Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «6» декабря 2018 года
Протокол №49

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ТАБАКА (ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ)

1. Вводная часть:

1.1. Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	**Название**
F 17	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака.
T65.2	Токсическое действие других и неуточненных веществ. Токсическое действие табака и никотина;
Z71.6	Консультирование и наблюдение по поводу курения
Z72	Употребление табака.

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2018 год.

1.3. Сокращения, используемые в протоколе:

АД	–	артериальное давление
АлТ	–	аланинамитронсфераза
АсТ	–	аспартатаминотрансфераза
в/в	–	внутривенно
в/м	–	внутримышечно
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
МКБ 10	–	Международная классификация болезней
МСР	–	медико-социальная реабилитация
ПАВ	–	психоактивное вещество/психоактивные вещества
ПВ	–	патологическое влечение
ППР	–	психические и поведенческие расстройства
РЭГ	–	реоэнцефалография
УД	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ЦНС	–	центральная нервная система
ЭКГ	–	электрокардиографическое исследование
ЭХО-ЭС	–	эхоэнцефалография

ЭЭГ	–	электроэнцефалография
ТНС	–	тетрагидроканнабинол
РКИ	–	Рандомизированое клиническое исследование
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
СО	–	Окись углерода
ХОБЛ	–	Хроническая Обструктивная Болезнь Легких
ТТМ	–	Транстеоретическая Модель
КПТ	–	Когнитивно-Поведенческая Терапия
МИ	–	Мотивационное Интервью
РК	–	Республика Казахстан
НЗТ	–	Никотин-заместительная терапия

1.4. Пользователи протоколов: врачи общей практики, терапевты, пульмонологи, кардиологи, психиатры, токсикологи, врачи скорой медицинской помощи, наркологи, психотерапевты, психологи.

1.5. Категория пациентов: взрослые и дети.

1.6. Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7. Определение:

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака – комплекс психических и поведенческих симптомов, вызываемых пристрастием к табаку, содержащему никотин [1].

Табачная зависимость является пристрастием к табаку, вызываемым наркотиком никотином. Курильщик, страдающий табачной зависимостью, не может прекратить потребление табака, несмотря на то, что это наносит ему/ей вред. Доказано, что вдыхаемый никотин является наркотиком, способным вызвать зависимость такой же силы, как героиновая или кокаиновая·[2].

1.8. Клиническая классификация [1]:

Классификация курительного статуса:

– Некурящий - человек, который выкурил менее 100 сигарет за свою жизнь (или 100 граммов табака, в случае курения трубки, сигар и других табачных изделий)

– Ежедневный курильщик - человек, который курит ежедневно, по крайней мере, на протяжении трех месяцев.

– Случайный курильщик - человек, который курил, но не ежедневно.

– Бывший курильщик - человек, который прекратил курение, по крайней мере на шесть месяцев [3].

По типу потребляемых табачных изделий:

- потребители сигарет;
- потребители сигар;
- потребители трубок;
- потребители кальянов;
- потребители электронных сигарет;
- потребители перорального табака.

Стадии табачной зависимости:

1-я стадия – психологическая зависимость;

2-я стадия – стадия психической зависимости и физического влечения;

3-я стадия – пристрастное курение.

По степени тяжести табачной (никотиновой) зависимости:

- очень слабая
- слабая
- средняя
- высокая
- очень высокая.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические критерии

Синдром острой интоксикации:

Жалобы: головокружение, головная боль, тошнота, рвота, диарея, боль в грудной клетке, кашель, гиперсаливация, потливость, боли в животе, дрожь, подергивание мышц, сердцебиение, судороги, слабость, урежение сердцебиения, чувства «замирания сердца», сонливость, затруднение дыхания.

анамнез: эпизод употребления табака с помощью курения (различные приспособления), возможно нахождение в задымленном помещении, контакт с никотином через слизистые ротовой полости, носа, глаз, ЖКТ.

физикальное обследование:

психический статус: возбуждение, лабильность настроения, раздражительность, тревога, страх, подавленный фон настроения, трудность в сосредоточении

внимания, рассеянность, легкая истощаемость, психомоторное возбуждение, сменяется психомоторной заторможенностью,
соматовегетативный и неврологический статус: тремор, гипертензия, сменяется гипотензией, тахикардия, сменяется брадикардией, сердечные аритмии, бледность кожных покровов, атаксия, рвота, мышечные подергивания, судороги [4].

Синдром употребления с вредными последствиями:

жалобы: могут отсутствовать длительно при эпизодическом употреблении табака, могут быть указания на головную боль, кашель в утреннее время, чувство першения, нарушение гигиены полости рта, изменение тембра голоса (особенно у женщин).

анамнез: длительное эпизодическое нерегулярное употребление табака (в среднем менее 10 сигарет в сутки) путем курения, в том числе при нахождении в помещении с табачным дымом.

физикальное обследование:

психический статус: перепады настроения, раздражительность, утомляемость, истощаемость внимания;
соматовегетативный и неврологический статус: неустойчивость пульса, аритмии, при присоединении сопутствующей патологии дыхательной системы соответствующие объективные симптомы (кашель, появление мокроты) [5].

Синдром зависимости:

жалобы: навязчивые мысли (влечение, тяга) к употреблению табака, раздражительность, сниженное настроение, тревога, расстройства сна, сны табачного содержания, утрата контроля над приемом табака, рост потребности в дозе табака, увеличение количества выкуриваемых сигарет снижение познавательных функций, трудность в сосредоточении внимания, потеря интереса к обычным событиям и объектам из жизни в пользу потребления табака, появление симптомов отмены при прекращении приема табака, кашель, одышка, отделение мокроты, першение в горле.

анамнез: сведения о систематическом употреблении табака, сведения о сформированной зависимости от табака, нарушенная способность контролировать прием табака, снижение эффекта от первоначальных доз, состояние отмены, стойкое употребление табака вопреки ясным доказательствам вредных последствий, в период воздержания от табака при сформированной зависимости в различные промежутки времени (от нескольких часов) манифестация симптомов отмены.

физикальное обследование:

психический статус: астения, вялость, пассивность, дистимия, эмоциональная лабильность, патологическое влечение (раздражительность, неусидчивость, психомоторное возбуждение, дисфория);
соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, лабильность артериального давления, кашель, одышка, при присоединении патологии бронхо-легочной системы хрипы над легкими, тусклые волосы [6].

Синдром отмены:

жалобы: общее беспокойство, выраженное желание приема табака, тревожность, трудность с концентрацией внимания, головная боль, раздражительность, боль в грудной клетке, одышка, бессонница, неприятные ощущения в теле, тошнота, запор, метеоризм, кашель, потливость, боли в горле, подъем аппетита, прибавка в весе.

анамнез: сведения о регулярном употреблении табака, сведения о прекращении

потребления минимум в ближайшие полчаса (зависит от толерантности); **физикальное обследование:** психический статус: психомоторное возбуждение, тревога, раздражительность, неусидчивость, сменяется выраженной слабостью, лабильный аффект, снижение концентрации внимания, утомляемость; соматовегетативный и неврологический статус: тахикардия, сосудистая и мышечная гипертензия, тремор, подергивания отдельных мышечных пучков, потливость [7].

Лабораторные исследования (для всех вышеуказанных синдромов):
общий анализ крови: возможно изменение лейкоцитарной формулы воспалительного генеза в результате токсического действия табака на слизистые дыхательных путей;
биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);
иммунохроматографический тест на определение котинина, определение окиси углерода в выдыхаемом воздухе.

Инструментальные исследования (для всех вышеуказанных синдромов):
Рентгенография органов грудной клетки: изменения воспалительного генеза в результате токсического действия табака на слизистые дыхательных путей;
ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ, УЗИ: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей соматической патологии;
Эхо-КГ, ЭКГ: ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца.

Дополнительное обследование: экспериментально-психологическая диагностика для определения степени когнитивного снижения (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, Тест Фагеррстрема (приложение 1).

Показания для консультации специалистов (для всех вышеуказанных синдромов):
консультация терапевт: при наличии соматической патологии;
консультация кардиолога при патологии сердечно-сосудистой системы;
консультация невропатолога при выявлении патологии со стороны нервной системы;
психотерапевт: при нестабильных психоэмоциональных состояниях, при определении показаний на прохождение психотерапевтической реабилитации, когнитивно-поведенческой терапии;
пульмонолог: при наличии патологии системы органов дыхания;
онколог: при подозрении на онкопатологию;
стоматолог: при выявлении патологии зубов и ротовой полости;
акушер-гинеколог: при наличии беременности/при выявлении патологии репродуктивных органов;
оториноларинголог: при выявлении патологии ЛОР органов.
Физиотерапевт: при определении показаний для физиолечения.

2.1 Диагностический алгоритм

Тест Фагеррстрема для оценки степени никотиновой зависимости у людей, курящих табак

№	Вопрос	Ответ	Баллы
1	Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течении первых 5 минут	3
		В течени 6-30 минут	2
2	Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах где курение запрещено?	Да	1
		Нет	0
3	От какой сигареты сигареты Вам труднее всего отказаться?	От первой с утра	1
		От любой другой	0
4	Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
		11-20	1
		21-30	2
		31 и более	3
5	Вы курите в первые утренние часы чаще, чем в другое время суток?	Да	1
		Нет	0
6	Вы курите даже если Вы больны и вынуждены лежать в постели большую часть дня?	Да	1
		Нет	0

Коэффициент Фагерсрема:

0-3 балла	Если Вы набрали менее 4 баллов, Вам вероятно удастся бросить курить не прибегая к медикаментозным средствам. Не откладывайте этот шаг на завтра!
4-6 баллов	Если Вы набрали от 4 до 7 баллов Вашу зависимость от никотина можно оценить как среднюю. Собрав всю свою силу воли Вы вполне способны бросить курить.
7-10 баллов	Если Вы набрали более 7 баллов у Вас высокая степень зависимости от никотина. Вы и Ваш врач должны подумать об использовании медицинских средств для того, чтобы помочь Вам бросить курить.

- сильное желание курить,
- затруднения в контроле количества потребляемого табака,
- развитие симптомов отмены при сокращении или прекращении
- потребления табака,
- продолжение потребления, несмотря на очевидные вредные последствия,
- приоритет курения по отношению к другим видам деятельности,
- высокая толерантность,
- развитие физических симптомов отмены табака

3 из 7 критериев на протяжении 12 месяцев

- количество попыток прекращения курения в прошлом,
- самый длительный период воздержания от курения,
- ранее проводившееся лечение по прекращению курения, и то, что включало в себя это лечение,
- любые данные о развитии в прошлом симптомов отмены,
- любые факторы риска рецидива,
- положительные моменты, отмеченные в период воздержания

Анамнестическая оценка

2.2. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований – врач психиатр-нарколог амбулаторно-поликлинической службы и стационара.

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением синтетических каннабиноидов (F12)	Частое употребление синтетических каннабиниодов («спайсов») в виде курительных смесей, представляющих собой табак или листья аптечных растений с напыленным на них экстрактом психоактивного вещества	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), иммунохимический анализ	-положительный результат иммунохимического анализа на группу JWH и AM в период «диагностического окна» - до 6 часов от потребления психоактивного вещества; -чаще всего синтетические каннабиниоды употребляются путем курения и кроме запаха табака имеют специфический запах «горелой пластмассы»; -ускоренное формирование синдрома зависимости (в течение нескольких месяцев) при потреблении синтетических каннабиноидов; -наличие выраженные симптомов стимуляции ЦНС и психотических эпизодов в структуре абстиненции от синтетических каннабиниодов
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением стимуляторов , в том числе синтетических (F15)	Частое употребление синтетических катинонов («солей для ванн») в виде курительных смесей, представляющих собой табак или листья аптечных растений с напыленным на них экстрактом психоактивного вещества	Жалобы, анамнез, физикальное обследование (динамическая оценка психического статуса), иммунохимический анализ	- потребление стимуляторов «запойным» способом; - в интокискации инициальный период с выраженной стимуляции, в том числе вегетативной системы при потреблении стимуляторов; - более быстрое развитие синдрома зависимости с выраженным влечением к веществам при приеме стимуляторов; - обязательное наличие синдрома отмены в рамках зависимости от стимуляторов с четкой фазностью;

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

3.1 Немедикаментозное лечение

- режим общий;
- диета – стол №15.

Цели лечения

– Прекращение потребления табака
– Лечение табачной зависимости после прекращения потребления табака
– Профилактика рецидива

Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:

Ключевые компоненты успешного прекращения потребления табака (ремиссии) представляют собой сочетания лечебного просвещения, поведенческой поддержки и фармакотерапии [8, 9].

- **Лечебное просвещение**.

В клинических условиях, для работы по проблеме потребления табака рекомендуются пять стратегий. Эти стратегии, известные как Алгоритм «5А» [10]:

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

- **Поведенческая поддержка**

Определение поведенческих причин курения, долгосрочные и непосредственные факторы стимуляции курения.

Повышение мотивации к прекращению курения и уменьшите страха перед прекращением курения и переходом в статус некурящего.

Работа над эмоциональным состоянием.

- **Психологическая поддержка для прекращения курения.**

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

Когнитивно – поведенческая терапия (СВТ-КПТ)

КПТ должна быть включена в планирование всех видов медицинских мероприятий для прекращения курения, в качестве эффективного метода, который способствует увеличению показателя успешного прекращения курения (уровень научной обоснованности В).

Два вида консультирования и поведенческой терапии приводят к более высоким показателям воздержания: (1) обеспечение курильщиков практическим консультированием (навыки решения проблем/обучение навыкам), и (2) обеспечение поддержки и стимулирования, как часть лечения (уровень научной обоснованности В).

Эти элементы консультирования должны быть включены в мероприятия по прекращению курения (уровень научной обоснованности В).

Мотивационное интервью (МИ)

Мотивационное интервьюирование или его варианты, широко используемые в

качестве методик консультирования (уровень научной обоснованности В).
Дополнительные методы: аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики, релаксационные техники, самомассаж.

3.2 Медикаментозное лечение:
Включает коррекцию поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде, противорецидивную терапию обострений влечения к употреблению табака.
Две категории лекарственных средств показаны для прекращения курения: лекарства первой линии и лекарства второй линии [11–14]. Показана эффективность лекарств первой линии для лечения табачной зависимости, они имеют более высокий уровень безопасности и одобрены Европейским агентством по лекарствам (EMEA).
Лекарства первой линии должны быть первым выбором для каждого врача, проводящего лечение никотиновой зависимости. Три категории лекарств утверждены для прекращения курения и считаются лекарствами первой линии, они включают следующие: никотин-заместительную терапию, варениклин, бупропион (не зарегистрирован для применения в РК) [11–14].
К препаратам второй линии, рекомендованным для прекращения курения, относят лекарства, эффективность которых доказана, но в меньшей степени, чем в случае лекарств первой линии, или же они не имеют одобрения EMEA для лечения табачной зависимости, или есть подозрения в наличии больших побочных эффектов, по сравнению с препаратами первой линии. Пепараты второй линии рекомендуют в тех случаях, когда лекарства первой линии не могут быть использованы по различным причинам (недостаточная эффективность, противопоказания и т.д.).
К лекарствам второй линии, рекомендуемым для прекращения курения, относят частичные антагонисты рецепторов никотина, антидепрессанты, нормотимики.
Никотин-заместительная терапия доступна в форме трансдермальных препаратов (пластырей), в форме для перорального приема (жевательная резинка, пастилки, подъязычные таблетки, ингаляторы) и, в некоторых странах, в форме назального спрея. В настоящее время, дозировка является более гибкой, фиксированные дозировки используются редко, и, в основном, для увеличения дозы никотина, достигающей уровня никотина, получаемого из сигарет, используются сочетания пластыря и пероральных препаратов для НЗТ [15].
Варениклин является частичным агонистом alpha4 beta2 никотиновых рецепторов, используется в качестве монотерапии для прекращения курения. Показано, что его эффективность, по сравнению с плацебо, выше по сравнению с другими монотерапиями первой линии. Эффективность лечения варениклином такая же, как и комбинированной никотин-заместительной терапии в высоких дозах [16, 17].

- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Лекарственная группа	**Международное непатентованное наименование ЛС**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Средство для лечения	Варениклин	Таблетки 0,5 мг и 1 мг внутрь: 1-3-й день 0,5 мг 1	УД-В [16, 17].

никотиновой зависимости		раз в сутки; 4-7-1 день 0,5 мг 2 раза в сутки; с 8-го дня до конца лечения 1 мг 2 раза в сутки.	
Средство для лечения никотиновой зависимости	Цитизин	Таблетки 1,5 мг внутрь: 1-3-й день до 6 таблеток в день; 4-12 день до 5 таблеток в день; 13-16-й день до 4 таблеток в день; 1 7 -20-й день до 3 таблеток в день, 21-25 день 1-2 таблетки в день, после чего прием препарата прекращают.	УД-D [13, 18]

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение:

- пациента осуществляется согласно группам динамического наблюдения в соответствии с действующим законодательством.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- воздержание от употребления ПАВ;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента;
- катамнестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: не требуется

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: не требуется.

6. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

- полное воздержание от употребления табака;
- улучшение и стабилизация физического и психического здоровья;
- нормализация социально-психологического статуса пациента;
- катамнестические сведения, подтверждающие воздержание и ремиссию.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

7.1. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Садвакасова Гульмира Амиргалиевна – кандидат медицинских наук, старший врач филиала РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» г. Павлодар.

2) Кисина Маржан Шамшиденовна – руководитель организационно-методического кабинета филиала РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» г. Павлодар.

3) Прилуцкая Мария Валерьевна – врач психиатр – нарколог, преподаватель кафедры специальных дисциплин Павлодарского филиала РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет г. Семей».
4) Гуляев Александр Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, клинический фармаколог, главный эксперт Управления фармакологической экспертизы РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

7.2. **Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

7.3. Рецензенты: Каражанова Анара Серикказыевна – доктор медицинских наук, врач нарколог высшей категории, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии наркологии АО «Медицинский университет Астана».

7.4. **Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

7.5. **Список использованной литературы:**

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
3. ENSP guidelines for treating tobacco dependence. 2016. http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf
4. Department of Health, Western Australia. Clinical guidelines and procedures for the management of nicotine dependent inpatients. Perth: Smoke Free WA Health Working Party, Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia; 2011
5. Aseem Mishra, Pankaj Chaturvedi, Sourav Datta, Snita Sinukumar, Poonam Joshi, and Apurva Garg Harmful effects of nicotine // Indian J Med Paediatr Oncol. 2015 Jan-Mar; 36(1): 24–31
6. Klinsophon T1, Thaveeratitham P2, Sitthipornvorakul E1, Janwantanakul P1. Effect of exercise type on smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. //BMC Res Notes. 2017 Sep 6;10(1):442
7. Klinsophon T1, Thaveeratitham P2, Sitthipornvorakul E1, Janwantanakul P1. Effect of exercise type on smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. // BMC Res Notes. 2017 Sep 6;10(1):442
8. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008
9. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
10. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.

11. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
12. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77].
13. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
14. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. Arch Intern Med 2009;169:2148-55.
15. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.:
16. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
17. King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials, Neuropsychopharmacology 2012;37:641–650.
18. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. J Smoking Cessation. 2008;3(1):57-62.

Приложения 1.

Тест Фагеррстрема для оценки степени никотиновой зависимости у людей, курящих табак		
Вопрос	Ответ	Баллы
Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течении первых 5 минут	3
	В течени 6-30 минут	2

Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты сигареты Вам труднее всего отказаться?	От первой с утра	1
	От любой другой	0
Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
Вы курите в первые утренние часы чаще, чем в другое время суток?	Да	1
	Нет	0
Вы курите даже если Вы больны и вынуждены лежать в постели большую часть дня?	Да	1
	Нет	0

Коэффициент Фагеррсрема:	
0-3 балла	Если Вы набрали менее 4 баллов, Вам вероятно удастся бросить курить не прибегая к медикаментозным средствам. Не откладывайте этот шаг на завтра!
4-6 баллов	Если Вы набрали от 4 до 7 баллов Вашу зависимость от никотина можно оценить как среднюю. Собрав всю свою силу воли Вы вполне способны бросить курить.
7-10 баллов	Если Вы набрали более 7 баллов у Вас высокая степень зависимости от никотина. Вы и Ваш врач должны подумать об использовании медицинских средств для того, чтобы помочь Вам бросить курить.