцією?

Молоді люди у віці 12-17 років, які твердо вирішили кинути палити

Хто повинен вжити заходів?

Медичні працівники або консультанти, які консультують або призначають НЗТ.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Надати молодим людям 12-17 років інформацію, консультації і підтримку про те, як кинути палити, і порекомендувати звернутися до місцевих служб NHS з відмови від тютюнопаління, надавши детальну інформацію про те, коли, де і як отримати до них доступ.
- На основі професійної оцінки слід вирішувати питання чи призначати НЗТ молодим людям віком старше 12 років з чіткими ознаками нікотинової залежності. Якщо НЗТ показана, необхідно її пропонувати як частину контрольованого режиму.

Цим замінюється настанова NICE 39 з оцінки технології щодо НЗТ і бупропіону. (Див. також настанову NICE 1 з відмови від тютюнопаління: www.nice.org.uk/PHI001); Настанова NICE 123 з оцінки технології щодо варенікліна на сайті www.nice.org.uk/TA123)

Освіта та навчання

Рекомендація 11

Хто є цільовою популяцією?

Консультанти й координатори служб NHS з відмови від тютюнопаління.

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені й керівники служб NHS з відмови від тютюнопаління

Які заходи повинні бути вжиті?

- Гарантувати доступність навчання та підвищення кваліфікації для всіх, хто залучений у надання консультацій і підтримку при відмові від тютюнопаління.
- Гарантувати, щоб навчання відповідало “Стандарту підготовки медичних (фармацевтичних) працівників з медичної допомоги при тютюнозалежності” (http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/smoking_cessation_treatments.pdf)

Рекомендація 12

Хто є цільовою популяцією?

Лікарі, медсестри, акушерки, фармацевти, стоматологи, консультанти телефону довіри та інші, хто надає консультації людям з питань відмови від тютюнопаління.

Хто повинен вжити заходів?

Особи, відповідальні за навчання і підготовку працівників охорони здоров'я та інші, хто надає консультації людям з питань відмови від тютюнопаління.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Необхідно навчити всіх працівників охорони здоров'я, які контактують з пацієнтами, пропонувати короткі консультації з відмови від тютюнопаління відповідно до настанови NICE («Короткі втручання та направлення до служб первинної медичної допомоги та інших закладів з відмови від тютюнопаління» www.nice.org.uk/PHI001). Також необхідно підготувати їх щодо направлень, при необхідності, до служб NHS та інших служб з відмови від тютюнопаління, які фінансуються державою.

- Гарантувати, що навчання з питань підтримки людей, які хочуть кинути палити, здійснюється у відповідності до основної навчальної програми для медичних студентів і аспірантів.
- Необхідно навчати всіх працівників служб NHS з відмови від тютюнопаління за програмою, яка відповідає ”Стандарту підготовки з методів лікування при відмові від тютюнопаління або його оновленню (www.nice.org.uk/page.aspx?o=502591).
- Слід забезпечити додаткове спеціальне навчання осіб, які працюють з певними групами, наприклад, з людьми з проблемами психічного здоров'я, госпіталізованими і вагітними жінками, які курять.
- Необхідно заохочувати і навчати медичних працівників запитувати пацієнтів або клієнтів про всі форми застосування тютюну, а також консультувати їх про небезпеку пасивного куріння.

Стратегії, політика і плани

Рекомендація 13

Хто є цільовою популяцією?

Кожен, хто палить або вживає тютюн в будь-якій іншій формі.

Хто повинен вжити заходів?

Трасти первинного рівня медичної допомоги, стратегічні органи охорони здоров'я, місцева влада, органи місцевого стратегічного партнерства.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Необхідно поставити цілі на місцевому рівні щодо зменшення тютюнопаління на основі характеристик місцевого населення та поширеності паління та інших форм вживання тютюну, таких як жування тютюну. Впровадити ці цілі в усякі механізми партнерства між місцевою владою і трастами первинного рівня медичної допомоги (угоди місцевого рівня).
- Розробити політику надання ефективних послуг з припинення куріння як частину місцевої стратегії з боротьби проти тютюнопаління.

Рекомендація 14

Хто є цільовою популяцією?

Кожен, хто палить або використовує тютюн в будь-якій іншій формі.

Хто повинен вжити заходів?

Організатори й ті, хто розробляє плани в галузі освіти на місцевому, регіональному та національному рівні та комунікаційні кампанії.

Які заходи повинні бути вжиті?

- Необхідно узгодити стратегії в сфері комунікацій щодо поширення послуг з припинення куріння, таких як відмова від паління за допомогою телефонної консультації, втручань на базі школи, подальші зміни стратегії контролю за тютюнопалінням, а також будь-якої іншої діяльності, призначеної допомогти людям відмовитися від тютюнопаління.
- Розробити та реалізувати комунікаційні стратегії у партнерстві з NHS, регіональними та місцевими органами влади та неурядовими організаціями. Стратегії повинні:
 - використовувати найкращі наявні докази ефективності, такі як Кокранівські огляди та Глобальний Діалог щодо ефективних кампаній з відмови від тютюнопаління (www.stopsmokingcampaigns.org);
 - розроблятися і оцінюватися за допомогою дослідження аудиторії;
 - використовувати повідомлення “чому” і “як” відмовитися, які не є суб’єктивними, відображають співчуття і повагу. Наприклад, свідчення людей, які курять або курили, можуть добре спрацювати;
 - залучати громадські аптеки до участі в місцевих кампаніях і підтримувати зв’язки з іншими професійними групами, такими як стоматологи, пожежні служби та волонтерські групи;
 - гарантувати, що кампанії, які проводяться, були досить масштабними, щоб мати реальний шанс на успіх;
 - орієнтуватися на представників етнічних меншин та групи з низькими доходами з метою ліквідації нерівності.

Рекомендація 15

Хто є цільовою популяцією?

Люди, які живуть або працюють у в'язницях, військових установах і установах з догляду, які палить або вживають тютюн в інших формах.

Хто повинен вжити заходів?

Керівники в'язниць, військових установ і медичних центрів тривалого перебування, таких як психіатричні заклади охорони здоров'я

Які заходи повинні бути вжиті?

Розробити політику на основі настанов Департаменту охорони здоров'я для забезпечення ефективних служб з відмови від тютюнопаління. (Див. www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/index.htm) (Див. також настанову NICE 1 з відмови від тютюнопаління на сайті: www.nice.org.uk/PHI001 і настанову NICE 5 з відмови від тютюнопаління на робочому місці: www.nice.org.uk/PHI005)

Рекомендація 16

Хто є цільовою популяцією?

Працівники, чиї робочі місця є об'єктами інструкції відповідно до Закону про здоров'я 2006 року.

Коментарі робочої групи: в Україні діє Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» № 2899-IV, згідно з яким заборонено палити у громадських місцях.

Хто повинен вжити заходів?

Роботодавці.

Які заходи повинні бути вжиті?

Слід обговорити політику без куріння на робочому місці з працівниками або їх представниками. Ця політика повинна:

- сформулювати, чи передбачаються протягом робочого дня перерви для куріння, якщо так, то де, як часто і як довго;
- направляти людей, які хочуть кинути курити до служб, які пропонують відповідну підтримку, наприклад, служби NHS з відмови від тютюнопаління
- впроваджувати настанову NICE "Втручання на робочих місцях щодо сприяння відмови від тютюнопаління (www.nice.org.uk/PHI005).

5 Впровадження

Настанова NICE може допомогти:

- Організаціям NHS відповідати стандартам Департаменту охорони здоров'я, викладеним в сьомому розділі "Стандартів з поліпшення здоров'я (оновлено у 2006 році). Відповідність цим стандартам оцінюється Комісією охорони здоров'я, і є частиною щорічної оцінки показників здоров'я, яку дають місцевим організаціям охорони здоров'я.
- Організаціям NHS та місцевим органам влади (у тому числі органам соціальної допомоги та службам допомоги дітям) відповідати вимогам уряду щодо "Національних стандартів, місцевих заходів, стандартів охорони здоров'я і соціального забезпечення та планування на 2005-2008 рр." і "Служб NHS з відмови від тютюнопаління: настанова з послуг і моніторингу, жовтень 2007/8".
- Національним та місцевим організаціям державного сектора відповідати індикаторам і цілям уряду з поліпшення здоров'я і зменшення нерівності щодо здоров'я.
- Місцевим органам влади виконувати свої обов'язки щодо економічного, соціального та екологічного благополуччя населення.

- Місцевим організаціям NHS, місцевим органам влади та іншим партнерам місцевого державного сектора отримати користь від економії коштів, скорочення капіталовкладень або можливостей для пере направлення ресурсів.
- Забезпечити увагу на трастах, що надають допомогу дітям, щодо здоров'я і благополуччя та інших багатосторонніх партнерських відносин за для здоров'я в рамках місцевого стратегічного партнерства.

NICE розробив інструменти, щоб допомогти організаціям впровадити дану настанову. Для більш детальної інформації див. www.nice.org.uk/PN010

6 Рекомендації для досліджень

Група з розробки настанови рекомендує розглянути наступні питання для дослідження, щоб заповнити найбільш важливі прогалини в доказах.

Рекомендація 1

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені дослідники і спонсори.

Які заходи повинні бути вжиті?

Започаткувати проведення досліджень найбільш ефективних і рентабельних способів профілактики рецидивів серед тих, хто зміг кинути палити.

Рекомендація 2

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені дослідники і спонсори.

Які заходи повинні бути вжиті?

Започаткувати проведення досліджень з визначення довгострокових результатів роботи служби NHS з відмови від тютюнопаління серед етнічних меншин і знедолених громад. Дослідження повинні проаналізувати доступ і прийом службою, дотримання режиму лікування та результати відповідно соціально-економічного статусу, віку, статі, інвалідності та етнічної приналежності. Слід також проаналізувати досвід індивідуума і задоволеність від надання послуг.

Рекомендація 3

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені дослідники і спонсори.

Які заходи повинні бути вжиті?

Започаткувати проведення досліджень з визначення питання, чи допомагає людям стратегія зменшення вживання нікотину кинути палити повністю за 12-місячний період, хоча спочатку вони мали намір тільки зменшити куріння.

Рекомендація 4

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені дослідники і спонсори.

Які заходи повинні бути вжиті?

Започаткувати проведення досліджень з визначення ефективності втручань з відмови від куріння, проведених через нові медіа, такі як плакати, електронна пошта і текстові повідомлення.

Рекомендація 5

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені дослідники і спонсори.

Які заходи повинні бути вжиті?

Започаткувати проведення досліджень з визначення порівняльної ефективності і економічної ефективності двох типів телефонних ліній довіри — ініціативної (контакт здійснює консультант) і реактивної (контакт здійснюють люди, які курять).

Рекомендація 6

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені дослідники і спонсори.

Які заходи повинні бути вжиті?

Започаткувати проведення досліджень високої якості і, при можливості, порівняльних досліджень з оцінки довгострокової ефективності цитизину для відмови від тютюнопаління.

Рекомендація 7

Хто повинен вжити заходів?

Уповноважені дослідники і спонсори.

Які заходи повинні бути вжиті?

Започаткувати проведення досліджень високої якості і, при можливості, порівняльних досліджень з визначення коротко- і довгострокової ефективності ”Легкого методу відмови від куріння“ Аллена Карра. Дослідження повинні також проаналізувати досвід людей і задоволеність службою.

7 Оновлення рекомендацій

Настанова NICE оновлюється в міру необхідності, щоб рекомендації містили важливу нову інформацію. Ми перевіряти наявність нових доказів через 2 і 4 роки після публікації, щоб вирішити, чи буде оновлюватися вся або лише частина настанови. Якщо будуть опубліковані важливі нові дані в інший час, ми можемо прийняти рішення оновити деякі рекомендації в той же час.

8 Настанови NICE за даною темою

Інфаркт міокарда: вторинна профілактика на первинному і вторинному рівні медичної допомоги у пацієнтів після інфаркту міокарду. Клінічна настанова NICE 48 (2007 р.) : www.nice.org.uk/CG048.

Вареніклін для припинення куріння. Настанова NICE 123 з оцінки технології (2007 р.) : www.nice.org.uk/TA123 .

Сприяння поліпшенню здоров'я на робочих місцях: як допомогти працівникам кинути палити. Настанова з втручання охорони здоров'я NICE 5 (2007) : www.nice.org.uk/PHI005.

Короткі втручання і направлення на первинному рівні медичної допомоги й інші установи з припинення паління. Настанова з втручання охорони здоров'я NICE 1 (2006 р.) : www.nice.org.uk/PHI001.

Хронічна обструктивна хвороба легенів: ведення хронічної обструктивної хвороби легенів на первинному і вторинному рівні медичної допомоги. Клінічна настанова NICE 12 (2004 р.). Є: www.nice.org.uk/CG012.

Настанова з застосування НЗТ і бупропіону для припинення тютюнопаління. Оцінка технології NICE 39 (2002 р.). Є: www.nice.org.uk/TA039

У стадії розробки

Допологова допомога: рутинна допомога здоровим вагітним жінкам. Клінічна настанова NICE (на березень 2008 р.).

Профілактика тютюнопаління серед дітей і молодих людей, включно заходів щодо пунктів продажу тютюну. Настанова NICE (на липень 2008 р.).

9 СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ПРОТОТИПІ КЛІНІЧНОЇ НАСТАНОВИ NICE GUIDANCE 10: SMOKING CESSATION SERVICES IN PRIMARY CARE, PHARMACIES, LOCAL AUTHORITIES AND WORKPLACES, PARTICULARLY FOR MANUAL WORKING GROUPS, PREGNANT WOMEN AND HARD TO REACH COMMUNITIES (2008)

1. British Medical Association (2004) Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London: British Medical Association.
2. Department of Health (2004) Spending review 2004: public service agreement. London: The Stationery Office.
3. Department of Health (2007) Review of the health inequalities infant mortality PSA target. London: Department of Health.
4. Erens B, Primatesta P, Prior G, editors (2000) Health survey for England 1999: the health of minority ethnic groups. London: The Stationery Office.
5. Goddard E (2006) Smoking and drinking among adults, 2005: General household survey 2005. London: Office for National Statistics.
6. Gutierrez K (2007) Mass media interventions to stimulate and promote smoking cessation [online]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=404458>
7. HM Treasury (2004) 2004 spending review: public service agreements 2005–2008 [online]. Available from www.hm-treasury.gov.uk/spending_review/spend_sr04/psa/spend_sr04_psaindex.cfm
8. International Agency for Research on Cancer (2002) Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monographs vol 83. Lyon: World Health Organization.
9. Jarvis M, Wardle J (1999) Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
10. Jarvis MJ (2003) Monitoring cigarette smoking prevalence in Britain in a timely fashion. *Addiction* 98 (11): 1569–1574.
11. Lader D (2007) Smoking related behaviours and attitudes 2006. London: Office for National Statistics.
12. Lancaster T, Stead LF (2005a) Individual behavioural counselling for smoking cessation [online]. Available from: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001292/frame.html
13. Lancaster T, Stead LF (2005b) Self-help interventions for smoking cessation [online]. Available from: www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001118/frame.html
14. NICE (2002) Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. NICE technology appraisal 39. Available from:

www.nice.org.uk/TA039

15. NICE (2006a) Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. NICE public health intervention guidance 1. Available from: www.nice.org.uk/PHI001

16. NICE (2006b) Effectiveness review for workplace smoking cessation intervention [online]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=389417>

17. NICE (2006c) Effectiveness review for smoking cessation programme [online]. Available from www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427

18. Parrott S, Godfrey C, Raw M et al. (1998) Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 53: 2–37.

19. Penn G, Owen L (2002) Factors associated with continued smoking during pregnancy: analysis of socio-demographic, pregnancy and smoking-related factors. *Drug and Alcohol Review* 21:17–25.

20. Scientific Committee on Tobacco and Health, Department of Health (2004) *Secondhand smoke: review of the evidence since 1998*. London: The Stationery Office.

21. Sproston K, Primatesta P editors (2004) *Health survey for England 2003. Volume 2, risk factors for cardiovascular disease*. London: The Stationery Office.

22. Stead LF, Lancaster T (2005) Group behaviour therapy programmes for smoking cessation [online]. Available from:

www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001007/frame.html

23. Stead LF, Perera R, Lancaster T (2006) Telephone counselling for smoking cessation [online]. Available from:

www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD002850/frame.html

24. Twigg L, Moon G, Walker S (2004) *The smoking epidemic in England*. London: Health Development Agency.

25. US Department of Health and Human Services (2004) *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. Washington DC:USA.

26. US Environmental Protection Agency (1993) *Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders*. Washington DC: US Environmental Protection Agency.

27. University of Birmingham (2006) Clinical and cost-effectiveness of nicotine replacement therapy for new licensed indications and combination therapy: a summary of best evidence [online]. Available from:

<http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=404383>

28. Wang D, Connock M, Barton P et al. (2006) Cut down to quit with nicotine replacement therapies (NRT) in smoking cessation: systematic review of effectiveness and economic analysis [online]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/page.aspx?o=404622>

29. West R (2005) Smoking prevalence, mortality and cessation in Great Britain [online]. Available from: www.rjwest.co.uk

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ, ВИКОРИСТАНИЙ В ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ КЛІНІЧНОЇ НАСТАНОВИ

1. Review: Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies (2003)
2. Public Health Intervention Guidance no.1: Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings (2006)
3. Закон України N 2899-IV від 22.09.2005 «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»
4. Закон України N 4844-VI від 24.05.2012 «Про внесення змін до деяких законів України щодо вдосконалення окремих положень про обмеження місць куріння тютюнових виробів»
5. Наказ МОЗ України від 24.06.2005 № 311 “Про затвердження Комплексного плану “Профілактика та подолання тютюнокуріння в Україні на 2005-2010 роки”
6. Наказ МОЗ України від 23.11.2009 №858 «Про затвердження плану заходів з виконання Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року»
7. Наказ МОЗ України від 30.08.2011 №550 «Про створення мультидисциплінарних робочих груп з опрацювання медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини»
8. «Глобальне опитування дорослого населення щодо вживання тютюну» (GATS). Звіт за результатами дослідження. Україна, 2010 рік
9. «Ten facts about women's health», WHO fact file http://www.who.int/features/factfiles/women_health/en/index.html

Додаток 1: Члени групи з розробки Настанови, Команда проекту NICE і зовнішні виконавці

Група з розробки Настанови мультидисциплінарна. До неї входять дослідники, практикуючі лікарі, представники зацікавлених сторін і члени від громадськості:

Deborah Arnott Director, Action on Smoking and Health, London

Dr Paul Aveyard Senior Scientist, National Institute of Health Research, Department of Primary Care and General Practice, University of Birmingham

Professor John Britton Head, Division of Epidemiology and Public Health, University of Nottingham

Ron Gould Member, Liverpool City Council; Community Pharmacist

Professor Hilary Graham Professor of Health Sciences, University of York; Director, Department of Health Public Health Research Consortium

Ian Gray Policy Officer, Chartered Institute of Environmental Health

Professor Gerard Hastings Director, Institute for Social Marketing and Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling & Open University

Andrew Hayes Tobacco Policy Manager, Regional Public Health Group for London

Paul Hooper Tobacco Policy Manager, Regional Public Health Group, West Midlands

(CHAIR) Sir Alexander Macara Public Health Physician; President, National Heart Forum Board of Trustees

Carmel O’Gorman Midwifery Lead, Smoking Cessation in Pregnancy, Goodhope Hospital, West Midlands

Dr Kiran Patel Consultant Cardiologist, Sandwell Hospital, Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust; Honorary Senior Lecturer, University of Birmingham, Department of Cardiovascular Medicine; Chair, South Asian Health Foundation

Dr Mike Ward Consultant Physician, Sherwood Forest Hospitals

Professor Robert West Director, Tobacco Studies, UK Health Behaviour Research Centre, University College, London

Expert cooptees to the PDG:

Professor Peter Hajek Director, Tobacco Dependence Research Centre, Queen Mary University of London

Community members

Ruth Bosworth Director of Services, QUIT

David Geldard President of Heart Care Partnership (UK); Council Member, British Cardiovascular Society

Christine Owens Head of Tobacco Control, Roy Castle Lung Cancer Foundation

Pamela Rees Inequalities and Smoking Manager, Directorate of Public Health, Leicester City Primary Care Trust

Команда Проекту NICE

Mike Kelly CPHE Director
Tricia Younger Associate Director
Patti White Lead Analyst
Lesley Owen Analyst
Hugo Crombie Analyst
Alastair Fischer Health Economics Adviser

Зовнішні виконавці

Зовнішні оглядачі: огляд ефективності

Огляд 1: ‘Швидкий огляд процедур відмови від тютюнопаління не в NHS’ виконано в Університеті Окленда і університеті Королеви Марії, Університеті Лондона. Головні виконавці: професор Peter Hajek і Dr Hayden McRobbie (Університеті Окленда).

Огляд 2: ‘Ефективність Національної служби охорони здоров'я з інтенсивних втручань з приводу відмови від тютюнопаління в Англії’ виконано Центром Британської Колумбії з досконалості стосовно здоров'я жінки. Головні виконавці: Dr Linda Bauld, Dr Kirsten Bell, Karen DeVries, Dr Lorraine Greaves, Natasha Jatageonkar and Lucy McCullough.

Огляд 3: ‘Політика з припинення тютюнопаління на робочих місцях’. Виконувався з травня по вересень 2006 року і оновлювався у січні 2007 року Центром Британської Колумбії з досконалості стосовно здоров'я жінки. Головними виконавцями були: Dr Kirsten Bell, Karen DeVries, Dr Lorraine Greaves, Natasha Jatageonkar and Lucy McCullough.

Огляд 4: ‘Огляд ефективності втручань засобів масової інформації, які заохочують спробувати кинути курити і зміцнити недавні спроби кинути палити’. Виконаний Центром досліджень надання медичної допомоги і центром соціального маркетингу університету Stirling і Спілкою досліджень самопомоги університету Abertay. Головними виконавцями були: Fiona Harris, Gerard Hastings, Ruth Jepson, Nora Kearney, Steve MacGillivray and Neneh Rowa-Dewar.

Огляд 5: ‘Вплив ліній довіри з припинення тютюнопаління. Виконувався Центром Британської Колумбії з досконалості стосовно здоров'я жінки. Головні виконавці: Dr Kirsten Bell, Dr Lorraine Greaves and Lindsay Richardson.

Зовнішні рецензенти: доповідь експертів

Доповідь експерта: "Втручання ЗМІ щодо стимуляції та заохочення у відмові від тютюнопаління" підготовлено Karen K Gutierrez, Director, Глобальний діалог з проведення ефективної кампанії з відмові від тютюнопаління.

Зовнішні рецензенти: економічні огляди та аналізи для оновлення настанови NICE з оцінки технологій 39

"Від зменшення до відмови від тютюнопаління з застосуванням нікотинозамісної терапії для відмови від паління: систематичний огляд ефективності та економічний аналіз" проведений West Midlands Health Technology Assessment Collaboration, Department of Public Health and Epidemiology, University of Birmingham. Основні автори: Paul Aveyard, Pelham Barton, Martin Connock, Anne Fry-Smith, David Moore and Dechao Wang.

"Клінічна і економічна ефективність нікотинозамісної терапії для нових ліцензійних показань та комбінованої терапії: результати кращих доказів" проведена the Aggressive Research Intelligence Facility, West Midlands Health Technology Assessment Collaboration. Основні автори: Anne Fry-Smith, Chris Hyde, David Moore, Jon Roberts and Josie Sandercock.

Зовнішні рецензенти: економічна оцінка

Економічна оцінка "Швидкий огляд економічної ефективності втручань поза Національними службами охорони здоров'я з припинення тютюнопаління в Англії" була проведена Йоркським економічним консорціумом. Основні автори: Sarah Flack, Matthew Taylor and Paul Trueman.

Економічна оцінка "Швидкий огляд економічної ефективності втручань Національної служби охорони здоров'я з припинення тютюнопаління в Англії" була проведена Йоркським економічним консорціумом. Основні автори: Sarah Flack, Matthew Taylor and Paul Trueman.

Економічна оцінка "Швидкий огляд економічної ефективності політики на робочих місцях для припинення паління в Англії" була проведена Йоркським економічним консорціумом. Основні автори: Sarah Flack, Matthew Taylor and Paul Trueman.

Економічна оцінка "Швидкий огляд економічної ефективності впливу ЗМІ на припинення тютюнопаління в Англії" була проведена Йоркським економічним консорціумом. Основні автори: Sarah Flack, Matthew Taylor and Paul Trueman.

Зовнішні рецензенти: економічний аналіз

Економічний аналіз "Економічна ефективність втручань з припинення тютюнопаління" був проведений Йоркським економічним консорціумом. Основні автори: Sarah Flack, Matthew Taylor and Paul Trueman.

Економічний аналіз "Економічна ефективність втручань з припинення тютюнопаління: ЗМІ" був проведений Йоркським економічним консорціумом. Основні автори: Sarah Flack, Matthew Taylor and Paul Trueman.

Економічний аналіз "Аналізу впливу вартості втручань з припинення тютюнопаління серед вагітних жінок" був проведений Йоркським економічним консорціумом. Основні автори: Sarah Flack, Matthew Taylor and Paul Trueman.

Польові дослідження (Збір даних для наукової роботи на місцях)

Польові дослідження проводив Nigel Jackson of Dr Foster Intelligence.

Додаток 2: резюме методів, використаних при розробці даної настанови

Вступ

Доповіді про огляди, доповіді експертів та економічний аналіз включають всі деталі використаних методів для відбору доказів (а також стратегію пошуку), оцінку їх якості та висновки. Протокол засідань Групи з розробки програми представляє більш детальну інформацію про інтерпретацію доказів Групою і розробку рекомендацій.

Всі підтверджуючі документи зазначені в Додатку Е і доступні на веб-сайті NICE за адресою: www.nice.org.uk/PN010

Процес розробки настанови

Етапи процесу розробки настанови викладені в таблиці нижче:

1. Рамки проекту
2. Нарада зацікавлених сторін
3. Зауваження зацікавлених сторін
4. Фінальні дані та відгуки, опубліковані на сайті
5. Огляди та моделювання економічної ефективності
6. Підсумкова доповідь доказів (резюме і таблиці доказів), поширення серед зацікавлених сторін для коментарів
7. Коментарі та додаткові матеріали, представлені зацікавленими сторонами
8. Огляди додаткових матеріалів, представлених зацікавленими сторонами (перевірені щодо критеріїв включення, використаних в огляді)
9. Стислий огляд, повні огляди, додаткові огляди та економічне моделювання, подані до Групи з розробки програми
10. Група з розробки програми представляє проект рекомендацій
11. Проект рекомендацій публікується на веб-сайті для коментарів зацікавленими сторонами і для перевірки на робочих місцях
12. Група з розробки програми вносить поправки в рекомендації
13. Відповіді на коментарі публікуються на веб-сайті
14. Заключний варіант настанови публікується на веб-сайті

Ключові питання

Ключові питання визначені як частина програми. Вони формуються як стартова точка для огляду доказів та сприяють розробці рекомендацій Групою з розробки програми. Ключовим було питання: "Яким повинно бути оптимальне забезпечення служб з відмови від тютюнопаління, включаючи забезпечення нікотинозамісної терапії, для первинного рівня медичної допомоги, аптек, місцевої влади і робочих місць з особливим акцентом на працівників фізичної праці, вагітних жінок, які палять, та важкодоступні громади?"

Додаткові запитання були:

1. Яка мета або завдання?
2. Який зміст та як він впливає на ефективність?
3. Як засіб втручання впливає на ефективність?
4. Чи залежить ефективність від посади/звання людини, яка здійснює втручання? Які важливі риси повинен мати лідер?
5. Чи місце/установа впливають на ефективність?
6. Чи інтенсивність (тривалість або частота) впливає на ефективність або тривалість ефекту?
7. Як на ефективність впливають такі фактори як вік, стать, клас або етнічна приналежність цільової аудиторії?
8. Скільки коштує втручання (гроші, люди, час)?
9. Які є докази економічної ефективності? Чи втручання пропонує оцінку щодо грошей?
10. Що полегшує та перешкоджає впровадженню?

Ці питання були уточнені відповідно до теми кожного огляду (див. огляди для більш докладної інформації).

Огляд доказів ефективності

Було проведено 5 оглядів ефективності.

Визначення доказів

Наступні бази даних були переглянуті з метою пошуку мета-аналізів, систематичних оглядів та РКВ, окремих РКВ, систематичних оглядів не-РКВ, досліджень випадок-контроль, когортних досліджень, серій досліджень з перервами в часі, кореляційних досліджень, до- і після контрольованих дослідження, неаналітичних досліджень (наприклад, доповідь про випадок, тематичні дослідження) та думки експертів (1990-2007):

- AMED

- ASSIA
- British Nursing Index
- CINAHL
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL)
- Controlled clinical trials
- Database of Abstracts of Reviews of Effects
- DARE
- DH-Data
- EMBASE
- Google Scholar
- Health Technology Assessment Database
- HSTAT
- King's Fund
- MEDLINE (Ovid)
- National Guideline Clearinghouse
- National Research Register (including CRD ongoing reviews database and unpublished reports)
- NICE web pages (published appraisals)
- PsycINFO
- SIGN Guidelines
- Sociological Abstracts
- TRIP.

Крім того, огляд для служб NHS з відмови від тютюнопаління, телефонні інтерв'ю були проведені 12 працівниками, які працюють у службах з припинення тютюнопаління. Ці питання були уточнені відповідно до теми кожного огляду (див. огляди для більш докладної інформації).

Доповідь експерта

Доповідь експерта стосовно втручань засобів масової інформації (див. Додаток А для більш детальної інформації) визначила як неопубліковані, так і опубліковані дані з 1996 по 2006 рік.

Більш детальна інформація про бази даних, терміни пошуку та стратегії включена в огляд доповідей.

Критерії відбору

Критерії включення і виключення для кожного огляду (див. Додаток А) різні. Детальну інформацію можна знайти на сайті www.nice.org.uk/PH010 Проте, в цілому:

- Огляд 1 включав систематичні огляди та мета-аналізи, сфокусовані на широко відомих комерційно доступних втручаннях з приводу відмови від тютюнопаління в Великобританії. Вони включали медикаментозне та поведінкове лікування, якщо були опубліковані дані про їхню ефективність.
- Огляд 2 включав огляди, РКВ та нерандомізовані випробування, які оцінювали ефективність інтенсивних втручань з приводу відмови від тютюнопаління в рамках NHS, зокрема тих, які пропонують служби NHS з відмови від тютюнопаління.
- Огляд 3 включав огляди та інші дослідження вибіркового або обраних втручань, які оцінювали ефективність політики відмови від куріння на робочих місцях в Англії.
- Огляд 4 включав огляди та інші дослідження втручань ЗМІ та громадськості, які заохочували спробу кинути палити і зміцнювали поточні та недавні спроби кинути палити серед усіх груп населення.
- Огляд 5 включав огляди та інші дослідження консультацій по телефону щодо припинення паління, коли телефонна підтримка була ключовим компонентом втручання або доповненням до короткої консультації, і де їх можна оцінити незалежно від інших компонентів втручання.
- Доповідь експерта щодо втручань ЗМІ включала дані (опубліковані і неопубліковані) за останні 10 років (1996–2006).

Оцінка якості

Включені документи оцінювалися щодо методологічної відповідності і якості відповідно до контрольного переліку методології NICE, викладеному в технічній настанові NICE "Методи розробки настанов громадського здоров'я NICE" (див. додаток Е). Кожне дослідження було описано за типом та градацією (++ , + , -), що відображає ризик потенціалу відхилень, які впливають з його дизайну та виконання:

Тип дослідження

- Мета-аналізи, систематичні огляди РКВ або РКВ (які включають кластерні РКВ)
- Систематичні огляди окремих нерандомізованих контрольованих випробувань, досліджень випадок-контроль, когортних досліджень, до- і після контрольованих досліджень, серію досліджень з перервами в часі, кореляційні дослідження.
- Неаналітичні дослідження (наприклад, повідомлення про випадок, серію випадків).
- Висновок експерта, офіційний консенсус.

Якість дослідження

++ Всі або більшість критеріїв витримані. Вважається, що там, де вони не повністю відповідають, мало ймовірно, що висновки зміняться.

+ Деякі критерії повністю відповідали. Вважається, що ті критерії, які не повністю відповідали або описані неадекватно, змінять висновки.

- Декілька або жоден з критеріїв не відповідає. Вважається, що висновки досліджень обов'язково зміняться.

Дослідження також оцінювалися щодо їх застосовності у Великобританії.

Узагальнення доказів та заяви про докази

Дані оглядів зводяться в доказові таблиці (див. повні огляди та резюме).

Результати оглядів, інтерв'ю та доповіді експертів були синтезовані і використані в якості основи деяких заяв про докази з кожного ключового питання. Заяви про докази відображають силу (кількість, тип і якість) доказів і можливість їх застосування до населення і установ в рамках даної області.

Більш детальна інформація про бази даних, терміни для пошуку та стратегії, включені в огляді доповідей.

Економічна оцінка

Економічна оцінка складається з 4 економічних оцінок та 3 економічних аналізів (див. додаток А).

Огляд економічної оцінки

З кожного огляду економічної ефективності проводили пошук в 3 базах даних: в Базі даних економічної оцінки NHS, Центру проведення оглядів і розповсюдження (ЦПОР) і у внутрішніх базах даних з оригінальних оглядів ефективності.

Критерії для включення документів:

- дослідження використовували визначені втручання з приводу відмови від тютюнопаління;
- досліджувана популяція – це люди, які курили на початку дослідження (хоча, якщо виходити з загального населення, припускається, що деякі люди не палять);
- в дослідженнях повідомляється про вартість та ефективність втручань (хоча витрати і ефективність не повинні бути об'єднані в співвідношення вартості-ефективності).

Було визначено 10 доповідей стосовно економічного огляду втручань/кампаній ЗМІ, жодних доповідей стосовно економічного огляду втручань поза NHS не було виявлено, знайдено 18 доповідей щодо втручань NHS і 10 доповідей з втручань на робочих місцях.

Аналіз економічної ефективності

Була розроблена модель когорти для оцінки витрат і років життя, скоректованих за якістю (QALY) у зв'язку з тютюнокурінням. Модель була розроблена, щоб порівняти різні заходи з відмови від куріння, щоб визначити їх додаткову економічну ефективність.

Для обробки моделі з відповідними даними були оглянуті такі бази даних: MEDLINE та MEDLINE In-Process, NHS EED, HEED, CINAHL, HMIC, CRD (внутрішньої бази даних) та PubMed. The World Wide Web та посилання, зазначені в статтях, були визначені, та проводився пошук відповідних досліджень. Дані були отримані з наступних питань:

- Смертність за віком, статтю та статусом паління
- Поширеність кожного супутнього захворювання за віком, статтю та статусом паління
- Стан для кожного супутнього захворювання
- Витрати на супутні захворювання
- Відмова від тютюнопаління щорічно і вартість кожного змодельованого втручання.

Результати були повідомлені в доповідях: "Економічна ефективність втручань з припинення паління" (Flack et al. 2007a) та "Аналіз впливу вартості втручання з припинення паління на робочому місці" (Flack et al. 2007b). Ці доповіді доступні на веб-сайті NICE в www.nice.org.uk/PH010.

Огляд ТА NICE 39: огляд доказів ефективності

2 огляди ефективності проводилися з метою поінформувати про оновлення ТА NICE 39.

Визначення доказів

"Від зменшення до відмови за допомогою нікотинозамісної терапії для припинення паління: систематичний огляд ефективності та економічний аналіз".

Проводився пошук систематичних оглядів і первинних досліджень за період з 1992 по 2006 роки в наступних базах даних: Cochrane reviews, Cochrane Collaboration (via Cochrane Library), Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Health Technology Assessment (HTA)

database та ARIF Database, NHS CRD, Bandolier, TRIP, MEDLINE, EMBASE, CINAHL та PsycINFO.

Інформація також збиралася з Science Citation Index (Web of Science), National Research Register та цитат з відповідних досліджень та оглядів. Крім того, додаткову інформацію шукали у регіональних експертів, особливо у відділеннях, де прописують ліки, Університеті Keele (&MTRAC) і Інформаційних службах з лікарських засобів Західних і Центральних графств Великої Британії (url: www.ukmicentral.nhs.uk), а також у органах ліцензування та документах галузі.

”Клінічна та економічна ефективність нікотинозамісної терапії для нових ліцензійних показань і комбінованої терапії: резюме кращих доказів“.

Спеціальний пошук, пов'язаний з цілями кожної доповіді, був проведений в наступних базах даних: Cochrane Library, MEDLINE (1966-2006) і EMBASE (1980-2006). Загальні пошуки були проведені також для збору інформації щодо економічної ефективності: ONE HEED (August 2006) and MEDLINE. Пошуки поточних досліджень були проведені в National Research Register.

Більш детальна інформація про бази даних, терміни пошуку та стратегії включені в огляд доповідей.

Критерії відбору

Критерії включення і виключення оглядів за темою ”Від зменшення до відмови від паління такі:

- принаймні одну електронну базу даних (наприклад, MEDLINE) було ретельно використано за заявленою стратегією пошуку;
- РКВ дослідження ”Від зменшення до відмови від паління
- Показники відмови від паління були кількісно розглянуті і/або був проведений мета-аналіз.

Критерії включення і виключення оглядів для первинних досліджень за темою ”Від зменшення до відмови від паління такі:

- РКВ були проведені на людях, які в даний час не в стані або не бажають різко кинути палити;
- Втручання включали використання НЗТ жувальну гумку або НЗТ інгалятор самостійно або як частину комбінованої терапії (наприклад, мотиваційна підтримка);
- Порівняння з плацебо або ніякого лікування, не-НЗТ ліки для припинення паління, психологічний вплив (наприклад, мотиваційна підтримка), щоб кинути палити. В разі

використання ад'ювантної терапії як методу втручання її необхідно застосовувати в порівнянні;

- Показники відмови повинні бути показані.

Оцінка якості

Включенні документи були оцінені щодо методологічної точності та якості при використанні контрольного переліку методології NICE, як це передбачено в технічній настанові "Методи розробки настанов громадського здоров'я NICE" (див. додаток E). Кожне дослідження описане за типом дослідження та градацією (++, +, -) що відображає ризик потенціалу відхилень, які виникають з його дизайну і проведення:

Тип дослідження:

- Мета-аналізи, систематичні огляди РКВ або РКВ (включаючи кластерні РКВ).
- Систематичні або окремі огляди нерандомізованих контрольованих випробувань, досліджень випадок-контроль, групових досліджень, контрольованих до- і після-досліджень, серія переривчастих в часі досліджень, кореляційні дослідження.
- Неаналітичні дослідження (наприклад, повідомлення про випадок, серію випадків)
- Думка експерта, формальний консенсус.

Якість дослідження

++ Всі або більшість критеріїв повністю витримані. Якщо вони не повністю відповідали, вважалось, що висновки малоімовірно зміняться.

+ Деякі критерії повністю відповідали. Ті критерії, які не відповідали або описані неадекватно, малоімовірно змінять висновки.

- Декілька або жоден з критеріїв не відповідав. Висновки досліджень ймовірно або дуже ймовірно будуть змінені.

Дослідження також оцінювалися щодо їх застосовності в Великобританії.

Огляд ТА NICE 39: економічна оцінка

Економічна оцінка складається з двох оглядів ефективності.

Огляд економічних оцінок

"Від зменшення до відмови від тютюнопаління з нікотинозамісною терапією в припиненні паління: систематичний огляд ефективності та економічний аналіз". Бази даних, за якими було проведено пошук: Cochrane Library (Wiley) 2006 Issue 2, MEDLINE

(Ovid) 1992–July 2006, MEDLINE In-Process (Ovid) 12 July 2006, EMBASE (Ovid) 1992–week 27 2006, CINAHL (Ovid) 1992–July 2006, PsycINFO (Ovid) 1992–July 2006, Science Citation Index (Web of Science) 1992–July 2006.

Крім того, інші пошуки включали реєстри досліджень, які в даний час проводилися: National Research Register 2006 Issue 2, Current Controlled Trials metaRegister and ClinicalTrials.gov, і цитати з відповідних досліджень та оглядів. Додаткову інформацію також шукали у експертів і органів ліцензування та в документах галузі.

Були визначені відповідні систематичні огляди, РКВ та існуючі економічні аналізи "Від зменшення до повної відмови від тютюнопаління.

РКВ були включені, якщо:

- популяція включала людей, які не могли або не намагалися кинути палити в короткий термін;
- втручання включали програму зменшення паління з підтримкою НЗТ;
- програмою порівняння зі зменшення паління з плацебо або іншою підтримкою.

Систематичні огляди були включені, якщо:

- Принаймні в одній електронній базі даних було проведено пошук та переглянуті задокументовані показники РКВ в програмах зменшення тютюнопаління з НЗТ.

Економічні дослідження включали, якщо вони містили аналіз економічної ефективності або витрат програми "Від зменшення до повної відмови від тютюнопаління.

«Клінічна та економічна ефективність нікотинозамісної терапії для нових ліцензійних показань і комбінованої терапії: резюме найкращих доказів.

Пошук проводився в наступних базах даних: MEDLINE, EMBASE, the Cochrane library і ONE HEED. Дослідження включалися, якщо вони охоплювали:

- НЗТ
- відповідну популяцію/комбінацію як систематичний огляд
- відповідну популяцію/комбінацію як РКВ (якщо систематичний огляд вже був виявлений, проводиться пошук лише більш пізніх РКВ).

Аналіз ефективності витрат

"Від зменшення до відмови від куріння з застосуванням нікотинозамісної терапії при відмові від куріння: систематичний огляд ефективності та економічний аналіз.

Не було визначено жодного економічного аналізу моделі "від зменшення до повної відмови. Була побудована нова аналітична модель для оцінки економічної ефективності

НЗТ “від зменшення до відмови від тютюнопаління у людей, які не бажають або не намагаються різко кинути палити. Очікувалося, що вимірювання результату проводилося у відповідності до років життя, скоригованих за якістю. Модель також враховує можливість того, що деякі люди, які бажають спробувати різко кинути, можуть замість цього перейти до моделі ”від зменшення до відмови. Вважалося, що люди, які йдуть від спроби різкої відмови до моделі ”від зменшення до відмови можуть досягти успіху в зменшенні, а потім відмові від тютюнопаління або продовжувати утримуватися від різкої відмови.

“Клінічна і економічна ефективність нікотинової замісної терапії для нових ліцензованих показань і комбінованої терапії: резюме кращих доказів.

Жодних економічних аналізів, які б вивчали економічну ефективність НЗТ у підлітків, вагітних жінок, жінок, які годують груддю, комбінованої терапії НЗТ + НЗТ, комбінованої терапії НЗТ + бупропіон або у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями.

З наявними ресурсами було неможливо провести будь-яке моделювання. Пошуки існуючих моделей не виявили жодних моделей для підлітків, вагітних, жінок, які годують груддю, пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями або які отримували комбіноване лікування.

Польові дослідження

Польові дослідження проводилися для оцінки актуальності і корисності настанови NICE для практикуючих лікарів і можливості її впровадження. Вони проводилися за участі практикуючих лікарів і уповноважених представників служб з відмови від тютюнопаління, а також лікарів загальної практики, служб материнства, вторинної медичної допомоги, аптек, стоматологів, органів стратегічного здоров'я і команд первинного рівня медичної допомоги, служб NHS з відмови від тютюнопаління та регіональної мереж NHS і відповідних благодійних організацій.

Польові дослідження включали:

- Групові обговорення проводилися у Манчестері, Кірклісі, Мерсісайді, Лестері, Лондоні і на південному сході, в Бірмінгемі і Центральному графстві Великобританії з:
 - командами з відмови від тютюнопаління;
 - лікарями загальної практики;
 - медсестрами
 - фармацевтами
 - стоматологами
 - акушерками

–лікарняним персоналом

– директорами SHA громадської охорони здоров'я

- Поглиблені інтерв'ю проводилися індивідуально, в парах і в тріо в Манчестері, Кірклісі, Мерсісайді, Лестері, Лондоні і Південному Сході, Бірмінгемі, Західному Мідлендсі й по телефону.

- Дослідження були запроваджені для забезпечення широкого географічного охоплення. Основні питання, що впливають з 5 групових дискусій і 23 поглиблених інтерв'ю з окремими фахівцями або поодинці, парами або в тріо, викладені в Додатку С "Результати польових досліджень. З повним звітом можна ознайомитися на веб-сайті NICE: www.nice.org.uk/PH010

Як Група з розробки програми сформулювала рекомендації

На своїх нарадах, що проводилися в період з травня 2006 року по вересень 2007 року ГРН розглянула дані про ефективність, доповіді експертів і економічну ефективність для визначення:

- чи є достатні докази (з точки зору кількості, якості та придатності), щоб сформулювати рішення;
- чи, в цілому, дані демонструють, що втручання ефективні або неефективні або ж двозначні;
- там, де є ефект, величина ефекту.

ГРН розробила проект рекомендацій за неофіційним консенсусом на основі наступних критеріїв:

- сила (якість і кількість) доказів ефективності і застосовності для населення/закладу;
- розмір ефекту і потенційного впливу на здоров'я населення і/або зменшення нерівності щодо здоров'я;
- ефективність витрат (для NHS та інших організацій державного сектора)
- баланс ризиків і користі;
- простота впровадження та очікувані масштаби змін, на практиці, які будуть потрібні.

ГРН також розглянула питання, чи рекомендації повинні бути впроваджені лише в рамках програми досліджень, де доказів не було.

Де це можливо, рекомендації були пов'язані з заявами про докази (Див. Додаток С) Де рекомендація була отримана з доказів, вона позначалася як "ВОД" (висновок, який отриманий з доказів).

Проект настанови, в тому числі рекомендації, був випущений для консультацій у травні 2007 року. На своїх засіданнях у червні і вересні 2007 року, ГРН розглянула зауваження від зацікавлених сторін і результатів польових досліджень. Настанова була підписана відповідальним виконавцем настанови NICE в грудні 2007 р.

Додаток 3: Докази

У цьому додатку наводяться заяви про докази, отримані з 5 оглядів і висновки експертів і зв'язки з відповідними рекомендаціями (див. Додаток В стосовно ключових моментів щодо типів дослідження і оцінки якості). Докази представлені тут без посилань — їх можна знайти в повному огляді (див. Додаток Е детальніше). У ньому також викладене коротке резюме результатів економічної оцінки.

5 оглядів ефективності такі:

Огляд 1: "Швидкий огляд процедур відмови від тютюнопаління не в NHS"

Огляд 2: "Ефективність Національної служби охорони здоров'я з інтенсивних втручань з приводу відмови від тютюнопаління в Англії"

Огляд 3: "Політика з припинення тютюнопаління на робочих місцях".

Огляд 4: "Огляд ефективності втручань засобів масової інформації, які заохочують спробувати кинути курити і зміцнити недавні спроби кинути палити.

Огляд 5: "Вплив ліній довіри з припинення тютюнопаління.

Заява про докази 1.2 вказує, що пов'язане твердження є під номером 2 у огляді "Швидкий огляд процедур відмови від тютюнопаління не в NHS"

Заява про докази 5.3 вказує, що пов'язане твердження є під номером 3 у огляді "Вплив ліній довіри з припинення тютюнопаління"

Огляди, доповідь експертів, економічна оцінка та звіти про роботу на місцях доступні на сайті NICE (www.nice.org.uk/PH010). Там, де рекомендація взята не безпосередньо з заяви про докази, але виведена з доказів, на це вказує "ВОД" (висновок, який отриманий з доказів).

Якщо ГРН розглянула інші докази, це пов'язується з відповідною рекомендацією нижче. Крім того, докази зазначені в цьому додатку в розділі додаткових доказів.

Рекомендація 1: Заява про докази 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.17, 2.22, 2.25, 2.26, 2.27; ВОД

Рекомендація 2: Заява про докази 2.1, 2.2, 2.3, 2.20, 2.25, 2.26, 2.27, 2.28, 2.29, 2.30; ВОД

Рекомендація 3: Заява про докази 5.1, 5.3, 5.17; ВОД

Рекомендація 4: Університет Бірмінгему 2006 р.; NICE 2002 р.; NICE 2007 р.; ВОД

Рекомендація 5: Wang et al. 2006; ВОД

Рекомендація 6: Заява про докази 2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.9; ВОД

Рекомендація 7: Заява про докази 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, Університет Бірмінгему 2006 р.; NICE 2002 р.; NICE 2007 р.; ВОД

Рекомендація 8: Заява про докази, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.22, 2.23; Університет Бірмінгему 2006 р.; ВОД

Рекомендація 9: Заява про докази 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, Університет Бірмінгему 2006 р.; ВОД

Рекомендація 10: Заява про докази 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, Університет Бірмінгему 2006 р.; NICE 2002 р.; NICE 2007; ВОД

Рекомендація 11: ВОД

Рекомендація 12: ВОД

Рекомендація 13: ВОД

Рекомендація 14: Заява про докази 2.4, 4.8, 4.24, 4.26, 4.27; Gutierrez 2007 р.; ВОД

Рекомендація 15: Заява про докази 2.31, 2.32, 2.34; ВОД

Рекомендація 16: Заява про докази 3.1, 3.2, 3.3, 3.10, 3.20

Рекомендація з дослідження 1: ВОД

Рекомендація з дослідження 2: Заява про докази 2.2, 2.8, 2.17, 2.18, 2.19, 2.20, 2.21, 2.25, 2.33; ВОД

Рекомендація з дослідження 3: Wang et al. (2006)

Рекомендація з дослідження 4: Заява про докази 4.3, 4.10, 4.11, 4.21, 4.28; Gutierrez (2007)

Рекомендація з дослідження 5: Заява про докази 5.4, 5.13

Рекомендація з дослідження 6: Заява про докази 1.7

Рекомендація з дослідження 7: Заява про докази 1.2, 3.1

Заяви про докази

Заява про докази 1.2

Немає даних контрольованих досліджень з ефективності програми Аллена Карра "Легкий спосіб кинути курити." Два з чотирьох когортних контрольованих досліджень повідомляють про високий рівень відмови від куріння, але ці докази слабкі; необхідні подальші дослідження, щоб визначити їх ефективність.

Заява про докази 1.7

Докази рівня 1 (+) з одного РКВ показують, що цитизин покращує рівень 6-місячного утримання.

Заява про докази 2.1

Шість доповідей 3 (-) і одне дослідження 2 (++) представляють докази, що інтенсивні втручання з приводу відмови від куріння через служби NHS з відмови від тютюнопаління виявилися ефективними в короткій термін, у середньому, більше половини клієнтів встановлювали дати відмови через служби на 4 тижні. Проте, до цих даних слід ставитися з певною обережністю, тому що виявляється, що трасти первинного рівня медичної допомоги використовують різні вихідні показники для вимірювання успіху. Оскільки всі 7 досліджень проводилися в службах NHS з відмови від тютюнопаління Англії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.2

Одна доповідь 3 (-), одне дослідження 2 (-), дві дослідження 2 (+) і одне дослідження 2 (++) представили докази, що інтенсивні втручання для припинення куріння через служби NHS з відмови від тютюнопаління виявилися досить ефективними в тривалий термін. У середньому від 13% до 23% клієнтів, які самі повідомляють про успішну відмову від тютюнопаління на 4 тижні через служби NHS як такі, що утримуються вже 52 тижні — довгостроковий успіх, що в цілому відповідає міжнародним висновкам. Оскільки всі 7 досліджень проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Англії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.3

Докази з двох бюлетенів 3 (-) вказують, що проміжні втручання, проведені консультантами спільноти, досягають показників відмови від тютюнопаління між 34% і 45% через 4 тижні. Ці результати не обов'язково відображають результати, досягнуті в даний час завдяки цим втручанням з урахуванням значного розвитку служби з 2001 року. Оскільки дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Англії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.4

Дані з систематичного огляду 1 (++) показують, що втручання, проведені аптеками, можуть мати позитивний вплив на показники припинення куріння. Цей висновок підтверджується в останньому дослідженні 2 (++) , яке повідомляє, що втручання, проведені аптеками в Глазго, показали 4-тижневі показники відмови, підтвержені даними СО, приблизно 20%. Дослідження також показує, що втручання, проведені аптеками, потенційно можуть охопити і вилікувати велику кількість курців, особливо з неблагополучних районів. Оскільки дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Великобританії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.5

Два дослідження представляють докази 2 (++) того, що групові втручання можуть давати більшу кількість тих, хто відмовився від тютюнопаління з підтвердженням СО на 4 тижні, ніж втручання віч-на-віч. Проте, втручання віч-на-віч також ефективні і багато клієнтів віддають явну перевагу лікуванню віч-на-віч. Крім того, в деяких випадках (особливо в сільських районах), групове лікування просто неможливе. Таким чином, втручання віч-на-віч є важливим компонентом служби NHS з відмови від тютюнопаління, оскільки курцям необхідно дати можливість вибору варіантів лікування. Оскільки дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Англії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.8

Інформація про те, як місце/установа впливають на ефективність втручання з припинення куріння, обмежена. Дані з дослідження 2 (++) показали, що місце лікування може побічно впливати на ефективність втручання з відмови від куріння. Оскільки дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Великобританії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.9

Два систематичних огляди 1 (++) представили переконливі докази, що втручання з відмови від куріння у стаціонарних хворих можуть бути ефективними з помірним або істотним збільшенням показників припинення куріння до 12 місяців у цій популяції з підтвердженням показників СО. Висновки з 4-ох останніх досліджень 1 (++) та 1-го дослідження 1 (+) є змішаними, проте у цілому вони показують, що втручання принаймні 2 місяці після виписки у вигляді телефонного контролю має більший шанс на успіх, ніж програми короткострокового характеру. Більшість досліджень проводилися за межами Великобританії, в цілому ряді країн, включаючи Австралію, Канаду, США і Норвегію. Проте, цілком імовірно, що їх висновки можуть застосовуватися у Великобританії, враховуючи значні подібності цих популяцій.

Заява про докази 2.17

Докази того, наскільки легко представники чорношкірого населення і етнічних меншин можуть отримати доступ до служб з припинення тютюнопаління, є непереконливими. 5 досліджень 3 (-) змогли продемонструвати, що чорношкіре населення й групи етнічних меншин в цілому мають доступ до служб з припинення тютюнопаління пропорційно їх представництву в загальному населенні, проте, високий рівень втрачених даних підбиває доказовість наявних статистичних даних. Крім того, наявні докази викликають деякі сумніви щодо легкого доступу чорношкірого населення і представників етнічних меншин до служб NHS з відмови від тютюнопаління. Оскільки дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Великобританії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.18

Немає переконливих доказів того, як статус етнічних меншин перетинається з гендерним фактором щодо тютюнопаління і статусом відмови в контексті втручань, які надаються службами з відмови від тютюнопаління. Додаткові докази свідчать про те, що чорношкірі жінки і представниці етнічних меншин менше (особливо з Південній Азії) палять, ніж чоловіки. Проте, враховуючи стигму, на дану жінкам щодо тютюнопаління в багатьох групах етнічних меншин (особливо серед вихідців з Південної Азії), цілком ймовірно, що дані щодо тютюнопаління серед жінок етнічних меншин занижені. Серед жінок Бангладеш, зокрема, хоча самооцінка поширеності куріння є низькою, вживання тютюну саме по собі дуже високе (понад 25%).

Заява про докази 2.19

Немає прямих доказів стосовно того, як статус етнічної меншини перетинається з соціальним класом стосовно статусу тютюнопаління і відмови в контексті втручань, які надаються через служби з відмови від тютюнопаління. У цілому, наявні докази свідчать, що по більшій частині, куріння серед чорношкірого населення та представників етнічних меншин не пов'язано з соціальним класом, за винятком чоловіків Бангладеш, високий рівень куріння яких можна частково пояснити соціальним неблагополуччям в цієї етнічній групі.

Заява про докази 2.20

Докази щодо успішної відмови від тютюнопаління чорношкірого населення та представників етнічних меншин у відмові від тютюнопаління через служби з відмови від куріння непереконливі. Одне дослідження 2 (+) показало, що відмова на 4-у тижні з підтвердженням СО не залежить від етнічної приналежності. Проте, через невелику кількість людей чорношкірого населення та етнічних меншин у дослідженні, інтерпретація їх результатів складна. Оскільки дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Великобританії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.21

Немає прямих доказів щодо того, як культурні особливості беруться до уваги в службах NHS з відмови від тютюнопаління, хоча здається, що саме в цьому випадку є відносно невелика кількість програм в цілому, які обслуговують етнічні меншини — у більшості випадків люди з цих груп включаються в більш широкі NHS. Проте, виявляється, що втручання щодо відмови від тютюнопаління, призначені спеціально для груп етнічних меншин, можуть досягти високого рівня успіху.

Заява про докази 2.22

5 бюлетенів 3 (-), 1 дослідження 2 (+) і 1 2 (++) представляють докази, що від 23% до 51% вагітних жінок повідомляють про успішну відмову від куріння на 4-у тижні через служби NHS з відмови від тютюнопаління. Проте, враховуючи унікальні проблеми, з якими стикаються вагітні жінки, які палять, корисність показників 4-тижневої відмови від паління в якості виміру ефективності обслуговування викликає сумніви. Оскільки всі 7 досліджень проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Великобританії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.23

Наявні докази показують, що є численні бар'єри для залучення вагітних жінок в програми з відмови від куріння. Одним з найбільш фундаментальних бар'єрів для

залучення вагітних жінок є проблема недостовірної інформації, що надається вагітними жінками, які курять, та що вказує на важливість біохімічного підтвердження статусу куріння. Медичні працівники також часто не бажають обговорювати проблеми куріння з вагітною клієнткою з побоювання, що вона може поставити під загрозу їхні стосунки з клієнтами.

Заява про докази 2.25

3 дослідження 2 (++) і 1 дослідження 2 (+) представляють докази того, що служби NHS з відмови від тютюнопаління були ефективними в цілому щодо охоплення звичайних груп і груп людей фізичної праці. Проте, одне з цих досліджень повідомляє про різницю в регіональних службах, а також про те, що деякі стратегічні органи охорони здоров'я були менш успішними в охопленні знедолених людей, які палять, порівняно з іншими популяціями. Оскільки всі 4 дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Великобританії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.26

6 бюлетенів 3 (-), 1 дослідження 2 (-), 2 дослідження 2 (+) і 3 дослідження 2 (++) представляють послідовні докази того, що люди звичайної групи і групи фізичної праці менш успішно кидали палити (як на основі їхнього повідомлення, так і на основі перевірки СО) на 4-у тиждні в порівнянні з іншими курцями. Оскільки всі 12 досліджень проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Англії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.27

Одне дослідження 2 (+) показало, що служби NHS з відмови від тютюнопаління вносять скромний внесок у зменшення нерівності щодо здоров'я в Англії у зв'язку з курінням. Оскільки дослідження проводилися в службах з відмови від тютюнопаління Англії, вони безпосередньо можуть бути застосовні до цільової групи населення.

Заява про докази 2.28

Наявні докази показують, що курці зі звичайної групи і групи людей фізичної праці стикаються з численними соціально-економічними бар'єрами, які можуть перешкоджати їхній здатності кинути палити. Серед багатьох знедолених груп населення куріння сприймається як норма, і не існує культури відмови від куріння. Крім того, люди з знедолених груп, які курять, і готові кинути палити, можливо, мало знають про ефективність втручань з відмови від куріння, а також, можливо, їм важко відвідувати сеанси.

Заява про докази 2.29

Наявні докази свідчать, що курці зі звичайної групи і групи людей фізичної праці часто більш залежні, так як палять з раннього віку і викурюють більшу кількість сигарет у тиждень у порівнянні з професійними працівниками, які ключовим фактором у поясненні більш низького рівня відмови, досягнутого службами NHS з відмови від тютюнопаління в неблагополучних районах.

Заява про докази 2.30

Згідно з дослідженням 2 (-), більш гнучка модель надання допомоги, для проведення втручань з відмови від паління та зробити її більш доступною для людей з малозабезпечених груп, та представляє 12-місячний рівень відмови від паління 16%, сформований за самостійними повідомленнями, що у широкому сенсі порівнювано з довготривалою ефективністю NHS послуг з відмови від паління.

Заява про докази 2.31

Хоча до 80% ув'язнених у виправних закладах Великобританії курять, згідно останньої доповіді 2 (++), в цілому, відносно невелика частина курців (менше 10%) мають доступ до служб з підтримки у відмові від тютюнопаління, перебуваючи у в'язниці. Проте, в'язні можуть досягти відмови від тютюнопаління з підтвердженням СО на 4-у тижні понад 40%, хоча виявилася істотна різниця у показниках успіху в різних в'язницях. Оскільки дане дослідження вивчало ефективність служб з відмови від куріння у в'язницях Великобританії, воно безпосередньо може бути застосовне до цільової групи населення.

Заява про докази 2.32

Куріння є одним з головних елементів тюремного життя, яке полегшує нудьгу, стресові умови, а також полегшує спілкування. Таким чином, ув'язнені стикаються з особливими проблемами при прийнятті рішення кинути курити через ендемічні рівні куріння, відсутність можливостей для відволікання від тяги і негативне ставлення до відмови серед співкамерників. Незважаючи на ці бар'єри, значна кількість ув'язнених визнає негативний вплив тютюнопаління, у тому числі на їх здоров'я і фінансові витрати, і докази свідчать, що до 50% курців у в'язниці хочуть отримати допомогу у спробі кинути палити.

Заява про докази 2.33

Хоча здається, що відсоток тих, хто палить, особливо високий серед людей, які знаходяться у психіатричних закладах Великобританії, немає доступної інформації про ефективну підтримку в припиненні куріння в цих установах.

Заява про докази 2.34

Люди з психічними захворюваннями в психіатричних закладах натикаються на різні бар'єри в доступі до послуг з відмови від куріння. Припинення куріння в цій ситуації

може ускладнюватися такими факторами: фізіологічна схильність до нікотину, нікотин може зменшувати побічні ефекти деяких ліків, може позитивно впливати на мозок, вживання сигарет є поведінковою нагородою і доступ до підтримки з припинення куріння відсутній.

Заява про докази 3.1

У цілому, виявляється, що втручання на робочому місці в контексті "підтримки оточення" (обмеження куріння на робочому місці та освітні кампанії) ефективні в плані полегшення відмови від куріння. Одне американське дослідження 2 (+) показало, що програми з припинення куріння в контексті заборони куріння на робочих місцях та освітні кампанії демонструють показники довгострокового успіху аналогічні показникам програм з припинення куріння в цілому. Ще одне дослідження американських учених 1 (-) показало, що підтримка оточення може збільшити успіх заходів на робочому місці, принаймні в короткостроковому терміні. 2 дослідження 2 (-) виявили, що семінари Аллена Карра на робочому місці виявилися ефективними у сприянні припиненню куріння на робочому місці. Також у доповіді було виявлено, що Інтернет-програми з припинення куріння 4 (+) є потенційно ефективним способом сприяння припиненню куріння на робочому місці. Проте докази про ефективність цих типів заходів в даний час слабкі. Необхідні подальші дослідження, щоб визначити їх ефективність.

Заява про докази 3.2

Систематичний огляд 1 (++) та мета-аналіз 1 (+) наявної міжнародної літератури показує, що найбільш ефективними втручаннями з відмови від тютюнопаління на робочих місцях є втручання, які в цілому довели свою ефективність. Існує сильний доказ того, що групова терапія, індивідуальні консультації і фармакологічні методи лікування ефективні в припиненні куріння. Проте, обидва огляди не виявили ефекту від певного типу втручання. Існує також доказ того, що мінімальні заходи, включаючи короткі консультації з лікарем, ефективні. Довідники з самопомоги менш ефективні, хоча є обмежені докази того, що індивідуалізовані втручання мають деякий ефект.

Заява про докази 3.3

2 систематичні аналізи міжнародних досліджень 1 (++) показують, що фінансові стимули, які найчастіше використовуються роботодавцями для заохочення співробітників, дотримуватися політики обмеження куріння на робочих місцях і підтримувати відмову від тютюнопаління. Хоча здається, що ці стимули не збільшують показники кількості тих, хто відмовився від куріння на робочому місці, є деякі докази того, що такі стимули поліпшують показники залучення в програми з припинення куріння на робочому місці, які можуть призвести до підвищення абсолютних цифр тих,

хто успішно кинув палити. Існують також деякі докази, що стимули можуть відстрочити повернення до куріння, навіть якщо вони не перешкоджають цьому в цілому.

Заява про докази 3.10

Систематичний огляд 1 (++) показує, що втручання на робочому місці мають потенціал залучення більшої кількості людей, ніж в інших контекстах, а також надають доступ до курців, які не були б доступними інакшими шляхами. Вони мають потенціал для отримання значних результатів втручань на робочому місці.

Заява про докази 3.20

Заборона куріння на робочому місці та закон про обмеження куріння повинні бути ретельно сплановані, в т. ч. за участю курців, і супроводжуватися наданням допомоги і підтримки курцям. Громадська підтримка і закон про заборону куріння на робочих місцях можуть підкріплюватися за допомогою кампаній ЗМІ з інформування громадськості про несприятливий вплив на здоров'я пасивного куріння і трактування цього питання як закону про захист працівників, а не закону про захист прав споживачів. Необхідно прикласти зусилля, щоб зрозуміти різноманітність, а матеріали та повідомлення повинні відповідати культурним особливостям. Адекватні прибуткові статті мають важливе значення для реалізації закону.

Заява про докази 4.3

Є докази рівня 2 (+), які стосуються населення Великобританії, що додавання автоматизованої електронної освітньої системи повідомлень до втручання з припинення куріння на основі самодопомоги з застосуванням веб-програм асоціювалося зі збільшенням показників наміру кинути палити за 30 днів (7,5% проти 13,6%, $p = 0,035$).

Заява про докази 4.8

Є докази з огляду рівня 1 і 2 (+), які стосуються населення Великобританії, що багатоканальні ЗМІ (у поєднанні з іншими втручаннями) ефективні в збільшенні кількості людей, які кидають курити. Показники відмови від куріння в групах втручання складають від 3,9% (підтверджено) до 50% (повідомили самі), в середньому 7% в контрольному періоді від 6 місяців до 5 років. Є докази з іншого огляду рівня 2 (-), які стосуються населення Великобританії, які показують, що кампанії ЗМІ і одночасно діючі програми (або політика) з боротьби проти тютюнопаління, асоціюються зі скороченням поширеності тютюнопаління від 6% до 12%. Інші докази 2 (-) і 3 представляють або непереконливі результати, або у випадку Голландської кампанії (3) оцінювали збільшення показників утримання від тютюнопаління завдяки кампанії на 4,5%. Існують докази 1 (+), які стосуються робочих місць у Великобританії, які виявили, що додавання групової підтримки з боку колег та стимулів лотереї до втручань на основі

самопоміги, заснованої на втручаннях ЗМІ, призвело до 19,5% утримання від тютюнопаління в контрольній групі в порівнянні з 30% в групі втручання через 2 роки.

Заява про докази 4.10

Існують докази 1 (++) рівня, які мають відношення до населення Великобританії, які встановили, що веб-програми з припинення куріння з використанням більш широкої інформації про стратегії з відмови та ризику для здоров'я більш ефективні на стадії роздумів, ніж короткі програми з меншою інформацією, пов'язаною зі здоров'ям на 3-у місяці. Існували статистично значущі відмінності у показниках відмови від тютюнопаління серед курців, які використовували більш широкі програми (BP = 1,54, 95% ДІ: 1.18-2.02, $p=0,002$). Є докази 1 (+), які можливо, мають відношення до населення Великобританії, які свідчать, що поведінкові втручання з приводу відмови від тютюнопаління, які надаються через Інтернет сайт, можуть досягти показників відмови від тютюнопаління 12,3% на 3-у місяці (в порівнянні з 5% в контрольній групі). Є докази 2 (-) і 3 рівня, які, можливо, мають відношення до населення Великобританії, які повідомили, що інші веб-сайти з відмови від тютюнопаління можуть сприяти досягненню відмови від тютюнопаління 18%.

Заява про докази 4.11

Існують докази рівня 1 (++) , які, можливо, мають відношення до населення Великобританії, що втручання на основі текстових повідомлень можуть підвищити показники відмови від куріння (28% проти 13%, BP 2.20, 95% ДІ: від 1.79 до 2.70, $p < 0,0001$) на 6 тижні.

Заява про докази 4.21

Є докази рівня 2 (-), які, можливо, мають відношення до студентів коледжів та університетів Великобританії, які показують позитивний ефект втручання з приводу відмови від куріння через Інтернет. Існують докази рівня 3, які, можливо, стосуються молоді Великобританії, які повідомляють про зменшення куріння і збільшення спроб відмовитися від тютюнопаління серед сільських підлітків після використання Інтернет-віртуального "світу" для припинення куріння. Є докази рівня 3, які, ймовірно, мають відношення до молоді Великобританії, що інтегровані веб-програми і текстові повідомлення можуть дати 17% осіб, які відмовилися від куріння.

Заява про докази 4.24

Існують докази рівня 2 (-) і 3, які, можливо, мають відношення до населення Великобританії, що плакати або друковані засоби масової інформації можуть бути ефективними у підвищенні поінформованості про проведення кампаній. Не виявлено жодних досліджень, які би оцінювали ефективність заходів різної тривалості.

Заява про докази 4.26

Є докази рівня 1 (+), які, можливо, мають відношення до робочих місць Великобританії, що повідомлення, про які нагадують по телебаченню, асоціюються зі збільшенням показників відмови від куріння. Є докази 3 рівня, які, можливо, мають відношення до Великобританії, які свідчать про те, що чим більше епізодів побачено або нагадано по телевізору, тим вищі показники повідомлень про відмову або утримання від куріння. Існують докази рівня 3, які, ймовірно, мають відношення до Великобританії, які свідчать, що ефективність веб-програми з відмови від тютюнопаління збільшується залежно від кількості застосування навчальних матеріалів. Є докази рівня 3, які, ймовірно, стосуються дорослого населення Великобританії, що ВР щодо відмови від тютюнопаління на 10% вищий на кожні 5000 одиниць впливу антитютюнової телевізійної реклами за 2 роки. Проте, ці результати не досягають рівня статистичної значущості. Існують докази рівня 2 (+), які безпосередньо стосуються населення Великобританії, що зміна інтенсивності рекламних роликів на телебаченні не впливає на показники відмови від куріння.

Заява про докази 4.27

Існують докази рівня 2 (-), які, можливо, мають відношення до населення Великобританії, які свідчать, що реклама, яка показує страждання, викликані курінням, може відігравати важливу роль у сприянні відмови від куріння або зміцненню рішення кинути палити. Існують докази рівня 3, які, можливо, мають відношення до підлітків Великобританії, які свідчать, що повідомлення, які викликають дисонанс, спеціально призначені для дівчаток, можуть мати позитивний короткостроковий вплив на рівень відмови від куріння. Є також докази рівня 3, які показують, що графічні повідомлення засобів масової інформації про негативні наслідки куріння серед дорослого населення мають позитивний вплив на спроби відмовитися від тютюнопаління серед молодих чоловіків (18% курців у групі намагалися кинути курити [95% ДІ: від 14% до 22%]). І, нарешті, є докази рівня 2 (-), які не забезпечують достатньо доказів про те, що, довші позитивні повідомлення менш ефективні, ніж короткі, негативні повідомлення.

Заява про докази 4.28

4 дослідження (якісні та кількісні) оцінювали результати, такі як прийнятність і використання веб-втручань. 1 якісне дослідження повідомило, що учасники шукали онлайн-ресурсів з відмови від куріння з міркувань зручності, своєчасності, анонімності і тому, що їх поточні потреби в інформації не задовольнялися. Інше дослідження рівня 1 (+), яке, можливо, мало відношення до населення Великобританії, показало, що деякі розділи втручань, які найчастіше використовувалися/переглядалися, встановлювали дату відмови від куріння і описували фармакологічні засоби. Дослідження рівня 2 (-) показало, що розділ "Запитай фахівця" був оцінений найвище. Четверте дослідження рівня 2 (-) повідомило, що втручання допомогло підвищенню

обізнаності про відмову, заохочувало ставити поведінкові цілі, представляло стадії змін зворотного зв'язку, і пропонувало інтерактивне подання інформації та стратегій щодо відмови від куріння. Не було виявлено ніяких досліджень, які б оцінювали думки тих, хто проводив втручання. Не було виявлено ніяких досліджень, які б оцінювали нерівність доступу.

Заява про докази 5.1

Два дослідження 1 (+) показали, що реактивні лінії довіри краще поліпшували показники утримання від тютюнопаління порівняно з застосуванням лише матеріалів з самопомоги. 3 дослідження 2 (+) представляють подальше підтвердження ефективності телефонних ліній довіри з відмови від тютюнопаління і виявили показники 12-місячного утримання від тютюнопаління від 8,2% до 15,6%. Оскільки 2 з цих досліджень проводилися у Великобританії, і результати в цілому узгоджуються в ході досліджень, ці дані, можливо, будуть безпосередньо застосовуватися у Великобританії.

Заява про докази 5.3

Існують переконливі докази Кокранівського огляду 1 (++) і 1 мета-аналізу 1 (+), що активні консультації по телефону мають незначний вплив на відмову від паління. Оскільки ці огляди були міжнародними, їх висновки, ймовірно, можуть бути застосовні у Великобританії.

Заява про докази 5.4

Незважаючи на обмежені наявні дані про порівняльну ефективність активної і реактивної відмови від паління, одне 2 (+) дослідження показало, що самооцінки 12-місячного утримання ставки були трохи вище, для активного в порівнянні з реактивними підтримка - хоча відмінність не була статистично значимим. Хоча дослідження було проведено в Північній Європі, його результати можливо, будуть широко застосовуватися для налаштування Великобританії.

Заява про докази 5.13

Повинні бути проведені подальші дослідження ефективності консультацій по телефону для представників етнічних меншин, оскільки існуючі обмежені докази непереконливі. Дослідження 1 (-) показало, що додавання телефонних консультацій до втручань, які надають провайдери, і матеріалів з самопомоги, не покращувало ефективність втручань з відмови від куріння, призначених для курців афро-американського походження. Інше дослідження 1 (+) показало, що розширення телефонного консультування для іспаномовних курців значно збільшило показники утримання, коли демографічні та пов'язані з курінням характеристики були під контролем. Оскільки ці дослідження були проведені в США, де етнічний склад населення відрізняється від

складу населення Великобританії, їх результати не можуть застосовуватися безпосередньо у Великобританії.

Заява про докази 5.17

Хоча необхідні подальші дослідження щодо економічної ефективності телефонних ліній з відмови від тютюнопаління, аналіз ефективності витрат на шведську національну телефонну лінію з відмови від тютюнопаління (+ рейтинг) знайшов, що вона досить економічно ефективна: дослідники розрахували кошти за рік збереженого життя, що дорівнює \$ 311 – 401. Дослідження 2 (+) витрат на телефонні лінії з відмови від тютюнопаління, що представляє досить скромні витрати, хоча повідомлення про випадок 3 (+) свідчить, що ці служби будуть ефективними у великих популяціях. Хоча ці дослідження були проведені за межами Великобританії, витрати на введення національної телефонної лінії з відмови від тютюнопаління, ймовірно, будуть аналогічними. Таким чином, їхні висновки можуть бути широко застосовані у Великобританії.

Додаткові докази

Gutierrez (2007) Заходи засобів масової інформації щодо стимулювання і заохочення відмови від куріння. (Доповідь експерта) Можна знайти на: www.nice.org.uk/PH010

NICE (2002) Настанова з застосування нікотинової замісної терапії (НЗТ) і бупропіону з приводу відмови від куріння. NICE TA 39. Можна знайти на: www.nice.org.uk/TA039

NICE (2007) Вареніклін для припинення куріння. NICE TA 123. Доступна на: www.nice.org.uk/TA123

Бірмінгемський університет (2006) Клінічна та економічна ефективність нікотинової замісної терапії для нових ліцензійних показань і комбінованої терапії: резюме кращих доказів. Можна знайти на: www.nice.org.uk/PH010

Wang et al. (2006) Від зменшення тютюнопаління до відмови з нікотиновою замісною терапією (НЗТ): систематичний огляд ефективності та економічний аналіз. Є на: www.nice.org.uk/PH010

Докази економічної ефективності

У цілому, короткі консультації, індивідуальне поведінкове консультування, групова поведінкова терапія, фармакотерапія, матеріали з самопомоги, консультації по телефону і телефонним лініям з відмови від тютюнопаління були економічно ефективними в порівнянні з відсутністю втручання.

Групові консультації були більш економічно ефективними, ніж індивідуальні консультації. Короткі поради та більш інтенсивні консультації в комбінації з будь-якою НЗТ або бупропіоном були більш рентабельними, ніж будь-яка порада або консультування самотійно. НЗТ і бупропіон у комбінації з порадами чи консультаціями були більш економічно ефективними, ніж НЗТ або бупропіон самотійно. Вареніклін був економічно ефективним в порівнянні з бупропіоном, НЗТ або плацебо.

Підхід від зниження до відмови від тютюнопаління з вживанням нікотину і за підтримки інтенсивних консультацій був економічно ефективним у людей, які спочатку не бажали кинути палити (або не хотіли кидати палити без зменшення спочатку) в порівнянні лише з консультаціями. Ця оцінка передбачає, що ті, хто хоче спочатку зменшити, а потім відмовитися від куріння, не зроблять спробу різко кинути: як правило, більш економічно ефективно спробувати відмовитися різко, а не робити спочатку спробу зменшення вживання тютюну, а потім відмовитися.

Ніхто не може бути впевненим заздалегідь, що будуть проводитися кампанії ЗМІ, але якщо вона заохотить навіть порівняно невелику кількість людей кинути курити, така кампанія буде економічно ефективною. Більше успішних кампаній будуть надзвичайно економічно ефективними.

Методи надання допомоги вагітним жінкам кинути палити є економічно ефективними, якщо жінки не повернуться до куріння після народження дитини. Недостатньо даних для визначення, чи візити фахівців з відмови від тютюнопаління додому до вагітної жінки були економічно ефективнішими порівняно з відвідуваннями клініки з приводу відмови від куріння, з застосуванням НЗТ або спроби кинути курити без сторонньої допомоги.

Дані польових досліджень

Польові дослідження мали на меті вивчити актуальність, корисність і доцільність впровадження рекомендацій та висновків, розглянутих групою з розробки програми при розробці остаточних рекомендацій. Для отримання додаткової інформації перейдіть до розділу польових досліджень у додатку В і www.nice.org.uk/RN010.

Учасники польових досліджень, які працюють з людьми, які палять та вживають тютюн в інший спосіб, як правило, дуже позитивно налаштовані щодо рекомендацій та потенціалу покращення надання послуг з відмови від куріння і допомоги людям кинути палити. Багато з них стверджували, що рекомендації легко читати і розуміти. Вони також заявили, що ці рекомендації дали їм чітке розуміння цільової популяції і типи відмови від куріння, а також про служби, які є ефективними. Вони привітали той факт, що рекомендації були засновані на доказах.

Трасти первинного рівня медичної допомоги будуть заохочувати осіб, що приймають рішення щодо надання їм ресурсів, необхідних для надання ефективних, чуйних послуг з відмови від тютюнопаління.

Хоча учасники погодилися з тим, що всі працівники охорони здоров'я повинні бути в змозі запропонувати людям короткі консультації з питань відмови від куріння і, при необхідності, направити їх до служб з відмови від тютюнопаління, на думку декого це неможливо у рамках наявних ресурсів. Крім того, деякі медичні працівники, зокрема, персонал лікарень та дантисти, поставили під сумнів цінність залучення їх до коротких втручань і направлень. Проте, практикуючі лікарі, які займаються проблемами відмови від тютюнопаління, вважають, що було б корисним, щоб настанова заохочувала співробітників лікарень надавати консультації з відмови від тютюнопаління і направляти людей до відповідної служби з відмови від тютюнопаління.

Персонал трастів первинного рівня медичної допомоги і практикуючі лікарі, які беруть участь у схемі відмови від тютюнопаління на робочих місцях, сподіваються, що настанова допоможе розширити цю роботу.

Більшість учасників погодилися, що консультанти з відмови від тютюнопаління повинні бути підготовленими і повинні проходити подальше навчання на постійній основі, але відносно мало хто знав, чи навчання, яке вони отримали, узгоджується з національними стандартами.

Додаток 4: Прогалини у доказах

Група з розробки Програми виявила низку прогалин у доказовій базі, пов'язаних з досліджуваними програмами у рамках експертизи, заснованої на оцінці доказів. Ці прогалини викладені нижче.

1. Дані, які рутинно збиралися службами NHS з відмови від тютюнопаління, не особливо корисні в якості засобу для поліпшення послуг. Наприклад, хоча пріоритетом є зменшення поширеності тютюнопаління серед людей в повсякденному житті і серед робітників фізичної праці, інформація про тип роботи працівника не є частиною мінімального набору даних, необхідних для Департаменту охорони здоров'я.
2. Деякі групи, такі, як вагітні жінки, звичайні працівники і робітники фізичної праці, а також люди, які живуть в спеціальних закладах, стикаються з істотними бар'єрами при відмові від куріння. Необхідні подальші дослідження, щоб забезпечити більш повну картину ефективності та економічної ефективності служб з відмови від тютюнокуріння для цих груп. Зокрема, економічна ефективність візитів спеціалістів з відмови від паління додому до вагітних жінок, які курять, повинна бути зіставлена з ефективністю у жінок, які відвідують служби з відмови від куріння, з використанням НЗТ або спробами відмовитися без сторонньої допомоги.
3. Хоча деякі комерційні процедури з приводу відмови від тютюнопаління можуть бути ефективними, мало або немає доказів ефективності з високоякісних порівняльних випробувань.
4. Нові медійні засоби, такі як текстові повідомлення і цифровий медіа-файл (цифровий запис радіо- або телепрограми, які можна скачати з інтернету) потенційно ефективні в наданні персоналізованих порад людям, які курять. Проте, необхідно більше опублікованих доказів їх довгострокового впливу.
5. Необхідна додаткова інформація про вплив повідомлень ЗМІ з відмови від куріння на людей, які курять, вагітних жінок, знедолених чи етнічних меншин.
6. Необхідна додаткова інформація про рентабельність втручань на робочому місці та їх довгострокову ефективність, особливо в контексті поширення обмеження куріння.
7. Необхідна додаткова інформація про довгострокову користь для роботодавців, які надають підтримку у відмові від тютюнопаління на робочому місці.
8. Необхідна додаткова інформація з економічної ефективності використання спеціально підготовлених акушерок для надання консультацій з припинення паління вагітним жінкам, які курять в порівнянні з:
 - візитами до вагітних додому фахівця з відмови від тютюнопаління;
 - візитами до клінік з відмови від тютюнопаління;
 - спробами кинути палити без сторонньої допомоги.

Група прийняла шість рекомендацій для проведення досліджень. Вони зазначені в Розділі 6.

Додаток 5: Документи супроводу

Документи супроводу доступні на сайті NICE (www.nice.org.uk/PH010). До них відносяться наступні.

- Огляди ефективності

- Огляд 1: "Швидкий огляд лікування з приводу відмови від тютюнопаління не в NHS"
- Огляд 2: "Ефективність інтенсивних втручань з приводу відмови від тютюнопаління в національних службах з відмови від тютюнопаління в Англії"
- Огляд 3: "Політика відмови від куріння на робочих місцях."
- Огляд 4: "Огляд ефективності втручань засобів масової інформації, які заохочують спроби кинути курити і зміцнюють поточні і недавні спроби кинути палити."
- Огляд 5: "Вплив телефонних ліній з відмови від куріння."
- Доповідь експерта: «Втручання засобів масової інформації щодо стимулювання і сприяння припиненню куріння.»

- Економічна оцінка

- "Швидкий огляд економічної ефективності лікування з приводу відмови від куріння не Національними службами охорони здоров'я в Англії"
- "Швидкий огляд економічної ефективності лікування з приводу відмови від тютюнопаління службами національної охорони здоров'я в Англії"
- "Швидкий огляд економічної ефективності політики на робочих місцях для припинення куріння в Англії "
- "Швидкий огляд економічної ефективності політики припинення тютюнопаління на робочих місцях в Англії"

- Економічний аналіз

- "Економічна ефективність втручань з припинення куріння."
- "Економічна ефективність втручань з припинення куріння: ЗМІ"
- "Аналіз наслідків вартості втручань з відмови від куріння, призначених для "вагітних жінок."

- Огляди з приводу оновлень настанови ГА 39.

- "Від зменшення до відмови у комбінації з нікотинозамісною терапією у припиненні куріння: систематичний огляд ефективності та економічний аналіз."
- "Клінічна і економічна ефективність нікотинозамісної терапії для нових ліцензійних показань і комбінованої терапії: Резюме кращих доказів."

- Коротка настанова посилань для фахівців, до яких включені представники суспільної охорони здоров'я і для зацікавлених представників громадськості. Вона є також у

публікації NICE 0845 003 7783 або за електронною поштою publications@nice.org.uk і цитата: N1478.

Для отримання інформації про те, як розроблялася настанова NICE див.: "Методи розробки настанови NICE громадської охорони здоров'я: www.nice.org.uk/phmethods.

- "Процес розробки настанови громадської охорона здоров'я: огляд для зацікавлених сторін, включаючи лікарів громадської охорони здоров'я, політиків і громадськість: www.nice.org.uk/phprocess.