

МЕРЫ ПОМОЩИ В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.С. Бережнова*

Санкт-Петербургская Государственная Химико-Фармацевтическая Академия.
197022, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 14

Меры помощи в отказе от курения в зарубежных клинических рекомендациях по лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

М.С. Бережнова*

Санкт-Петербургская Государственная Химико-Фармацевтическая Академия. 197022, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 14

Представлен обзор зарубежных рекомендаций, включающих меры помощи в отказе от курения. Особое внимание уделено рекомендациям по лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Имеется много методов по отказу от курения, включая современные медикаментозные средства, и их выполнение целесообразно на всех этапах оказания медицинской помощи кардиологическим пациентам.

Ключевые слова: отказ от курения, клинические рекомендации, сердечно-сосудистые заболевания.

РФК 2011;7(4): 510-515

Methods of assistance for smoking cessation in international clinical recommendations for treatment and prevention of cardiovascular disease

M.S. Berezhnova*

St. Petersburg State Chemical and Pharmaceutical Academy. Professora Popova ul. 14, St.-Petersburg, 197022 Russia

A review of international recommendations, including methods to assist in smoking cessation is presented. Particular attention is paid to the recommendations for treatment and prevention of cardiovascular disease. There are a lot of approaches to drop smoking including innovative pharmacotherapy. Implementation of these approaches is rational at all steps of health care for cardiovascular patients.

Key words: smoking cessation, clinical guidelines, cardiovascular diseases.

Rational Pharmacother. Card. 2011;7(4):510-515

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): mentha@inbox.ru

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают занимать первое место среди причин смерти в индустриально развитых странах. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), от ССЗ ежегодно умирают 17 млн человек, что составляет не менее 1/3 всех смертей [1]. Наиболее значимыми формами сердечно-сосудистой патологии с позиций заболеваемости и смертности являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инсульт, так как именно с ними связано более чем 70% всех смертей сердечно-сосудистого генеза. К 2020 г. ИБС и инсульт станут ведущей причиной смерти и инвалидности во всем мире, причем число смертей от ИБС достигнет 20 млн, а к 2030 г. — 24 млн [2-4].

В структуре смертности и инвалидизации населения Российской Федерации (РФ) ССЗ по-прежнему остаются одними из наиболее распространенных и занимают первое место. Смертность от ССЗ стабильно составляет 57%, причем почти 20% из этого числа умирают в трудоспособном возрасте. По данным ВОЗ, за период 2005-2015 гг. потеря ВВП в РФ из-за прежде-

временных смертей от сосудистых причин может составить около 8 трлн руб [2,4]. Несмотря на ряд принятых государством мер как по контролю артериальной гипертензии (АГ), так и по внедрению высокотехнологичной помощи при ИБС и больших финансовых вложений, ситуация по сердечно-сосудистой патологии остается достаточно напряженной [5,6].

До 75% случаев смерти у пациентов с ИБС обусловлено влиянием нескольких модифицируемых факторов риска, таких как АГ, гиперхолестеринемия, курение или их комбинации [7]. Курение широко распространено среди больных с сердечно-сосудистой патологией. В российском многоцентровом исследовании ОСКАР было показано, что курят 54,5% мужчин и 8,8% женщин с высоким риском преждевременной сердечно-сосудистой смерти [8]. Несмотря на высокий риск смерти, через 1 год после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) к пагубной привычке курения возвращаются до 80% больных. Не менее 25% пациентов с АГ также не отказываются от курения [9]. По данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака, проведенного в 2009 г. ВОЗ в России, менее трети курильщиков (31,8%), побывавших на приеме у медицинского работника в течение последних 12 мес до опроса, сообщили о том, что медицинский работник посоветовал им бросить курить [10].

Сведения об авторе:

Бережнова Мария Сергеевна — младший научный сотрудник СПХФА

Вместе с тем, исследования, проведенные в США в период с 1980 по 2000 гг., продемонстрировали двукратное снижение смертности от ИБС, обусловленное на 24,2% уменьшением в популяции среднего уровня общего холестерина (ХС) в крови в результате немедикаментозного воздействия и на 11,2% успешной борьбой с курением, а выполнение аортокоронарного шунтирования и стентирования венечных сосудов сердца снизило смертность всего лишь на 8% [11].

В мире имеются достаточно убедительные примеры снижения распространённости курения. Так, в США в настоящее время курит 20,8% взрослых, а в 60-х годах XX века их было 44%, т.е. распространённость курения сократилась более чем в 2 раза. В 1965 г. число курильщиков в 3 раза превышало число прекративших курить, сегодня же число бывших курильщиков превышает число курящих [12]. Важно, что уменьшается распространённость курения и среди пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. По данным исследования EUROASPIRE I–III, распространённость курения в европейских странах среди пациентов особо высокого риска с ишемической болезнью сердца сократилась за 10 лет на 10%, хотя она и исходно была в 3 раза ниже, чем в России [13].

Успешные результаты различных стран по снижению распространённости курения среди пациентов с ССЗ можно объяснить наличием чётких клинических рекомендаций для медицинских работников по оказанию помощи курящим пациентам. Информационное наполнение и доступность рекомендаций для практикующих врачей оказывают положительное влияние на качество оказания медицинской помощи. Так, например, результаты пилотного проекта Американской Ассоциации Сердца (American Heart Association – АНА) по улучшению мер вторичной профилактики ИМ у больных ИБС (2004) продемонстрировали существенное усиление мер по контролю за сердечно-сосудистым риском. В данной программе была использована модель комплексного системного сотрудничества медицинской общественности. В результате данной программы частота рекомендаций врачей по отказу от курения выросла с 53% до 88% ($p < 0,05$), частота назначения гиполипидемической терапии при выписке увеличилась с 54% до 78% ($p < 0,05$), и частота направлений на сердечно-сосудистую реабилитацию выросла от 33% до 73% ($p < 0,05$) за 1-летний период [14]. Таким образом, клинические рекомендации медицинских сообществ являются ключом к повышению клинической эффективности и созданию государственных программ по улучшению качества оказания медицинской помощи [9]. Основная цель данного обзора – анализ зарубежных клинических рекомендаций на предмет включения мер по отказу от курения, а также объёмов мероприятий по отказу от курения, рекомендованных для

клинической практики.

В мировом практическом здравоохранении существуют различные виды рекомендаций для медицинских работников по снижению распространённости курения. Их можно разделить на 2 большие группы:

- Общие рекомендации – руководства, описывающие общие принципы медицинской помощи в отказе от табака.
- Специальные рекомендации – разделы, посвящённые работе с курящими пациентами, включённые в специализированные рекомендации по лечению и профилактике заболеваний, связанных с курением (обструктивные заболевания лёгких, ИБС, инсульт и др.).

Общие рекомендации

Общие рекомендации включают поведенческие и фармакологические методики работы с пациентами, данные об эффективности затрат на оказание помощи в отказе от курения, рекомендации по организации программ для курящих пациентов на различных этапах оказания медицинской помощи (амбулаторный, стационарный, реабилитация и др.). Этот вид рекомендаций предназначен для всех участников системы здравоохранения: врачей различных специальностей, среднего медицинского персонала, администраторов здравоохранения, работников аптек, страховых компаний.

Анализ систем помощи в отказе от курения в здравоохранении 45 стран (в их числе РФ), проведённый британскими исследователями в 2007 г., показал, что специальные руководства по организации помощи в отказе от курения на государственном уровне существуют лишь в половине стран-участников анализа. В качестве источников информации для рекомендаций почти все страны используют базы данных клинических исследований Кокрановского сообщества (<http://www.cochrane.org/>). За основу более чем половины существующих рекомендаций приняты руководства США и Великобритании. До 48% рекомендаций содержат сведения о фармакоэкономических аспектах медицинской помощи в отказе от табака. В большинстве стран работа врачей с курящими пациентами по снижению распространённости курения входит в их основную обязанность и не финансируется дополнительно со стороны Государства за исключением расширенных консультаций в специальных центрах по отказу от курения [15].

Наиболее часто в качестве базового в литературе упоминаются рекомендации США «Лечение употребления табака и табачной зависимости. Клиническое практическое руководство». Последний пересмотр данной директивы состоялся в 2008 г. [12].

В данном Руководстве обобщён передовой международный опыт по организации помощи в отказе от курения со стороны системы здравоохранения.

Таблица 1. Классы доказательности

Класс рекомендаций	Определение
Класс I	Имеются достоверные доказательства и (или) единое мнение экспертов о том, что данный вид лечения полезен и эффективен
Класс II	Доказательства полезности и эффективности данного вида лечения противоречивы
Класс IIa	Большая часть доказательств или мнений склоняется в пользу полезности (эффективности) данного вида лечения
Класс IIb	Меньшая часть доказательств или мнений склоняется в пользу полезности (эффективности) данного вида лечения
Класс III	Имеются достоверные доказательства и (или) единое мнение экспертов о том, что данный вид лечения бесполезен, неэффективен, а в некоторых случаях может быть вреден

Цель руководства — обеспечить всем курящим пациентам оказание качественной медицинской помощи в отказе от курения, основанной на принципах доказательной медицины, а также сообщить о новых эффективных методах лечения табачной зависимости. В процессе подготовки рекомендаций было проанализировано свыше 8 700 научных статей. В этих и других подобных зарубежных рекомендациях для оценки различных вмешательств используются классы доказательности представленные в табл. 1 [12, 16].

Рекомендации США включают 10 ключевых принципов оказания помощи в отказе от курения:

1. Табачная зависимость — хроническое заболевание, которое часто требует повторного вмешательства и многократных попыток отказа от курения. Существует эффективное лечение, которое многократно увеличивает долгосрочные показатели воздержания от курения.

2. Важно, чтобы все участники процесса здравоохранения последовательно выявляли курильщиков и предлагали помощь всем курящим пациентам на всех этапах лечения.

3. Врачи должны поощрять каждую попытку пациента отказаться от курения путём консультирования и фармакологической помощи.

4. Короткий совет пациенту «Бросить курить» эффективен.

5. Эффективны индивидуальные, групповые и телефонные консультации, их эффективность возрастает с увеличением интенсивности.

6. Существуют эффективные лекарственные препараты для лечения табачной зависимости, врачам рекомендуется использовать фармакотерапию во всех случаях, за исключением противопоказаний. Рекомендованы 7 препаратов первой линии терапии: 5 никотин-содержащие (пластырь, жевательная резинка, на-

зальный спрей, ингалятор, пастилка) и 2 не содержащих никотин [варениклин, бупропион СР (в РФ не зарегистрирован [17])].

7. Комбинация консультаций и фармакотерапии более эффективна, чем отдельные вмешательства.

8. Эффективны телефонные линии помощи в отказе от курения, и медицинские работники должны информировать пациентов о наличии такого вида помощи.

9. Если пациент в настоящий момент не желает отказываться от курения, медицинские работники должны повышать мотивацию каждого курящего пациента, используя устный совет.

10. Лечение табачной зависимости эффективно и высокоэффективно относительно других видов лечения. Страховые компании должны включать этот вид помощи в страховые программы.

В качестве базовой методики работы с фактором риска «Курение» у различных пациентов рекомендации США предлагают использовать стратегию 5А:

1. Ask: спросить каждого пациента о курении. Выявлять курильщиков на каждом визите и заносить данные о них в медицинскую документацию.

2. Advise: посоветовать прекратить курить. Дать пациенту понять, что бросить курить при его заболевании — необходимо.

3. Assess: оценить желание пациента бросить курить. Желает ли пациент сейчас бросить курить?

4. Assist: помочь бросить курить тем, кто желает. Если пациент хочет бросить курить, оказать ему медикаментозную и психологическую помощь.

5. Arrange: поддержать пациента, который прекратил курить, во время последующих встреч.

Предполагается, что использование данной стратегии может занять у врача около 3 мин времени во время основного приёма и при этом будет эффективно.

Специальные рекомендации

За рубежом также используются различные клинические рекомендации по лечению и профилактике ССЗ. Как правило, в отношении сердечно-сосудистого риска используют рекомендации по первичной и вторичной профилактике. При этом фактору риска «Курение» во всех руководствах уделено значительное внимание и ведущее место. Отказ от курения рекомендуют всем пациентам с любым уровнем сердечно-сосудистого риска, на каждом этапе лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Особенное внимание во многих рекомендациях уделено периоду госпитализации, когда пациент находится в благоприятных условиях для отказа от курения [15, 18].

Обзор зарубежных рекомендаций по лечению и профилактике ССЗ представлен в табл. 2.

Таблица 2. Зарубежные рекомендации по лечению и профилактике ССЗ

Год пере- смотра	Организация	Страна	Название	Рекомендованные меры	Целевые значения	Класс доказа- тельности
2007	ESC	Европа	Европейские рекомендации по сердечно-сосудистой реабилитации и профилактике [19]	Оценка статуса курения должна быть выполнена при любой возможности. Отказ от курения после ИМ — самая эффективная из всех профилактических мер. Рекомендована стратегия 5А. Оправданно применение как групповой, так и индивидуальной поведенческой терапии. Помощь в отказе от курения должна включать поведенческие, фармакологические и социальные методики. Всем пациентам показана медикаментозная терапия: НЗТ, бупропион, варениклин	Отказ от курения обязателен для ВСЕХ курящих независимо от возраста, стажа курения	1B
2010	ESC	Европа	Рекомендации по реваскуляризации миокарда [20]	Контроль статуса курения при каждом контакте с пациентом. Защита пациентов от пассивного курения. Обязательная медикаментозная терапия: ABCDE — мнемоническое правило фармакотерапии для снижения суммарного сердечно-сосудистого риска, где С — контроль холестерина и помощь в отказе от курения	Полный отказ от курения для всех курящих пациентов	1B
2008	ESC	Европа	Рекомендации по ведению пациентов с ОИМ с устойчивым подъёмом сегмента ST [21]	Отказ от курения является самой эффективной мерой вторичной профилактики, поэтому необходимо сосредоточить усилия на помощи пациентам в отказе от курения. Нахождение в стационаре в острый период и период реабилитации после ИМ — благоприятный период для отказа от курения. Меры по отказу от курения должны быть включены в протокол ведения пациентов ОИМ с подъёмом ST в каждом стационаре. Медикаментозная терапия: НЗТ, бупропион. Также эффективны программы поддержки для пациентов со стороны среднего мед. персонала		1B
2009	ANA	США	Рекомендации по проведению ЧКВ [22]	5А, фармакотерапия	Полный отказ от курения обязателен для всех курящих пациентов	1B
2007	ANA	США	Рекомендации по ведению пациентов со стабильной стенокардией [23]	5А, фармакотерапия	Полный отказ от курения обязателен для всех курящих пациентов	1B
2009	ANA	США	Рекомендации по ведению пациентов с ИМ с подъёмом сегмента ST [24]	5А, фармакотерапия	Полный отказ от курения обязателен для всех курящих пациентов	1B
2009	ACCF/ANA	США	Рекомендации по ведению больных с нестабильной стенокардией / ИМ без подъёма ST [25]	5А, фармакотерапия (НЗТ, бупропион, варениклин). Если курят родственники пациента, с ним также необходимо провести беседу	Полный отказ от курения обязателен для всех курящих пациентов	1B
2011	ANA/ASA	США	Рекомендации по профилактике инсульта у пациентов с перенесённым инсультом и транзиторной ишемической атакой [26]	Все медицинские работники должны настоятельно советовать каждому курящему пациенту с инсультом или ТИА, бросить курить, некурящим — избегать воздействия табачного дыма. Меры помощи в отказе от курения: консультирование, НЗТ и таблетированные лекарственные препараты для отказа от курения прекращения курения	Полный отказ от курения для всех пациентов	IIa, B

Год пере- смотра	Организация	Страна	Название	Рекомендованные меры	Целевые значения	Класс доказа- тельности
2011	ASA	США	Рекомендации по первичной профи- лактике инсульта [27]	5А, фармакотерапия	Полный отказ от курения для всех пациентов	IB
2009	Министерство здравоохра- нения	Новая Зеландия, Австралия	Справочник-руко- водство по сердечно- сосудистым заболева- ниям [16]	У всех пациентов с ССЗ необходима оценка статуса курения (в том числе у бывших куриль- щиков). Отказ от курения обеспечивает сниже- ние ССР в любом возрасте. Всем пациентам с любым уровнем ССР отказ от курения обяза- телен. Сокращение потребления сигарет – недопустимая стратегия. Всем курящим с любым уровнем ССР показана медикамен- тозная терапия (НЗТ, варениклин, бупропион). Представлено полное описание особенностей разных видов медикаментозной терапии для отказа от курения. В первые 2 нед после острого сердечно-сосудистого события назначение НЗТ допустимо только по согласованию с врачом. О возможности применения варениклина в острый период ИМ данные отсутствуют. Для работы с пациентами используют стратегию ABC. А (Ask) – спросить курит ли пациент или курил в прошлом. В (Brief advice) – всем курящим дать устный совет прекратить курить. С (cessation support) – всем, кто нуждается, оказать поддержку в отказе от курения. Этот подход необходимо повторять при каждой встрече с пациентом. При отказе от курения возможно увеличение веса на 4-5 кг, но польза отказа от курения существенно превышает риск от набора веса. Пациентам должна быть рекомендована диета	Полный отказ от курения для всех пациентов	Нет данных

ESC /European Society of Cardiology – Европейское общество кардиологов; ASA/American Stroke Association – Американская Ассоциация Инсульта; AHA/American Heart Association – Американская Ассоциация Сердца; ACCF/American College of Cardiology Foundation – Фонд Американской Коллегии Кардиологии; НЗТ – никотин-заместительная терапия; ССР – сердечно-сосудистый риск; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ОИМ – острый инфаркт миокарда; ТИА – транзиторная ишемическая атака

Заключение

Учитывая значительные успехи в снижении рас-пространённости курения у пациентов с высоким уровнем сердечно-сосудистого риска, зарубежные медицинские сообщества осуществляют непрерывный анализ эффективности различных вмешательств с целью оптимизации, в первую очередь экономических затрат на профилактические программы здравоохранения. В марте 2011 г. АНА представила вниманию медицинского сообщества обновлённые рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. В рекомендациях отмечено особое значение курения как фактора риска ССЗ у женщин, а также приведены данные недавнего исследования, показавшего, что половина акушеров-гинекологов и одна треть опрошенных терапевтов в США не знали, что употребление табака является основной причиной ИМ у молодых женщин. Наиболее эффективными мерами по отказу от курения названы комплексные междисциплинарные ин-

терактивные программы, включающие обратную связь с пациентами. По данным этого анализа, обеспечение медицинской помощи в отказе от курения рентабельно для женщин любого возраста с ССЗ [28].

Представленный в статье опыт работы специалистов ряда зарубежных стран при некотором отличии в подходах к организации работы по лечению табачной зависимости в целом еще раз продемонстрировал актуальность решения вопроса по включению подробной информации об эффективных мерах оказания помощи курящим пациентам во все клинические рекомендации по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Однако требуется адаптация зарубежных клинических рекомендаций к местным условиям и приспособление стратегий доказательной медицины к различным местным факторам, характерным для лечебного учреждения или типа медицинской практики.

Литература

- Cardiovascular disease. WHO Fact Sheet. January 2011; Fact sheet N°317. Available on: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>. Date of access 24.08.11
- Strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation. Moscow: Ministry of Health and the Russian Federation; 2008. Available on: <http://abbottgrowth.ru/files/articles/6286/1237383735413.PDF>. Date of access 25.08.11. Russian (Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. М.: МЗ и СР РФ; 2008. Доступно на: <http://abbottgrowth.ru/files/articles/6286/1237383735413.PDF>. Дата доступа 25.08.11).
- Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M.; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford; Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A.; Health Economic Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. European cardiovascular disease statistics 2008. Available on: <http://www.bhf.org.uk/heart-health/statistics.aspx>. Date of access 25.08.11
- Press Release EURO/05/06, Copenhagen, 11 September 2006. Available on: www.euro.who.int/mediacentre/PR/2006/20060908_1. Date of access 24.08.11
- The concept of the health system of the Russian Federation until 2020. Available on: http://www.zdravo2020.ru/concept/Kontseptciya_Zdravo2020.doc. Date of access 25.08.11. Russian (Концепция развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. Доступно на: http://www.zdravo2020.ru/concept/Kontseptciya_Zdravo2020.doc. Дата доступа 25.08.11).
- Chazov E.I., Boytsov S.A. The development of modern medical technologies and organizational management of acute coronary syndrome as an important condition for reducing cardiovascular mortality in the Russian Federation. *Bolezni serdtsa i сосудов* 2008; 4:4-11. Russian (Чазов Е.И., Бойцов С.А. Развитие современных организационных и лечебных технологий лечения острого коронарного синдрома как важное условие снижения сердечно-сосудистой смертности в Российской Федерации. *Болезни сердца и сосудов* 2008; 4:4-11).
- Belenkov Yu.N., Oganov R.G., eds. Cardiology: national guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2007. Russian (Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г., редакторы. Кардиология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007).
- Shal'nova S.A., Deev A.D. Characteristics of patients at high risk. *Rezultaty of epidemiological research and educational programs OSCAR. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* 2006;6:58-63. Russian (Шальнова С.А., Деев А.Д. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2006;6:58-63).
- National guidelines for rational pharmacotherapy of patients with cardiovascular diseases. M: VNOK; 2009. Available on: <http://www.scardio.ru/downloads/c4m0i257/recomendacii.doc>. Date of access 25.08.11. Russian (Рекомендации по рациональной фармакотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. М: ВНОК; 2009; с. 17 Доступен на: <http://www.scardio.ru/downloads/c4m0i257/recomendacii.doc>. Дата доступа 25.08.11)
- Global survey of adults about tobacco use. Russian Federation, 2009. Country Report. Available on: http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf. Date of access 24.08.11. Russian. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация 2009. Страновой отчет. Доступен на: http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf. Дата доступа 24.08.11
- Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.B. et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388-98.
- Fiore M.C., Jaen C.R., Baker T.B. et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update: clinical practice guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Serv; 2008. Available on: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf. Date of access 25.08.11
- Chuchalin A.G., Sakharova G.M., Antonov N.S. et al. The complex treatment of tobacco dependence and prevention of chronic obstructive pulmonary disease caused by smoking. *Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorov'ya* 2003;2:44-50. Russian (Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья* 2003;2:44-50).
- Rita F. Redberg, Emelia J. et al. Task Force on Performance Cardiovascular Disease in Adults: A Report of the American College of AHA/ACCF 2009 Performance Measures for Primary Prevention of Nurses Association. *Circulation* 2009;120:1296-1336;
- Raw M., Slevin C. A survey of tobacco dependence treatment guidelines and systems in 45 Countries. December 2007. Available on: <http://www.treatotobacco.net/en/uploads/documents/Publications/HC3%20RAW%20Treatment%20survey.pdf>. Date of access 25.08.11
- New Zealand Guidelines Group. New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook: A summary resource for primary care practitioners. 2nd ed. Wellington: New Zealand Guidelines Group; 2009.
- Pogosova G.V., Akhmedzhanov N.M., Koltunov I.E. Modern principles of pharmacological treatment of smoking and nicotine addiction. *Profilakticheskaya meditsina* 2009;5:29-34. Russian (Поросова Г.В., Ахмеджанов Н.М., Колтунов И.Е. Современные принципы медикаментозного лечения табачного курения и никотиновой зависимости. *Профилактическая медицина* 2009;5:29-34).
- Andrew L. Pipe, MD, a Mark J. Eisenberg, MD, et al. Smoking Cessation and the Cardiovascular Specialist: Canadian Cardiovascular Society Position Paper. *Canadian Journal of Cardiology* 2011; 27:132-137.
- European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007;28:2375-2414.
- Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2010; 20: 2501-55.
- Van de Werf F., Bax J., Betriu A. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008;29(23):2909-45.
- 2009 Focused Updates: ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention. *Circulation* 2008; 120: 2271 - 2306.
- 2007 Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina. *Circulation* 2007; 116: 2762 - 2772.
- 2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation* 2009; 120: 2271 - 2306.
- Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary and Recommendations. *Circulation* 2009;102:1193-1209
- Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke* 2011; 42: 227 - 276.
- Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42: 517 - 584.
- Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women—2011 Update. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57:1404-1423.

Поступила 15.06.2011

Принята в печать 18.08.2011