

ВООЗ випустила першу в історії клінічну настанову з лікування тютюнової залежності у дорослих

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує комплексний набір заходів з відмови від тютюну, включаючи поведінкову підтримку, яку надають медичні працівники, цифрові заходи з відмови від тютюну та фармакологічне лікування у першій настанові з відмови від тютюнопаління. Настанова спрямована на допомогу більш ніж 750 мільйонам споживачів тютюну, які хочуть відмовитися від усіх форм тютюну. Рекомендації стосуються всіх повнолітніх, які прагнуть відмовитися від різних тютюнових виробів, включаючи сигарети, кальяни, бездимні тютюнові вироби, сигари, тютюн для самокруток і тютюнові вироби для нагрівання (ТВЕН).

"Ця настанова є важливою сходинкою в нашій глобальній боротьбі з цими небезпечними продуктами, - сказав д-р Тедрос Адханом Гебрейесус, Генеральний директор ВООЗ. "Вона надає країнам необхідні інструменти для ефективної підтримки людей у відмові від тютюну та полегшення глобального тягаря хвороб, пов'язаних з тютюном".

Понад 60% з 1,25 мільярда споживачів тютюну у світі - понад 750 мільйонів людей - бажають кинути курити, проте 70% не мають доступу до ефективних послуг з відмови від тютюну. Цей розрив існує через проблеми, з якими стикаються системи охорони здоров'я, в тому числі через обмеженість ресурсів.

"Неможливо переоцінити ту величезну боротьбу, з якою стикаються люди, намагаючись кинути палити. Ми повинні глибоко цінувати силу, яку потрібно мати, і страждання, яких зазнають люди та їхні близькі, щоб подолати цю залежність", - сказав д-р Рюдігер Креч, директор Відділу зміцнення здоров'я ВООЗ. "Ці рекомендації покликані допомогти громадам та урядам забезпечити найкращу можливу підтримку та допомогу тим, хто перебуває на цьому непростому шляху".

Ефективні методи лікування для відмови від тютюну

Поєднання фармакотерапії з поведінковими заходами значно підвищує рівень успішності відмови від тютюнопаління. Країни заохочуються надавати ці методи лікування безкоштовно або за зниженою вартістю, щоб підвищити їхню доступність, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу.

ВООЗ рекомендує варениклін, нікотинозамісну терапію (НЗТ), бупропіон і цитизин як ефективні методи лікування для відмови від тютюнопаління.

У 2023 році ВООЗ розпочала процедуру прекваліфікації лікарських засобів для лікування розладів, спричинених вживанням тютюну, щоб покращити глобальний доступ до рекомендованих препаратів для відмови від тютюнопаління. У квітні 2024 року нікотинова жуйка та пластир Кенвуе стали першими продуктами НЗТ, що пройшли прекваліфікацію ВООЗ.

ВООЗ рекомендує поведінкові інтервенції, включаючи короткі консультації медичного працівника (від 30 секунд до 3 хвилин), які пропонуються в медичних установах у звичайному режимі, а також більш інтенсивну поведінкову підтримку (індивідуальні, групові або телефонні консультації) для зацікавлених користувачів. Крім того, цифрові втручання, такі як текстові повідомлення, додатки для смартфонів та інтернет-програми, можуть використовуватися як допоміжні засоби або інструменти самоконтролю.

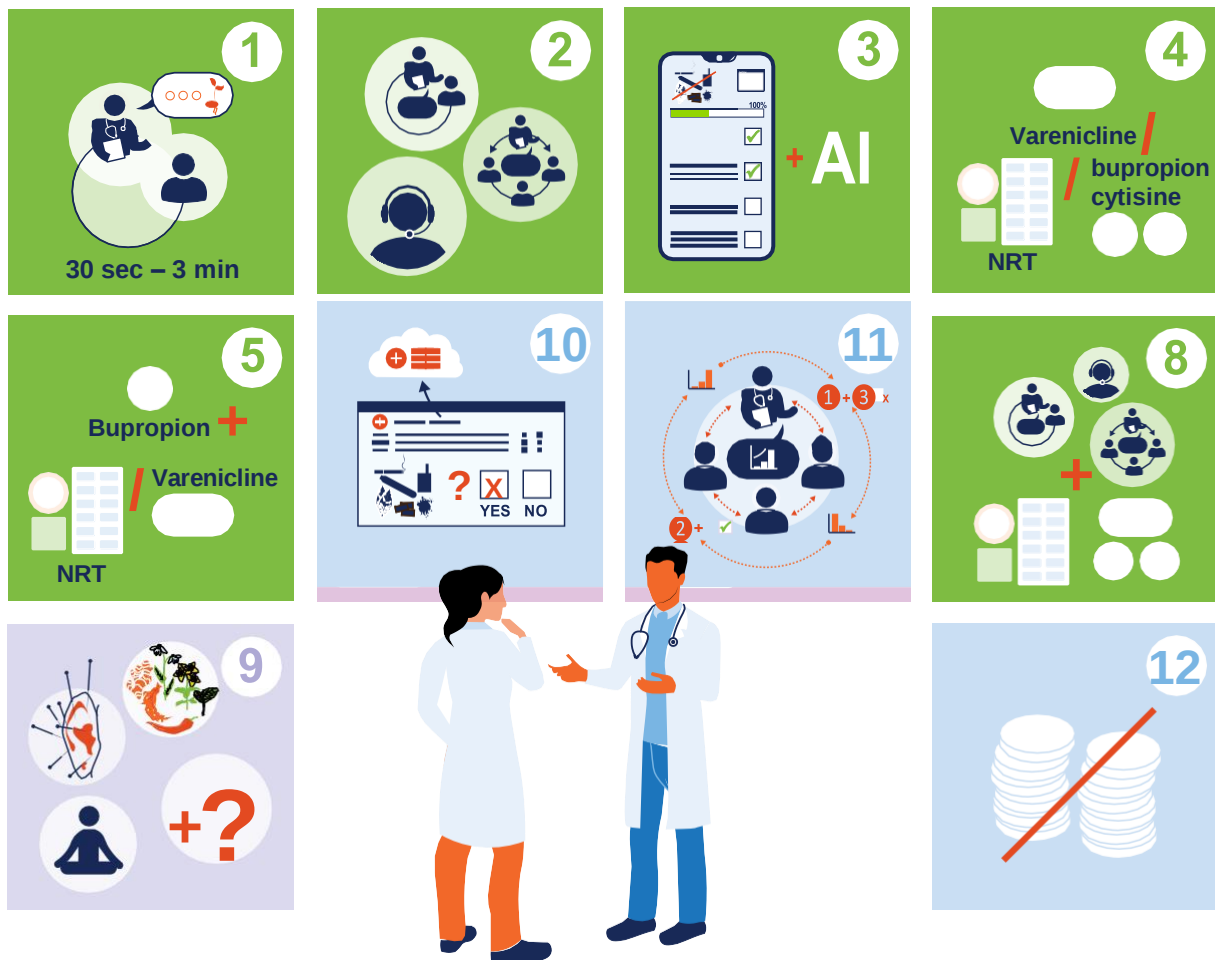
ВООЗ закликає медичних працівників, політиків і зацікавлені сторони прийняти і впровадити цю настанову, щоб сприяти припиненню вживання тютюну і поліпшити здоров'я мільйонів людей у всьому світі, які цього потребують.

Огляд

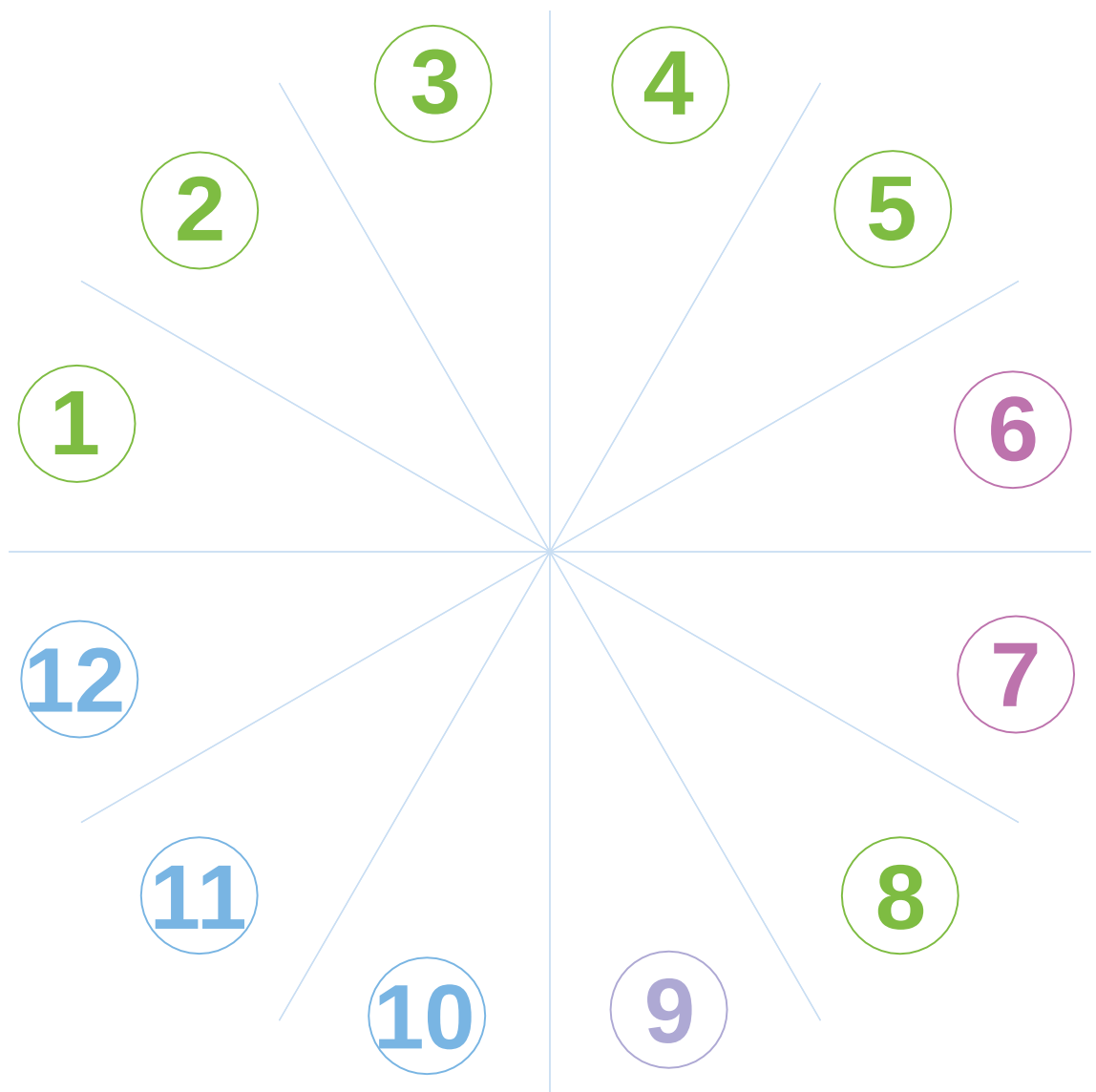
Підтримка споживачів тютюну в припиненні куріння є основним заходом зі зниження попиту, передбаченим Рамковою конвенцією ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ), і ключовим компонентом політичного пакету ВООЗ "Сила впливу" (MPOWER). Ця настанова містить технічні рекомендації щодо комплексного набору заходів з відмови від тютюну для дорослих, а також надає підтримку державам-членам ВООЗ у застосуванні науково обґрунтованих поведінкових інтервенцій та фармакологічних методів лікування для відмови від тютюну в рамках комплексного підходу до боротьби проти тютюну.

Ця настанова в першу чергу призначена для використання медичними працівниками, які працюють у клінічних та громадських установах, де можуть перебувати та лікуватися споживачі тютюну. Рекомендації щодо інтервенцій та політики на системному рівні, що містяться в цій настанові, мають на меті інформувати осіб, відповідальних за розробку політики, та керівників служб охорони здоров'я про те, як сприяти прийняттю та впровадженню ефективних інтервенцій з припинення вживання тютюну.

Клінічна настанова ВООЗ з лікування **ТЮТЮНОВОЇ** **залежності** у дорослих







Клінічна настанова ВООЗ з лікування **ТЮТЮНОВОЇ** **залежності** у дорослих

«Цей переклад не був створений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінальна англійська версія є обов'язковою та автентичною версією».

Клінічний посібник ВООЗ з лікування залежності від тютюну у дорослих
ISBN 978-92-4-009643-1 (електронна версія)
ISBN 978-92-4-009644-8 (друкована версія)

© Всесвітня організація охорони здоров'я 2024

Деякі права захищені. Ця робота доступна за ліцензією Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Згідно з умовами цієї ліцензії, ви можете копіювати, розповсюджувати та адаптувати роботу для некомерційних цілей за умови правильного цитування, як зазначено нижче. Під час використання цієї роботи не повинно бути жодних вказівок на те, що ВООЗ підтримує будь-яку конкретну організацію, продукти чи послуги. Використання логотипу ВООЗ не дозволяється. Якщо ви адаптуєте роботу, то повинні ліцензувати свою роботу на тих самих або еквівалентних умовах Creative Commons. Якщо ви створюєте переклад цієї роботи, ви повинні додати наступне застереження разом із рекомендованим цитуванням: «Цей переклад не був створений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінальна англійська версія є обов'язковою та автентичною версією». Будь-яке посередництво, пов'язане зі спорами, що виникають за ліцензією, здійснюється відповідно до правил посередництва Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Рекомендоване цитування. Клінічний посібник ВООЗ з лікування залежності від тютюну у дорослих. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2024. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Дані для каталогізації в публікації (CIP). Дані CIP доступні на <https://iris.who.int/>.

Продаж, права та ліцензування. Щоб придбати публікації ВООЗ, дивіться <https://www.who.int/publications/book-orders>. Щоб подати запити на комерційне використання та запити щодо прав і ліцензування, дивіться <https://www.who.int/copyright>.

Матеріали третіх сторін. Якщо ви хочете повторно використати матеріали з цієї роботи, які належать третім сторонам, наприклад, таблиці, малюнки чи зображення, ви повинні самостійно визначити, чи потрібен вам дозвіл на таке використання, і отримати дозвіл від правовласника. Ризик претензій, що виникають у результаті порушення прав будь-якої третьої сторони на будь-який компонент цієї роботи, лежить виключно на користувачі.

Загальні застереження. Вживані позначення та подання матеріалу в цій публікації не означають висловлення будь-якої думки з боку ВООЗ щодо правового статусу будь-якої країни, території, міста чи району або їхніх органів влади, чи щодо визначення їхніх меж або кордонів. Пунктирні та штрихові лінії на картах показують приблизні кордони, щодо яких ще можуть існувати розбіжності.

Згадка про конкретні компанії або певні продукти виробників не означає їх схвалення або рекомендації ВООЗ на противагу іншим аналогічним продуктам, які не згадані. За винятком помилок і пропусків, назви захищених продуктів виділені з великої літери.

ВООЗ вжила всіх розумних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. Однак опублікований матеріал розповсюджується без будь-яких гарантій, явних чи неявних. Відповідальність за інтерпретацію та використання матеріалу лежить на читачеві. ВООЗ ні в якому разі не несе відповідальності за шкоду, що виникає внаслідок його використання.

Зміст

Висловлення подяки	iii	
Абревіатури та скорочення	v	
Глосарій термінів	vii	
Короткий зміст	xi	
Передумови	xi	
Обґрунтування та цілі	xi	
Процес та методи розробки керівництва	xi	
Цільова аудиторія	xi	
Резюме рекомендацій	xii	
Поведінкова підтримка, що надається в клінічних та громадських умовах		xiii
Цифрові втручання для припинення вживання тютюну	xiii	
Фармакологічні втручання, що надаються в клінічних та громадських умовах		xiii
Втручання для припинення вживання бездимного тютюну	xiv	
Поєднання поведінкових та фармакологічних лікувань	xiv	
Традиційні, додаткові та альтернативні терапії	xiv	
Втручання та політики на рівні системи	xiv	
1. Вступ	1	
1.1. Існуючі керівництва ВООЗ	1	
1.2. Обґрунтування та цілі	2	
1.3. Цільова аудиторія	3	
2. Методи	5	
2.1. Обсяг керівництва та питання, що цікавлять	5	
2.2. Огляди доказів	6	
2.3. Оцінка доказів та їх градація	8	
2.4. Від доказів до рекомендацій	8	
3. Рекомендації	11	
3.1. Поведінкова підтримка, що надається в клінічних та громадських умовах		11
3.1.1. Рекомендації	11	
3.1.2. Загальні питання	11	
3.1.3. Обґрунтування та докази	11	
3.1.4. Міркування щодо впровадження	13	
3.2. Цифрові втручання для припинення вживання тютюну		14
3.2.1. Рекомендація	14	
3.2.2. Загальні питання	14	
3.2.3. Обґрунтування та докази	14	
3.2.4. Міркування щодо впровадження	16	

3.3. Фармакологічні втручання, що надаються в клінічних та громадських умовах	17
3.3.1. Рекомендації	17
3.3.2. Загальні питання	17
3.3.3. Обґрунтування та докази	17
3.3.4. Міркування щодо впровадження	21
3.4. Втручання для припинення вживання бездимного тютюну	22
3.4.1. Рекомендації	22
3.4.2. Загальні питання	22
3.4.3. Обґрунтування та докази	22
3.4.4. Міркування щодо впровадження	23
3.5. Поєднання поведінкових та фармакологічних лікувань	23
3.5.1. Рекомендація	23
3.5.2. Загальні питання	23
3.5.3. Обґрунтування та докази	23
3.5.4. Міркування щодо впровадження	24
3.6. Традиційні, додаткові та альтернативні терапії	25
3.6.1. Заява	25
3.6.2. Загальні питання	25
3.6.3. Обґрунтування та докази	25
3.6.4. Міркування щодо впровадження	25
3.7. Втручання та політики на рівні системи	26
3.7.1. Рекомендації	26
3.7.2. Загальні питання	26
3.7.3. Обґрунтування та докази	26
3.7.4. Міркування щодо впровадження	28
3.8. Загальні міркування щодо впровадження керівництва	29
4. Від доказів до рекомендацій	31
4.1. Оцінка впевненості у доказах	31
4.2. Переваги та шкода	31
4.3. Цінності та вподобання	32
4.4. Вартість та потреби в ресурсах	32
4.5. Рівність, прийнятність та здійсненність	33
5. Потреби в дослідженнях	34
6. Прийняття, розповсюдження, впровадження та оцінка	36
Література	37
Додатки	
Додаток 1: Управління процесом розробки керівництва	42
Внесок у розробку керівництва	42
Декларації інтересів	46

Додаток 2: Додаткова інформація для впровадження рекомендацій	47
Коротка порада	47
Інтенсивна поведінкова підтримка	47
Цифрові втручання для припинення вживання тютюну	48
Фармакологічні втручання	48
Традиційні, додаткові та альтернативні терапії	50
Фінансові втручання	51
Література	51
Додаток 3: Резюме декларацій інтересів та їх управління	52

Висловлення подяки

Департамент зміцнення здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щиро дякує багатьом окремим особам та організаціям за внесок у розробку цього посібника.

Процес розробки цього посібника очолювали Донгбо Фу та Віньяк Прасад. Членами керівної групи ВООЗ, яка керувала процесом розробки посібника, були Адріана Бачелар Гомес, Аларкос Сіеза, Анджела Чобану, Фатіма Ель-Ава, Донгбо Фу, Хебе Гоуда, Бенедикт Гуттнер, Джагдіш Каур, Критику Ханіджо, Вільям Кіберенге Майна, Віньяк Прасад та Сі Їнь (див. Таблицю А1.1).

До групи з розробки посібника увійшли Ахмад Аль Мулла, Васант Басдео, Едуардо Б'янко, Магдалена Чобану, Ленора Фернандес, Голамреза Хейдарі, Соналі Джанджі, Пол Кавана, Тім МакАфі (голова), Пратіма Мурті (співголова), Івонн Оландо та Дан Сяо. Рожер Чоу виступив у ролі методолога GRADE (див. Таблицю А1.2 для деталей щодо афіліацій). До групи зовнішнього огляду увійшли Лекан Айо-Юсуф, Софія Чан, Сміта Дешпанд, Махмуд Ельгабі, Ельба Інес Естевес Ді Карло, Такасі Ханіока, Маккарті, Міра Мурамато, Галина Сахарова, Донна Шеллі, Камран Сіддікі, Бехзад Валізаде, Лін Сяо та Джинтана Юнібханд (див. Таблицю А1.3 для деталей щодо афіліацій).

Додаткові огляди доказів провели Даніель Ерку (Центр прикладної економіки охорони здоров'я, Університет Гріффіта, Брисбен, Австралія); Центайн Сносуелл та Емма Томас (Центр досліджень у сфері охорони здоров'я, Університет Квінсленда, Брисбен, Австралія); Холлі Бендотті та Генрі Маршалл (Центр досліджень у галузі торакальної медицини, медичний факультет, Університет Квінсленда, Брисбен, Австралія); Гарі Чан, Джанні Леунг, Кейтлін МакКлур-Томас, Даніель Степанович та Тесфа Меконен Йимер (Національний центр досліджень вживання наркотичних речовин серед молоді, Університет Квінсленда, Брисбен, Австралія); Еліс Голланд, Корал Гартнер, Ізабел Роуз Мекіар, Кайлі Морфетт та Шенеал Пульєвич (NHMRC Центр досліджень досконалості в досягненні кінцевої мети щодо тютюну, Школа громадського здоров'я, медичний факультет, Університет Квінсленда, Брисбен, Австралія); Гаррі Кунвар та Шелей Лоулер (Школа громадського здоров'я, медичний факультет, Університет Квінсленда, Брисбен, Австралія); Амануель Гетнет Мерша (Школа медицини та громадського здоров'я, Університет Ньюкасла, Ньюкасл, Австралія); Джіанпін Ліу (Центр доказової китайської медицини, Пекінський університет китайської медицини, Пекін, Китай); Крістофер Чі Вай Ченг та Дерек Їі Так Ченг (Школа сестринської справи, Університет Гонконгу, Китай, Спеціальний адміністративний район Гонконг); та Етьєн Гроблер (Кафедра психології, Університет Кейптауна, Кейптаун, Південна Африка). Ми також дякуємо Джонатану Лівінгстон-Бенксу (Центр доказової медицини, Ньюфілдський відділ первинної медичної допомоги, Університет Оксфорду, Оксфорд, Велика Британія та Північна Ірландія) за надання результатів неопублікованого оновленого систематичного огляду Cochrane щодо поведінкових та фармакологічних втручань для припинення вживання бездимного тютюну.

Дякуємо Маріон Блекер та Ребеці Томас із Секретаріату комітету з перегляду посібників ВООЗ, а також членам комітету з перегляду посібників ВООЗ за їх технічну підтримку протягом усього процесу.

Розробка цього посібника фінансувалася основним фінансуванням ВООЗ.

Абревіатури та скорочення

AE - небажана подія

AI - штучний інтелект

App - додаток

CI - довірчий інтервал

EHR - електронна медична карта

ERG - Група зовнішнього рецензування

EtD - Докази для прийняття рішень

GDG - Група з розробки рекомендацій

GRADE - Оцінка, розробка та впровадження рекомендацій

LMICs - країни з низьким та середнім рівнем доходу

MPOWER:

M: Моніторинг вживання тютюну та політики профілактики

P: Захист людей від тютюнового диму

O: Надання допомоги для відмови від вживання тютюну

W: Попередження про небезпеки тютюну

E: Заборона реклами, просування та спонсорства тютюну

R: Підвищення податків на тютюн

NCD - неінфекційне захворювання

NNH - кількість необхідна для шкоди

NNT - кількість необхідна для лікування

NRT - нікотинозамісна терапія

OR - відношення шансів

PICO - Популяція, втручання, компаратор та результати

RCT - рандомізоване контрольоване дослідження

RR - відносний ризик

SAE - серйозна небажана подія

SG - Керівна група

SHS - вторинний тютюновий дим

WHO - Всесвітня організація охорони здоров'я

WHO FCTC - Рамкова конвенція Всесвітньої організації охорони здоров'я з контролю над тютюном

Глосарій термінів

Інтервенції на основі програмного забезпечення для відмови від тютюну на базі штучного інтелекту (AI) Конверсійний AI, зазвичай відомий як чат-бот або система онлайн-діалогу, використовується для надання підтримки у відмові від тютюну. Він забезпечує двосторонню комунікацію з користувачами через текст і/або аудіо без участі людини, використовуючи алгоритми обробки природної мови та машинного навчання.

Поведінкова підтримка Підтримка, окрім медикаментів, спрямована на допомогу людям у відмові від тютюну. Вона може включати будь-яку допомогу, яка надає знання про вживання тютюну та відмову від нього, забезпечує підтримку та навчає навичкам і стратегіям для зміни поведінки. Включає короткі поради та інтенсивну поведінкову підтримку.

Коротка порада Порада щодо відмови від вживання тютюну - зазвичай займає лише кілька хвилин - надається всім користувачам тютюну, зазвичай під час рутинної консультації або взаємодії.

Бупропіон Бупропіон зі сповільненим вивільненням (бупропіон SR) є антидепресантом з доведеною ефективністю для використання при відмові від тютюну. Це нікотинотерапевтичний метод лікування, який допомагає полегшити симптоми відміни та потяг до тютюну. Він має як дофамінергічну, так і адренергічну дію та, здається, є антагоністом нікотинотерапевтичних ацетилхолінових рецепторів. Ліцензований як рецептурний засіб для відмови від тютюну в багатьох країнах.

Комбінована фармакотерапія для відмови від тютюну Будь-яке поєднання між трьома основними категоріями препаратів, рекомендованих для відмови від тютюну: поєднання нікотинотерапевтичної терапії (NRT), поєднання NRT та варенікліну/бупропіону або поєднання бупропіону та варенікліну.

Цитизин Алкалоїд, який природно зустрічається у кількох родах рослин. Використовувався в медицині для допомоги у відмові від тютюну. Його молекулярна структура має певну схожість з нікотинотерапевтичним і варенікліном, і він має схожі фармакологічні ефекти. Цитизин є частковим агоністом нікотинотерапевтичних ацетилхолінових рецепторів. Він знижує потяг до вживання тютюну та зменшує вираженість симптомів нікотинотерапевтичної абстиненції, а також зменшує відчуття винагороди від вживання тютюну.

Цифрові інтервенції для відмови від тютюну Інтервенції для відмови від тютюну, які надаються за допомогою цифрових технологій і можуть включати наступні модальності: мобільні текстові повідомлення, інтернет-інтервенції, додатки для смартфонів (додатки) та інтервенції на основі програмного забезпечення на базі AI.

Препарати першої лінії Препарати, які сильно рекомендуються, мають високу достовірність доказів, легально доступні в більшості країн та були переглянуті та схвалені кількома національними регулюючими органами.

Інтервенції систем охорони здоров'я Конкретні стратегії, які політики та менеджери служби охорони здоров'я можуть впроваджувати для сприяння відмові від тютюну. Вони включають систематичну ідентифікацію користувачів тютюну та подальше пропонування доказових інтервенцій або лікування для відмови від тютюну, забезпечення освіти, ресурсів та зворотного зв'язку для сприяння втручанням провайдерів та покриття витрат на ефективні послуги з відмови від тютюну та їх надання.

Інтенсивна поведінкова підтримка Кілька сесій індивідуального, групового або телефонного консультування, спрямованого на допомогу людям у відмові від тютюну. Включає всю допомогу для відмови, яка надає знання про вживання тютюну та відмову від нього, забезпечує підтримку та ресурси для розвитку навичок і стратегій зміни поведінки.

Інтенсивне індивідуальне поведінкове консультування Персоналізовані, індивідуальні зустрічі між навченим медичним працівником та користувачем тютюну. Включає різні доказові методики та стратегії для допомоги особі у відмові від тютюну, включаючи мотиваційне інтерв'ювання, когнітивно-поведінкову терапію та профілактику рецидивів.

Інтенсивне групове поведінкове консультування Підхід до групової терапії, який збирає разом осіб, які хочуть відмовитися від тютюну. Сесії проводяться навченим медичним працівником або консультантом, і вони пропонують учасникам підтримуюче середовище для взаємного навчання, розвитку навичок подолання труднощів та отримання доказових порад щодо відмови від тютюну.

Інтенсивне телефонне консультування Зазвичай відноситься до послуги телефонного консультування, що надається національною безкоштовною гарячою лінією. Це форма віддаленої підтримки, яка з'єднує осіб з навченими консультантами через телефон. Ці консультанти допомагають учасникам відмовитися від тютюну, надаючи інформацію, підвищуючи мотивацію та використовуючи доказові техніки та персоналізовані стратегії для відмови через заплановані телефонні сесії та подальші дзвінки. Телефонне консультування особливо корисне для тих, хто може мати труднощі з доступом до очних консультувань.

Інтернет-інтервенції для відмови від тютюну Інтервенції, які пропонуються за допомогою різноманітних інструментів та ресурсів, включаючи веб-, електронну пошту та мобільні компоненти, онлайн соціальні мережі (такі як Facebook, X та WeChat), онлайн форуми та групи підтримки.

Програма відмови від тютюну за допомогою мобільних текстових повідомлень Програма включає доставку текстових повідомлень з попередньо підготовленого банку контенту в рамках, яка визначає, який контент і коли він буде доставлений для допомоги людям у відмові від тютюну.

Нікотинозамісна терапія (NRT) Медичний продукт, який постачає контрольовану кількість нікотину в організм на обмежений період часу, щоб допомогти повністю відмовитися від тютюну. NRT використовується для заміни нікотину, який організм отримує через куріння сигарет або вживання інших тютюнових виробів, і постачає нікотин без шкідливих хімічних речовин, присутніх у тютюновому димі або бездимному тютюні. NRT допомагає знизити потяг до тютюну та зменшити вираженість нікотинової абстиненції, таким чином полегшуючи користувачам відмову від тютюну. Продукти NRT включають нікотинову жуйку, пластирі, льодяники, інгалятори та назальні або ротові спреї.

Просування відмови від тютюну Заходи та підходи, що охоплюють усе населення і сприяють припиненню вживання тютюну, включаючи лікування залежності від тютюну.

Додатки для смартфонів для відмови від тютюну (додатки для відмови від тютюну) Окремі програмні продукти, які можуть бути використані на смартфоні для виконання конкретних завдань, щоб підтримати осіб у їх зусиллях відмовитися від тютюну. Ці додатки зазвичай надають різноманітні функції, такі як оцінка вживання тютюну, персоналізовані плани відмови, відстеження тригерів для вживання тютюну, стратегії подолання та соціальна підтримка.

Користувач бездимного тютюну Особа, яка використовує будь-які бездимні тютюнові вироби.

Залежність/пристрасть до тютюну Кластер поведінкових, когнітивних та фізіологічних явищ, які розвиваються після повторного вживання тютюну і зазвичай включають: сильне бажання

вживати тютюн, труднощі з контролем його вживання, продовження вживання, незважаючи на шкідливі наслідки, надання вищого пріоритету вживанню тютюну над іншими видами діяльності та зобов'язаннями, підвищена толерантність і іноді фізичний стан відміни.

Відмова від тютюну Процес припинення вживання будь-якого тютюнового продукту з або без допомоги. Може також називатися утриманням або припиненням. Існують численні технічні визначення, які варіюються від дослідження до дослідження. Найсуворіше визначення - "відсутність використання горючих або бездимних тютюнових продуктів або будь-яких інших нікотинових і тютюнових виробів протягом щонайменше 6 місяців". Утримання/припинення може вимірюватися як "поточне утримання", що означає повне утримання протягом визначеного періоду часу (наприклад, 7 або 30 днів) до оцінки, або пролонговане утримання (повне утримання після початкового періоду благодаті), або безперервне утримання (повне утримання, починаючи з цільового дня припинення і триваючи до оцінки).

Лікування залежності від тютюну Надання поведінкової підтримки або медикаментів, або обох, для користувачів тютюну, щоб допомогти їм припинити вживання тютюну.

Тютюнові вироби Продукти, повністю або частково виготовлені з тютюнового листа як сировини, що призначені для куріння, смоктання, жування або нюхання.

Користувач тютюну Особа, яка використовує будь-які тютюнові вироби.

Традиційна, комплементарна або альтернативна терапія для відмови від тютюну Терапії, такі як акупунктура; лазерна терапія або електростимуляція; гіпнотерапія; йога; трави; традиційна індійська медицина; традиційна трав'яна медицина; традиційна китайська медицина, вправи, такі як Тай Чі, Цигун, Бадуаньцзін або Уціньсі; медитація усвідомленості; гомеопатія; та хіропрактична терапія для допомоги у відмові від куріння.

Вареніклін Препарат, що використовується для відмови від тютюну. Він є частковим агоністом нікотинових ацетилхолінових рецепторів. При активації ці рецептори вивільняють дофамін у ядрі акумбенс, центрі винагороди мозку, таким чином знижуючи потяг та інші симптоми відміни. Він також зменшує відчуття винагороди від вживання тютюну, запобігаючи зв'язуванню нікотину з цими рецепторами.

Короткий зміст

Передумови

Тютюн вбиває понад 8 мільйонів людей на рік і створює значний економічний тягар у всьому світі. У світі все ще налічується 1,25 мільярда людей, які вживають тютюн. Щоб покласти край цій глобальній епідемії, необхідні інтенсивні та постійні зусилля. У міру посилення зусиль у сфері боротьби проти тютюну необхідно розширювати комплексні послуги з відмови від тютюну, щоб допомогти нинішнім споживачам тютюну кинути курити.

Обґрунтування та цілі

Необхідність надання допомоги курцям у припиненні вживання тютюну як ключового компонента комплексного підходу до боротьби проти тютюну знайшла своє відображення у заходах, рекомендованих Керівництвом з виконання Статті 14 Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ). Понад 60% з 1,25 мільярда дорослих споживачів тютюну у світі хочуть кинути курити, але близько 70% з них не мають доступу до комплексних послуг з відмови від тютюну через проблеми, з якими стикаються системи охорони здоров'я, такі як обмежені людські та фінансові ресурси, а також обмежені можливості служб допомоги у відмові від тютюну на національному рівні. Національні клінічні настанови з лікування тютюнової залежності рекомендовані Статтею 14 РКБТ ВООЗ як базова інфраструктура для сприяння припиненню вживання тютюну та надання ефективного лікування тютюнової залежності. Однак національні клінічні настанови з лікування тютюнової залежності відсутні майже в 60% країн-членів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Тому існує нагальна потреба у розробці стандартної клінічної настанови ВООЗ з лікування тютюнової залежності, яка б слугувала керівництвом для держав-членів ВООЗ щодо відмови від тютюнопаління та лікування тютюнової залежності у дорослих.

Мета цієї настанови - надати технічні рекомендації щодо відмови від тютюну у дорослих, які можуть бути використані державами-членами ВООЗ, а також підтримати застосування науково обґрунтованих поведінкових інтервенцій та фармакологічних методів лікування для відмови від тютюну в рамках комплексного підходу до боротьби проти тютюну.

Процес і методи розробки рекомендацій

Ця настанова була розроблена відповідно до процесів і методів розробки настанов ВООЗ, викладених у Посібнику ВООЗ з розробки настанов (2-е видання). Департамент ВООЗ з питань зміцнення здоров'я здійснював нагляд за процесом розробки настанови за допомогою спеціальної Керівної групи ВООЗ та методолога з розробки настанови. Для визначення ключових питань настанови, аналізу доказової бази та формулювання рекомендацій було створено Групу з розробки рекомендацій (ГРР), до складу якої увійшли 13 зовнішніх експертів з різним досвідом та поглядами.

Докази, що лягли в основу рекомендацій настанови, були отримані з 20 існуючих або нещодавно замовлених систематичних оглядів. ГРР проаналізувала докази та сформулювала рекомендації. Для визначення достовірності доказів і формулювання рекомендацій був використаний підхід Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Група зовнішнього рецензування розглянула проект настанови.

Цільова аудиторія

Основною аудиторією цієї настанови є медичні працівники, які працюють у клінічних та громадських установах, де можуть бути присутніми та обслуговуватися споживачі тютюну. Рекомендації щодо системних інтервенцій та політик, що містяться в цій настанові, призначені для інформування політиків та керівників служб охорони здоров'я про те, як забезпечити більш ефективні підходи та послуги з припинення вживання тютюну.

Короткий виклад інформації

Ця настанова містить рекомендації щодо використання поведінкової підтримки, яка надається як у клінічних, так і в громадських умовах, включаючи: цифрові інтервенції з відмови від тютюну, фармакологічні інтервенції, а також інтервенції та політику на системному рівні, спрямовані на сприяння прийняттю та впровадженню інтервенцій з відмови від тютюнопаління. Рекомендацій щодо використання традиційних, додаткових та альтернативних методів лікування для відмови від тютюну не надається через недостатню доказову базу. Рекомендації BOOЗ щодо відмови від тютюну у дорослих наведені нижче.

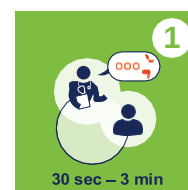


Поведінкова підтримка, що надається як у клінічних, так і в громадських умовах

1. ВООЗ рекомендує, щоб медичні працівники постійно надавали короткі консультації (від 30 секунд до 3 хвилин за одну зустріч) усім споживачам тютюну, які звертаються до будь-якого медичного закладу.

↑ **Настійна** рекомендація;

⚡ **помірна** визначеність



2. ВООЗ рекомендує надавати більш інтенсивну поведінкову підтримку всім споживачам тютюну, зацікавленим у припиненні вживання тютюну. Варіантами поведінкової підтримки є індивідуальне /групове очне/телефонне консультування; слід надавати кілька варіантів підтримки.

↑ **Настійна** рекомендація;

↑ **висока** визначеність (індивідуальне консультування)

⚡ **Помірна** визначеність (групове консультування та телефонне консультування)



Цифрові інтервенції у відмові від тютюну

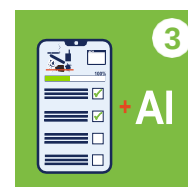
3. Цифрові методи відмови від тютюну (текстові повідомлення, додатки для смартфонів, інтервенції на основі штучного інтелекту або інтервенції на основі Інтернету), окремо або комбіновано, можуть бути доступні для споживачів тютюну, зацікавлених у відмові від тютюну, як доповнення до інших видів підтримки у відмові від тютюну або як інструмент самоконтролю.

↑ **Умовна** рекомендація;

⚡ **помірна** визначеність (текстові повідомлення)/

⚡ **низька** визначеність (додатки для смартфонів/втручання на основі штучного інтелекту)

⚡ **дуже низький рівень** визначеності (інтервенції на основі інтернету)



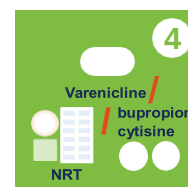
Фармакологічні втручання, що здійснюються як у клінічних, так і в громадських умовах

4. ВООЗ рекомендує варениклін, нікотинзамісну терапію (НЗТ), бупропіон і цитизин як варіанти фармакологічного лікування для споживачів тютюну, які бажають кинути палити. Варениклін, НЗТ або бупропіон рекомендуються як препарати першої лінії; комбінована НЗТ (пластир + форма короткої дії, наприклад, льодяники) є варіантом для курців, які будуть застосовувати НЗТ.

↑ **Настійна** рекомендація;

↑ **висока** визначеність (варениклін, НЗТ або бупропіон)/

⚡ **помірна** визначеність (комбінована НЗТ, цитизин)

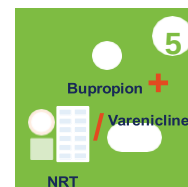


5. Бупропіон у поєднанні з НЗТ/вареникліном може бути запропонований, за відсутності адекватної відповіді на лікування першої лінії.

↑ **Умовна** рекомендація;

⚡ **помірна** визначеність (бупропіон + варениклін)/

⚡ **низька** визначеність (бупропіон + НЗТ)



1 ВООЗ спостерігає швидкий інноваційний цикл у цифрових технологіях, що зумовлює необхідність перегляду в міру появи нових даних.

2 Хоча цитизин настільки ж ефективний, як і інші так звані препарати першої лінії, він виділений окремо, оскільки доказова база є помірною, наразі він легально доступний лише в деяких країнах, має більшу варіативність режимів дозування та менше перевірок і схвалення з боку національних регуляторних органів з контролю за лікарськими засобами. Проте всі препарати мають настійні рекомендації, і будь-який з них може бути використаний.

Інтервенції для припинення вживання бездимного тютюну

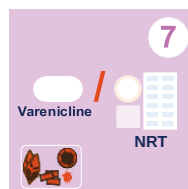
6. ВООЗ рекомендує надавати інтенсивну поведінкову підтримку (індивідуальне/групове/телефонне консультування віч-на-віч,) споживачам бездимного тютюну, зацікавленим у відмові від куріння.

↑ **Настійна** рекомендація;
⚡ **помірна** визначеність



7. ВООЗ рекомендує варениклін або НЗТ як фармакологічні засоби для споживачів бездимного тютюну, зацікавлених у відмові від куріння.

↑ **Настійна** рекомендація;
⚡ **помірна** визначеність (варениклін)
⚡ **низька** визначеність (НЗТ)



Поєднання поведінкових та фармакологічних методів лікування

8. ВООЗ рекомендує поєднувати фармакотерапію та поведінкові втручання для підтримки споживачів тютюну, зацікавлених у припиненні куріння.

↑ **Настійна** визначеність;
↑ **висока** визначеність



Традиційні, додаткові й альтернативні методи лікування

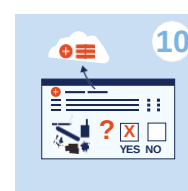
9. Доказів недостатньо, щоб рекомендувати або не рекомендувати традиційні, додаткові й альтернативні методи лікування для тих, хто хоче кинути палити. Якщо ці методи використовуються, забезпечте комплексний підхід, включаючи поведінкову підтримку та/або фармакотерапію.



Втручання та політика на системному рівні

10. ВООЗ рекомендує всім ЗОЗ реєструвати статус вживання тютюну та використання інтервенцій з відмови від тютюну у своїх медичних картках (включаючи ел. медичні картки), щоб полегшити взаємодію лікарів з пацієнтами, які вживають тютюн, а також сприяти впровадженню та підтримці доказових методів лікування.

↑ **Настійна** рекомендація;
⚡ **помірна** визначеність



11. ВООЗ рекомендує навчати всіх медичних працівників впроваджувати науково обґрунтовані заходи з припинення тютюнопаління з постійною підтримкою та зворотним зв'язком у своїй повсякденній медичній практиці на всіх рівнях

↑ **Настійна** рекомендація;
⚡ **помірна** визначеність



12. ВООЗ рекомендує надавати доказові втручання для припинення вживання тютюну безкоштовно або зі знижкою всім, хто хоче кинути палити. Безкоштовне надання послуг є значно кращим за знижене.

↑ **Настійна** рекомендація;
⚡ **помірна** визначеність



1. Вступ

Тютюнова епідемія є однією з найбільших загроз для громадського здоров'я в світі. Глобально 1,25 мільярда людей вживають тютюн, і 80% з них живуть у країнах з низьким і середнім рівнем доходу (КНСД), де тягар тютюнових захворювань і смертей найважчий. Вживання тютюну вбиває понад 8 мільйонів людей на рік. Крім того, тютюнове вживання накладає важкий економічний тягар на весь світ. Загальна глобальна економічна вартість куріння тютюну оцінювалася в 1436 мільярдів доларів США у 2012 році, що еквівалентно 1,8% річного валового внутрішнього продукту світу, причому близько 40% загальних економічних витрат припадає на КНСД.

Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну (РКБТ ВООЗ) пропонує комплексний набір рекомендацій та зобов'язань для країн щодо значного зменшення і в кінцевому підсумку ліквідації шкоди, завданої тютюном, включаючи припинення хижих маркетингових практик тютюнової індустрії. Багато з цих рекомендацій зосереджено на політиках та програмах на рівні країн та інституцій, таких як ліквідація впливу вторинного тютюнового диму; обмеження реклами, просування та спонсорства тютюну; підвищення цін через оподаткування; антінікотинові мас-медійні кампанії та регулювання продуктів. Ці політики та програмні втручання зменшують поширеність тютюнокуріння. Однак, відповідно до статті 14 РКБТ ВООЗ, сторони також мають зобов'язання підтримувати тютюнових споживачів у припиненні куріння, що містить заходи щодо залежності від тютюну та припинення куріння.

Рекомендації щодо статті 14 РКБТ ВООЗ наголошують на важливості впровадження заходів з лікування тютюнової залежності синергічно з іншими заходами контролю над тютюном. Впровадження заходів припинення куріння та лікування разом із популяційними втручаннями, передбаченими іншими статтями РКБТ ВООЗ, матиме синергічний ефект і максимально збільшить їх вплив.

Більше 60% з 1,25 мільярда дорослих споживачів тютюну в світі хочуть кинути курити. Однак близько 70% з них не мають доступу до комплексних послуг з припинення куріння через проблеми, з якими стикаються системи охорони здоров'я, такі як обмежені людські та фінансові ресурси, включаючи обмежену можливість надавати послуги з припинення куріння, а також перешкоди для просування послуг з припинення куріння в КНСД. Забезпечення доступу до належної підтримки в припиненні куріння та лікуванні тютюнової залежності приносить користь усім споживачам тютюну і є особливо важливим для тих, хто залежний від тютюну. Тютюнова або нікотинова залежність вважається хронічним станом або захворюванням, яке часто вимагає повторних втручань та багатьох спроб кинути палити, тому потреба в постійній підтримці є критично важливою. Однак, національні клінічні настанови щодо надання підтримки в припиненні куріння та лікуванні тютюнової залежності не існують приблизно у 60% держав-членів ВООЗ.

1.1. Існуючі настанови ВООЗ

Необхідність надання втручань і підтримуючих систем для допомоги тютюновим споживачам у припиненні куріння як ключового компонента комплексного підходу до контролю за тютюном відображена в діях, рекомендованих Рекомендаціями щодо впровадження статті 14 РКБТ ВООЗ. Ці рекомендації містять поради щодо сприяння припиненню куріння та лікуванню залежності від тютюну, а також розробки комплексної системи припинення куріння та лікування.

Важливість припинення куріння як частини управління психічними та фізичними станами розглядається в інших рекомендаціях ВООЗ. Рекомендації ВООЗ щодо запобігання та управління вживанням тютюну і впливом вторинного тютюнового диму під час вагітності надають доказові рекомендації медичним працівникам щодо виявлення, управління та запобігання вживанню тютюну та впливу вторинного тютюнового диму на вагітних жінок. Рекомендації щодо управління фізичними станами у дорослих з важкими психічними розладами рекомендують програму поведінкових втручань, варениклін, бупропіон, нікотинозамісну терапію (НЗТ) та комбіновані фармакологічні і нефармакологічні втручання для припинення куріння у людей з важкими психічними розладами.

Пакет основних втручань ВООЗ щодо неінфекційних захворювань (ПЕН) для первинної медичної допомоги містить протокол для консультування з приводу припинення вживання тютюну (5As) як одного з основних втручань при неінфекційних захворюваннях у первинній медичній допомозі.

Рекомендації в цьому клінічному посібнику з лікування тісно узгоджуються з рекомендаціями статті 14 РКБТ ВООЗ та іншими існуючими рекомендаціями ВООЗ. Разом вони надають комплексний набір WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults

глобальних вказівок щодо ефективної підтримки 1,25 мільярда дорослих споживачів тютюну в припиненні куріння.

1.2. Обґрунтування та цілі

Стаття 14 РКБТ ВООЗ рекомендує національні клінічні настанови як основну інфраструктуру для сприяння припиненню куріння та забезпечення ефективного лікування залежності від тютюну. Згідно з доповіддю ВООЗ 2019 року про глобальну тютюнову епідемію, лише 82 країни (42% глобально) мали національні настанови щодо припинення куріння, причому більшість з них були розроблені понад 5 років тому і потребували оновлення. Крім того, три види ліків для припинення куріння (НЗТ, бупропіон і варениклін) включені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ. Держави-члени ВООЗ попросили надати технічні рекомендації щодо раціонального та належного використання цих трьох основних ліків. Тому є термінова потреба у розробці стандартних доказових клінічних настанов ВООЗ для надання рекомендацій державам-членам ВООЗ щодо припинення куріння та лікування залежності від тютюну.

Розширення послуг з припинення куріння є основним заходом РКБТ ВООЗ щодо зменшення попиту і ключовим компонентом політичного пакету MPOWER, що є важливим для досягнення цілі сталого розвитку 3.а: "Посилити впровадження Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну в усіх країнах, за необхідності". Ці настанови також сприятимуть досягненню цілей потрійного мільярда Глобальної програми роботи ВООЗ шляхом покращення якості, ефективності та охоплення ефективних послуг з припинення куріння у всіх країнах. Важливо наголосити на необхідності продовження підтримки та посилення впровадження інших заходів MPOWER, коли країни розширюють свої послуги з припинення куріння.

Мета цих настанов - надати технічні рекомендації щодо припинення куріння серед дорослих, які можуть використовуватися державами-членами ВООЗ для підтримки застосування доказових поведінкових втручань та фармакологічних методів лікування як частини комплексного підходу до контролю за тютюном.

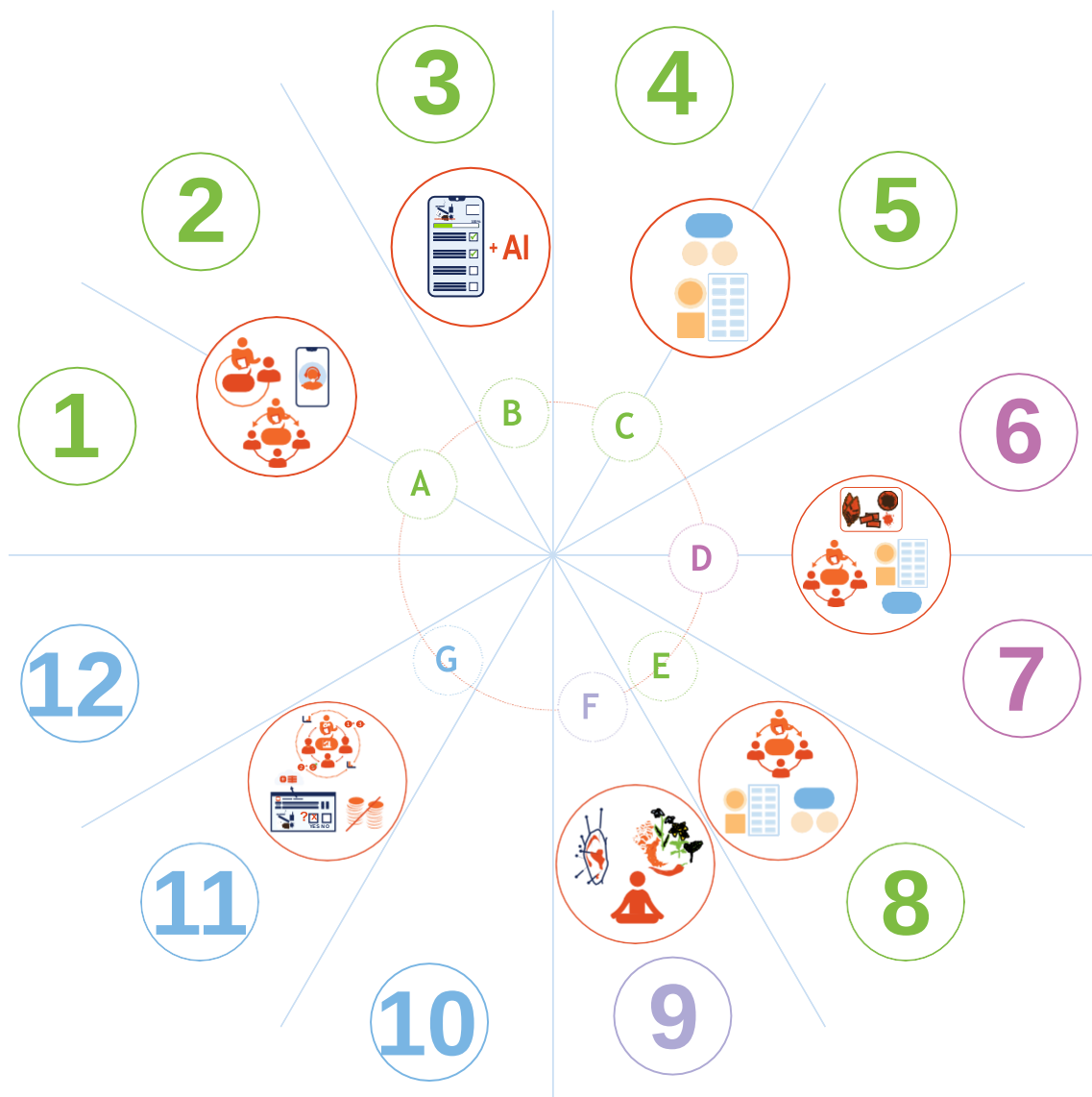
Настанови містять рекомендації щодо підтримки дорослих (осіб віком від 18 років) у припиненні вживання будь-яких видів тютюнових виробів, включаючи: сигарети, водяні люльки (кальян, шиша), різні бездимні тютюнові вироби, сигари, сигарили, самокрутки, трубковий тютюн, бідді, кретеки та нагріті тютюнові вироби. Електронні сигарети не входять до обсягу цих настанов через складність потенційних вигод і шкоди від їх використання; вони розглядаються в окремій літературі і можуть бути розглянуті в майбутньому, коли накопичиться достатньо доказів.

Настанови включають рекомендації щодо поведінкової підтримки, включаючи цифрові втручання для припинення куріння; фармакологічні втручання; а також системні втручання і політики, які сприяють впровадженню втручань для припинення куріння. Через недостатність доказів не робляться рекомендації щодо традиційних, додаткових і альтернативних методів лікування припинення куріння. Настанови не надають рекомендацій щодо політик та ініціатив на рівні популяцій, які можуть сприяти припиненню куріння, таких як підвищення податків на тютюн, впровадження бездимного середовища, антинікотинові мас-медійні кампанії або забезпечення графічних попереджень про шкоду для здоров'я. Проте визнається критична важливість цих політик та ініціатив і їхня роль у доповненні індивідуальної та клінічної підтримки для тих, хто намагається кинути курити, і ці питання розглядаються як ключові аспекти впровадження.

1.3. Цільова аудиторія

Ця настанова призначена насамперед для медичних працівників, які працюють у клінічних (первинна, вторинна та третинна медична допомога) та громадських установах, де можуть з'являтися споживачі тютюну і де вони отримують медичну допомогу. Термін "медичний працівник" охоплює лікарів, медсестер, фармацевтів, стоматологів, фізіотерапевтів, консультантів, громадських працівників охорони здоров'я та інших медичних працівників, але не обмежується ними. Рекомендації щодо інтервенцій та політик на системному рівні, що містяться в цій настанові, призначені для інформування політиків та керівників служб охорони здоров'я про те, як вони можуть забезпечити більш ефективні підходи та послуги з припинення вживання тютюну. Очікується, що рекомендовані інтервенції та політики будуть адаптовані до місцевих умов.





2. Методи

Ця настанова була розроблена відповідно до процесів і методів ВООЗ, викладених у Посібнику ВООЗ з розробки настанов (2-е видання) (25), і під наглядом Комітету з перегляду настанов ВООЗ. Була створена Керівна група (КГ) ВООЗ під керівництвом Департаменту зміцнення здоров'я, до складу якої увійшли представники регіональних бюро ВООЗ та відповідних департаментів ВООЗ. Також була сформована Група з розробки настанов (ГРР), яка складалася з 13 експертів, що відображає гендерний та географічний баланс, а також перспективи спільнот, клінічні, методологічні, громадського здоров'я та пацієнтів. Більшість членів ГРР були представниками країн з низьким та середнім рівнем доходу. Відповідно до процесів ВООЗ, був залучений зовнішній методолог GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - градація оцінки, розробки та експертизи рекомендацій). Проект настанови був розглянутий Групою зовнішнього рецензування (ГЗР), що складалася з 14 незалежних рецензентів, які надали свої відгуки щодо наукових доказів, їх інтерпретації та змісту. Пропозиції членів ЕРГ були використані ГС для доопрацювання настанови перед її остаточним затвердженням. Повна інформація про склад ГРР, ГРР та ЕРГ, а також про управління процесом розробки настанови доступна в Додатку 1.

2.1. Сфера настанови та ключові питання

Обсяг настанови був визначений на основі дослідження існуючих настанов ВООЗ та національних настанов (як описано вище) та потреб цільової аудиторії. Робоча група з розробки настанови (GDG) переглянула обсяг настанови та на своїх перших двох віртуальних засіданнях затвердила ключові питання, використовуючи рамкову схему PICO (Населення, Втручання, Порівняння, Результат). Ключові питання стосувалися семи категорій втручань:

- A. Поведінкова підтримка, надана як в клінічних, так і в спільнотних установах
- B. Цифрові втручання для припинення куріння
- C. Фармакологічні втручання, надані як в клінічних, так і в спільнотних установах
- D. Втручання для припинення вживання бездимного тютюну
- E. Комбіновані поведінкові та фармакологічні методи лікування
- F. Традиційні, доповнювальні та альтернативні терапії
- G. Системні втручання та політики

Довгострокові показники відмови від куріння (постійна або точкова відмова від куріння, виміряна через 6 місяців або пізніше після початку втручання) були критичним результатом (результатом, критичним для прийняття рішення) для всіх втручань. Для системних втручань іншими критичними результатами були різні процесні показники (частота виявлення людей, що користуються тютюном, частота радження пацієнтам, що користуються тютюном, припинити курити та частота пацієнтів, які отримують короткий пораду і/або підтримку медикаментозну). Короткострокові показники відмови від куріння (постійна або точкова відмова від куріння, виміряна менше ніж через 6 місяців від початку втручання) були включені як важливі результати (результати, які важливі, але не критичні для прийняття рішення) для поведінкових втручань; цифрових втручань для припинення куріння; традиційних, доповнювальних та альтернативних терапій; та системних втручань і політик. Шкоди, небажані події (НП) та побічні ефекти були важливими результатами для фармакологічних втручань; комбінованих поведінкових і фармакологічних методів лікування; та традиційних, доповнювальних та альтернативних терапій. Хоча шкоди не були пріоритетними для немедикаментозних втручань, GDG розглянув їх з метою інформування рамкового документа "Докази для прийняття рішень" (EtD) (це баланс переваг проти шкідливих наслідків).

Деталі кожного питання PICO наведені у відповідному розділі Веб-додатку: Профілі доказів.

2.2. Огляди доказової бази

Докази для формулювання рекомендацій до керівних вказівок отримані з існуючих або нових систематичних оглядів. Для всіх втручань використовувалися існуючі систематичні огляди Cochrane, які відповідали критеріям PICO, як первинний джерело доказів у разі наявності. Якщо кілька відповідних систематичних оглядів Cochrane відповідали тому ж PICO, використовувався найбільш оновлений огляд. Для втручань і PICO, які не були включені до існуючих систематичних оглядів Cochrane, були проведені нові систематичні огляди для заповнення цих прогалів.

Доступний великий обсяг останніх систематичних оглядів Cochrane з втручань у припиненні куріння, які відповідали PICO. Вибиралися високоякісні існуючі систематичні Кокранівські огляди, якщо вони відповідали всім наступним чотирьом критеріям: i) огляди доказів проводилися згідно зі стандартними і документованими систематичними процесами; ii) оцінка достовірності доказів проводилася з використанням методики GRADE (26); iii) огляди доказів охоплювали втручання, що цікавили без обмежень щодо країн або рівнів доходів країн; та iv) огляд був достатньо актуальним і / або його висновки були стійкими, що дозволило РГ вважати, що нові докази мало ймовірно змінять висновки. Запитання PICO, критичні і важливі результати були відображені у наявних систематичних оглядах і, за необхідності, були замовлені додаткові нові огляди для заповнення прогалів. РГГ переглянув готові докази і визначив, які PICO потребують нових систематичних оглядів.

Наступні Кокранівські огляди відповідали чотирьом вищезазначеним критеріям і були використані.

- Кокранівський систематичний огляд, проведений Ланкастером і Стедом у 2017 році щодо індивідуального поведінкового консультування дорослих, які вживають тютюн (27).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений Stead та ін. у 2017 році щодо групового поведінкового консультування дорослих, які вживають тютюн (28).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений Matkin et al. у 2019 році щодо телефонного консультування дорослих, які вживають тютюн (29). Крім того, було розглянуто Кокранівський систематичний огляд, проведений Tzelepis та ін. у 2019 році, для порівняння телефонного консультування з відеоконсультуванням у режимі реального часу для відмови від тютюнопаління (30).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений Whittaker та ін. у 2019 році, щоб визначити, чи збільшують інтервенції з припинення куріння на основі текстових повідомлень для мобільних телефонів рівень відмови від куріння серед людей, які курять (31).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений Hartmann-Boyce та ін. у 2018 році, присвячений порівнянню НЗТ та контролю для припинення куріння (32). Окремий Кокранівський систематичний огляд, проведений Lindson et al. у 2019 році, надав додаткову інформацію про ефективність та безпеку різних форм, способів доставки, доз, тривалості та графіків НЗТ для досягнення довготривалої відмови від куріння в порівнянні один з одним (33).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений Hajizadeh та ін. у 2023 році щодо безпеки, переносимості та ефективності бупропіону порівняно з плацебо або відсутністю фармакологічного лікування (34).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений Livingstone-Banks та ін. у 2023 році щодо ефективності вареникліну для припинення куріння (35).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений Stead та ін. у 2016 році, який надав докази впливу поєднання поведінкової підтримки та медикаментозного лікування для допомоги у припиненні куріння порівняно з мінімальним втручанням або звичайним лікуванням, а також визначив, чи існують різні ефекти залежно від особливостей умов лікування, втручання, групи населення, що лікується, або прийому лікування (36). Окремий Кокранівський систематичний огляд, проведений Hartmann-Boyce та ін. у 2019 році, надав додаткову інформацію про вплив додаткової поведінкової підтримки як доповнення до фармакотерапії для припинення куріння (37).
- Кокранівський систематичний огляд семи кластерних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), проведений Thomas et al. у 2017 році, в якому оцінювалася ефективність системних інтервенцій у закладах охорони здоров'я для підвищення рівня відмови від куріння або надання допомоги у припиненні куріння (38). Окремо Boyle R та ін. у 2014 році провели ще

один огляд Кокранівської системи з 16 дослідженнями для оцінки ефективності втручань з використанням електронних медичних карток (ЕМК) на підтримку відмови від куріння з боку лікарів, клінік і систем надання медичної допомоги, а також на результати відмови пацієнтів від куріння (39).

- Кокранівський систематичний огляд з 17 РКВ, проведений Carson et al. у 2013 році, який надав інформацію про ефективність навчання медичних працівників методам надання допомоги у припиненні куріння своїм пацієнтам (40).
- Кокранівський систематичний огляд, проведений van den Brand та ін. у 2017 р., в якому було отримано інформацію про вплив зниження витрат курців або медичних працівників на використання або надання допомоги у припиненні куріння за допомогою інтервенцій з фінансування охорони здоров'я на довгострокові показники відмови від куріння (41)

У період з жовтня 2021 року по травень 2023 року ВООЗ доручила трьом незалежним академічним групам провести шість оглядів доказової бази з наступних питань..

- Яким є вплив коротких консультацій медичних працівників на припинення вживання тютюну для дорослих споживачів тютюну порівняно з відсутністю консультацій/контактів? Чи залежить цей ефект від типу тютюну, кількості спожитого тютюну, частоти та інтенсивності надання консультацій, готовності до відмови від тютюну та статі?
- Чи підвищують інтервенції з відмови від тютюну в Інтернеті шанси на успішну відмову від тютюну для дорослих споживачів тютюну? Чи змінюється ефект залежно від інтенсивності або тривалості інтервенції, адаптації/персоналізації, інтерактивності, видів тютюну, що вживаються, кількості тютюну, що вживається, готовності до відмови від тютюну та статі?
- Чи підвищують шанси на успішну відмову від тютюну для дорослих споживачів тютюну додатки для смартфонів (додатки) для відмови від тютюну? Чи змінюється ефект залежно від змісту, інтенсивності або тривалості втручання, адаптації/персоналізації, інтерактивності, видів тютюну, що вживається, кількості тютюну, що вживається, готовності до відмови від тютюну та статі?
- Як впливають на відмову від тютюнопаління для дорослих споживачів тютюну діалогові програмні інтервенції на основі штучного інтелекту (ШІ) порівняно зі звичайним лікуванням або відсутністю втручання? Чи залежать ці ефекти від інтенсивності або тривалості втручання, видів тютюну, тривалості вживання тютюну з моменту початку, кількості спожитого тютюну, готовності кинути курити та статі?
- Чи збільшує цитизин шанси на успішну відмову від тютюнопаління у дорослих курців? Чи залежить ефект від дози або тривалості його застосування, типу тютюну, кількості викуреного тютюну, рівня нікотинової залежності та статі?
- Чи збільшують традиційні, додаткові та альтернативні методи лікування шанси на успішну відмову від тютюнопаління для дорослих споживачів тютюну? Чи змінюється ефект залежно від типу тютюну, тривалості та кількості вживання тютюну, а також статі?

Крім того, Джонатан Лівінгстон-Бенкс з Оксфордського університету представив результати неопублікованого оновленого Кокранівського систематичного огляду поведінкових та фармакологічних інтервенцій для припинення вживання бездимного тютюну.

2.3. Оцінка доказів і їх класифікація

Підхід GRADE (26) був використаний для оцінки достовірності доказів для кожного PICO на основі базових доказів в оглядах, які були узагальнені в таблицях GRADE Evidence Profiles або Summary of Findings кожного огляду. Достовірність доказів поділяється на чотири рівні (Таблиця 1), виходячи з обмежень дослідження (ризик упередженості), узгодженості, точності, прямолінійності та інших аспектів (наприклад, упередженість публікацій або звітів). Критерії, що використовуються в кожному систематичному огляді для визначення достовірності доказів, узагальнені в таблицях GRADE. Оцінки GRADE, отримані в оглядах, надали оцінку користі та шкоди, а також достовірності висновків для кожного ключового питання/PICO, як показано в таблицях EtD (див. Веб-додаток: Профілі доказовості).

Висока	Подальші дослідження навряд чи змінять нашу впевненість у оцінці ефекту.
Помірна	Подальші дослідження, ймовірно, матимуть важливий вплив на нашу впевненість у ефекті і можуть змінити оцінку.
Низька	Подальші дослідження, швидше за все, матимуть важливий вплив на нашу впевненість у оцінці ефекту і, ймовірно, змінять оцінку.
Дуже низька	Будь-яка оцінка ефекту є дуже невизначеною.

2.4. Перехід від доказів до рекомендацій

Для розробки рекомендацій щодо конкретних питань GDG використовувала систему GRADE EtD (42). Система EtD - це систематичний і прозорий підхід, який використовується для прийняття рішень. Вона базується на наборі сфер, які важливо враховувати при розробці настановних рекомендацій. До цих сфер належать: чи є проблема пріоритетною, величина бажаних і небажаних ефектів, достовірність доказів, баланс між бажаними і небажаними ефектами, вплив цінностей і переваг пацієнта щодо результатів на рішення, міркування щодо ресурсів і витрат, а також потенційний вплив на справедливість, прийнятність і здійсненність (42). Кожну рекомендацію ГСР сформулювала на основі своїх міркувань у всіх цих сферах. Веб-додаток "Профілі доказів" містить структуру ЕД, розроблену для кожної рекомендації.

У розділі "Обґрунтування та докази" для кожної рекомендації підсумовуються користь, шкода, достовірність доказів і баланс користі та шкоди, а також інші судження ЕТД, важливі для обґрунтування рекомендацій. Додаткові огляди та дослідження не замовлялися для інформування в інших сферах ЕР, а судження, що стосуються цих сфер, ґрунтувалися на експертизі та досвіді ГРР, за винятком вартості (де вартість деяких втручань - наприклад, поведінкових, фармакологічних та фінансових втручань - відома принаймні в тій чи іншій мірі

- відома принаймні до певної міри, і було проведено пошук додаткових доказів/даних щодо економічної ефективності). В кінці настанови є окремий розділ "Докази до рекомендацій" (Розділ 4), в якому обговорюються загальні питання, пов'язані з областями ЕР.

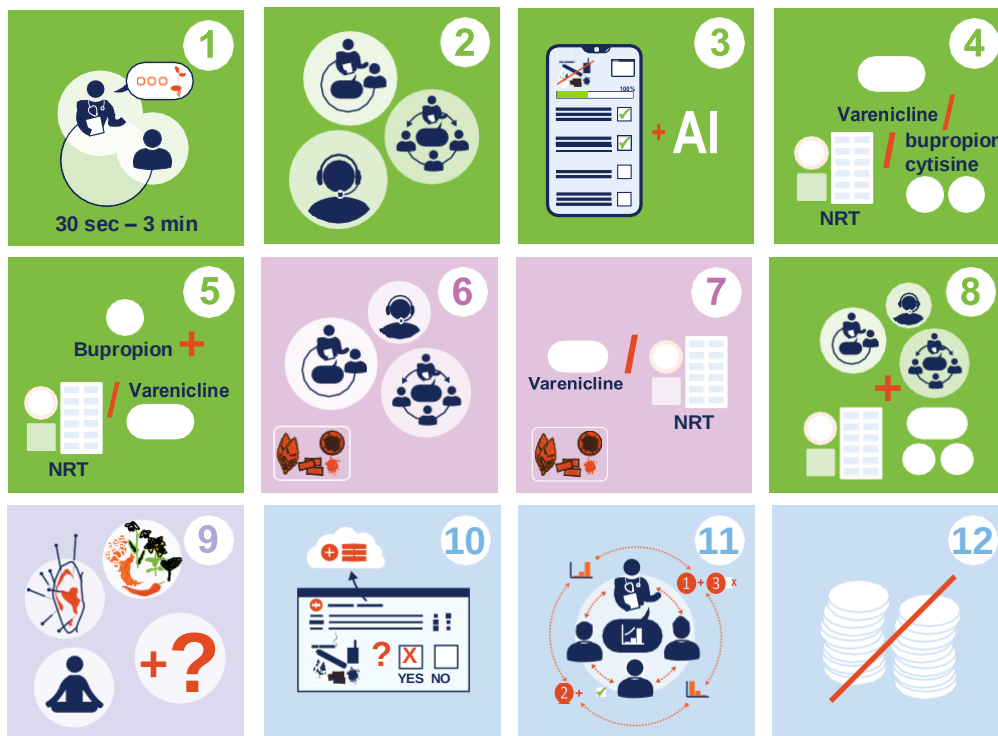
Усі рішення щодо рекомендацій були прийняті шляхом обговорення та консенсусу. Голови ГРР сприяли обговоренню під час засідання, використовуючи неформальний процес досягнення консенсусу. Консенсус був досягнутий щодо всіх рекомендацій та їхньої визначеної сили; голосування не було необхідним для жодної рекомендації. Щодо кожної рекомендації голови ГРР також сприяли обговоренню з метою визначення ключових аспектів впровадження.

Кожній рекомендації в цій настанові було присвоєно ступінь доказовості, а також визначено достовірність доказів, на яких вона ґрунтується. Щодо сили рекомендацій, то рекомендації були або сильними, або умовними. Щодо сильних рекомендацій, то ГРР була впевнена, що бажаний ефект від дотримання рекомендацій переважає будь-які потенційні небажані ефекти. Іншими факторами, які підтримували сильні рекомендації, були: чи є баланс користі та шкоди чутливим до варіабельності цінностей/вподобань пацієнтів щодо результатів; менші витрати або ресурси та/або висока економічна ефективність; висока прийнятність і здійсненність у цільових групах населення та умовах; очікуваний позитивний вплив на справедливість. Для умовних

рекомендацій GDG визначила, що баланс бажаних і небажаних ефектів

сприяли дотриманню рекомендації, але у відносно невеликій мірі; існувала більша невизначеність щодо очікуваних наслідків; та/або рішення про дотримання рекомендації було чутливим до преференцій, дорогим або економічно неефективним, або існували серйозні проблеми щодо здійсненності, прийнятності або справедливості. Сила рекомендації має різні наслідки для осіб, яких стосується ця настанова (Таблиця 2).

Пацієнти/користувачі тютюну	Більшість людей у цій ситуації хотіли б слідувати рекомендованому курсу дій, і лише невелика частина не хотіла б	Більшість людей у цій ситуації хотіли б рекомендований курс дій, але багато хто не хотів би
Клініцисти	Більшість людей повинні отримати рекомендований курс дій	Визнайте, що різні варіанти будуть підходити для окремих пацієнтів
Політики	Рекомендація може бути прийнята як політика в більшості ситуацій	Потребує значних обговорень з усіма зацікавленими сторонами, перш ніж це може бути прийнято як політика



3. Рекомендації

3.1. Поведінкова підтримка, що надається як у клінічних, так і в громадських умовах

3.1.1. Рекомендації

1. BOO3 рекомендує, щоб медичні працівники постійно надавали короткі консультації (від 30 секунд до 3 хвилин за одну зустріч) усім споживачам тютюну, які звертаються до будь-якого медичного закладу.

↑ **Настійна** рекомендація;

↗ **помірна** визначеність



2. BOO3 рекомендує надавати більш інтенсивну поведінкову підтримку всім споживачам тютюну, зацікавленим у припиненні вживання тютюну. Варіантами поведінкової підтримки є індивідуальне/групове очне/телефонне консультування; слід надавати кілька варіантів поведінкової підтримки..

↑ **Настійна** рекомендація;

↑ **висока** визначеність (індивідуальне консультування)/

↗ **помірна** визначеність (групове та телефонне консультування)



3.1.2. Загальні питання

У дорослих, які користуються тютюном, які ефекти має коротка консультація здоров'язберігаючими фахівцями, індивідуальна поведінкова консультація, групова поведінкова консультація та телефонна консультація на відмовлення від куріння порівняно з відсутністю втручання або стандартною допомогою? Чи варіюється ефект в залежності від типів вживаного тютюну, кількості вживаного тютюну, частоти, інтенсивності, тривалості або типу втручання, готовності відмовитися та статі?

3.1.3. Обґрунтування та докази

Для цих рекомендацій щодо підтримки у поведінкових аспектах, наданих як у клінічних, так і в комунітарних умовах, були використані один новий систематичний огляд, який зараз опублікований (43), і чотири систематичних огляди Cochrane (27-30). Повні деталі таблиць EtD можна знайти у веб-додатку: профілі доказів.

Систематичний огляд і мета-аналіз, який включав 24 352 учасників у 13 RCT, проведений Ченгом та іншими, показав, що, порівняно з відсутністю консультації, середня терапевтична дія короткої консультації для тривалого відмовлення від тютюну була помірною і значущою (відношення ризику/різниця ризиків [RR]: 1,17; довірчий інтервал [CI]: 1,07-1,27) (43). Середня терапевтична дія короткої консультації для короточасного відмовлення від тютюну також була помірною і значущою (RR: 1,22; 95% CI: 1,01-1,47). Середня терапевтична дія короткої консультації для спроби відмовлення була незначущою, коли включалися лише дослідження з меншим ризиком упередженості (RR: 1,03; 95% CI: 0,97-1,08). Проводились підгрупові аналізи за віком, країнами з високим і низьким рівнем доходу, типами медичних працівників, клінічними та комунітарними умовами та характеристиками результатів (наприклад, тривалість слідування). Значущої гетерогенності ефектів терапії на тривале або короточасне відмовлення від тютюну між підгрупами не виявлено.

Докази, що стосуються індивідуальної поведінкової консультації, базуються на систематичному огляді Cochrane, опублікованому Ланкастером та іншими (27). Докази показали, що: є високоякісні докази того, що індивідуальна консультація є ефективнішою, ніж мінімальний контакт (який включав коротку консультацію, стандартний догляд або надання матеріалів для самопомогі), коли фармакотерапія не була запропонована жодному з учасників (RR: 1,57; 95% CI: 1,40-1,77; 27 досліджень; 11 100 учасників); є помірні докази на користь консультації, коли всі учасники отримували фармакотерапію (RR: 1,24; 95% CI: 1,01-1,51; 6 досліджень; 2662 учасників); і є помірні докази на користь невеликої

користі від більш інтенсивної консультації порівняно з короткою консультацією (RR: 1,29; 95% CI: 1,09-1,53; 11 досліджень; 2920 учасників). Не було знайдено значущих різниць у п'яти дослідженнях, які порівнювали різні типи консультацій.

Для групової поведінкової консультації докази з кокранівського систематичного огляду, який включав 66 RCT (28), показали, що порівняно з програмою самопомогі підхід на основі групи призвів до позитивних результатів: шанс тривалого припинення куріння збільшився на 50-130% (RR: 1,88; 95% CI: 1,52-2,33; 4395 учасників); невеликий приріст тривалого припинення куріння порівняно з короткою підтримкою, наданою медичним працівником (RR: 1,22; 95% CI: 1,03-1,43; 7286 учасників); також були низькоякісні докази про користь групової програми порівняно з контрольними групами без втручання (RR: 2,60; 95% CI: 1,80-3,76; 9 випробувань; 1098 учасників). Огляд не показав доказів того, що групова терапія є ефективнішою, ніж індивідуальна консультація з подібною інтенсивністю (RR: 0,99; 95% CI: 0,76-1,28; 6 випробувань; 980 учасників). Програми, що включали компоненти для підвищення когнітивних і поведінкових навичок, не виявилися ефективнішими за програми такої ж тривалості або коротших без цих компонентів.

Кокранівський систематичний огляд з 104 випробувань, що включав 111 653 учасників, оцінював ефект телефонних консультацій для допомоги людям припинити куріння цигарок (29). Огляд показав, що багатосесійна проактивна консультація збільшила тривалість відмови від куріння порівняно з контрольною умовою, де надавалися самопоміжні матеріали або коротка консультація в одному дзвінку для тих, хто звернувся до гарячих ліній (RR: 1,38; 95% CI: 1,19-1,61; 14 випробувань; 32 484 учасників); для тих, хто не звертався до гарячої лінії, телефонні консультації збільшили шанси на відмову від куріння (RR: 1,25; 95% CI: 1,15-1,35; 65 випробувань; 41 233 учасників); і в дослідженнях, що порівнювали більше з меншим числом дзвінків, люди, яким запропонували більше дзвінків (від трьох до п'яти), схильніше припиняли куріння, ніж ті, хто отримав лише один дзвінок (RR: 1,27; 95% CI: 1,12-1,44; 2602 учасники). Meta-регресія показала, що телефонна підтримка була ефективнішою для мотивованих припинити куріння; телефонні консультації були ефективніші, коли надавались як додаток до самопоміжних письмових матеріалів або короткої інтервенції від медичного працівника; і менш ефективні, коли надавались як додаток до більш інтенсивної консультації. Окремо, інший кокранівський систематичний огляд порівнював консультації в реальному часі через відеозв'язок з телефонними консультаціями (30). Огляд показав, що не було статистично значущих відмінностей у впливі між відеозв'язковими та телефонними консультаціями на допомогу людям припинити куріння (RR: 2,15; 95% CI: 0,38-12,04; 2 випробування; 608 учасників).

GDG прийшла до наступних висновків:

- Є середня ступінь впевненості в тому, що короткий консультативний вплив збільшує тривалу відмову від куріння, а висока ступінь впевненості для короткочасної відмови від куріння; тривала відмова від куріння вважалася більш важливим клінічним результатом.
- Баланс переваг над шкодами вказує на перевагу короткочасного консультативного впливу на основі:
- невеликих користей на індивідуальному рівні (NNT: 91 для досягнення одного додаткового випадку тривалої відмови від куріння), помірних до великих користей на рівні населення від короткочасного консультативного впливу (з урахуванням низької вартості, можливості здійснення, прийнятності і високого потенціалу впливу на багато людей); і
- мізерних шкод (оцінених згідно з характером втручання і відсутністю повідомлених шкідливих наслідків у випробуваннях).
- Рішення щодо короткочасного консультативного впливу не залежать від особистих уподобань (завдяки мізерним шкодам), і короткочасний консультативний вплив має низьку вартість, можливий до здійснення і прийнятний, з потенційним позитивним впливом на рівність.
- Є висока ступінь впевненості в тому, що тривала відмова від куріння після індивідуальної поведінкової консультації без фармакотерапії, і помірна ступінь впевненості, коли вона проводиться разом з фармакотерапією (це стосується приросту додаткових користей, навіть якщо загальна користь від їх поєднання більша). Є висока ступінь впевненості в тому, що більш інтенсивна індивідуальна поведінкова консультація ефективніша за менш інтенсивну індивідуальну поведінкову консультацію..

- Баланс переваг над шкодами на користь індивідуальної поведінкової консультації порівняно з мінімальним контактом і більш- чи менш-інтенсивною консультацією ґрунтується на:
- помірних до великих користях (індивідуальна поведінкова консультація з фармакотерапією чи без неї порівняно з мінімальним контактом, NNT: 25-50 для досягнення одного додаткового випадку тривалої відмови від куріння; більш- чи менш-інтенсивна консультація, NNT: 6-33 для досягнення одного додаткового випадку тривалої відмови від куріння); і
- мізерних шкодах (оцінених згідно з характером втручання і відсутністю повідомлених шкідливих наслідків у випробуваннях).
- Рішення щодо індивідуальної поведінкової консультації, ймовірно, не залежать від особистих уподобань (завдяки мізерним шкодам); це потребує помірних витрат, і, ймовірно, є можливим і прийнятним, з потенційно збільшеною рівністю.
- Є середня ступінь впевненості в тому, що групова поведінкова консультація збільшує тривалу відмову від куріння порівняно з самодопоміжними програмами; є низька ступінь впевненості в тому, що групова програма ефективніша за короточасну підтримку або відсутнє втручання.
- Баланс переваг над шкодами на користь групової поведінкової консультації порівняно з самодопоміжними програмами, короточасною підтримкою або відсутнім втручанням ґрунтується на:
- великих користях (групова консультація порівняно з відсутнім втручанням або самодопоміжною програмою, NNT: 8-25 для досягнення одного додаткового випадку тривалої відмови від куріння); мізерних до невеликих користях (групова консультація порівняно з індивідуальною інтервенцією очі в очі або короткою груповою підтримкою, NNT: 100 для досягнення одного додаткового випадку тривалої відмови від куріння); і
- мізерних шкодах у порівнянні з іншими консультаційними втручаннями чи звичайною турботою (на основі характеру втручання та відсутності шкідливих наслідків, повідомлених у випробуваннях).
- Користь і шкода групової консультації та індивідуальної консультації майже збалансовані, з схожою ефективністю і відсутністю очікуваних відмінностей у шкоді.
- Рішення щодо групової поведінкової консультації, ймовірно, не залежать від особистих уподобань (завдяки мізерним шкодам); це потребує помірних витрат, і ймовірно, можливе і прийнятне, залежно від різних зацікавлених сторін і у різних налаштуваннях, з можливо збільшеною рівністю.
- Є середня ступінь впевненості в тому, що телефонні консультації збільшують тривалу відмову від тютюнопаління.
- Баланс переваг над шкодами на користь просунутих телефонних консультацій ґрунтується на:
- помірних користях (багатосесійна просунута консультація порівняно з самодопоміжними матеріалами чи короткою консультацією у єдиному дзвінку, NNT: 36 для досягнення одного додаткового випадку тривалої відмови); і
- мізерних шкодах (оцінених на основі типу наданого втручання та відсутності шкідливих наслідків, повідомлених у випробуваннях).
- Рішення щодо телефонних консультацій не залежать від особистих уподобань (завдяки відсутності відомих шкідливих наслідків), вони вимагають невеликих до помірних витрат, і, ймовірно, є можливими і прийнятними, з ймовірною збільшеною рівністю..

3.1.4. Міркування щодо впровадження

Коротке консультування може допомогти всім споживачам тютюну, незалежно від того, чи зацікавлені вони у припиненні куріння. Регулярне надання коротких консультацій у всіх медичних закладах має вирішальне значення для досягнення високого рівня охоплення населення і слугує відправною точкою для надання додаткової науково обґрунтованої підтримки у припиненні куріння.

Існує багато способів надання додаткової, більш інтенсивної поведінкової підтримки для споживачів тютюну. Оскільки жодна з різних форм підтримки (індивідуальна, групова або телефонна) не має явних переваг над іншими з точки зору ефективності, наявність декількох форм підтримки може розширити можливості вибору та використання пацієнтами та надавачами послуг (див. Додаток 2 для отримання більш детальної інформації про характеристики форм підтримки).

Усі варіанти поведінкової підтримки можуть бути доповнені цифровими інтервенціями з відмови від тютюну

для додаткової підтримки (див. Розділ 3.2).

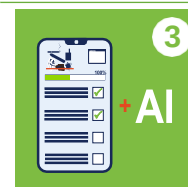
Забезпечення доступності поведінкової підтримки, в тому числі більш тривалої та інтенсивної, для споживачів тютюну особливо важливо в умовах, коли вони мають мінімальний доступ до фармакотерапії або взагалі не мають такого доступу.

Поведінкова підтримка надається персоналом, який пройшов достатню підготовку щодо знань та навичок надання допомоги споживачам тютюну, які намагаються кинути курити. Цей персонал може бути найнятий і навчений спеціально для надання допомоги у відмові від тютюну, або ж це може бути існуючий персонал, який вже надає консультації людям з іншими розладами здоров'я. Підготовлені консультанти з відмови від тютюнопаління можуть надавати підтримку в припиненні куріння різним групам населення, у тому числі людям з психічними розладами. Важливо, щоб консультативна підтримка враховувала культурні особливості та була доступною основною мовою споживачів тютюну. Корисно, щоб допоміжні матеріали та тренінги були доступні місцевими мовами, а також містили приклади бездимного тютюну та інших продуктів, таких як кальяни (кальян, шиша) і бідіс, особливо в районах з високим рівнем поширеності тютюнокуріння.

3.2. Цифрові інтервенції з припинення вживання тютюну

3.2.1. Рекомендації

3. Цифрові методи відмови від тютюну (текстові повідомлення, додатки для смартфонів, інтервенції на основі ШІ) можуть бути доступні для курців, зацікавлених у припиненні вживання тютюну, як доповнення до інших засобів підтримки у припиненні вживання тютюну або як інструмент самоконтролю..



- ↑ **Настійна** рекомендація;
- ↗ **помірна** визначеність (текстові повідомлення)/
- ↘ **низька** визначеність (додатки для смартфонів/ШІ-інтервенції)/
- ↓ **дуже низька** визначеність (інтервенції на основі Інтернету)

3.2.2. Загальні питання

Чи збільшують шанси на успішну відмову від тютюну для дорослих курців текстові повідомлення для відмови від тютюну, інтервенції з відмови від тютюну в Інтернеті, додатки для смартфонів для відмови від тютюну та програмні інтервенції на основі розмовного штучного інтелекту? Чи змінюється ефект залежно від змісту, інтенсивності або тривалості втручання, адаптації/персоналізації, інтерактивності, типів тютюну, що вживається, кількості тютюну, що вживається, готовності кинути курити та статі?

3.2.3. Обґрунтування та докази

Докази щодо цифрових інтервенцій з припинення вживання тютюну, представлені GDG, ґрунтуються на даних Кокранівського систематичного огляду (31) та трьох нових систематичних оглядів, проведених Gartner та ін. Наразі опублікований систематичний огляд програмних інтервенцій на основі штучного інтелекту (44). Повну інформацію про таблиці EtD можна знайти в веб-додатку: Профілі доказів.

Кокранівський систематичний огляд показав, що автоматизовані інтервенції з використанням текстових повідомлень були більш ефективними, ніж мінімальна підтримка у припиненні куріння (BP: 1,54; 95% ДІ: 1,19-2,00; 13 досліджень; 14 133 учасники), і що текстові повідомлення, додані до інших інтервенцій з припинення куріння, були більш ефективними, ніж інші інтервенції з припинення куріння.

Ефективнішим, ніж інші заходи з припинення куріння окремо (BP: 1,59; 95% ДІ: 1,09-2,33; 4 дослідження; 997 учасників). Два дослідження, в яких порівнювали текстові повідомлення з іншими заходами з припинення куріння, і три дослідження, в яких порівнювали повідомлення високої і низької інтенсивності, не виявили суттєвих відмінностей між групами (BP: 0,92; 95% ДІ: 0,61-1,40; 2 дослідження; 2238 учасників і BP: 1,00; 95% ДІ: 0,95-1,06; 3 дослідження;

12 985 учасників, відповідно).

Нещодавно проведені систематичні огляди показали, що: порівняно з відсутністю або мінімальним

втручанням, інтернет-втручання не були значно ефективнішими для тривалого утримання від тютюну (BP: 1,11; 95% ДІ: 0,90-1,36; 7 досліджень; 12 970 учасників); не було статистично значущого лікувального ефекту між додатками для смартфонів та мінімальним втручанням для допомоги людям у припиненні вживання тютюну (BP: 0,93; 95% ДІ: 0,79-1,09; 6 досліджень; 5424 учасники); і що, порівняно зі стандартним / звичайним лікуванням, розмовні програми на основі ШІ

3 WHO observes a rapid innovation cycle in digital technologies that necessitate reviews as new evidence emerges.

програмні втручання значно підвищили показники довготривалої відмови від тютюну (BP: 1,29; 95% ДІ: 1,13-1,46; 3 дослідження; 1486 учасників) (44). Вісім досліджень, які порівнювали додатки для смартфонів з більшою кількістю функцій для відмови від куріння та з меншою кількістю функцій, показали, що люди, яким пропонували більш функціональні додатки для смартфонів, мали більше шансів кинути курити, ніж ті, яким пропонували менш функціональні додатки (BP: 1,33; 95% ДІ: 1,01-1,74; 10 235 учасників). П'ять досліджень, які вивчали використання додатків для смартфонів у поєднанні з фармакотерапією порівняно з фармакотерапією та мінімальною поведінковою підтримкою, показали, що існують докази середньої якості щодо збільшення тривалості утримання від тютюнопаління після використання додатків для смартфонів, коли вони використовуються як доповнення до фармакотерапії (BP: 1,28; 95% ДІ: 1,12-1,47; 1798 учасників).

- ГРР дійшла наступних висновків.
- Існують докази середнього рівня достовірності, що автоматизовані інтервенції за допомогою текстових повідомлень є більш ефективними, ніж мінімальна підтримка у припиненні куріння. Ізольовані текстові програми можуть мати менший вплив у сучасному цифровому середовищі з огляду на поширення інших форм взаємодії зі смартфонами та соціальними мережами, а також зростання рівня неелективних політичних і комерційних повідомлень, які не були поширеними під час проведення дослідження.
- Баланс переваг і недоліків свідчить на користь інтервенцій щодо відмови від текстових повідомлень на основі наступних критеріїв
- помірні переваги (текстові повідомлення порівняно з мінімальною підтримкою у припиненні куріння, NNT: 33; текстові повідомлення плюс інша підтримка у припиненні куріння порівняно з іншою підтримкою у припиненні куріння, NNT: 25 для досягнення ще одного додаткового випадку довготривалої відмови від куріння); та
- тривіальна або мінімальна шкода (оцінюється відповідно до характеру втручання; існує певний ризик непрямой шкоди, якщо мобільні текстові повідомлення використовуються як єдиний варіант підтримки у припиненні куріння: в результаті цього не використовуються втручання з вищою ефективністю).
- Рішення щодо інтервенцій з припинення вживання тютюну за допомогою текстових повідомлень не залежать від уподобань (через відсутність відомої шкоди), інтервенції за допомогою текстових повідомлень вимагають невеликих або помірних витрат, і вони, ймовірно, є здійсненними і прийнятними, при цьому їхній вплив на рівність може бути різним (якщо доступ до цифрових технологій різний).
- Існують докази дуже низького рівня достовірності, які свідчать про те, що інтернет-втручання не є значно ефективнішими для довготривалої відмови від тютюну, ніж відсутність або мінімальне втручання, через ризик упередженості, непослідовності та потенційної упередженості публікацій. Баланс користі та шкоди для інтернет-втручань є невизначеним для інтернет-втручань на основі невеликої користі з низьким ступенем достовірності (NNT: 31-111 для досягнення ще одного випадку безперервної абстиненції на 6-13 місяців) та тривіальної/мінімальної шкоди (оцінюється на основі характеру втручання, і існує певний ризик непрямой шкоди, якщо інтернет-втручання використовується як єдиний варіант підтримки у відмові від тютюнопаління: таким чином, втручання з вищою ефективністю в результаті не використовуються).
- Існують докази низького рівня достовірності, що підтверджують будь-які суттєві відмінності в довготривалому утриманні від тютюну між додатками для смартфонів для відмови від тютюну та мінімальним втручанням, через ризик упередженості, неточності та непослідовності; існують докази середнього рівня достовірності, що більш інтерактивні додатки мають більший ефект і підвищують ефективність, коли їх додають до фармакотерапії. Крім того, результати визначалися по-різному, а самі додатки широко варіювалися.
- Баланс переваг і недоліків, ймовірно, свідчить на користь додатків для відмови від тютюну для смартфонів на основі
- помірні переваги (більше функцій у додатках для смартфонів порівняно з меншою кількістю функцій, а також використання додатків з фармакотерапією порівняно з фармакотерапією плюс мінімальна поведінкова підтримка, NNT: 14-29 для ще одного випадку тривалої абстиненції), але немає додаткових переваг порівняно з мінімальним контролем втручання; а також
- тривіальна або мінімальна шкода (про шкоду повідомлялося лише в одному дослідженні, і існує певний ризик непрямой шкоди через нижчу ефективність додатків порівняно з іншими формами

поведінкових втручань для відмови від тютюну, якщо втручання на основі смартфона використовується як єдиний варіант підтримки у припиненні куріння: втручання з більшою ефективністю, в результаті не використовуються).

- Достовірність даних щодо інтернет-втручань та додатків для смартфонів для відмови від тютюну є надто низькою, щоб визначити чутливість до вподобань, вони потребують невеликих або помірних витрат і, ймовірно, є здійсненими та прийнятними, але їхній вплив на рівність може бути різним (якщо доступ до цифрових технологій є різним).
- Існують докази з низьким рівнем достовірності, що програмні інтервенції на основі розмовного ШІ значно підвищують рівень довготривалої відмови від тютюнопаління через ризик упередженості. Крім того, лише три РКВ порівнювали програмні втручання на основі розмовного ШІ зі стандартним/звичайним лікуванням.
- Баланс переваг і недоліків, ймовірно, свідчить на користь програмних інтервенцій на основі розмовного ШІ на основі
- великих переваг (програмне втручання на основі розмовного ШІ порівняно з контролем, NNT: 12 для ще одного випадку відмови від куріння через 6 місяців); і
- незначної або мінімальної шкоди (існує певний ризик непрямої шкоди, якщо програмні інтервенції на основі діалогового ШІ пропонуються як єдиний варіант підтримки у припиненні куріння: в результаті цього не використовуються інтервенції з більшою ефективністю).
- Рішення щодо програмних інтервенцій на основі діалогового ШІ не залежать від уподобань, вони вимагають невеликих або помірних витрат і, ймовірно, є здійсненими та прийнятними, а також позитивно впливають на справедливість.

3.2.4. Міркування щодо впровадження

Цифрові інтервенції з відмови від тютюну мають потенціал охопити мільйони споживачів тютюну і можуть слугувати відправною точкою, через яку вони можуть отримати доступ до інших рекомендованих інтервенцій з відмови від тютюну.

Цифрові інтервенції з відмови від тютюну можна впроваджувати як окрему послугу для підтримки людей у припиненні вживання тютюну. Якщо вони пропонуються як окрема послуга для підтримки самоконтролю, важливо проконсультувати потенційних користувачів щодо повного спектру рекомендованих і доступних заходів з припинення вживання тютюну, включаючи інформацію про їхню ефективність.

Цифрові інтервенції з відмови від тютюну можуть також застосовуватися як додаткова підтримка до інших рекомендованих інтервенцій з відмови від тютюну. Для того, щоб запропонувати конкретні комбінації інтервенцій, які є особливо ефективними або результативними, потрібні додаткові докази. Для споживачів тютюну, які зацікавлені у використанні інших рекомендованих та доступних інтервенцій з відмови від тютюну, цифрові інтервенції можуть використовуватися для доповнення, але не заміни цих інтервенцій.

Для розробки та підтримки нових цифрових програм з відмови від тютюну необхідний ретельний дизайн контенту, а також постійний моніторинг та оцінка (див. Додаток 2 з міркуваннями щодо дизайну, адаптації та вибору).

Найбільш ефективними є цифрові інтервенції з відмови від тютюну з інтерактивним контентом і відповідями, адаптованими на основі відповідей користувачів.

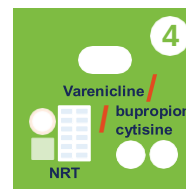
Місце цифрових інтервенцій у сфері відмови від тютюну в цифрових і соціальних медіа змінилося за останнє десятиліття і буде продовжувати стрімко змінюватися. Важливо проводити моніторинг та оцінку при включенні їх у нові цифрові платформи.

Для споживачів тютюну можуть бути доступні різні способи цифрової допомоги у припиненні вживання тютюну, які часто можна комбінувати (наприклад, додаток для смартфона може мати посилання на інтернет-сайт, вбудовану функцію надсилання текстових повідомлень і системи штучного інтелекту). Серед усіх методів найбільш переконливі докази наразі мають інтервенції з відмови від тютюну за допомогою мобільних текстових повідомлень (див. Додаток 2 для ознайомлення з конкретними цифровими методами).

3.3. Фармакологічні втручання, що здійснюються як в клінічних, так і в громадських умовах

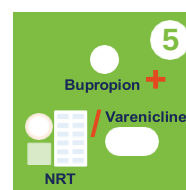
3.3.1. Рекомендації

4. ВООЗ рекомендує варениклін, НЗТ, бупропіон і цитизин⁴ як варіанти фармакологічного лікування для споживачів тютюну, які курять і зацікавлені в тому, щоб кинути курити. Варениклін, НЗТ або бупропіон рекомендуються як препарати першої лінії; комбінована НЗТ (пластир плюс форма короткої дії, наприклад, жуйка або льодяник) є варіантом для курців, які зацікавлені у припиненні куріння і будуть застосовувати НЗТ.



- ↑ **Настійна** рекомендація;
- ↑ **висока** визначеність (варениклін, НЗТ і бупропіон)/
- ↑ **помірна** визначеність (комбінація НЗЦ, цитизину)

5. Бупропіон у поєднанні з НЗТ або вареникліном може бути запропонований споживачам тютюну, зацікавленим у припиненні куріння, за відсутності адекватної відповіді на лікування першої лінії.



- ↑ **Настійна** рекомендація;
- ↑ **помірна** визначеність (бупропіон + варениклін)/
- ↑ **низька** визначеність (бупропіон + НЗТ)

3.3.2. Загальні питання

Чи збільшують НЗТ, бупропіон, варениклін та цитизин шанси дорослих курців на успішну відмову від куріння? Чи є комбінована терапія для дорослих курців кращою за монотерапію для припинення куріння? Чи залежить ефект від форми, дози та тривалості застосування, типу та кількості викуреного тютюну, рівня ніотинової залежності та статі?

3.3.3. Обґрунтування та докази

Докази фармакологічних втручань, що здійснюються як у клінічних, так і в громадських умовах, були отримані з чотирьох Кокранівських систематичних оглядів (32-35) та одного нещодавно проведеного систематичного огляду щодо цитизину. Повну інформацію про таблиці EtD можна знайти в веб-додатку: Профілі доказів.

3.3.3.1. НЗТ

Щодо впливу НЗТ як монотерапії порівняно з плацебо або контрольною групою, яка не отримувала НЗТ, Кокранівський систематичний огляд 133 досліджень, які включали 64 640 учасників, показав, що ВР довготривалої абстиненції для будь-якої форми НЗТ порівняно з контролем становило 1,55 (95% ДІ: 1,49-1,61) (32). Об'єднані ВР для кожного типу становили 1,49 (95% ДІ: 1,40-1,60; 56 досліджень; 22 581 учасник) для ніотинової жуйки, 1,64 (95% ДІ: 1,53-1,75; 51 дослідження;

25 754 учасники) для ніотинового пластиру, 1,52 (95% ДІ: 1,32-1,74; 8 досліджень; 4439 учасників) для пероральних таблеток

або пастилок; 1,90 (95% ДІ: 1,36-2,67; 4 дослідження; 976 учасників) для ніотинових інгаляторів, 2,02 (95% ДІ: 1,49-2,73;

4 дослідження; 887 учасників) для ніотинових назальних спреїв і 2,48 (95% ДІ: 1,24-4,94; 1 дослідження; 542 учасники) для ніотинових оральних спреїв. Автори оцінили докази як високоякісні. Ефекти значною мірою не залежали від визначення утримання від куріння, інтенсивності наданої додаткової підтримки та умов, в яких пропонувалася НЗТ.

Аналіз підгруп в окремому Кокранівському систематичному огляді (33) показав, що: для (24-годинних) пластирів 42/44 мг так само ефективні, як і 21/22 мг на пластир (ВР: 1,09; 95% ДІ: 0,93-1,29; 5 досліджень; 1655 учасників), а 21 мг ефективніший за 14 мг (ВР: 1,48; 95% ДІ: 1,06-2,08; 1

дослідження; 537 учасників); і що для 16-годинних

пластиру 25 мг є більш ефективним, ніж 15 мг (ВР: 1,19; 95% ДІ: 1,00-1,41; 3 дослідження; 3446 учасників). П'ять досліджень, в яких порівнювали жуйку 4 мг і жуйку 2 мг, показали, що курці з високою залежністю можуть отримати користь від вищої дози (ВР: 1,43; 95% ДІ: 1,12-1,83; 5 досліджень; 856 учасників). Дані восьми досліджень з високим ступенем достовірності свідчать, що використання як швидкодіючої форми НЗТ, так і нікотинного пластиру призводить до подібних довгострокових показників відмови від куріння (ВР: 0,90; 95% ДІ: 0,77-1,05; 8 досліджень; 3319 учасників).

4 Although cytisine is as effective as other so-called first-line medications, it is listed separately because evidence certainty is moderate, it is currently only legally available in some countries, has more variability in dosing regimen, and less review and approval by country-level drug regulatory bodies. However, all medications carry strong recommendations and any of these medications can be used.

Автори не виявили жодних доказів впливу: тривалості використання нікотинового пластиру; 16-годинного чи 24-годинного щоденного використання пластиру; зменшення дози пластиру чи раптового припинення використання пластиру; типу НЗТ швидкої дії; тривалості використання нікотинової жуйки; вільного чи фіксованого дозування НЗТ швидкої дії; безкоштовної чи купленої НЗТ; тривалості надання безкоштовної НЗТ; припинення чи продовження використання пластиру в момент переривання; НЗТ, обраної учасником, чи НЗТ, обраної клініцистом. Однак у більшості випадків ці висновки ґрунтувалися на доказах дуже низького або низького рівня достовірності і були отримані в результаті одиничних досліджень.

Побічні ефекти від застосування НЗТ були пов'язані з типом препарату і включали подразнення шкіри після застосування пластирів та подразнення внутрішньої частини рота після застосування жувальних гумок і таблеток. Серцеві АЕ, такі як біль у грудях та прискорене серцебиття, були рідкісними, а серйозні небажані явища (СБЯ) - вкрай рідкісними. Відношення шансів (ВШ) виникнення болю в грудях або серцебиття для будь-якої форми НЗТ порівняно з контролем становило 1,88 (95% ДІ: 1,37-2,57; 11 074 учасники). Більшість порівнянь не виявили жодних доказів впливу на серцеві АЕ, САЕ або синдром відміни, пов'язані з лікуванням. Показники цих явищ були загалом низькими. В одному дослідженні повідомлялося про значно більшу кількість випадків відміни лікування в учасників, які використовували назальні спреї порівняно з пластирами (ВР: 3,47; 95% ДІ: 1,15-10,46; 922 учасники), та в учасників, які використовували пластирі 42/44 мг порівняно з пластирами 21/22 мг у двох дослідженнях (ВР: 4,99; 95% ДІ: 1,60-15,50; 544 учасники).

3.3.3.2. Бупропіон

Що стосується доказів бупропіону щодо довготривалої відмови від тютюнопаління, то Кокранівський систематичний огляд 124 досліджень, які включали 48 832 учасників, продемонстрував, що існують достовірні докази того, що бупропіон підвищує рівень відмови від тютюнопаління порівняно з плацебо або відсутністю фармакологічного лікування (ВР: 1,60; 95% ДІ: 1,49-1,72; 50 досліджень; 18 577 учасників) (34). Бупропіон призводив до нижчих показників відмови від куріння порівняно з вареникліном (ВР: 0,73; 95% ДІ: 0,67-0,80; 9 досліджень; 7564 учасники) та з комбінованою НЗТ (ВР: 0,74; 95% ДІ: 0,55-0,98; 2 дослідження; 720 учасників). Однак не було отримано чітких доказів різниці в ефективності між бупропіоном і монотерапією НЗТ (ВР: 1,03; 95% ДІ: 0,93-1,13; 10 досліджень; 7613 учасників).

Існували докази середнього рівня достовірності, що учасники, які приймали бупропіон, частіше повідомляли про випадки САЕ, ніж ті, хто приймав плацебо або не отримував ніякого фармакологічного лікування. Однак результати суттєво не відрізнялися (ВР: 1,16; 95% ДІ: 0,90-1,48; І2 = 0%; 23 дослідження; 10 958 учасників). Існують достовірні докази того, що бупропіон призвів до більшої кількості вибухів з досліджень через АЕ, ніж плацебо або відсутність фармакологічного лікування (ВР: 1,44; 95% ДІ: 1,27-1,65; 25 досліджень; 12 346 учасників).

3.3.3.3. Варениклін

Кокранівський систематичний огляд 75 досліджень з 45 049 учасниками (35), опублікований у 2023 році, виявив достовірні докази того, що варениклін допомагає кинути палити більшій кількості людей, ніж плацебо (ВР: 2,32; 95% ДІ: 2,15-2,51; 41 дослідження; 17 395 учасників); допомагає кинути палити більше людей, ніж бупропіон (ВР: 1,36; 95% ДІ: 1,25-1,49; 9 досліджень; 7560 учасників); і допомагає кинути палити більше людей, ніж окрема форма НЗТ (ВР: 1,25; 95% ДІ: 1,14-1,37; 11 досліджень; 7572 учасників). Не було отримано чітких доказів різниці в показниках відмови від вживання вареникліну та комбінованої НЗТ (ВР: 1,02; 95% ДІ: 0,87-1,20; 5 досліджень; 2344 учасники). Об'єднані результати досліджень, в яких порівнювали цитизин і варениклін, показали, що більше людей, які приймали варениклін, кинули палити, ніж ті, хто приймав цитизин (ВР: 0,83; 95% ДІ: 0,66-1,05; 2 дослідження; 2131 учасник).

Автори виявили докази помірної достовірності, що люди, які приймають варениклін, частіше повідомляють про САЕ, ніж ті, хто його не приймає (ВР: 1,23; 95% ДІ: 1,01-1,48; 26 досліджень; 14 356 учасників). При порівнянні вареникліну з бупропіоном не було отримано чітких доказів різниці в частоті виникнення всіх ПНС (ВР: 0,89; 95% ДІ: 0,61-1,31; 5 досліджень; 5317 учасників), нервово-психічних ПНС (ВР: 1,05; 95% ДІ: 0,16-7,04; 2 дослідження; 866 учасників) або

кардіальні побічні ефекти (ВР: 3,17; 95% ДІ: 0,33-30,18; 2 дослідження; 866 учасників). Порівняно з комбінованою НЗТ, пацієнти, які приймали варениклін, мали підвищений ризик розвитку САР (ВР: 2,15; 95%

ДІ: 0,49-9,46; 4 дослідження; 1852 учасники) та нервово-психічних САР (ВР: 4,69; 95% ДІ: 0,23-96,50; 2 дослідження; 764 учасники), а також знижений ризик розвитку кардіальних САР (ВР: 0,32; 95% ДІ: 0,01-7,88; 2 дослідження; 819 учасників). У всіх цих випадках докази були низького рівня достовірності, а ДІ були дуже широкими, охоплюючи як значну шкоду, так і користь. Існували докази низького рівня достовірності, що більше людей, які приймали варениклін, повідомляли про SAE порівняно з тими, хто приймав цитизин (ВР: 0,67; 95% ДІ: 0,44-1,03; 2 дослідження; 2017 учасників).

3.3.3.4. Цитизин

Систематичний огляд 14 досліджень, проведений на замовлення BOO3, показав, що учасники, які отримували цитизин, мали значно більше шансів кинути палити щонайменше на 6 місяців, ніж ті, хто отримував плацебо/без втручання/звичайне лікування (BP: 2,61; 95% ДІ: 1,50-4,67; 6 досліджень; 5194 учасники), а також значно більше шансів мати вищі показники довготривалої абстиненції, ніж учасники, які отримували НЗТ (BP: 1,36; 95% ДІ: 1,06-1,73; 2 дослідження; 1511 учасників). Не було виявлено суттєвої різниці у ймовірності припинення вживання тютюну між учасниками, які приймали цитизин і варениклін (BP: 0,96; 95% ДІ: 0,63-1,45; 3 дослідження; 2127 учасників). Два дослідження, які вивчали вплив тривалішого та коротшого лікування цитизином, виявили вищі показники утримання від вживання при тривалішому лікуванні (BP: 1,29; 95% ДІ: 1,02-1,63; 1009 учасників).

Хоча в семи дослідженнях повідомлялося про більшу кількість випадків АЕ серед тих, хто отримував цитизин, порівняно з тими, хто отримував плацебо, НЗТ або консультування, було мало доказів того, що застосування цитизину пов'язане з виникненням SAE.

3.3.3.5. Комбінована фармакотерапія

Існують достовірні докази того, що комбінована НЗТ (швидкодіюча форма плюс пластир) призводить до вищих довгострокових показників відмови від куріння, ніж монотерапія НЗТ (BP: 1,25; 95% ДІ: 1,15-1,36; 14 досліджень; 11 356 учасників) (33). Автори не знайшли доказів впливу тривалості застосування комбінованої НЗТ. Існували докази середнього рівня достовірності, що комбінація бупропіону та вареникліну могла призвести до вищих показників відмови від тютюнопаління порівняно із застосуванням лише вареникліну (BP: 1,21; 95% ДІ: 0,95-1,55; 3 дослідження; 1057 учасників) (34). Однак було недостатньо доказів, щоб встановити, чи призводить комбінація бупропіону та НЗТ до вищих показників відмови від куріння порівняно з НЗТ (BP: 1,17; 95% ДІ: 0,95-1,44; 15 досліджень; 4117 учасників) (34).

Не було отримано доказів впливу на серцеві АЕ, а також на всі SAE та синдроми відміни при порівнянні комбінованої НЗТ з монотерапією (33). Результати також були неточними при порівнянні SAE між особами, рандомізованими на комбінацію бупропіону і НЗТ порівняно з НЗТ (BP: 1,52; 95% ДІ: 0,26-8,89; 4 дослідження; 657 учасників), і рандомізованими на бупропіон плюс варениклін порівняно з одним вареникліном (BP: 1,23; 95% ДІ: 0,63-2,42; 5 досліджень; 1268 учасників) (34). Однак доказів того, що бупропіон у поєднанні з НЗТ порівняно з НЗТ або бупропіон у поєднанні з вареникліном порівняно з вареникліном впливав на кількість відмов від лікування, було недостатньо (34).

3.3.3.6. Висновки

ГРР дійшли наступних висновків:

- Існують докази з високим ступенем достовірності, що всі форми НЗТ є більш ефективними для досягнення довготривалої відмови від тютюну порівняно з контрольною групою плацебо або без НЗТ.
- Баланс переваг і недоліків НЗТ свідчить на користь НЗТ, оскільки переваги від помірних до значних (НЗТ порівняно з плацебо/без НЗТ, NNT: 12-45 для одного додаткового тривалого утримання залежно від рівня базової поведінкової підтримки) та незначної шкоди (найпоширенішими небажаними явищами при НЗТ були гикавка, біль у щелепі, біль у горлі, виразки у роті, шлунково-кишкові розлади та місцеве подразнення, які зазвичай не були тяжкими; НЗТ, як повідомлялося, асоціювалася з підвищеним ризиком болю в грудях та прискореного серцебиття з числом, необхідним для заподіяння шкоди (NNH), 91, але вони були нечастими).
- Рішення щодо НЗТ, ймовірно, не є чутливими до переваг (невелика шкода, яка не здається серйозною), вона вимагає невеликих витрат, є здійсненою і, ймовірно, прийнятною, з ймовірним збільшенням справедливості.
- Існують достовірні докази того, що бупропіон збільшує довгострокові показники відмови від куріння порівняно з плацебо або відсутністю фармакологічного лікування.
- Баланс переваг і недоліків свідчить на користь бупропіону, оскільки він має значні переваги (бупропіон порівняно з плацебо/без фармакотерапії, NNT: 14 додаткових випадків тривалої абстиненції) і помірні недоліки (SAEs включають тривогу, безсоння і психіатричні АЕ, NNH: 100, що

призводить до одного додаткового SAEs; відсів через AEs, NNH: 33, що призводить до одного відсіву).

- Рішення щодо бупропіону, ймовірно, залежить від переваг (помірна шкода з деякою невизначеністю щодо серйозної шкоди), він вимагає невеликих витрат, є здійсненним і, ймовірно, прийнятним, а також, ймовірно, має більшу справедливість.
- Існують достовірні докази того, що варениклін є більш ефективним, ніж плацебо, бупропіон або НЗТ, у досягненні тривалого утримання від куріння. Щодо вареникліну порівняно з плацебо існують докази середнього рівня достовірності, що застосування вареникліну спричиняє SAE, і докази низького рівня достовірності, що він спричиняє серцеві SAE.
- Баланс користі та шкоди від застосування вареникліну свідчить на користь вареникліну на основі значної користі (варениклін порівняно з плацебо, NNT: 7,6 для досягнення ще одного випадку безперервної/стійкої абстиненції протягом 6 місяців або довше; варениклін порівняно з бупропіоном або НЗТ, NNT: 16-22 для одного додаткового випадку довготривалої абстиненції); і
- помірна шкода (варениклін порівняно з плацебо, NNH: 167 для одного додаткового випадку SAE; NNH: 500 [діапазон: 111- 333] для одного додаткового випадку серцевої SAE; BP: 2,61 [діапазон: 2,44-2,80] для нудоти; BP: 1,37 [діапазон: 1,27-1. 47] для безсоння; CP: 1,82 [діапазон: 1,67-1,97] для аномальних сновидінь; CP: 1,11 [діапазон: 1,03-1,19] для головного болю; варениклін не був пов'язаний з підвищеним ризиком депресії, суїцидальних думок або нервово-психічних SAE).
- Рішення щодо вареникліну, ймовірно, залежать від переваг (помірна шкода, включаючи деякі серйозні шкоди), він вимагає помірних витрат, є здійсненним і, ймовірно, прийнятним, не впливаючи на справедливість.
- Існують докази середнього рівня достовірності, що цитизин є більш ефективним, ніж плацебо/відсутність втручання/звичайний догляд, у підтримці курців у відмові від куріння протягом 6 місяців або довше; існують докази дуже низького або низького рівня достовірності, що свідчать про значну різницю в ймовірності відмови від куріння між цитизином і вареникліном, а також між цитизином і НЗТ.
- Баланс переваг і недоліків свідчить на користь цитизину на основі значних переваг (цитизин порівняно з плацебо, NNT: 15 на один додатковий випадок безперервної довготривалої абстиненції; цитизин порівняно з НЗТ, NNT: 18 на один додатковий випадок довготривалої абстиненції) і незначних недоліків (у п'яти з шести досліджень повідомлялося про більші недоліки, ніж у плацебо, однак у більшості досліджень різниця не була статистично значущою, а про серйозні недоліки не повідомлялося).
- Рішення щодо цитизину не є чутливим до переваг (невелика шкода, яка не здається серйозною), він вимагає невеликих витрат, є здійсненним і, ймовірно, прийнятним, з ймовірним збільшенням справедливості.
- Існують достовірні докази того, що комбінована НЗТ є більш ефективною, ніж монопрепарат, для довготривалої відмови від куріння; не було отримано доказів впливу на серцеві AE, а також на всі SAE та синдром відміни при порівнянні комбінованої НЗТ з монопрепаратом.
- Баланс користі та шкоди свідчить на користь комбінованої НЗТ на основі помірної користі (комбінована НЗТ порівняно з монотерапією, NNT: 29 для досягнення ще одного випадку тривалої абстиненції) та незначної шкоди (комбінована НЗТ порівняно з монотерапією, NNH: 500 для SAE, NNH: 500 для синдрому відміни лікування).
- Рішення щодо комбінованої НЗТ, ймовірно, залежить від переваг (невеликий підвищений ризик розвитку CAP та відміни лікування), вона вимагає невеликих витрат і, ймовірно, є здійсненою та прийнятною, а також підвищує рівень справедливості.
- Існують докази середнього рівня достовірності, що комбінація бупропіону і вареникліну може призвести до вищих довгострокових показників відмови від куріння порівняно з одним лише вареникліном; доказів того, що комбінація бупропіону і НЗТ призводить до вищих довгострокових показників відмови від куріння порівняно з однією лише НЗТ, недостатньо. Існують докази низького рівня достовірності щодо впливу SAE та частоти відмов від куріння для бупропіону в комбінації з НЗТ порівняно з НЗТ або бупропіону в комбінації з вареникліном порівняно з вареникліном.
- Баланс користі та шкоди, ймовірно, свідчить на користь комбінацій бупропіон плюс НЗТ та бупропіон плюс варениклін, виходячи з наступних міркувань
- помірні переваги (бупропіон плюс НЗТ порівняно з НЗТ, NNT: 33 на один додатковий випадок

довготривалої відмови від куріння; бупропіон плюс варениклін порівняно з вареникліном, NNT: 20 для досягнення одного додаткового випадку довготривалої відмови від куріння); та

- невелика, але нетривіальна шкода з низькою достовірністю (бупропіон плюс НЗТ порівняно з НЗТ: неточні оцінки для SAEs, BP: 1,52 [діапазон: 0,26-8,89], статистично незначущий підвищений ризик відміни дослідження через АЕ, підвищений ризик безсоння і тривоги; бупропіон плюс варениклін порівняно з вареникліном: неточні оцінки для SAE, BP: 1,23 [діапазон: 0,63-2,42], відміна дослідження через медикаментозні АЕ і підвищений ризик будь-яких АЕ, психіатричних АЕ, тривоги і безсоння).
- Рішення щодо бупропіону плюс НЗТ і бупропіону плюс варениклін, ймовірно, є чутливими до переваг (невелика шкода з невизначеністю щодо SAE), вони вимагають помірних витрат і, ймовірно, є здійсненими, з невизначеною прийнятністю і, ймовірно, підвищеною справедливістю.

3.3.4. Міркування щодо впровадження

Вкрай важливо мінімізувати або, в ідеалі, усунути вартість ліків та інші бар'єри доступу, щоб підвищити рівень вживання тютюну, дотримання рекомендацій щодо дози та тривалості прийому, а також максимізувати вплив на поширеність тютюнокуріння на рівні населення (див. Розділ 3.7). З огляду на те, що медичне страхування доступне лише для меншості споживачів тютюну в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, може знадобитися задіяти інші механізми для зменшення або усунення бар'єрів, пов'язаних з вартістю та доступом до лікування. Там, де існує медичне страхування, як державні, так і приватні страхові компанії можуть розглянути можливість надання повного покриття витрат і забезпечення доступності, без попереднього дозволу, консультацій і препаратів для відмови від тютюнопаління.

Включення препаратів, рекомендованих у цій настанові, до Національного переліку основних лікарських засобів країни може сприяти розширенню доступу споживачів тютюну до цих препаратів.

Оскільки препарати для відмови від тютюнопаління мають різні переваги та недоліки, що потенційно можуть впливати на прихильність до них, окремі пацієнти та лікарі можуть надавати перевагу одному препарату над іншим або певній комбінації. Таким чином, там, де це можливо, бажано мати в наявності кілька препаратів, щоб розширити вибір для пацієнта і лікаря.

Варениклін і комбінована НЗТ мають більшу ефективність порівняно з монотерапією НЗТ і бупропіоном. Якщо дозволяють ресурси, країни можуть зробити доступні для всіх споживачів тютюну наступні варіанти, які мають вищу ймовірність успіху в припиненні вживання тютюну, пов'язаного з їх застосуванням:

- одноагентний варениклін або цитизин
- комбінована НЗТ (препарат тривалої та короткої дії)
- комбінація будь-якого(их) препарату(ів) та поведінкової підтримки.

Медичні працівники повинні розглянути можливість рекомендувати ці більш ефективні методи лікування регулярно, без попередніх умов, але особливо окремим пацієнтам, наприклад, більш залежним від тютюну (наприклад, тим, хто викурює більше 10 сигарет на день), а також тим, хто не зміг кинути курити, незважаючи на численні спроби.

Препарати для відмови від тютюнопаління ефективні для більшості повнолітніх курців (див. Додаток 2 для особливих міркувань щодо вагітних, менш залежних та госпіталізованих споживачів тютюну).

Важливо рекомендувати всім користувачам препаратів для відмови від тютюнопаління звертатися за одночасною поведінковою підтримкою; надавати їм інструкції та подальше спостереження для забезпечення належного використання та дотримання рекомендованої тривалості терапії; а також допомагати у подоланні будь-яких побічних ефектів або симптомів відміни (див. Додаток 2 для отримання додаткової інформації щодо мінімальної доступності, конкретних ситуацій, коли може бути виправданим скорочення тривалості курсів лікування, переваг навчання та порівняння вартості).

Через значний негативний вплив тривалого вживання тютюну на здоров'я та труднощі, пов'язані з відмовою від тютюну, важливо мінімізувати симптоми відміни та максимізувати шанси на успіх. Важливою клінічною стратегією є заохочення до використання комбінованих фармакотерапій, які мають вищу ефективність, та надання пацієнтам і медичним працівникам інструкцій щодо застосування комбінованої терапії (потенційні адитивні побічні ефекти та відповідні стратегії подолання).

Забезпечення покриття витрат без попередніх умов, таких як вимога рецидиву на монотерапії, також є важливим для підвищення належного використання комбінованої терапії.

3.4. Заходи з припинення вживання бездимного тютюну

3.4.1. Рекомендації

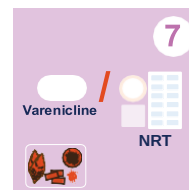
6. ВООЗ рекомендує надавати інтенсивну поведінкову підтримку (індивідуальне консультування віч-на-віч, групове консультування віч-на-віч або телефонне консультування) споживачам некурильного тютюну, які бажають відмовитися від куріння.

↑ **Настійна рекомендація;**
↗ **помірна визначеність**



7. ВООЗ рекомендує варениклін або НЗТ як фармакологічні засоби для споживачів некурильного тютюну, які бажають кинути курити.

↑ **Настійна рекомендація;**
↗ **помірна визначеність**
↘ **низька визначеність (НЗТ)**



3.4.2. Загальні питання

Чи підвищують інтервенції з поведінкової підтримки або фармакотерапії шанси на успішну відмову від куріння для дорослих, які вживають некурильний тютюн? Чи залежить цей ефект від дози або тривалості вживання, типу інтервенції/фармакотерапії, рівня ніотинової залежності, кількості вживаного бездимного тютюну та статі?

3.4.3. Обґрунтування та докази

Результати оновленого Кокранівського систематичного огляду, надані Джонатаном Лівінгстоном-Бенксом (ще не опубліковані), показали, що поведінкове консультування, включаючи телефонне консультування, є більш ефективним для довготривалої відмови від вживання некурильного тютюну, ніж звичайний догляд/мінімальна підтримка (BP: 1,76; 95% ДІ: 1,43-2,16; 20 досліджень; 8252 учасників). Існують докази середнього рівня достовірності, що варениклін допомагає більшій кількості людей припинити вживання некурильних тютюнових виробів, ніж плацебо (BP: 1,35; 95% ДІ: 1,08-1,68; 2 дослідження; 508 учасників), і докази низького рівня достовірності, що НЗТ допомагає більшій кількості людей припинити вживання некурильних тютюнових виробів, ніж плацебо або відсутність медикаментозної терапії (BP: 1,18; 95% ДІ: 1,05-1,33; 11 досліджень; 2562 учасники). Не було отримано чітких доказів різниці в показниках відмови від вживання бездимного тютюну між людьми, які приймали бупропіон і плацебо (BP: 0,89; 95% ДІ: 0,54-1,44; 2 дослідження; 293 учасники). Повну інформацію щодо таблиць EtD можна знайти у веб-додатку: Профілі доказів. ГРР дійшли наступних висновків:

- Існують докази середнього рівня достовірності, що поведінкове консультування, включаючи телефонне консультування, є більш ефективним, ніж звичайний догляд/мінімальна підтримка для тривалої відмови від вживання некурильного тютюну, і що варениклін допомагає більшій кількості людей відмовитися від вживання некурильних тютюнових виробів, ніж плацебо. Існують докази з низьким рівнем достовірності, що НЗТ є більш ефективною для відмови від вживання некурильного тютюну, ніж плацебо або відсутність медикаментозного лікування. Немає чітких доказів того, що існує якась різниця в показниках відмови від вживання некурильного тютюну між людьми, які приймали бупропіон і плацебо.
- Баланс користі та шкоди свідчить на користь поведінкового консультування для відмови від вживання некурильного тютюну на основі значної користі (поведінкове консультування порівняно зі звичайним доглядом/мінімальною підтримкою, NNT: 9 на один додатковий випадок довготривалої відмови від вживання тютюну) та незначної шкоди (через характер втручання та відсутність повідомлень про шкоду в дослідженнях).
- Рішення щодо поведінкового консультування з метою припинення вживання бездимного тютюну, ймовірно, не є чутливим до преференцій (через тривіальну шкоду), вимагає помірних витрат, а його доцільність і прийнятність можуть відрізнятись для різних зацікавлених сторін і в різних умовах, при цьому потенційно підвищується рівень справедливості.

- Баланс користі та шкоди свідчить на користь вареникліну порівняно з плацебо/відсутністю лікарських засобів для припинення вживання бездимного тютюну на основі значної користі (NNT: 9 для ще одного випадку довготривалої відмови від тютюну) та помірної шкоди (школа від фармакотерапії, яка була попередньо розглянута та оцінена як помірною).
- Баланс користі та шкоди, ймовірно, надає перевагу НЗТ над плацебо/відсутністю медикаментозного лікування для припинення вживання некурильного тютюну на основі помірної користі (NNT: 20 на один додатковий випадок довготривалої відмови від тютюну) та незначної шкоди (школа була попередньо оцінена як незначна), а плацебо/відсутність медикаментозного лікування над бупропіоном для припинення вживання некурильного тютюну - на основі відсутності користі та помірної шкоди.
- Рішення щодо фармакотерапії для припинення вживання бездимного тютюну, ймовірно, є чутливими до переваги вареникліну та НЗТ (через потенційно значні переваги та шкоду) і не є чутливими до переваги бупропіону; вони вимагають невеликих або помірних витрат і, ймовірно, є здійсненними; варениклін та НЗТ є прийнятними, з потенційно підвищеною справедливістю.

3.4.4. Міркування щодо впровадження

Важливо підвищувати обізнаність про ефективність поведінкових та фармакологічних інтервенцій для відмови від вживання некурильного тютюну, доступність таких препаратів та рекомендовані препарати (НЗТ та варениклін) серед споживачів некурильного тютюну та медичних працівників. Оскільки докази ефективності лікарських засобів для некурільних тютюнових виробів не настільки достовірні, як для сигарет, першочерговим втручанням, яке слід пропонувати споживачам некурільних тютюнових виробів, як із застосуванням, так і без застосування лікарських засобів, залишається поведінкова підтримка.

Допоміжні матеріали та тренінги для медичних працівників можуть бути доступні місцевими мовами та містити приклади вживання бездимного тютюну, особливо в районах з високим рівнем поширеності тютюнокуріння.

Для споживачів бездимного тютюну необхідно розробити дозування/тривалість вживання та інші індивідуальні рекомендації.

3.5. Поєднання поведінкових та фармакологічних методів лікування

3.5.1. Рекомендації

8. BOO3 рекомендує поєднувати фармакотерапію та поведінкові втручання для підтримки споживачів тютюну, зацікавлених у припиненні куріння.

 **Настійна рекомендація;**
 **висока визначеність**



3.5.2. Загальні питання

Чи є комбіноване поведінкове та фармакологічне лікування для дорослих споживачів тютюну більш ефективним, ніж поведінкові інтервенції або тільки фармакологічне лікування? Чи залежить ефект від типу тютюну, що вживається, рівня ніотинової залежності, кількості тютюну, що вживається, та статі?

3.5.3. Обґрунтування та докази

Кокранівський систематичний огляд 83 досліджень, опублікованих у 2019 році (37), які представляли 29 536 учасників, продемонстрував статистично значущу користь поведінкової підтримки на додаток до фармакотерапії (BP: 1,15; 95% ДІ: 1,08-1,22; 65 досліджень; 23 331 учасник) для тривалого утримання від тютюну, і цей ефект не відрізнявся, коли підгрупи порівнювали за типом фармакотерапії або інтенсивністю контакту. Цей ефект був подібним у підгрупі з восьми досліджень, в яких контрольна група не отримувала жодної поведінкової підтримки (BP: 1,20; 95% ДІ: 1,02-1,43; 4018 учасників). У сімнадцяти дослідженнях порівнювалися інтервенції, однакові за часом контакту, але які відрізнялися за поведінковими компонентами або підходами, що застосовувалися. Усі 15 порівнянь включали невелику кількість учасників і заходів, і лише в одному з них було виявлено статистично значущий ефект, який свідчив на користь санітарно-просвітницького підходу (який автори описали як стандартне консультування, що включає інформацію та поради) порівняно з підходом мотиваційного інтерв'ювання (BP: 0,56; 95% ДІ: 0,33-0,94; 378 учасників).

Кокранівський систематичний огляд, опублікований у 2016 році (36), в якому було проаналізовано 53 дослідження із загальною кількістю учасників понад 25 000, виявив високоякісні докази переваги комбінованої фармакотерапії та поведінкової підтримки порівняно зі звичайним лікуванням, короткими порадами або менш інтенсивною поведінковою підтримкою (BP: 1,83; 95% ДІ: 1,68-1,98). Об'єднана оцінка для 43 досліджень, які набирали учасників у закладах охорони здоров'я (BP: 1,97; 95% ДІ: 1,79-2,18), була вищою, ніж об'єднана оцінка для 8 досліджень з набором учасників на базі громади (BP: 1,53; 95% ДІ: 1,33-1,76).

Автори оглядів не виявили відмінностей між підгрупами, визначеними за мотивацією до відмови від вживання тютюну, постачальником лікування, кількістю або тривалістю сеансів підтримки або початком лікування.

ГРР дійшла наступних висновків.

Існують достовірні докази значної переваги комбінованої фармакотерапії та поведінкової підтримки порівняно зі звичайним лікуванням, коротким консультуванням або менш інтенсивною поведінковою підтримкою, а також значної переваги поведінкової підтримки, коли вона надається додатково до фармакотерапії.

Баланс користі та шкоди свідчить на користь комбінованого втручання порівняно з поведінковою підтримкою або лише фармакотерапією на основі помірної або великої користі (комбіноване втручання порівняно зі звичайним лікуванням/коротким втручанням, NNT: 14 для досягнення одного додаткового випадку довготривалої абстиненції; комбіноване втручання порівняно з фармакотерапією, NNT: 38 для досягнення одного додаткового випадку довготривалої абстиненції) та незначної шкоди (шкода від додаткового втручання, пов'язаного з поведінковою підтримкою, яка, як очікується, буде незначною).

Рішення щодо комбінованих втручань не є чутливими до переваг (тривіальна шкода порівняно з однією лише фармакотерапією), вони вимагають помірних витрат і, ймовірно, є здійсненними, з різною прийнятністю (залежно від готовності пацієнтів отримувати, а клініцистів і систем охорони здоров'я - надавати численні види лікування) і потенційно підвищеною справедливістю..

3.5.4. Міркування щодо впровадження

Розвиток або посилення потенціалу медичних працівників, систем охорони здоров'я та послуг на рівні населення

- таких як телефонні лінії для відмови від тютюнопаління - для надання як медикаментозної, так і поведінкової підтримки
- є необхідною умовою для реалізації інтервенцій. Необхідно забезпечити широку наявність та доступ до обох варіантів лікування, включаючи покриття витрат. Важливо, щоб медичні працівники були поінформовані про переваги одночасного застосування поведінкової підтримки та ліків, щоб вони могли заохочувати своїх пацієнтів до їх використання, якщо вони не в змозі надати їх безпосередньо.

Комбіноване лікування також є оптимальним для споживачів некурильного тютюну.

Хоча докази їхньої ефективності не настільки переконливі, країни також можуть отримати вигоду, надаючи додаткові додатки для мобільних телефонів, веб-сайти, а також підтримувані штучним інтелектом і текстові інтервенції, які включають поведінкову підтримку та інформацію про правильне використання ліків, на додаток до індивідуального, телефонного та групового консультування..

3.6. Традиційна, комплементарна та альтернативна терапія

3.6.1. Положення

9. Доказів недостатньо для того, щоб рекомендувати традиційні, додаткові та альтернативні методи лікування для споживачів тютюну, які бажають кинути курити, або проти них. Якщо ці методи лікування застосовуються споживачами тютюну, зацікавленими у припиненні вживання тютюну, переконайтеся, що їм пропонується комплексний підхід до підтримки відмови від тютюну, включаючи поведінкову підтримку та/або фармакотерапію.



3.6.2. Загальні питання

Чи збільшують традиційні, додаткові та альтернативні методи лікування шанси на успішну відмову від тютюну для дорослих споживачів тютюну? Чи залежить цей ефект від типу тютюну, тривалості вживання, кількості спожитого тютюну та статі?

3.6.3. Обґрунтування та докази

Оновлений систематичний огляд 71 дослідження виявив докази низького рівня достовірності, що традиційна голкова акупунктура, акупресура, лазерна акупунктура та введення катгету в акупунктурні точки є безпечними та ефективними для досягнення короткострокової відмови від куріння: голкова акупунктура порівняно з фіктивною акупунктурою (BP: 1,44; 95% ДІ: 1,02-2,02; 1358 учасників); акупресура порівняно з традиційною терапією (BP: 1,46; 95% ДІ: 1,14-1,87; 595 учасників); акупресура в порівнянні з фіктивною акупресурою (BP: 2,44; 95% ДІ: 1,13-5,25; 210 учасників); лазерна акупунктура в порівнянні з фіктивною лазерною акупунктурою (BP: 2,25; 95% ДІ: 1,23-4,11; 160 учасників); і введення катгету в акупунктурні точки в порівнянні з бупропіоном/вареникліном (BP: 0,99; 95% ДІ: 0,70-1,40; 177 учасників). Існують докази низького рівня достовірності, які свідчать про те, що усвідомленість, гіпнотерапія та йога не демонструють кращого ефекту, ніж поведінкова терапія відповідної інтенсивності або менш інтенсивна поведінкова терапія, у покращенні короткострокових показників утримання: усвідомленість порівняно з поведінковою терапією відповідної інтенсивності (BP: 0,97; 95% ДІ: 0,71-1,33; 955 учасників) або менш інтенсивною поведінковою терапією (BP: 0,97; 95% ДІ: 0,71-1,33; 955 учасників), поведінкової терапії (BP: 1,19; 95% ДІ: 0,65-2,19; 813 учасників); гіпнотерапія порівняно з поведінковою терапією, спрямованою на концентрацію уваги, поведінкова терапія (BP: 1,21; 95% ДІ: 0,91-1,61; 957 учасників), короткі поведінкові втручання (BP: 0,98; 95% ДІ: 0,57-1,69; 269 учасників) або фармакотерапія (BP: 1,68; 95% ДІ: 0,88-3,20; 197 учасників); і йога порівняно з лікуванням для відмови від куріння відповідної інтенсивності (BP: 1,62; 95% ДІ: 0,53-4,94; 98 учасників).

ГРР дійшла наступних висновків:

- Існують докази середнього рівня достовірності, що акупресура не підвищує рівень довготривалої відмови від тютюну порівняно з фіктивною акупресурою; існують докази дуже низького рівня достовірності, що усвідомленість не підвищує рівень довготривалої відмови від тютюну порівняно з менш інтенсивною поведінковою терапією. Для всіх інших порівнянь і результатів існують докази з низьким ступенем достовірності.
- Баланс користі та шкоди, ймовірно, свідчить на користь акупунктури або акупресури порівняно з фіктивною акупресурою на основі помірної короткострокової користі та незначної шкоди, а баланс користі та шкоди є невизначеним для довгострокових переваг акупунктури та акупресури, а також для інших втручань.
- Існує недостатньо доказів, щоб рекомендувати традиційні, комплементарні та альтернативні методи лікування для відмови від тютюнопаління.

3.6.4. Міркування щодо впровадження

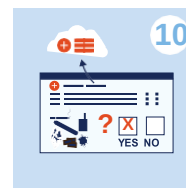
Систематично вивчалися докази ефективності акупунктури, гіпнотерапії, китайських трав'яних препаратів, усвідомленості та йоги для лікування відмови від тютюнопаління. Було встановлено, що доказів недостатньо для того, щоб рекомендувати ці методи лікування.

У країнах, де ці методи застосовуються споживачами тютюну, зацікавленими у припиненні куріння, використання додаткових, альтернативних і традиційних методів лікування може бути корисним, якщо вони будуть включені в комплексний підхід до підтримки відмови від тютюну, що включає поведінкову підтримку, цифрові інтервенції та/або фармакотерапію.

3.7. Втручання та політика на системному рівні

3.7.1. Рекомендації

10. BOO3 рекомендує всім закладам охорони здоров'я реєструвати статус вживання тютюну та використання інтервенцій з припинення тютюнопаління в медичній документації (включаючи ЕМК), щоб полегшити взаємодію лікарів з пацієнтами, які вживають тютюн, та сприяти впровадженню і підтримці доказових лікувальних інтервенцій.



↑ **Настійна** рекомендація;
↗ **помірна** визначеність

11. BOO3 рекомендує навчати всіх медичних працівників надавати науково обґрунтовані послуги з припинення вживання тютюну, постійно надаючи їм поради та забезпечуючи зворотний зв'язок, у своїй повсякденній медичній практиці на всіх рівнях надання медичної допомоги.



↑ **Настійна** рекомендація;
↗ **помірна** визначеність

12. BOO3 рекомендує, щоб науково обґрунтовані заходи з припинення вживання тютюну надавалися безкоштовно або за зниженою вартістю всім споживачам тютюну, зацікавленим у припиненні вживання тютюну. Безоплатність є значно кращою, ніж знижена вартість.



↑ **Настійна** рекомендація;
↗ **помірна** визначеність

3.7.2. Загальні питання

Чи може включення статусу вживання тютюну в медичну документацію підвищити ефективність роботи медичних працівників у виявленні пацієнтів, які вживають тютюн, та втручаннях в їхню поведінку, а також у наданні їм порад щодо відмови від тютюнокуріння? Чи є виявлення більш ефективним, якщо воно поєднується з іншими компонентами медичної допомоги на базі клініки, які нагадують і заохочують медичних працівників надавати короткі консультації, допомогу або перенаправлення до інших спеціалістів? Чи може навчання медичних працівників з питань відмови від тютюну збільшити кількість консультацій та допомогти пацієнтам кинути курити? Чи збільшують інтервенції, які знижують вартість послуг з відмови від тютюну для пацієнтів, показники відмови від тютюну, ймовірність спроб відмовитися від тютюну або використання послуг серед дорослих споживачів тютюну?

3.7.3. Обґрунтування та докази

Кокранівський систематичний огляд семи кластерних РКВ (38) продемонстрував, що організаційні зміни допомогли людям кинути палити щонайменше на 6 місяців (два дослідження); спостерігалися значні покращення в документуванні статусу куріння (одне дослідження), перенаправленні на лінію допомоги у відмові від куріння (два дослідження) та зарахуванні на лінію допомоги у відмові від куріння (два дослідження). Позитивні ефекти також були виявлені для інших вторинних кінцевих точок, таких як опитування про вживання тютюну (три дослідження), поради щодо відмови від куріння (три дослідження), надання консультацій щодо відмови від куріння (чотири дослідження), а також надання НЗТ або іншої фармакотерапії (два дослідження).

В окремому Кокранівському систематичному огляді 16 досліджень вивчалось використання ЕРЛ для підтримки лікарів у припиненні куріння (39). Автори виявили лише помірні покращення в деяких рекомендованих діях лікарів щодо вживання тютюну, включаючи документування статусу куріння, надання порад щодо відмови від куріння, оцінку зацікавленості у відмові від куріння та надання допомоги (включаючи перенаправлення). Жодне з досліджень не вивчало безпосередній вплив на результати відмови від куріння.

Що стосується ефективності навчання медичних працівників методам відмови від куріння, то

Кокранівський систематичний огляд 17 досліджень (40) продемонстрував, що курці, які отримували допомогу від навчених медичних працівників, мали статистично достовірно вищі шанси кинути курити протягом щонайменше 6 місяців, при цьому збільшилася точкова поширеність відмови від куріння (BP 1,41; 95% ДІ: 1,13-1,77; 14 досліджень; 13 459 учасників) і тривалість безперервної абстиненції

(BP 1,60; 95% ДІ: 1,26-2,03; 8 досліджень; 9443 учасники). Аналіз підгруп показав, що медичні працівники, які пройшли навчання, з більшою ймовірністю виконували завдання з відмови від куріння, ніж ненавчені контрольні групи, зокрема: просили пацієнтів встановити дату відмови від куріння (BP 4,98; 95% ДІ: 2,29-10,86; 8 досліджень; 4332 учасники), призначення подальших зустрічей (BP 3,34; 95% ДІ: 1,51-7,37; 7 досліджень; 3114 учасників), консультування курців (BP 2,28; 95% ДІ: 1,58-3,27; 14 досліджень; 8531 учасник), надання матеріалів для самопомоги (BP 3,52;

95% ДІ: 1,90-6,52; 9 досліджень; 4925 учасників) та призначення дати припинення куріння (BP 14,18; 95% ДІ: 6,57-30,61; 3 дослідження; 1172 учасники). Не було виявлено жодних доказів ефекту від надання нікотинової гумки/замісної терапії (BP 1,57; 95% ДІ: 0,87-2,84; 9 досліджень; 5073 учасники).

Кокранівський систематичний огляд 17 досліджень вивчав вплив фінансових інтервенцій, спрямованих на курців, медичних працівників або на обох (41). Результати показали, що повні фінансові інтервенції, спрямовані на курців, мали сприятливий вплив на утримання від куріння протягом 6 місяців або довше порівняно з відсутністю втручання (BP: 1,77; 95% ДІ: 1,37-2,28; 9333 учасники); збільшилася кількість учасників, які намагалися кинути курити порівняно з відсутністю втручання (BP: 1,11; 95% ДІ: 1,04-1,17; 9065 учасників); а також збільшилося використання різних фармакологічних та поведінкових методів лікування, спрямованих на відмову від куріння, у порівнянні з відсутністю втручання: НЗТ (BP: 1,79; 95% ДІ: 1,54-2,09; 9455 учасників), бупропіон (BP: 3,22; 95% ДІ: 1,41-7,34; 6321 учасник) та поведінкової терапії (BP: 1,77; 95% ДІ: 1,19-2,65; 9215 учасників). Фінансові інтервенції з частковим покриттям, спрямовані на курців, були більш ефективними в підвищенні рівня утримання від куріння, ніж відсутність інтервенцій (BP: 1,27; 95% ДІ: 1,02-1,59; 7108 учасників) і мали невеликий позитивний вплив на використання бупропіону порівняно з відсутністю покриття (BP: 1,15; 95% ДІ: 1,03-1,29; 6765 учасників), але доказів того, що фінансові інтервенції з частковим покриттям збільшували кількість спроб відмови від куріння порівняно з відсутністю втручання, не вистачало (BP: 1,13; 95% ДІ: 0,98-1,31; 6944 учасників). Не було отримано жодних доказів того, що фінансові інтервенції з повним покриттям збільшували кількість спроб відмови від куріння порівняно з інтервенціями з частковим покриттям (BP: 1,02; 95% ДІ: 0,71-1,48; 5914 учасників).

При об'єднанні двох досліджень фінансових стимулів, спрямованих на медичних працівників, не було отримано чітких доказів впливу на відмову від куріння (BP: 1,16; 95% ДІ 0,98-1,37; 2311 учасників). Фінансові втручання, спрямовані на медичних працівників, збільшили використання поведінкової терапії (BP: 1,69; 95% ДІ: 1,01-2,86; 25 820 учасників), але не використання НЗТ та/або бупропіону (BP: 0,94; 95% ДІ: 0,76-1,18; 2311 учасників).

ГРР дійшла наступних висновків:

Існують докази середнього рівня достовірності щодо позитивного впливу використання ЕМК на результати процесу (заходи з підтримки відмови від куріння), включаючи документування статусу курця, надання порад щодо відмови від куріння, оцінку зацікавленості у відмові від куріння та надання допомоги, включаючи перенаправлення; існують докази дуже низького рівня достовірності щодо того, що використання ЕМК покращує результати відмови від куріння.

Баланс переваг і недоліків свідчить на користь використання медичних записів, у тому числі ЕМК, на основі помірного поліпшення результатів процесу (але вплив на результати припинення куріння невідомий), але недостатньо доказів для прямого визначення впливу на припинення куріння і тривіальної шкоди (систематичні огляди не оцінювали шкоду, але, враховуючи тип втручання, шкода, ймовірно, була оцінена як тривіальна).

Рішення щодо використання медичної документації, включаючи ЕМК, для підтримки відмови від тютюнопаління не є чутливими до преференцій (через тривіальну шкоду), необхідні витрати варіюються (залежно від типу медичної документації та способу її використання), і вони, ймовірно, є здійсненими та прийнятними, а також, ймовірно, підвищують справедливість.

Існують докази середнього рівня достовірності, що навчання медичних працівників методам відмови від тютюну допомагає поліпшити довгострокові показники відмови від куріння серед курців, які отримують допомогу від навчених медичних працівників; існують докази низького рівня достовірності, що навчання медичних працівників покращує їхню ефективність при виконанні завдань з відмови від куріння.

Баланс користі та шкоди свідчить на користь навчання медичних працівників методам відмови від тютюну на основі:

- від помірної до великої користі (навчання медичних працівників, включаючи підказки та зворотний зв'язок у порівнянні з відсутністю навчання, NNT: 34-67 для однієї додаткової довготривалої відмови від куріння; навчання, пов'язане зі збільшенням кількості проконсультованих курців, NNT: 5,0; запрошення на наступний прийом, NNT: 4,3; отримання матеріалів для самодопомоги, NNT: 4,6; і отримання НЗТ, NNT: 10,4); і
- тривіальна шкода (систематичні огляди не оцінювали шкоду, але з огляду на тип втручання шкода оцінювалася як тривіальна)

- Рішення щодо використання навчання медичних працівників з питань відмови від тютюну не залежить від уподобань (через незначну шкоду), вимагає невеликих або помірних витрат (залежно від типу навчання, кількості медичних працівників, які навчаються, а також рівня постійного стимулювання та зворотного зв'язку), і, ймовірно, є здійсненням і прийнятим, з потенційним позитивним впливом на рівність можливостей.
- Існують докази середнього рівня достовірності, що фінансові інтервенції з повним покриттям, спрямовані на курців, збільшують частку курців, які намагаються кинути курити і досягають успіху в довгостроковій відмові від куріння. Інтервенції з частковим покриттям також є більш ефективними в підвищенні рівня утримання від куріння, ніж відсутність втручання.
- Баланс переваг та шкоди свідчить на користь фінансового покриття, спрямованого на окремих осіб на основі від невеликих до великих переваг (повне фінансове покриття порівняно з відсутністю покриття, NNT: 15 для досягнення ще одного випадку довготривалої відмови від куріння; для часткового покриття порівняно з відсутністю покриття: спостерігається менша користь) та тривіальної шкоди (систематичні огляди не оцінювали шкоду, але з огляду на тип втручання, шкода була визнана тривіальною).
- Рішення щодо покриття витрат на послуги з припинення вживання тютюну не є чутливими до преференцій (через тривіальну шкоду), вони вимагають невеликих або помірних витрат (залежно від ступеня фінансового покриття, видів лікування, що покриваються, та коефіцієнта використання), і, ймовірно, є здійсненнями та прийнятними, з можливим підвищенням справедливості.

3.7.4. Міркування щодо впровадження

3.7.4.1. Using medical records

Багато країн перебувають у процесі впровадження ЕМК у різних медичних закладах. Це надає важливу можливість полегшити інтервенції з припинення вживання тютюну та забезпечити включення збору та реєстрації даних про статус вживання тютюну в нові системи. Це покращить як надання допомоги у припиненні вживання тютюну, так і надання медичної допомоги в цілому, враховуючи, що вживання тютюну впливає на цілу низку захворювань.

Усі заклади охорони здоров'я можуть розробити механізми для інтеграції збору даних про статус вживання тютюну у свої електронні медичні інформаційні системи. Це може включати вдосконалення для полегшення та документування взаємодії медичних працівників з пацієнтами, які вживають тютюн, а також для полегшення подальшого спостереження (наприклад, виписування рецептів на препарати для припинення вживання тютюну, включення матеріалів для пацієнтів щодо припинення вживання тютюну до інструкцій з подальшого спостереження, а також перенаправлення до клінічних та громадських консультаційних ресурсів). Ці вдосконалення ЕМК можуть допомогти забезпечити впровадження та підтримку науково обґрунтованих інтервенцій з припинення вживання тютюну..

Там, де ЕМК ще не впроваджені або перебувають у процесі впровадження, аналогічні паперові системи документації та підказок можуть бути ефективними для підвищення рівня надання постачальниками послуг коротких консультацій, допомоги та подальшого спостереження.

Докази ефективності ведення медичної документації, як правило, включають додаткову підтримку медичних працівників (див. розділ 3.7.4.2 нижче).

3.7.4.2. Підготовка медичних працівників

- Медичні заклади надають ідеальну можливість заохочувати курців, які звертаються за медичною допомогою, до відмови від вживання тютюну. Інтегроване консультування з питань відмови від тютюну, яке надається підготовленими медичними працівниками, гарантує, що всі пацієнти будуть оцінені, проконсультовані, проконсультовані щодо відмови від тютюну та перенаправлені до служб інтенсивної допомоги у відмові від тютюну (наприклад, до національних безкоштовних ліній допомоги у відмові від тютюну).
- Медичні працівники на всіх рівнях можуть надавати короткі поради щодо відмови від тютюнопаління; їхнє навчання гарантує, що ці поради будуть більш ефективними та науково обґрунтованими, а також що вони знатимуть про додаткові ресурси підтримки у відмові від тютюнопаління, такі як інтенсивне

консультування та медикаментозні засоби. Такі тренінги можуть бути короткими, але вони є більш ефективними, а їхній вплив - більш стійким, коли поєднуються з додатковою підтримкою з боку системи охорони здоров'я.

- Електронні медичні картки та/або паперові медичні записи і клінічні процедури фіксують статус вживання тютюну та надають поради щодо відмови від тютюну.
- Клініки та лікарні інтегрують допомогу у відмові від тютюну в рутинну медичну допомогу, використовуючи командний підхід. Наприклад, якщо пацієнт перебуває в оглядовому кабінеті або вимірює артеріальний тиск чи температуру фельдшер чи асистент, він може запитати про статус вживання тютюну і записати інформацію в карту. Більш інтенсивне спостереження або перенаправлення може здійснювати інший персонал.
- Наявність засобів для відмови від тютюнопаління (ліки, перенаправлення до груп підтримки, скринінгові інструменти) для посилення інтервенцій з відмови від тютюнопаління, які проводяться підготовленими медичними працівниками.
- Ось посилання на навчальні матеріали, розроблені B003.
- Електронний навчальний курс B003 з коротких інтервенцій щодо тютюну для лікарів первинної ланки. <https://www.campusvirtualsp.org/en/node/30781>
- Навчальний пакет B003: Зміцнення систем охорони здоров'я для лікування тютюнової залежності на рівні первинної медичної допомоги. <https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-health-systems-for-treating-tobacco-dependence-in-primary-care>
- Навчальний пакет B003: Тренінг для консультантів ліній допомоги у відмові від тютюну: телефонне консультування. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/113145/9789241507264_eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1

3.7.4.3. Зменшення витрат на лікування споживачів тютюну

Країни дуже різняться в тому, як і ким оплачуються медичні витрати. Незалежно від того, які системи підтримки витрат на медичне лікування існують у країні, важливо усунути фінансові бар'єри для збільшення використання послуг з відмови від тютюну.

Оскільки медичне страхування доступне лише для меншості споживачів тютюну в більшості країн з низьким та середнім рівнем доходу, може знадобитися задіяти інші механізми для зменшення або усунення бар'єрів, пов'язаних з вартістю та доступом до послуг. Країни можуть розглянути можливість використання частини податкових надходжень від тютюнових виробів для оплати деяких послуг з відмови від тютюну, таких як національні безкоштовні телефонні лінії допомоги у відмові від куріння. Там, де існує медичне страхування, як державні, так і приватні страховики можуть розглянути можливість надання повного покриття витрат і забезпечення доступності без попереднього дозволу консультацій і препаратів для лікування відмови від тютюну.

У країнах або системах, де існує проблема дефіциту ресурсів для покриття витрат на лікування тютюнової залежності, важливо підвищувати обізнаність осіб, відповідальних за прийняття фінансових рішень, про значні переваги, які можна отримати від забезпечення доступності лікування тютюнової залежності (наприклад, розглядаючи тютюнову залежність і лікування з точки зору парадигми хронічних захворювань). Підхід з точки зору хронічних захворювань передбачає, що охоплення та доступність повинні визначатися шляхом визнання тютюнової залежності дуже серйозним захворюванням, яке спричиняє значні надлишкові показники захворюваності, смертності, витрат на охорону здоров'я та суспільних витрат, а також визнання того, що існують ефективні методи лікування з помірними витратами порівняно з аналогічними хронічними захворюваннями (див. Додаток 2, де детально описані аргументи на користь покриття витрат та додаткові міркування щодо підвищення ефективності політики).

3.8. Основні міркування щодо впровадження настанови

Споживачі тютюну будуть більш зацікавлені у спробах кинути курити, а їхні спроби будуть більш успішними, коли країни впроваджуватимуть комплексні заходи з контролю над тютюном, як зазначено в документі MPOWER, які створюють середовище, більш сприятливе для відмови від вживання тютюну. Крім того, для країн, які інвестують у боротьбу проти тютюну, комплексні заходи боротьби проти тютюну підвищують ефективність і результативність цих зусиль, підтримуючи людей, які вживають тютюн, у їхній спробі утриматись від вживання тютюну. Ці заходи, відомі як MPOWER, включають захист людей від тютюнового диму; попередження про шкоду тютюну; забезпечення дотримання заборони на рекламу, стимулювання продажу та спонсорство тютюнових виробів; підвищення податків на тютюн (18).

- Таким чином, на додаток до роботи над розширенням доступу до інтервенцій з відмови від тютюну, країни, системи охорони здоров'я та медичні працівники можуть активно підтримувати програми і політику, які можуть сприяти припиненню вживання тютюну.

- Заходи, спрямовані на підвищення справедливості та впливу послуг з відмови від тютюну, повинні враховувати не тільки ефективність інтервенцій, але й їх охоплення (загальний відсоток споживачів тютюну, які скористалися інтервенцією), особливо серед уразливих груп населення..

Інтервенції з припинення вживання тютюну з більшою ймовірністю будуть прийняті, якщо політики розроблятимуть політику, яка усуває бар'єри та заохочує їх використання.

- Підвищення доступності, відшкодування витрат та фінансової підтримки поведінкових та фармакологічних інтервенцій.

- Навчання та системна підтримка для полегшення рутинної ідентифікації, оцінки та надання послуг з відмови від тютюну.

- Забезпечення якості та покращення показників і зворотного зв'язку, подібних до тих, що використовуються для покращення результатів лікування хронічних захворювань.

Особи, зацікавлені у припиненні куріння, можуть бути проінформовані про те, які втручання можуть максимізувати їхні шанси на успіх, з урахуванням індивідуальних уподобань, де це доречно.

- Існує чотири методи лікування з вищим показником успішності відмови від куріння:

- поєднання будь-якого препарату з консультуванням;

- поєднання двох препаратів, наприклад, двох форм НЗТ (тривалої та короткої дії), або бупропіон у поєднанні з НЗТ чи вареникліном;

- використання часткових агоністів $\alpha 4 \beta 2$ нікотинних рецепторів (варениклін та цитизин); та

- збільшення інтенсивності консультування понад мінімальний рівень (переваги збільшуються при багатосесансовому консультуванні до п'яти сеансів і тривалістю щонайменше 10 хвилин на сеанс).

- Там, де це можливо і прийнятно, лікарів і курців, зацікавлених у припиненні куріння, слід заохочувати до використання методів лікування, які мають найвищі показники успіху.

- Однак шанси на успіх у припиненні куріння збільшуються при застосуванні будь-якого з окремих препаратів, схвалених цією настановою.

- Шанси на успіх збільшуються при використанні будь-якої форми консультування, що має подібні ефекти.

- Шанси на успіх можуть бути збільшені за допомогою певних форм цифрової підтримки (текстові повідомлення, веб-сайт, додатки та програмне забезпечення зі штучним інтелектом), але це може залежати від особливостей конкретної програми, і ефект може бути меншим, ніж у випадку з ліками або живим консультуванням.

Популяризація послуг з відмови від тютюну.

- Якщо доступність лікування є складовою частиною кампаній у сфері громадського здоров'я, наприклад, включення номера телефону довіри в медіа-кампанії або на упаковку тютюнових виробів, то обіцяна форма підтримки у припиненні куріння повинна бути надійно забезпечена.

- Якщо основною метою кампанії є збільшення кількості спроб відмови від тютюну, доза підтримки у припиненні куріння може бути скромнішою, щоб забезпечити доступ до ресурсів для більшої кількості споживачів тютюну. Приклади включають надання коротких односеансних телефонних консультацій або 1-2-тижневих так званих стартових наборів ліків, а не багатосесансних консультацій або повного курсу медикаментозного лікування. Іншим варіантом є надання цифрової підтримки, наприклад, посилення на програму з відмови від тютюнопаління для мобільних телефонів або веб-сайт. Сорткування інтенсивності втручання в періоди, коли на лінію допомоги у відмові від тютюну надходить багато дзвінків, може дозволити всім абонентам отримати принаймні певну підтримку.

4. Підтвердження рекомендація

Відповідно до підходу GRADE, GDG надала кожен рекомендацію на основі своїх оцінок або суджень за всіма цими критеріями: чи є проблема пріоритетною, величина бажаних і небажаних ефектів, достовірність доказів, баланс між бажаними і небажаними ефектами, врахування того, як люди оцінюють втручання, потреба в ресурсах, достовірність доказів щодо витрат, економічна ефективність, врахування впливу на справедливість, а також прийнятність і здійсненність (42). З огляду на схожість питань, обговорювані міркування об'єднані і представлені тут.

Сильні сторони рекомендацій в першу чергу ґрунтувалися на оцінці достовірності доказів і балансу користі та шкоди. Рекомендації вважалися сильними, якщо достовірність доказів була високою або поміною, а баланс користі і шкоди оцінювався як "на користь втручання"; і умовними, якщо достовірність доказів була низькою або дуже низькою, а баланс користі і шкоди оцінювався як "ймовірно, на користь втручання" або "невизначений".

Усі рішення щодо рекомендацій приймалися консенсусом шляхом обговорення. ГСР досягла консенсусу щодо кожної рекомендації, в тому числі щодо сили рекомендацій; голосування не було обов'язковим.

4.1. Оцінка достовірності доказів

Система GRADE була використана ГРП для вивчення достовірності або якості доказів для кожного результату, визначеного в PICO (26). Загальна достовірність доказів для кожного втручання оцінювалася з урахуванням ризику упередженості, непослідовності, неточності, опосередкованості доказів та упередженості публікацій щодо кожного результату. Довгостроковий показник відмови від тютюну був визначений пріоритетним як найбільш важливий результат, за ним йшли результати, пов'язані з наданням допомоги у припиненні вживання тютюну (виявлення пацієнтів, які вживають тютюн, консультування курців щодо відмови від тютюну, надання поведінкового консультування або медикаментозної підтримки), а потім інші важливі результати (наприклад, короткостроковий показник відмови від тютюну та показник спроб відмови від тютюну), а також шкода від вживання тютюну. Таблиці EtD, що деталізують цю інформацію для кожного PICO, доступні в веб-додатку: Профілі доказів.

4.2. Переваги та недоліки

Розробка рекомендацій включала оцінку переваг і недоліків (переваг або ризиків). За відсутності достатньої кількості доказів рішення ґрунтувалися на експертних висновках БГР. Загалом, для інтервенцій з припинення вживання тютюну було зроблено висновок, що користь переважає потенційну шкоду.

Користь поведінкових інтервенцій у сфері відмови від тютюну (включно з цифровими методами) була оцінена як велика або помірна, за винятком інтервенцій у сфері відмови від тютюну на базі Інтернету (користь яких була оцінена як мала). Їх шкода не розглядалася в систематичних оглядах, і ГСР оцінила їх шкоду як тривіальну/мінімальну, виходячи з типів наданих інтервенцій. Фармакологічні втручання оцінювалися як такі, що мають великі або помірні переваги порівняно з плацебо або відсутністю втручання. Шкода від НЗТ була оцінена як невелика при легких АЕ. Бупропіон і варениклін були оцінені як такі, що мають помірну шкоду з деякими повідомленнями про SAE, а шкода цитизину була оцінена як тривіальна без повідомлень про SAE. Традиційні, додаткові та альтернативні методи лікування для відмови від тютюнопаління були оцінені як такі, що мають невизначену довгострокову користь і незначну шкоду, про яку не повідомлялося про SAE. За оцінкою GDG, інтервенції та політики системного рівня мають значні або помірні переваги та незначну шкоду.

4.3. Цінності та уподобання

Загалом, за оцінкою ГСР, невизначеність щодо переваг стосовно основних результатів, включаючи довгострокові показники відмови від тютюну та надання допомоги у припиненні куріння, була незначною або взагалі відсутня, і тому ГСР вирішила, що рішення щодо застосування більшості рекомендованих інтервенцій не були чутливими до цінностей або переваг стосовно результатів, оскільки шкода була мінімальною/тривіальною та/або користь значно переважала шкоду. ГРР вважає, що рішення щодо фармакотерапії (бупропіон, варениклін, комбінована НЗТ, бупропіон плюс НЗТ і бупропіон плюс варениклін) були "ймовірно, чутливими до переваг" через "помірну шкоду з деякою невизначеністю щодо серйозної шкоди", "невеликий підвищений ризик виникнення НЯЗ і відміни лікування" або "невелику шкоду з невизначеністю щодо НЯЗ".

4.4. Економічна ефективність та потреба в ресурсах

Судження щодо витрат/ресурсів ґрунтувалися на експертизі/досвіді ГРР у сфері інтервенцій, а також на відомих витратах (наприклад, вартості фармацевтичних препаратів). Економічна ефективність фінансових втручань була єдиним типом втручань, які оцінювалися на предмет економічної ефективності в систематичному огляді (41). Економічна оцінка показала, що витрати на одного додаткового кинутого курити були низькими або помірними і становили від 97 до 7646 доларів США при порівнянні повного покриття з частковим покриттям або відсутністю покриття. Було виявлено окремі дослідження економічної ефективності фармакологічних і поведінкових інтервенцій, включаючи аналіз ВООЗ, які стали основою для обговорення ресурсних наслідків рекомендацій у різних умовах. Вартість одного врятованого року життя для різних втручань була оцінена наступним чином: 174-212 фунтів стерлінгів на короткі консультації (45); 30-50 доларів США (Таїланд) (46) і 139 австралійських доларів (Австралія) (47) на послуги телефонів довіри; 141-176 фунтів стерлінгів на інтервенції з припинення тютюнопаління, що надаються за допомогою мобільних текстових повідомлень (48); 2229-9811 доларів США за інтенсивне індивідуальне або групове консультування (49); 1447-11 374 доларів США за НЗТ (часто в поєднанні з консультуванням) (49); 1438-4743 доларів США за бупропіон (часто в поєднанні з консультуванням) (49); і 1696 доларів США за варениклін (50). Цитизин виявився менш економічно ефективним, ніж коротке консультування, але більш економічно ефективним, ніж варениклін (51, 52). Крім того, щоб підтримати держави-члени ВООЗ у досягненні глобальних цілей з профілактики та контролю НІЗ до 2030 року, ВООЗ оновила Додаток 3 до Глобального плану дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними на 2013-2030 роки, в якому ВООЗ рекомендувала перелік дуже економічно ефективних (так званих найкращих) і доступних інтервенцій, включаючи шість інтервенцій з припинення тютюнопаління: короткі консультації, національні безкоштовні служби допомоги у відмові від тютюнопаління, інтервенції з припинення тютюнопаління, що реалізуються за допомогою мобільних SMS-повідомлень, НІЗТ, бупропіон і варениклін (53). Економічний аналіз ВООЗ-CHOICE показав, що три поведінкові інтервенції для широких верств населення є дуже економічно ефективними в країнах з низьким і середнім рівнем доходу (НЗТ, бупропіон і варениклін також є доступними в країнах з низьким і середнім рівнем доходу (коефіцієнт економічної ефективності менше 100 в країнах з низьким рівнем доходу і 100-500 в країнах з середнім рівнем доходу) (53).

Наявні докази та експертний висновок GDG визнають, що економічна ефективність сприяє використанню коротких консультацій; інтенсивного індивідуального, групового або телефонного консультування; інтервенцій з припинення тютюнопаління за допомогою текстових повідомлень; фармакологічних інтервенцій; комбінації поведінкових та фармакологічних методів лікування; а також фінансових інтервенцій. GDG вирішила, що економічна ефективність трьох цифрових інтервенцій з відмови від тютюну (інтернету, додатків для смартфонів та програмних інтервенцій на основі штучного інтелекту); традиційних, додаткових та альтернативних методів лікування для відмови від тютюну; використання медичної документації та навчання медичних працівників методам відмови від тютюну є невизначеною через відсутність необхідної інформації. Крім того, було визнано, що ресурси, необхідні для короткого консультування, є незначними з огляду на характер та інтенсивність втручання; ресурси, необхідні для інтенсивного індивідуального, групового або телефонного консультування; фармакологічних втручань; поєднання поведінкових та фармакологічних методів лікування; та втручань на системному рівні, є помірними або малими через варіативність типу та інтенсивності втручань та різних умов. За оцінками ГРР, витрати на розробку цифрових інтервенцій з припинення вживання тютюну є помірними, а витрати на реалізацію інтервенцій - невеликими.

ГРП обговорила кілька стратегій впровадження, які можуть допомогти урядам розробляти та надавати рекомендовані настановами послуги з відмови від тютюну з меншими витратами та максимальною ефективністю. Перша стратегія полягає у впровадженні заходів з відмови від тютюну в поєднанні з іншими політиками контролю над тютюном, спрямованими на зменшення попиту на тютюнові вироби. Ці заходи сприяють відмові від тютюну, заохочуючи до відмови від куріння та створюючи сприятливе середовище. Типовим прикладом синергетичних зусиль є розміщення номера телефону довіри на пачках сигарет і в засобах масової інформації, антитютюнові кампанії, що призводить до значного зростання попиту на послуги з відмови від тютюну. Другий - використання існуючої інфраструктури для розвитку підтримки у припиненні куріння. Інтеграція коротких консультацій у програми первинної медико-санітарної допомоги може охопити близько 80% усіх споживачів тютюну в країні (54), що є як практичним, так і економічним рішенням.

Використання вже існуючої інфраструктури (наприклад, існуючих кол-центрів) для впровадження національних безкоштовних служб допомоги у відмові від тютюнопаління може допомогти урядам мінімізувати витрати на розробку та експлуатацію таких служб. Нарешті, пріоритетність заходів з припинення вживання тютюну на рівні населення є важливою стратегією для охоплення якомога більшої кількості споживачів тютюну за найнижчих можливих витрат і для досягнення найбільшого впливу на зниження поширеності вживання тютюну на рівні населення. В оновленому Додатку 3 до Глобального плану дій ВООЗ з неінфекційних захворювань на 2013-2030 рр. рекомендовано інтегрувати короткі консультації в первинну медичну допомогу, національні безкоштовні телефонні служби допомоги у відмові від тютюнопаління та засоби немедикаментозної терапії як три найкращі інтервенції (53). У 2021 році ВООЗ розробила глобальне інвестиційне обґрунтування, щоб пояснити, чому країнам слід інвестувати в боротьбу з тютюнопалінням з точки зору охорони здоров'я та економіки. Аналіз рентабельності інвестицій у 124 країнах з низькими та середніми доходами показав, що ці втручання на рівні населення коштують мало, але приносять значну віддачу (55). У середньому країнам потрібно витратити лише 0,21 долара США на людину на рік на ці заходи, щоб до 2030 року 88 мільйонів людей кинули курити, що призведе до порятунку 1,4 мільйона життів. Якщо країни витратять додатково 1,49 долара США на людину на рік на НЗТ, бупропіон і варениклін, до 2030 року можна буде врятувати ще 1,3 мільйона життів. Загалом, Глобальна група дійшла висновку, що вигоди від впровадження рекомендацій перевищують витрати.

4.5. Справедливість, прийнятність і здійсненність

ГРР обговорила кожну рекомендацію, враховуючи, чи вплине впровадження рекомендованого втручання на справедливість у сфері охорони здоров'я, чи є втручання прийнятним для всіх зацікавлених сторін і чи є воно здійсненним.

Загальний підхід, який використовувала ГРР для оцінки справедливості, ґрунтувався на забезпеченні доступу до рекомендованих втручань для всіх споживачів тютюну, які можуть отримати від них користь, а також на наданні додаткових можливостей вибору для споживачів тютюну. Згідно з висновками ГРР щодо справедливості, рекомендовані інтервенції не повинні бути доступними вибірково на основі соціально-економічного статусу, страхового статусу або інших соціальних детермінант.

ГРР переконана, що короткі поради, інтенсивне індивідуальне, групове та телефонне консультування, всі фармакологічні втручання та втручання на системному рівні можуть підвищити рівень справедливості, надаючи додаткові варіанти лікування або розширюючи доступ до ефективних заходів з відмови від тютюнопаління для людей, які в іншому випадку не мали б до них доступу. Цифрові інтервенції у сфері відмови від тютюну можуть підвищити рівність у групах населення з цифровим доступом, але можуть знизити рівність у групах населення, які не мають доступу до цифрових технологій. Традиційні, додаткові та альтернативні методи лікування можуть підвищити рівень рівності для тих, хто в іншому випадку не мав би доступу до перевірених послуг з відмови від тютюну, але вони можуть не мати жодного або навіть негативного впливу на рівність, якщо не надаються методи лікування, що базуються на доказах. При розробці цієї настанови було прийнято рішення чітко врахувати потреби вразливих груп населення, таких як люди з хронічними захворюваннями та/або інвалідністю. До складу ГРР та СГ увійшли члени, які представляють такі групи. Було відзначено, що комплексний підхід до виконання рекомендацій, спрямований на забезпечення різноманітних варіантів лікування, є найкращим способом гарантувати, що інтервенції з відмови від тютюну завжди будуть доступні для всіх, включаючи людей з інвалідністю, а також соціально-економічно та інших вразливих груп населення. Наприклад, телефонне консультування або цифрові інтервенції з відмови від тютюну, які не потребують особистих зустрічей, найімовірніше, будуть доступними для людей з обмеженими можливостями пересування та використовуватимуться ними.

ГРР дійшла висновку, що окремі інтервенції з припинення тютюнопаління, рекомендовані в цій настанові, ймовірно, є прийнятними для всіх зацікавлених сторін. Прийнятність комбінації поведінкових і фармакологічних інтервенцій, а також традиційних, додаткових і альтернативних методів лікування для пацієнта і лікаря залежить від бажання, ставлення і переконань щодо цих інтервенцій. З точки зору здійсненності, ГСР вирішила, що всі інтервенції з припинення вживання тютюну є "ймовірно так" або "так", за винятком групового консультування та традиційної, додаткової і нетрадиційної терапії, здійсненність яких варіюється в різних ситуаціях. Поведінкові та фармакологічні інтервенції, рекомендовані в цій настанові, широко впроваджуються і довели свою ефективність. Також було відзначено, що більш інтенсивні інтервенції, комбіновані методи лікування та деякі фінансові інтервенції є менш реалістичними. Цифрові інтервенції з відмови від тютюну є менш доцільними для підгруп населення з обмеженим доступом до цифрових послуг або технологій.

5. Дослідження потреб

GDGs обговорили важливі прогалини в даних для майбутніх досліджень, зокрема, той факт, що дані з країн з низьким та середнім рівнем доходу залишаються обмеженими. Пріоритети майбутніх досліджень висвітлені наступним чином.

Загальна мета

- Вивчити стратегії, спрямовані на збільшення кількості спроб відмови від тютюну та максимізацію впливу наявної науково обґрунтованої підтримки у припиненні вживання тютюну на рівні населення.
- Вивчити сприятливі фактори та бар'єри на шляху впровадження та прийняття рекомендацій настанови в країнах з низьким та середнім рівнем доходу (LMIC).
- Моніторинг, оцінка та звітування про прогрес у впровадженні політики та програм з відмови від тютюну, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, включаючи доступність та використання лікарських засобів для відмови від тютюну, консультування, цифрові інтервенції з відмови від тютюну, підтримку з боку громад та систем охорони здоров'я, а також тренінги в розрізі країн та регіонів.
- Вивчити вплив надання або впровадження послуг з відмови від тютюну на забезпечення справедливості.
- Провести дослідження впровадження в місцевому контексті для виявлення бар'єрів у системі охорони здоров'я та розробити стратегії, узгоджені зі структурними елементами системи охорони здоров'я ВООЗ, для усунення бар'єрів на шляху до впровадження та розширення масштабів.

Політика

- Вивчити ефективні стратегії для підвищення відносної пріоритетності заходів з припинення вживання тютюну та варіанти політики.
- Вивчити стратегії, спрямовані на зниження або усунення вартості заходів з припинення вживання тютюну, а також на збільшення їх наявності, охоплення та справедливого доступу до них.

Системи

- Оцінити стратегії інтеграції коротких консультацій у системи громадського здоров'я в країнах з низьким та середнім рівнем доходу.
- Оцінити ефективність інтервенцій з відмови від тютюну, що проводяться медичними працівниками на рівні громади.
- Визначити підходи до сортування та адаптації комбінації інтервенцій для підвищення ефективності та результативності.
- Дослідити, які системні підходи та політики найкраще сприяють розширенню використання науково обґрунтованих послуг з відмови від тютюну та збільшенню кількості спроб припинити вживання тютюну в країнах з низьким та середнім рівнем дохідності.
- Визначити комбінацію інтервенцій, які можуть досягти цілей, пов'язаних з економічною доступністю та впливом, і які є адміністративно можливими для впровадження та розширення масштабів.

Інтервенції з консультування

- Порівняти різні підходи та характеристики консультування, щоб визначити будь-які фактори, які можуть підвищити ефективність або результативність:
- теоретична база, наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, терапія прийняття та прихильності, діалектична та поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ювання тощо
- елементи практичного консультування (тобто вирішення проблем, розвиток навичок) та надання підтримки;

- консультування, адаптоване до конкретного соціокультурного середовища; та
- час, тривалість і частота консультацій (наприклад, щотижневі або щомісячні, а не орієнтовані на дату відмови від тютюнопаління)..

Цифрові інтервенції

- Додаткові дослідження додатків для смартфонів, інтервенцій на основі штучного інтелекту або інтервенцій на основі Інтернету для відмови від тютюну.
- Вивчити, які особливості дизайну та функції в різних формах цифрових інтервенцій з відмови від тютюну (інтерактивність, адаптація, гейміфікація, частота, тривалість тощо) максимізують шанси на успішну відмову від тютюнопаління.

Медикаменти

- Вивчити шляхи збільшення використання ліків (наприклад, безрецептурні стратегії) і збільшення використання комбінацій поведінкової підтримки та фармакотерапії.
- Вивчити ефективність і можливі побічні ефекти вищих доз, а також довшої або коротшої тривалості фармакотерапії як на спроби кинути палити, так і на успіх у відмові від куріння.
- Вивчити роль застосування ліків для менш нікотинозалежних споживачів тютюну.
- Систематично збирати інформацію про наявність препаратів для відмови від тютюнопаління та політику покриття витрат на них у країнах.
- Здійснювати моніторинг АЕ серед споживачів тютюну, які застосовують препарати для відмови від тютюнопаління, особливо для препаратів, які недостатньо вивчені та застосовуються протягом тривалого часу.

Вартість та економічна вигідність

- Провести або визначити аналіз економічної ефективності інтервенцій з припинення тютюнокуріння, включаючи нові препарати, такі як цитизин, та комбінації методів, такі як подвійна фармакотерапія та консультування/ліки, що надаються разом, з особливим акцентом на проведенні аналізу для країн з низьким та середнім рівнем доходу.
- Вивчити ефективність та економічну доцільність стратегій, які використовують модель хронічного захворювання/залежності у людей, які є більш залежними від тютюну, а також інтеграцію заходів з відмови від тютюну в програми охорони здоров'я.
- Проведення досліджень щодо використання фінансових стимулів для сприяння відмові від тютюну.

Стратегії та методи

- Визначити ефективні методи лікування для припинення вживання бездимних тютюнових виробів або кальянів.
- Проводити більш ретельно сплановані дослідження традиційних, додаткових та альтернативних методів лікування для відмови від тютюнопаління, у тому числі вивчати їхню ефективність порівняно з науково обґрунтованим поведінковим консультуванням.
- Дослідити ефективні стратегії та методи відмови від тютюну для підлітків, вагітних та людей, які вживають електронні сигарети (включаючи подвійних користувачів), у тому числі з використанням інтервенцій на основі штучного інтелекту.

Продукти

- Кількісне визначення концентрації нікотину для різних способів вживання тютюну (наприклад, куріння кальяну, електронних сигарет і бездимного тютюну).
- Додаткові дослідження ефективності фармакотерапії та поведінкової підтримки для припинення вживання бездимного тютюну, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу та високим рівнем поширеності тютюнокуріння.

6. Прийняття, поширення, впровадження та оцінка

Ця настанова буде презентована під час відповідної події або дати, наприклад, конференції або Всесвітнього дня без тютюну. Буде організовано прес-конференцію та задіяно соціальні мережі для поширення рекомендацій. Запуск настанови буде широко висвітлюватися через регіональні та національні офіси, глобальні та регіональні веб-сайти ВООЗ, а також відповідні установи та партнери Організації Об'єднаних Націй. Для швидкого та широкого розповсюдження настанови будуть розроблені підсумкові документи та інформаційні листи шістьма офіційними мовами Організації Об'єднаних Націй у форматі інфографіки, елементів для соціальних мереж та веб-сторінок.

Буде розроблено практичний посібник з розробки національних настанов з лікування тютюнової залежності, який допоможе державам-членам ВООЗ прийняти та впровадити цю настанову з метою сприяння припиненню вживання тютюну та лікуванню тютюнової залежності в різних умовах. При прийнятті та впровадженні цієї настанови національним органам влади необхідно буде розглянути питання про необхідність її адаптації на місцевому рівні, включаючи адаптацію для конкретних груп населення або умов. Це може включати адаптацію практичних рекомендацій щодо розробки комплексних систем допомоги у припиненні вживання тютюну та лікування з використанням поетапного підходу, а також врахування соціальних і культурних норм, у тому числі щодо належного надання послуг з припинення вживання тютюну в місцевому контексті.

Для підтримки національних органів влади та інших зацікавлених сторін у впровадженні настанови на національному рівні у вищезгаданому практичному посібнику будуть надані посилання на технічні онлайн-ресурси та приклади найкращих практик, розроблені ВООЗ для сприяння припиненню вживання тютюну в різних умовах. Буде організовано серію регіональних вебінарів для підвищення обізнаності та підтримки держав-членів ВООЗ у розбудові потенціалу для впровадження цього керівництва.

З 2008 року ВООЗ публікує звіт про глобальну тютюнову епідемію кожні 2 роки (18). Цей дворічний звіт дозволяє ВООЗ оцінити прийняття рекомендацій в національних настановах і те, чи були вони впроваджені на рівні країни після публікації настанови. Звіти ВООЗ також включають дані про поширеність вживання тютюну в усіх державах-членах ВООЗ, що дозволяє оцінити вплив настанови на зниження поширеності вживання тютюну в кожній країні, а також відстежити прогрес у досягненні цілей "Потрійного мільярда" Глобальної програми роботи ВООЗ і результату 3.2.1 "Країни, що мають можливість боротися з факторами ризику за допомогою багатосекторальних заходів".

ГС буде здійснювати моніторинг літератури, особливо в галузі цифрових інтервенцій з припинення вживання тютюну та фармакотерапії, а також оцінювати потребу в подальших оглядах літератури та оновленні настанови. Ця настанова буде оновлюватися через 5 років, якщо подальші дослідження в цій галузі не нададуть додаткових доказів, що виправдовують більш раннє оновлення.

Посилання

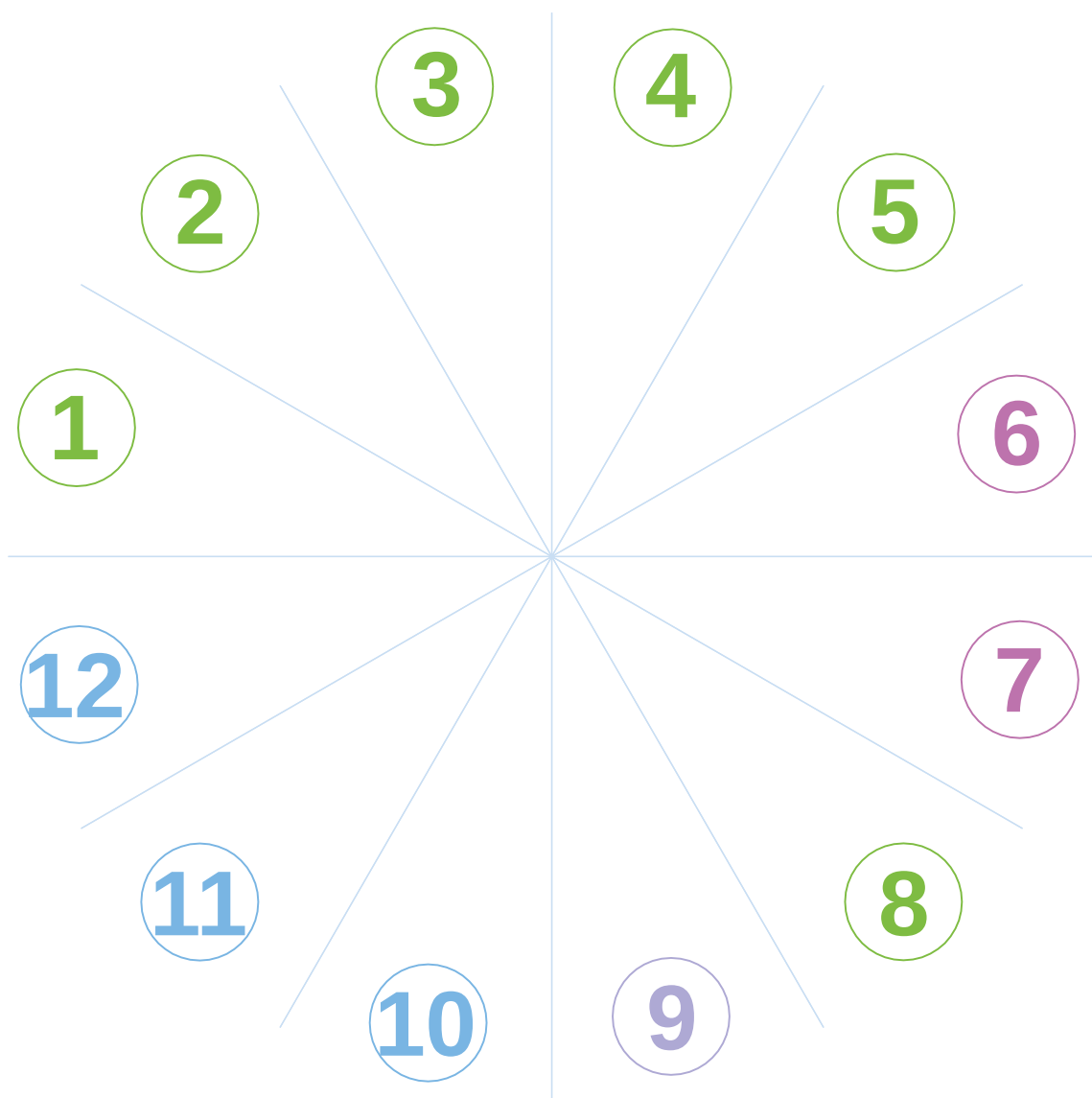
1. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375711/9789240088283-eng.pdf?sequence=1>, accessed 16 January 2024).
2. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)).
3. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018;27(1):58-64 (<https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>).
4. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>, accessed 18 October 2023).
5. Guidelines for implementation of Article 14. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://fctc.who.int/publications/m/item/guidelines-for-implementation-of-article-14>, accessed 30 June 2022).
6. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. Atlanta (GA): CDC Foundation; 2015 (<https://www.gatsatlas.org/>, accessed 1 July 2022).
7. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf?sequence=1>, accessed 16 October 2023). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Abdullah ASM, Husten CG. Promotion of smoking cessation in developing countries: a framework for urgent public health interventions. *Thorax*. 1999;54:623-30 (<https://doi.org/10.1136/thx.2003.018820>).
9. 6C4A Disorders due to use of nicotine. In: International statistical classification of diseases and related health problems, 11th edition. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>, accessed 18 October 2023).
10. Divinakumar KJ, Patra P, Prakash J, Daniel A. Prevalence and patterns of tobacco use and nicotine dependence among males industrial workers. *Ind Psychiatry J*. 2017;26(1):19-23 (https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_14_17).
11. Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(9):810-6 (<https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.9.810>).
12. Liu Z, Li YH, Cui ZY, Li L, Nie XQ, Yu CD, et al. Prevalence of tobacco dependence and associated factors in China: findings from nationwide China Health Literacy Survey during 2018-19. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022;24:100464 (<https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100464>).
13. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?sequence=1>, accessed 1 November 2023). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94555/9789241506076_eng.pdf?sequence=1, accessed 16 October 2023).
15. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf?sequence=1>, accessed 18 October 2023). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334186/9789240009226-eng.pdf?sequence=1>, accessed 18 October 2023). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

17. WHO Model List of Essential Medicines - 22nd list, 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345533/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02-eng.pdf?sequence=1>, 1 November 2023). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization; 2008 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_eng.pdf?sequence=1, accessed 16 October 2023).
19. Thirteenth general programme of work, 2019-2023: promote health, keep the world safe, serve the vulnerable. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/PRP/18.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324775/>, accessed 16 October 2023).
20. Tobacco taxes: a win-win measure for fiscal space and health. Mandaluyong City: Asian Development Bank; 2012 (<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30046/tobacco-taxes-health-matters.pdf>, accessed 12 December 2023).
21. Ye X, Chen S, Yao Z, Gao Y, Xu Y, Zhou S et al. Smoking behaviors before and after implementation of a smoke-free legislation in Guangzhou, China. *BMC Public Health*. 2015;15:982 (<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2353-6>).
22. Durkin SJ, Biener L, Wakefield MA. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *Am J Public Health*. 2009;99(12):2217-23 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.161638>).
23. Noar SM, Francis DB, Bridges C, Sontag JM, Ribisl KM, Brewer NT. The impact of strengthening cigarette pack warnings: systematic review of longitudinal observational studies. *Soc Sci Med*. 2016;164:118-129 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.011>).
24. Brewer NT, Hall MG, Noar SM, Parada H, Stein-Seroussi A, Bach LE et al. Effect of pictorial cigarette pack warnings on changes in smoking behavior: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176:905-12 (<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.2621>).
25. WHO handbook for guideline development - 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145714/9789241548960_eng.pdf?sequence=1, accessed 1 November 2023).
26. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6 (<https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>).
27. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD001292 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3>).
28. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD001007 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001007.pub3>).
29. Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5:CD002850 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002850.pub4>).
30. Tzelepis F, Paul CL, Williams CM, Gilligan C, Regan T, Daly J et al. Real-time video counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;10:CD012659 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012659.pub2>).
31. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;10:CD006611 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006611.pub5>).
32. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:CD000146 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub5>).

33. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4:CD013308 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013308>).
34. Hajizadeh A, Howes S, Theodoulou A, Klemperer E, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5:CD000031 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub6>).
35. Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Thomas KH, Theodoulou A, Hajizadeh A, Hartman L et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5:CD006103 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub8>).
36. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD008286 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>).
37. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6:CD009670 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009670.pub4>).
38. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, George J. System change interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD010742 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010742.pub2>).
39. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD008743 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008743.pub3>).
40. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD000214 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000214.pub2>).
41. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD004305 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004305.pub5>).
42. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016;353:i2016 (<https://doi.org/10.1136/bmj.i2016>).
43. Cheng CCW, He WJA, Gouda H, Zhang MJ, Luk TT, Wang MP et al. Effectiveness of very brief advice on tobacco cessation: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. [in press] (<https://doi.org/10.1007/s11606-024-08786-8>).
44. Bendotti H, Lawler S, Chan GCK, Gartner C, Ireland D, Marshall HM. Conversational artificial intelligence interventions to support smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Digit Health*. 2023;9:20552076231211634 (<https://doi.org/10.1177/20552076231211634>).
45. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax*. 53;1998:S1-38 (https://thorax.bmj.com/content/53/suppl_5/S2, accessed 28 May 2024).
46. Meeyai A, Yunibhand J, Punkrajang P, Pitayarangsarit. An evaluation of usage patterns, effectiveness and cost of the national smoking cessation quitline in Thailand. *Tob Control*. 2015;24(5):481-8 (<https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051520>).
47. McCaffrey N, Carter R. Economic evaluation of the Victorian Quitline service. 2018 (https://www.researchgate.net/publication/346503057_Economic_evaluation_of_the_Victorian_Quitline_service, accessed 1 November 2023).
48. Guerriero C, Cairns J, Roberts I, Rodgers A, Whittaker R, Free C. The cost-effectiveness of smoking cessation support delivered by mobile phone text messaging: Txt2stop. *Eur J Health Econ*. 2013;14:789-97 (<https://doi.org/10.1007/s10198-012-0424-5>).

49. Kahende JW, Loomis BR, Adhikari B, Marshall L. A review of economic evaluations of tobacco control programs. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(1):51-68 (<https://doi.org/10.3390/ijerph6010051>).
50. Madae'en S, Obeidat N, Adeinat M. Using cost-effectiveness analysis to support policy change: varenicline and nicotine replacement therapy for smoking cessation in Jordan. *J Pharm Policy Pract*. 2020;13:65 (<https://doi.org/10.1186/s40545-020-00270-y>).
51. Leaviss J, Sullivan W, Ren S, Everson-Hock E, Stevenson M, Stevens JW et al. What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of cytisine compared with varenicline for smoking cessation? A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2014;18(33):1-120 (<https://doi.org/10.3310/hta18330>).
52. Li J, Parrott S, Keding A, Dogar O, Gabe R, Marshall AM et al. Cost-utility of cytisine for smoking cessation over and above behavioural support in people with newly diagnosed pulmonary tuberculosis: an economic evaluation of a multicentre randomized controlled trial. *BMJ Open*. 2022;12:e049644 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049644>).
53. Updating Appendix 3 of the WHO Global NCD action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/updating-appendix-3-of-the-who-global-ncd-action-plan-2013-2030>, accessed 18 October 2023).
54. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-health-systems-for-treating-tobacco-dependence-in-primary-care>, accessed 18 October 2023).
55. It's time to invest in cessation: the global investment case for tobacco cessation. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039308>, accessed 18 October 2023). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Додатки



Додаток 1: Управління процесом розробки настанови

Учасники розробки настанови

Керівна група ВООЗ

До складу Керівної групи (КГ) увійшли експерти з питань відмови від тютюну, зміцнення здоров'я, впровадження політики контролю над тютюном, управління факторами ризику неінфекційних захворювань (НІЗ), епідеміології вживання тютюну, комунікації, епідеміології, законодавства з контролю над тютюном, основних лікарських засобів, систем охорони здоров'я, інвалідності, гендерних питань, рівності та прав людини зі штаб-квартири Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та регіональних офісів. Члени ГС перелічені в Таблиці А1.1.

Таблиця А1.1. Члени ГР

Ім'я	Кластер/Відділ/Підрозділ	Сфера діяльності
Adriana Bacelar Gomes	Відділ факторів ризику та харчування, Департамент	Харчування та фактори
Alarcos Cieza	Відділ сенсорних функцій, інвалідності та реабілітації	Сенсорні функції, інвалідність
Angela Ciobanu	Спеціальна ініціатива щодо неінфекційних захворювань	Політика та профілактика
Fatimah El-Awa	Ініціатива "Світ без тютюну", Неінфекційні захворювання	Політика боротьби з тютюном
Dongbo Fua	Підрозділ боротьби з тютюном, Відділ зміцнення здоров'я	Відмова від куріння тютюну
Hebe Gouda	Підрозділ боротьби з тютюном, Відділ зміцнення здоров'я	Епідеміологія вживання тютюну
Benedikt Huttner	Підрозділ відбору лікарських засобів, інтелекту	Система охорони здоров'я
Jagdish Kaur	Відділ факторів ризику для здоров'я, Департамент	Політика та контроль
Kritika Khanijo	Підрозділ права та політики у сфері охорони здоров'я	Гендерна рівність, права людини

Ім'я	Кластер/Відділ/Підрозділ	Сфера діяльності
Вільям Кіберенге Маїна	Відділ боротьби з тютюном та зниження інших ф	Політика та реалізація контролю за тютюном
Вінаяк Прасада (Vinayak)	Відділ без тютюну, Департамент зміцнення здоров'я	Політика та управління контролем за тютюном
Сі Ін (Xi Yin)	Відділ запобігання неінфекційним захворюванням	Політика та комунікація щодо контролю за тютюном

* Responsible Technical Officer.

Робоча група підготувала проект настанови та її основних компонентів (популяція, втручання, компаратор та результати). Вони розглянули декларації інтересів і підготували проект настанови.

Група з розробки настанови

Група з розробки настанови (ГРП) складалася з широкої групи відповідних експертів з питань відмови від тютюну в клінічних умовах, на рівні первинної медичної допомоги та на рівні громад, а також кінцевих користувачів та осіб, на яких ці рекомендації можуть вплинути. Більше половини членів ГРП були представниками країн з низьким та середнім рівнем доходу (СНД). Члени БГД наведені в Таблиці А1.2.

Ім'я (Name)	Афіліація, місто, країна (Affiliation, city, country)	Регіон ВООЗ проживання (WHO region of residence)	Стать (Gender)	Експертиза (Expertise)
Ахмад Аль Мулла (Ahmad Al Mulla)	Центр боротьби з тютюном, Медична корпорація Хамад, Доха, Катар (Tobacco Control Center, Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar)	Східне Середземномор'я (Eastern Mediterranean)	Чоловік (Male)	Відмова від тютюну, громадське здоров'я та медицина громади (Tobacco cessation, public health and community medicine)
Васант Басдео (Vasant Basdeo)	Південно-Західний регіональний орган охорони здоров'я, Сан-Фернандо, Тринідад і Тобаго (South-West Regional Health Authority, San Fernando, Trinidad and Tobago)	Американський регіон (Americas)	Чоловік (Male)	Відмова від тютюну в первинній медичній допомозі (Tobacco cessation in primary care)
Едуардо Бьянко (Eduardo Bianco)	NextGenU/Фонд Френка за міжнародне здоров'я, Чикаго, США (NextGenU/Frank Foundation for International Health, Chicago, USA)	Американський регіон (Americas)	Чоловік (Male)	Клінічна кардіологія та відмова від тютюну (Clinical cardiology and tobacco cessation)
Роджер Чоу (Roger Chou)	Департаменти медицини та медичної інформатики та клінічної епідеміології, Університет охорони здоров'я та науки штату Орегон, Портленд, США (Departments of Medicine and Medical Informatics and Clinical Epidemiology, Oregon Health and Science University, Portland, USA)	Американський регіон (Americas)	Чоловік (Male)	Методолог GRADE (GRADE methodologist)
Магдалена Чобану (Magdalena Ciobanu)	Національний інститут пульмонології Mapiyca Наста, Бухарест, Румунія (National Institute of Pneumology Marius Nasta, Bucharest, Romania)	Європа (Europe)	Жінка (Female)	Пульмонологія та відмова від тютюну (Pneumology and tobacco cessation)
Леонора Фернандес (Lenora Fernandez)	Університет Філіппін - Філіппінська загальна лікарня, Маніла, Філіппіни (University of the Philippines-Philippine General Hospital, Manila, Philippines)	Західна частина Тихого океану (Western Pacific)	Жінка (Female)	Пульмонологія та відмова від тютюну (Pulmonology and tobacco cessation)

Ім'я	Афіліація, місто, країна	Регіон ВООЗ	Стать	Спеціальність
Гхоламреза Хейдарі	Університет медичних наук Шахіда Бехешті, Тегеран, Іран (Ісламська Республіка)	Східне Середземномор'я	Чоловік	Дослідження боротьби з тютюнопалінням, припинення вживання тютюну та точка зору пацієнта
Сонял Джанджі	Всеіндійський інститут медичних наук, Нью-Делі, Індія	Південно-Східна Азія	Жінка	Припинення вживання тютюну та лікування залежності від психоактивних речовин
Пол Кавана	Виконавча служба охорони здоров'я, Дублін, Ірландія	Європа	Чоловік	Громадське здоров'я, економіка охорони здоров'я та медична освіта
Тім Макафі	Департамент соціальної та поведінкової поведінки, Каліфорнійський університет, Сан-Франциско, США	Панамериканська санітарна організація	Чоловік	Боротьба з тютюнопалінням, припинення вживання тютюну та громадське здоров'я
Пратіма Мурті	Національний інститут психічного здоров'я та нейронаук, Бангалор, Індія	Південно-Східна Азія	Жінка	Психіатрія залежності та припинення вживання тютюну
Івонн Оландо	Національний орган з боротьби з алкоголем та наркоманією, Найробі, Кенія	Африка	Жінка	Клінічна психологія та припинення вживання тютюну
Дань Сяо	Китайсько-Японська лікарня дружби, Пекін, Китай	Західний Тихий океан	Жінка	Припинення вживання тютюну та епідеміологія

Перші два віртуальні засідання ГРП відбулися 23 вересня та 13 жовтня 2022 р., на яких ГРП переглянула сферу застосування настанови та прийняла рішення щодо питань PICO. На третьому та четвертому віртуальних засіданнях ГРП, що відбулися 22 листопада та 13 грудня 2022 р., ГРП проаналізувала наявні систематичні огляди та визначила нові або оновлені систематичні огляди, які необхідно провести. На п'ятому та шостому віртуальних засіданнях, що відбулися 20 червня та 4 липня 2023 р., ГРП проаналізувала всі наявні докази, представлені в таблицях GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) Evidence to Decision (Докази для прийняття рішень). GDG провела особисту зустріч з 4 по 6 вересня 2023 року. На цьому останньому засіданні було прийнято рішення щодо процесу прийняття рішень стосовно рекомендацій та сили доказів, які будуть застосовуватися, а також узгоджено остаточні рекомендації шляхом консенсусу.

Команда систематичного огляду

До складу групи з проведення систематичного огляду входили Корал Гартнер (Coral Gartner), Центр

передового досвіду NHMRC з питань досягнення цілей у боротьбі проти тютюну, Школа громадського здоров'я, Медичний факультет, Університет Квінсленда, Австралія; Цзяньпін Лю (Jianping Liu), Центр доказової китайської медицини, Пекінський університет китайської медицини, Китай; Крістофер Чі Вай Ченг (Christopher Chi Wai Cheng) та Дерек Йі Так Ченг (Derek Yee Tak Cheung), Школа медсестер, Університет Гонконгу, Китай, Спеціальний адміністративний район Гонконг, Спеціальний адміністративний регіон Гонконг (SAR). За рішенням ГСР група систематичного огляду провела наступні оновлені або нові систематичні огляди: короткі поради медичних працівників, цифрові інтервенції з відмови від тютюну, цитизин, а також традиційні, додаткові та альтернативні методи лікування для відмови від тютюнопаління.

Група зовнішньої оцінки

Чотирнадцять рецензентів були відібрані зі списку осіб, запропонованого GDG та SG. Вони надали відповідний досвід, включаючи надання послуг з припинення вживання тютюну та впровадження програм, і представляли всі шість регіонів B003. Зовнішнім рецензентам було запропоновано переглянути проект настанови та надати коментарі з питань ясності, представлення доказів та впровадження; коментарі були враховані за необхідності. Зовнішні рецензенти не могли змінювати рекомендації, прийняті GDG. Члени Групи зовнішнього рецензування (ГЗР) перераховані в Таблиці A1.3; резюме декларацій про інтереси наведено в Додатку 3

Ім'я	Афіліція, місто, країна	Регіональне бюро B003	Стать	Спеціалізація
Лекан Айю-Юсуф	Школа систем охорони здоров'я та громадського здоров'я, Університет Преторії, Преторія, Південно-Африканська Республіка	B003: регіональне бюро для Африки	Чоловіча	Профілактика вживання тютюну, лікування/відмови та політика
Софія Чан	Університет Гонконгу, Китай, Гонконг (SAR)	B003: регіональне бюро для Західної частини Тихого океану	Жіноча	Відмова від тютюну в громадах та гендерно-специфічні програми відмови від тютюну
Сміта Дешпанде	Незалежний консультант, Бангалор, Індія	B003: регіональне бюро для Південно-Східної Азії	Жіноча	Послуги з відмови від тютюну та психічне здоров'я
Махмуд Ельхабібі	Інститут психіатрії, Медичний факультет, Університет Айн-Шарамс, Каїр, Єгипет	B003: регіональне бюро для Східного Середземномор'я	Чоловіча	Надання спеціалізованих послуг з відмови від тютюну в клінічних умовах та навчання
Ельба Інес Естевес Ді Карло	Програма лікування тютюнової залежності, Фонд національних ресурсів, Монтевідео, Уругвай	Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАНО)	Жіноча	Впровадження національної програми лікування тютюнової залежності
Такаші Ханіока	Кафедра профілактичної стоматології громадського здоров'я, Стоматологічний коледж Фукуоки, Фукуока, Японія	B003: регіональне бюро для Західної частини Тихого океану	Чоловіча	Громадська охорона здоров'я стоматологія та відмова від тютюну
Даніель Маккарті	Центр досліджень та інтервенцій у сфері тютюну, Університет Вісконсина-Медісон, Медісон, США	Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАНО)	Жіноча	Клінічна психологія та дослідження відмови від тютюну
Міра Мурамото	Кафедра сімейної медицини, Медичний факультет Університету Колорадо, Колорадо, США	Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАНО)	Жіноча	Відмова від тютюну в громадських умовах та серед особливих груп населення
Галина Сахарова	Центр відмови від куріння, Науково-дослідний інститут пульмонології, Москва, Російська Федерація	B003: регіональне бюро для Європи	Жіноча	Спеціалізовані послуги з відмови від куріння та навчання
Донна Шеллі	Школа глобального громадського здоров'я, Нью-Йоркський університет, Нью-Йорк, США	Панамериканська організація охорони здоров'я (ПАНО)	Жіноча	Політика охорони громадського здоров'я та впровадження
Камран Сіддікі	Департамент наук про здоров'я, Йоркський університет, Йорк, Сполучене Королівство	B003: регіональне бюро для Європи	Чоловіча	Боротьба з тютюном у країнах з низьким і середнім рівнем доходу та відмова
Бехзад Валізаде	Національний секретаріат з контролю за тютюном, Міністерство охорони здоров'я та медичної освіти, Тегеран, Іран (Ісламська Республіка)	Офіс B003 для країн Східного Середземномор'я	Чоловіча	Впровадження національної програми контролю за тютюном
Лін Сяо	Офіс контролю за тютюном, Китайський центр контролю та профілактики захворювань, Пекін, Китай	Західно-Тихоокеанський офіс B003	Жіноча	Впровадження національної програми контролю за тютюном
Джінтана Юнібханд	Національна гаряча лінія для відмови від куріння Таїланду, Бангкок, Таїланд	Південно-Східно-Азіатський офіс B003	Жіноча	Робота гарячої лінії для відмови від куріння та науки про медсестринство

Декларації про інтереси

Усі члени ГРР та ГРП заповнили та подали форму декларації про інтереси B003, а також підписали

зобов'язання щодо дотримання конфіденційності перед тим, як брати участь у засіданнях ГРР. ГР розглянула та оцінила подані біографічні довідки та декларації про інтереси, а також провела пошук в Інтернеті та публікаціях для виявлення будь-яких очевидних публічних протиріч або інтересів, які можуть призвести до компрометуючих ситуацій. Імена та короткі біографії всіх запропонованих членів ГРР були опубліковані на веб-сторінці ВООЗ з боротьби проти тютюну для публічних консультацій протягом 14 днів. Жодних коментарів не було отримано. Якби були потрібні додаткові вказівки щодо управління будь-якими деклараціями або конфліктами інтересів, Генеральний секретар проконсультувався б з колегами з Відділу комплаєнсу, управління ризиками та етики. У разі необхідності, особи, у яких було виявлено конфлікт інтересів, як фінансових, так і нефінансових, були б відсторонені від участі в обговоренні будь-яких тем, де виникали конфлікти інтересів. Управління конфліктами інтересів розглядалося протягом усього процесу. Члени ГРР повинні були оновлювати свою декларацію про інтереси, якщо це було необхідно, перед кожним засіданням, а на початку кожного засідання ГРР вимагалось усне декларування інтересів. Задекларовані інтереси членів ГРР та ГРП підсумовані в Додатку 3. Конфлікту інтересів виявлено не було.

Додаток 2: Додаткова інформація для виконання рекомендацій

Короткі поради

- Підтримуюча система (чітка політика з підтримкою керівництва, включення статусу тютюнокуріння у всі медичні записи, навчання, структуровані моделі надання, такі як 5As [Запит, Порада, Оцінка, Допомога, Організація] і 5Rs [Актуальність, Ризики, Винагороди, Перешкоди, Повторення] (1), моніторинг та оцінка тощо) покращить та підтримуватиме рутинне надання короткої консультації.
- Індивідуальна або персоналізована консультація може покращити ефективність та прийнятність.
- У напружених медичних установах командний підхід може допомогти покращити ефективність і надання короткої консультації. Це може включати визначення та запис статусу тютюнокуріння медичним працівником, який вимірює життєво важливі показники пацієнта, надання консультації щодо відмови від тютюну основним медичним працівником, а також проведення подальших консультацій та інструкцій щодо ліків іншими працівниками..

Інтенсивна поведінкова підтримка

Індивідуальне очне консультування може бути більш практичним для впровадження, особливо якщо існує система надання консультацій з інших питань охорони здоров'я (наприклад, психічного здоров'я).

Збільшення частоти та тривалості сеансів консультування, щонайменше до п'яти сеансів і 10 хвилин кожний, підвищує рівень успішності відмови, але менш часті сеанси також корисні. Групове очне консультування може підвищити ефективність і мати додаткові переваги (наприклад, посилена згуртованість) у порівнянні з індивідуальним консультуванням. Однак групи можуть стикатися з проблемами щодо доступності, стійкості, логістики та участі. Телефонне консультування може охопити людей, не вимагаючи їхньої присутності у певному місці, і може бути централізоване для підвищення ефективності та контролю якості (2).

Один телефонний сеанс консультування може бути ефективним, але найсильніші докази свідчать на користь багатосеансового (три-п'ять сеансів) проактивного телефонного консультування.

Збільшення охоплення телефонного консультування може мати більший вплив на населення, ніж витрачання більше ресурсів на кожного окремого абонента.

Ефективні методи, які використовуються для збільшення кількості дзвінків, включають додавання номерів гарячих ліній проти тютюну до масових медіа-анти-тютюнових рекламних оголошень, додавання номерів гарячих ліній на пачки сигарет і заохочення до направлень від медичних працівників.

Повинно бути достатньо персоналу і телекомунікаційних послуг, щоб забезпечити відповіді на дзвінки до гарячих ліній і уникнення їхнього зникнення. Використання автоматизованих повідомлень і зворотних дзвінків може бути необхідним під час дуже великого обсягу дзвінків.

Гарячі лінії також можуть слугувати порталом до цифрової підтримки відмови від тютюну та доступу до фармакотерапії.

Консультування в режимі реального часу за допомогою відео може бути запропоноване як варіант для пацієнтів або консультантів у разі бажання та можливості, але немає доказів того, що воно є більш ефективним.

Цифрові інтервенції для відмови від тютюну

Загалом, ефективні цифрові програми для відмови від тютюну були ретельно розроблені з використанням добре відомих теорій зміни поведінки, з великими бібліотеками текстових повідомлень про відмову від тютюну та складною логікою прийняття рішень щодо частоти, тривалості та змісту інтервенції. Проте, існують сотні, якщо не тисячі, цифрових програм для відмови від тютюну, які не пройшли через ретельний процес розробки, тестування та підтримки.

Країни можуть розглянути можливість адаптації існуючих цифрових програм для відмови від тютюну через процес оцінки/валідації та забезпечення якості з боку надійних установ. Слід враховувати обмеження та еволюційні характеристики цифрових інструментів, що підкреслює необхідність підтримки локального впровадження дослідженнями, моніторингом та оцінкою.

Країни також можуть розглянути зацікавлені сторони, залучені до розробки та функціонування цифрових інтервенцій для відмови від тютюну, і повинні забезпечити свободу від втручання тютюнової індустрії.

Рекомендації щодо конкретних цифрових засобів

- Мобільні текстові повідомлення є старішим цифровим засобом. Хоча наразі вони мають найсильніші докази ефективності, охоплення та ефективність окремих текстових повідомлень можуть зменшитися через еволюцію цифрового середовища. Багато цифрових програм - таких як веб-сторінки, додатки (app) та штучний інтелект (AI) - можуть використовувати текстові відповіді як компонент своєї інтервенції.
- Додатки для смартфонів значно відрізняються за рівнем інтерактивності, налаштування, залученості та відповідності ефективним поведінковим теоріям. Вони мають потенціал забезпечити більш залучену та контрольовану взаємодію, ніж веб-сайти або мобільні текстові повідомлення, і можуть включати інші цифрові елементи, включаючи інтерактивні текстові повідомлення. Пильну увагу слід приділяти підтримуючим даним, що стосуються якості та оцінки конкретного додатка для смартфонів перед його прийняттям.
- Інтернет-сайти та програми можуть служити порталом до інших сервісів відмови від тютюну, а також надавати безпосередню допомогу у відмові. Їхня здатність забезпечити систематичну програму з внутрішньою навігаційною логікою може стати більш складною, оскільки користувачі дедалі більше покладаються на пошукові запити для переходу на конкретні підсторінки.
- Інтервенції на основі штучного інтелекту: Зі швидкою еволюцією систем штучного інтелекту, елементи ШІ ймовірно будуть інтегровані в існуючі цифрові підходи (такі як генерація текстових відповідей та заповнення пошукових запитів), а також у дедалі складніші чат-боти/аватари, які надаватимуть консультації з відмови, направлення та консультаційні поради. Щоб забезпечити відповідність доказовим підходам, буде критично важливим спільний розвиток та оцінка.

Фармакологічні інтервенції

Загальні рекомендації

Особливу увагу слід приділяти кільком групам:

- Вагітні жінки не повинні рутинно отримувати або приймати препарати для припинення вживання тютюну через пов'язані з вагітністю безпекові ризики, включаючи продукти нікотинозамісної терапії (NRT). Вони повинні отримувати поведінкову підтримку для відмови від тютюну, як під час відвідувань пренатального догляду, так і за допомогою інтенсивних програм консультування. Через нагальну небезпеку для розвитку плода при продовженні вживання тютюну під час вагітності, продукти NRT можуть бути обережно розглянуті в кожному конкретному випадку, особливо якщо консультування саме по собі було неефективним.
- Використання препаратів для відмови від тютюну у менш залежних користувачів тютюну (тобто тих, хто не курить щодня або курить менше 5-10 сигарет на день) вивчено менше, що свідчить про те, що в таких пацієнтів слід застосовувати індивідуальний підхід до використання медикаментів. Як і у випадку з більш

залежними користувачами тютюну, коротке та інтенсивне поведінкове консультування та підтримка повинні бути запропоновані менш залежним користувачам.

- Госпіталізовані пацієнти можуть отримати користь від рутинної доступності препаратів для відмови від тютюну, щоб уникнути синдрому відміни (та заохотити довгострокову відмову від тютюну), наприклад, через використання стандартних ордерів на прийом NRT «за потребою» при госпіталізації. Лікарні повинні бути зонами, вільними від тютюну.
- Немає достатніх доказів для рутинного призначення або рекомендації препаратів для припинення вживання тютюну підліткам, хоча ця база доказів не була систематично переглянута для цього керівництва. Хоча загалом вони безпечні, їх ефективність не була послідовно доведена.
- Ті, хто має психічні захворювання, мають вищий ризик рецидиву і можуть отримати користь від більш тривалих та інтенсивних інтервенцій, як фармакологічних, так і поведінкових. Для тих, хто приймає психіатричні препарати, може бути корисним моніторинг симптомів для потенційного коригування медикаментів. Наявність психічного захворювання не повинна бути виправданням для клініцистів, щоб не надавати підтримку та заохочення до відмови від тютюну.
- У країнах, де не всі рекомендовані препарати для відмови від тютюну будуть доступні, можна розглянути такий мінімальний рівень доступності:
- Принаймні один довготривалий NRT і один короткотривалий NRT;
- Принаймні один агоніст нікотинових рецепторів $\alpha 4\beta 2$ (вареніклін або цитизин);
- Бупропіон (якщо бупропіон є в списку лікарських засобів або в переліку основних лікарських засобів країни для лікування депресії, дозволити використання для відмови від тютюну також).
- Покриття повних курсів лікування має бути забезпечене в медичних закладах. У деяких громадських умовах, де основною метою обмеженої у часі кампанії може бути збільшення спроб відмови, може бути доцільно запропонувати коротші курси препарату, наприклад, у так званих конкурсах Quit-and-Win або промоціях гарячих ліній. Проте, їх слід представляти як так звані стартові набори, а не як повний курс лікування.
- Ефективне використання препаратів для відмови від тютюну може бути збільшене шляхом навчання та підтримки (наприклад, роздаткових матеріалів для пацієнтів і стандартних ордерів у електронних системах і лікарняних умовах) для медичних працівників, які можуть їх призначати або рекомендувати.
- Будь-які порівняння відносних витрат на препарати повинні враховувати інші фактори, крім вартості курсу лікування, особливо співвідношення витрат і ефективності та прийнятності/доцільності.
-

Специфічна фармакологія

НЗТ

Усі розглянуті форми НЗТ є ефективними (нікотинові пластирі, жуйки, льодяники, інгалятори, спреї).

Наявність деяких форм препаратів НЗТ без рецепта (безрецептурні) може сприяти їх використанню населенням за рахунок більшої доступності. Однак за наявності безрецептурних препаратів слід заохочувати та надавати поведінкову підтримку та інструкції щодо правильного застосування. Якщо безрецептурні препарати, як правило, не покриваються медичним страхуванням, слід передбачити можливість їх покриття, незважаючи на безрецептурний статус.

Наявність декількох форм НЗТ є бажаною для розширення вибору пацієнта, але, як мінімум, принаймні одна швидкодіюча і одна тривала форма повинні бути доступними без бар'єрів щодо вартості або доступності. Поєднання НЗТ швидкої та тривалої дії підвищує успішність відмови від тютюну, і цей варіант слід заохочувати та робити доступним, особливо для більш залежних споживачів тютюну та тих, кому важко відмовитися від тютюну, незважаючи на численні спроби.

Бупропіон

Багато лікарів первинної медичної допомоги та психіатрів знайомі з призначенням бупропіону для лікування депресії. Бупропіон вже може бути доступний як дешевий генеричний препарат у країнах, де він використовується для цієї мети. Це може зменшити деякі бар'єри для впровадження, але важливо підкреслити, що ефективність бупропіону як засобу для відмови від куріння не залежить від його антидепресивної дії, і його можна застосовувати будь-якій людині, яка курить і зацікавлена в тому, щоб кинути курити, незалежно від її депресивного статусу.

Комбіноване застосування бупропіону з НЗТ або вареникліном можна розглядати для окремих пацієнтів, особливо тих, хто має високу залежність або не може кинути палити, незважаючи на численні спроби. Припинення терапії через небажані явища може бути більш поширеним при застосуванні бупропіону, ніж при застосуванні інших монотерапій для припинення тютюнопаління.

Варениклін та цитизин (часткові агоністи $\alpha 4\beta 2$ нікотинових рецепторів)

Варениклін

Незважаючи на тверду впевненість у вищому ступені ефективності вареникліну в припиненні куріння порівняно з іншими монотерапіями для відмови від куріння серед дорослих із тютюновою залежністю, він не є легкодоступним у багатьох країнах з низьким і середнім рівнем доходу (СНД) через вартість, проблеми з виробництвом та інші фактори. Для підвищення доступності в цих країнах можуть знадобитися інші заходи.

Незважаючи на те, що вартість курсу лікування є вищою, ніж у монотерапії НЗТ, вища ефективність вареникліну може зробити його вартість на одного пацієнта, який кинув курити, подібною або нижчою, ніж у монотерапії НЗТ. Варениклін починають приймати з низької дози, а потім збільшують дозу до припинення вживання тютюну. Така схема початку лікування може зменшити побічні ефекти з боку шлунково-кишкового тракту та підвищити успішність лікування.

Цитизин

Цитизин - ще один агоніст $\alpha 4\beta 2$ нікотинових рецепторів з подібною молекулярною структурою та способом дії до вареникліну. Він може бути розумною і наразі дешевшою альтернативою, оскільки має докази ефективності середнього рівня достовірності, схожої з вареникліном, хоча необхідні порівняльні випробування "віч-на-віч". Оскільки цитизин асоціюється з великими перевагами, мінімальною шкодою і наразі має невелику вартість, країни з низькими та середніми доходами можуть розглянути можливість його використання для лікування з метою припинення куріння.

Цитизин поки що не є широко доступним за межами невеликої кількості країн. Він часто регулюється як рослинний продукт або безрецептурний препарат, а не як лікарський засіб, що відпускається за рецептом. Виробництво, дистрибуція та ціни можуть змінитися, коли регуляторні органи схвалить його як засіб для припинення тютюнопаління в майбутньому. Зацікавлені сторони повинні вирішити питання

доступності.

Однією з проблем, пов'язаних з дотриманням режиму прийому цитизину, є складний режим дозування (починаючи з 1 мг шість разів на день, поступово зменшуючи дозу протягом 25 днів до одного разу на день). Однак нещодавні рандомізовані дослідження підтримують набагато простіший режим дозування (3 мг тричі на день протягом 6 або 12 тижнів) з аналогічною ефективністю (3).

Якщо ні варениклін, ні цитизин недоступні, комбіновані НІЗТ є розумною альтернативою, що забезпечує аналогічну вищу ефективність порівняно з окремими НІЗТ і бупропіоном.

Традиційні, додаткові та альтернативні методи лікування

- Доступність та вартість послуг акупунктури може бути бар'єром у деяких регіонах за межами Китаю. Політики повинні оцінити місцевий доступ до кваліфікованих акупунктуристів.
- Хоча повідомлялося про рідкісні серйозні побічні ефекти, пов'язані з акупунктурою, політики повинні забезпечити належну підготовку та акредитацію акупунктуристів.

Уподобання та мотивація пацієнта можуть впливати на успішність акупунктури. Для максимального залучення та дотримання пацієнтами рекомендацій слід надавати доказові консультації.

Фінансові інтервенції

Усунення вартісних бар'єрів може допомогти більшій кількості споживачів тютюну, якщо

- як схвалені препарати для припинення куріння, так і консультування надаються безкоштовно; повна підтримка матиме більший вплив на підвищення рівності, ніж підтримка за зниженою вартістю;
- мінімізовано бар'єри доступу до отримання безоплатного лікування, такі як вимоги попереднього дозволу або вимоги щодо непередбачених обставин;
- про наявність підтримки у припиненні вживання тютюну, включаючи фінансову підтримку, ефективно та неодноразово повідомляється медичним працівникам та пацієнтам;
- мінімізовано нефінансові бар'єри для доступу до лікарських засобів та консультування в закладах охорони здоров'я та на рівні громади (наявність лікарських засобів в аптеках, безкоштовних ліній допомоги у відмові від тютюнопаління тощо); та
- проводиться оцінка статусу вживання тютюну та надаються короткі консультації для виявлення осіб, зацікавлених у припиненні куріння.

Підтримка в усуненні вартісних бар'єрів може виграти від навчання осіб, які приймають рішення в платниках/страхових компаніях/системах охорони здоров'я в країнах, щодо обґрунтування необхідності надання підтримки в оплаті витрат на лікування, в т.ч:

- високий вплив вживання тютюну на рівень захворюваності, смертності та використання медичних послуг
- переконливі докази ефективності інтервенцій з припинення вживання тютюну;
- докази ефективності фінансової підтримки;
- відносно низька вартість інтервенцій порівняно з медичними/хірургічними витратами на лікування захворювань, пов'язаних з тютюнопалінням; та
- може вимагати включення препаратів для відмови від тютюнопаління до національних переліків основних лікарських засобів.

Посилання

1. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva: World Health Organization, 2014 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf?sequence=1, accessed 1 November 2023).
2. Developing and improving national toll-free tobacco quit-line services: a World Health Organization manual. Geneva: World Health Organization, 2011 (<https://www.who.int/publications/i/item/developing-and-improving-national-toll-free-tobacco-quit-line-services>, accessed 1 November 2023).
3. Rigotti NA, Benowitz NL, Prochaska J, Leischow S, Nides M, Blumenstein B et al. Cytisinicline for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA. 2023;330(2):152-60 (<https://doi.org/10.1001/jama.2023.10042>).

Додаток 3: Резюме заяв про інтереси та їх управління

Заяви про інтереси членів Робочої групи з розробки рекомендацій перелічені в Таблиці А3.1.

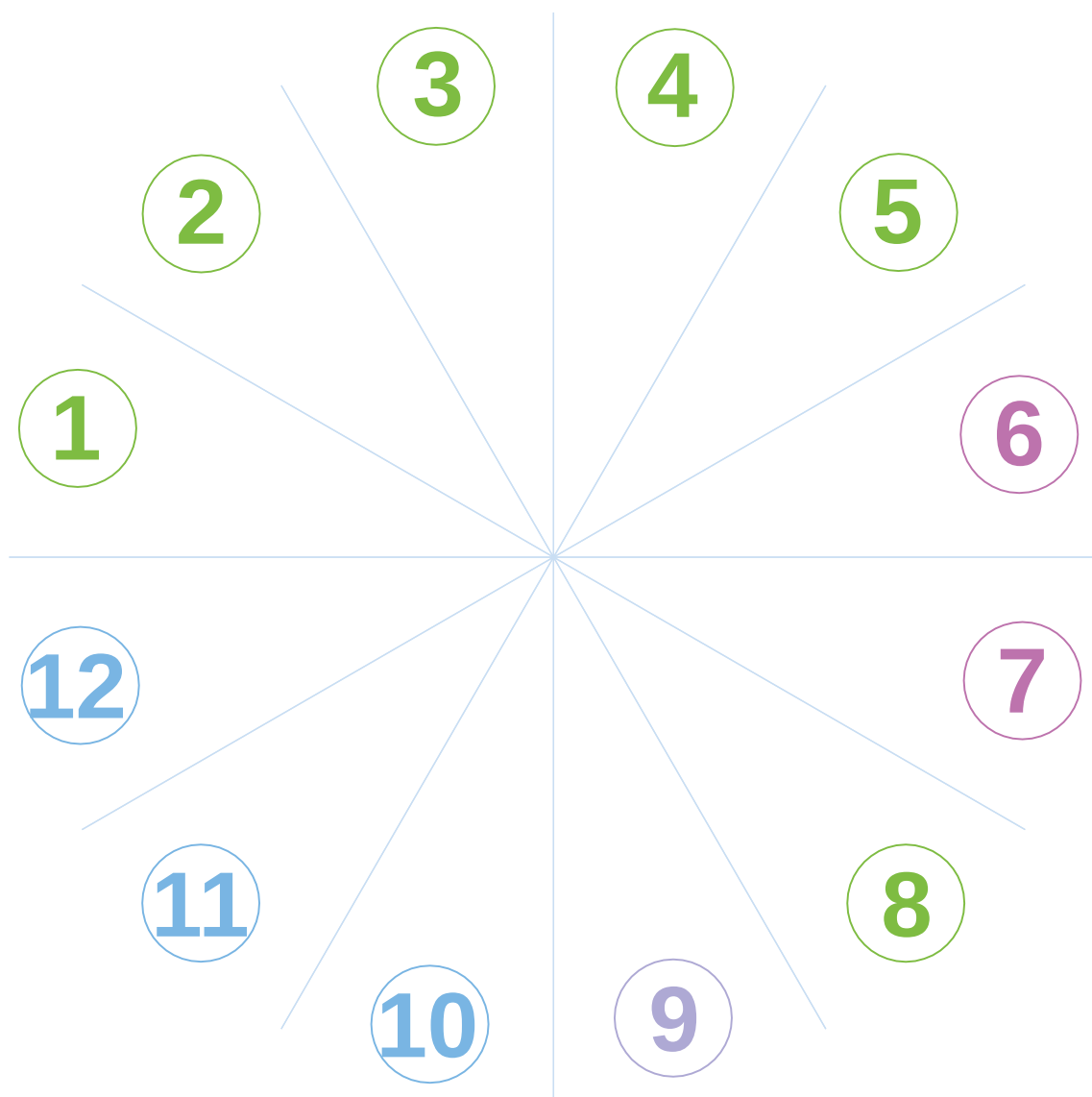
Таблиця А3.1. Заяви про інтереси членів Робочої групи з розробки рекомендацій

Ім'я	Розкриття інтересів	Конфлікт інтересів та його врегулювання
Ахмад Аль Мулла	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Васант Басдео	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Едуардо Бьянко	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Роджер Чоу	Працевлаштування в Орегонському університеті охорони здоров'я та науки; консультування ВООЗ через пов'язану установу (Evidence Consulting, LLC)	Конфлікт інтересів не виявлено
Магдалена Чобану	Консультаційні послуги, оплачені Національним інститутом охорони громадського здоров'я Румунії	Конфлікт інтересів не виявлено
Леонора Фернандес	Фінансова підтримка від Департаменту охорони здоров'я Філіппін для оновлення рекомендацій щодо відмови від куріння на Філіппінах	Конфлікт інтересів не виявлено
Голамреза Хейдарі	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Соналі Джханджі	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Пол Кавана	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Тім МакАфі	Автор/редактор розділу та старший науковий рецензент кількох звітів Генерального хірурга США; протягом останніх 3 років працював підрядником Центрів контролю та профілактики захворювань США над розробкою веб-контенту для підтримки відмови від куріння	Конфлікт інтересів не виявлено
Пратіма Мурті	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Івонна Оландо	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено
Дан Сяо	Немає задекларованих	Конфлікт інтересів не виявлено

Декларації про зацікавленість членів Групи зовнішньої оцінки наведені в Таблиці А3.2.

Таблиця А3.2. Заяви про інтереси членів Зовнішньої експертної групи

Ім'я	Розкриття інтересів	Конфлікт інтересів та його врегулювання
Лекан Айю-Юсуф	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Софія Чен	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Сміта Дешпанде	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Махмуд Ельхабібі	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Ельба Інес Естевес Ді Карло	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Такаші Ханіока	Дослідницькі гранти від Pfizer Inc. (США)	Конфлікт інтересів не виявлено
Даніель Маккарті	Активний та плацебо вареніклін від Pfizer Inc. для клінічного дослідження; Член Національної комплексної мережі боротьби з раком, Група з відмови від куріння в США	Конфлікт інтересів не виявлено
Міра Мурамото	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Галина Сахарова	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Донна Шеллі	Консультаційні послуги, оплачені Центром боротьби з раком Меморіального Sloan Kettering; дослідницькі гранти від Національних інститутів охорони здоров'я	Конфлікт інтересів не виявлено
Камран Сіддікі	Дослідницькі гранти від ініціативи Європейського Союзу "Горизонт Європа", Медичної дослідницької ради, Wellcome Trust та Національного інституту досліджень в галузі охорони здоров'я	Конфлікт інтересів не виявлено
Бехзад Валізаде	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Лін Сяо	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено
Джінтана Юнібханд	Немає задекларованого	Конфлікт інтересів не виявлено





For more information, please contact:
 Health Promotion Department
 World Health Organization
 Avenue Appia 20
 CH-1211 Geneva 27
 Switzerland
 Email: tfi@who.int



