



РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КОНТРОЛЮ
потребления табака
и пассивного курения
при беременности



Всемирная организация
здравоохранения

**РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КОНТРОЛЮ**
потребления табака и пассивного
курения при беременности

РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
И КОНТРОЛЮ

потребления табака
и пассивного курения
при беременности
2013

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy.

1.Smoking – prevention and control. 2.Tobacco smoke pollution - adverse effects. 3.Pregnancy. 4.Pregnancy outcome. 5.Prenatal exposure delayed effects. 6.Environmental exposure – adverse effects. 7.Guideline.
I.World Health Organization

ISBN 978 92 4 450607 3

(NLM classification: QV 137)

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения — следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод этой публикации на русский язык.

Оглавление

<u>БЛАГОДАРНОСТИ</u>	9
<u>СОКРАЩЕНИЯ И АББРЕВИАТУРЫ</u>	11
<u>ПРЕДИСЛОВИЕ</u>	13
<u>ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ</u>	15
Причины составления настоящего руководства	15
Цели и предмет настоящего документа	16
Целевая аудитория настоящего руководства	17
Методы составления настоящего руководства	17
Рекомендации	19
<u>ВВЕДЕНИЕ И ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ</u>	23
Негативные последствия потребления табака и пассивного курения при беременности	24
Распространенность потребления табака и пассивного курения	25
Действующие национальные руководства по контролю потребления табака при беременности	27
Глобальные договоры и рамочные конвенции как источник рекомендаций	27
Беременность как окно возможностей	28
Цели	29
Целевая аудитория	29

<u>ПРОЦЕСС СОСТАВЛЕНИЯ РУКОВОДСТВА</u>	31
Частные лица и партнеры, принявшие участие в составлении руководства	31
Руководящая группа ВОЗ	32
Группа по составлению руководства	32
Группа внешних экспертов	32
Урегулирование конфликта интересов	33
Предмет	33
Поиск и сбор доказательств	34
Доказательства, использованные при вынесении рекомендаций	35
Процедура принятия решений в ГСР	38
<u>РЕКОМЕНДАЦИИ</u>	39
РЕКОМЕНДАЦИЯ 1. Оценка потребления табака и пассивного курения при беременности	41
РЕКОМЕНДАЦИЯ 2. Психосоциальные вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности	47
РЕКОМЕНДАЦИИ 3—5. Использование фармакотерапии для отказа от потребления табака при беременности	56
РЕКОМЕНДАЦИИ 6—7. Защита от пассивного курения при беременности (общественные места, свободные от табачного дыма)	62
РЕКОМЕНДАЦИИ 8—9. Защита от пассивного курения при беременности (дома, свободные от табачного дыма)	68
<u>ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ</u>	73
<u>ПЛАНЫ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ, АДАПТАЦИИ И РЕАЛИЗАЦИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ</u>	79
Распространение руководства	79
Адаптация к местным условиям	79
Реализация на местном уровне	80
Оценка эффективности руководства	83
<u>ОБНОВЛЕНИЕ И РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ</u>	86
<u>ЛИТЕРАТУРА</u>	87
Введение и методология	87
Рекомендации	89

Рекомендация 1	89
Рекомендация 2	90
Рекомендации 3—5	90
Рекомендации 6—7	91
Рекомендации 8—9	91
ПРИЛОЖЕНИЯ	93
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Члены технического секретариата по составлению руководства	93
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Сотрудники ВОЗ (штаб-квартиры, региональных и страновых бюро), участвовавшие в составлении руководства	94
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Группа по составлению руководства	95
3.1 Члены группы по составлению руководства	95
3.2 Информация о членах группы по составлению руководства	97
3.3 Консультанты, сотрудничавшие с группой по составлению руководства	98
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Внешние рецензенты, участвовавшие в разработке/рецензировании вопросов и проекта рекомендаций	99
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Заявления о конфликте интересов	102
5.1. Члены группы ВОЗ по составлению руководства	102
5.2. Внешние рецензенты	103
5.3. Консультанты	104
5.4. Технический секретариат	104
ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Краткие профили GRADE	105
ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Таблицы решений, обобщающие ценности, предпочтения и заключения относительно силы рекомендаций	112

Благодарности

Разработка настоящего руководства координировалась сотрудником Департамента профилактики неинфекционных заболеваний ВОЗ (ДПНЗ ВОЗ) Лубной Исхак Бхатти (*Lubna Ishaq Bhatti*) и осуществлялась под руководством Эдуарда Турсана д'Эспэнье (*Edouard Tursan d'Espaignet*) и Дагласа Беттчера (*Douglas Bettcher*) (ДПНЗ ВОЗ).

Настоящий документ подготовлен ДПНЗ ВОЗ в сотрудничестве со множеством международных организаций в сфере табакокурения и репродуктивного здоровья. Финансирование и техническая поддержка проекта осуществлялись правительством Соединенных Штатов Америки в лице Центров контроля заболеваний США (CDC), а также Национальным институтом рака, США, (NCI). ВОЗ выражает указанным сторонам признательность за оказанное содействие.

В состав технического секретариата входили: Лубна Исхак Бхатти и Эдуард Турсан д'Эспэнье (ДПНЗ ВОЗ), Николас Кларк (*Nicolas Clark*) и Владимир Позняк (Департамент психического здоровья и токсикомании ВОЗ), Мишель Блох (*Michele Bloch*) (NCI), Патрисия Дитц (*Patricia Dietz*), Люсинда Ингланд (*Lucinda England*), Италия Ролле (*Italia V Rolle*) и Ван Тонг (*Van T Tong*) (CDC) (см. информацию о принадлежности в приложении 1).

В рамках проекта действовала группа ВОЗ по координации, в состав которой входили: Авни Амин (*Avni Amin*), Токер Эргудер (*Toker Erguder*), Дунбо Фу (*Dongbo Fu*), Хелена Мария Найгрэн Круг (*Helena Maria Nygren Krug*), Мэтьюс Матаи (*Mathews Mathai*), Марио Мерьяльди (*Mario Meriardi*), Джеймс Рэрик (*James Rarick*) и Даравут Йел (*Daravuth Yel*) (см. информацию о принадлежности в приложении 2). Мы также выражаем благодарность сотрудникам секретариата Комитета по рецензированию руководств ВОЗ за оказанную поддержку.

Фернандо Алтабе (*Fernando Althabe*), Линда Болд (*Linda Bauld*), Жаклин Белл (*Jacqueline Bell*), Ив Бержевен (*Yves Bergevin*), София Чан (*Sophia Chan*), Моник Чаая (*Monique Chaaya*), Пракаш Гупта (*Prakash Gupta*) (председатель), Маргарета Хаглюнд (*Margaretha Haglund*), Фатана Исмаил (*Fatanah Ismail*), Кэтрин Мерфи (*Katherine Murphy*), Исабель Нерин (*Isabel Nerin*) и Шерил Онкен (*Cheryl Oncken*) выступали в качестве членов группы по составлению руководства (см. информацию о принадлежности в приложении 3). В разработке вопросов РИСО («Популяция, вмешательства, сравнения и исходы») и/или рецензировании проекта настоящего руководства участвовали следующие эксперты: Вагида Анвар (*Wagida A. Anwar*), Винченцо Бергелла (*Vincenzo Berghella*), Наоварут Чароэнка (*Naowarut Charoenca*), Ким Диксон (*Kim Dickson*), Бинг Гатри (*Bing Guthrie*), Джеймс Литч (*James A Litch*), Лаура Льямби (*Laura Llambi*), Джин Махоуни (*Jeanne Mahoney*), Сарита Наир (*Saritha Nair*), Эмилия Нунес (*Emilia Nunes*), Ци Ши (*Qi Shi*), Хорхе Толоса (*Jorge Tolosa*) и Майкл Ашер (*Michael Ussher*) (см. информацию о принадлежности в приложении 4).

Независимый консультант Маргарет Харрис (*Margaret Harris*) оказывала методологическую поддержку при составлении таблиц GRADE в отношении имеющихся доказательств, а также балансовых таблиц.

Кэролин Пэттен (*Carolyn Patten*) и Элизабет Тексон (*Elizabeth Tecson*) оказывали административную поддержку.

На различных стадиях работы оказывали помощь стажеры ВОЗ Саманта Кент (*Samantha Kent*), Хелен Тэм-Там (*Helen Tam-Tham*) и Джессика Замора (*Jessica Zamora*).

ВОЗ выражает благодарность авторам различных систематических обзоров, использованных при подготовке настоящего руководства, за содействие в их обновлении, в особенности Кэтрин Чемберлен (*Catherine Chamberlain*) (Университет Монаша), а также Шабане Абдулле (*Shabana Abdullah*) и Дженифер Шиндлер (*Jennifer Schindler*) (BLH Technologies, Inc.). Кроме того, ВОЗ выражает признательность Кокрановской группе по беременности и родам за помощь в обновлении Кокрановских обзоров. Мы также благодарны Тиму Коулману (*Tim Coleman*) и Кейт Флемминг (*Kate Flemming*) за возможность ознакомиться с их систематическими обзорами до публикации.

Особая благодарность выражается редактору и корректору Анджеле Ньюилл (*Angela Newill*). Мы также благодарим дизайнера Ану Сабино (*Ana Sabino*).

Сокращения и аббревиатуры

ANC	Аntenатальная помощь
AusAID	Австралийское агентство международного развития
CDC	Центры контроля заболеваний США
COP	Конференция сторон (Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака)
DFID	Департамент международного развития, Великобритания
GDG	Группа по разработке руководства
GRADE	Классификация оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций
GRC	Комитет по рецензированию руководства
HMIS	Информационная система управления в области здравоохранения
HQ	Штаб-квартира
LBW	Низкая масса тела при рождении
LMIC	Страны с низким и/или средним уровнем дохода
MSB	Злоупотребление психоактивными веществами
NCI	Национальный институт рака, США
NORAD	Норвежское агентство по сотрудничеству в области развития
PICO	Популяция, вмешательства, сравнения и исходы
SD	Допустимое отклонение
SGA	Низкая масса тела для срока гестации
SHS	Пассивное курение
ST	Бездымный табак
TFI	Инициатива по освобождению от табачной зависимости

USAID	Агентство США по международному развитию
VLBW	Очень низкая масса тела при рождении
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВЭ	Величина эффекта
ДИ	Доверительный интервал
НЗТ	Никотинзаместительная терапия
НПО	Неправительственная организация
ОР	Относительный риск
ОШ	Отношение шансов
РКБТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
РКИ	Рандомизированное контролируемое испытание
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения

Предисловие

Настоящий документ содержит рекомендации по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. Настоящие рекомендации являются частью более масштабного проекта Кластера по неинфекционным болезням и психическому здоровью (НМН) ВОЗ. Цель данного проекта заключается в подготовке рекомендаций, направленных на оказание помощи женщинам, потребляющим табак, алкоголь и другие психоактивные вещества при беременности. Рекомендации, направленные на решение проблемы потребления алкоголя и других психоактивных веществ, планируется опубликовать в 2014 году.

Общая информация

ПРИЧИНЫ СОСТАВЛЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО РУКОВОДСТВА

Воздействие табачного дыма влечет за собой серьезные последствия для всех без исключения этапов репродукции человека. Табакокурение негативно отражается на мужской и женской фертильности. Курящие матери подвергаются повышенному риску возникновения эктопической беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, отслойки плаценты, предлежания плаценты, самопроизвольных абортов, мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, низкой массы тела для срока гестации и врожденных аномалий плода (например, расщепление губы). После рождения дети женщин, куривших во время или после беременности, чаще подвергаются риску СВДС (синдром внезапной детской смерти). При беременности опасно потребление не только курительного табака. Факты свидетельствуют о том, что женщины, употреблявшие во время беременности бездымный табак, чаще подвержены риску таких неблагоприятных исходов беременности, как мертворождение, преждевременные роды и низкая масса тела новорожденного. Помимо этого, у детей женщин, подвергавшихся во время беременности воздействию табачного дыма, также чаще наблюдается умеренное снижение массы тела при рождении, а риск низкой массы тела при рождении (<2500 г) повышается на 22%.

В настоящее время не существует актуального и основанного на доказательствах руководства по выявлению и контролю потребления табака и пассивного курения, которое могло бы применяться в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода. В основном существующие национальные руководства предназначены для стран с высоким уровнем дохода, и, несмотря на то, что в них содержатся рекомендации относительно контроля курения сигарет

при беременности (по всей вероятности, наиболее распространенной формы потребления табака в этих странах), такие руководства не учитывают проблем потребления во время беременности бездымного табака и других форм курительного табака. В этих руководствах также, как правило, не предлагается мер по минимизации воздействия пассивного курения на беременных, хотя существует ряд документов, где упоминается проблема курения партнера и других членов семьи в качестве фактора, который негативно отражается на попытках беременной женщины отказаться от этой пагубной привычки.

ЦЕЛИ И ПРЕДМЕТ НАСТОЯЩЕГО ДОКУМЕНТА

Основная цель настоящего руководства заключается в сокращении уровня потребления табака и пассивного курения при беременности путем подготовки основанных на доказательствах рекомендаций для учреждений здравоохранения и других поставщиков сопутствующих услуг. Эти рекомендации направлены на: i) выявление, контроль и профилактику потребления табака и пассивного курения во время беременности и ii) предоставление (в соответствующих случаях) консультаций другим членам семей беременных женщин относительно снижения пассивного курения при беременности.

Далее под беременностью следует понимать период «с начала оказания антенатальной помощи и до истечения шестинедельного срока после родов».

В настоящем руководстве освещаются следующие вопросы:

- Элементы, необходимые для эффективного исследования таких факторов, как потребление табака (курительного и бездымного) и пассивное курение при беременности;
- Безопасность и эффективность мер психосоциального вмешательства для решения проблемы потребления табака при беременности;
- Безопасность и эффективность фармакологического лечения для решения проблемы потребления табака при беременности;
- Эффективные меры, направленные на сокращение пассивного курения
 - I) на работе и в общественных местах,
 - II) дома.

ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО РУКОВОДСТВА

Целевая аудитория настоящего руководства включает в себя имеющих специальное образование работников здравоохранения, участвующих в лечении беременных женщин и уходе за ними в медицинских учреждениях (включая врачей общей практики, семейных врачей, акушеров, гинекологов, сестер-акушеров, медсестер и других работников здравоохранения). Многие из этих рекомендаций представляют интерес для традиционных акушеров и местных медико-санитарных работников, оказывающих услуги антенатальной помощи беременным на дому. Настоящее руководство также предназначено для лиц, определяющих политику в области здравоохранения, руководителей программ здравоохранения, глав медицинских учреждений и работников здравоохранения и направлено на создание оптимальных систем выявления и контроля потребления табака и пассивного курения при беременности.

МЕТОДЫ СОСТАВЛЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО РУКОВОДСТВА

Группы, участвовавшие в составлении руководства. В январе 2011 года была создана руководящая группа ВОЗ, в состав которой вошли представители профильных департаментов ВОЗ (см. приложение 2). Представители Инициативы по освобождению от табачной зависимости (TFI)¹ и Департамента по вопросам злоупотребления психоактивными веществами (MSB) начали составление настоящего руководства в сотрудничестве с рядом других департаментов ВОЗ, Подразделением по вопросам репродуктивного здоровья и Бюро по проблемам курения и здравоохранения Центров контроля заболеваний (США), а также Исследовательским подразделением по борьбе с потреблением табака Национального института рака (США). Помимо этого, был учрежден технический секретариат, в состав которого вошли ведущие технические специалисты ВОЗ (TFI и MSB) и исследователи из Центров контроля заболеваний (США) и Национального института рака (США). Сотрудники технического секретариата подготовили предварительный перечень тем руководства и выбрали членов группы по составлению руководства (ГСР), представляющих все регионы ВОЗ, обладающих необходимым профессиональным опытом и обеспечивающих надлежащий гендерный баланс (см. приложение 3). Более многочисленная группа внешних экспертов (см. приложение 4) выступила с комментариями по поводу вопросов, проектов рекомендаций и итоговых документов РИСО («Популяция, вмешательство, сравнения и исходы»). Эти комментарии были проанализированы группой по составлению руководства.

Поиск и получение доказательств. Технический секретариат подготовил список обзорных вопросов и исходов, связанных с выявлением и контролем потребления табака и пассивного

¹ В 2013 году Инициатива по освобождению от табачной зависимости была переименована и получила название «Профилактика неинфекционных заболеваний» (PND).

курения при беременности. Эти вопросы были представлены вниманию группы международных заинтересованных лиц (к ним относились медсестры, акушерки, акушеры, гинекологи, исследователи, эксперты по обобщению исследовательских данных, эксперты по программам здравоохранения и представители потребителей), задача которых заключалась в анализе предварительных вопросов и исходов и их расположении в порядке приоритетности. После этого обновленная версия обзорных вопросов подверглась пересмотру и утверждению в рамках серии консультаций с ГСР, проходивших при помощи электронных средств связи. Дальнейшие консультации с группой по составлению руководства включали в себя анализ обзорных вопросов, представленных в формате PICO. Итоговая редакция обзорных вопросов была утверждена в конце мая 2011 года, и в дальнейшем они использовались в качестве рекомендаций для поиска соответствующих систематических обзоров, проводившихся в последние два года и отвечавших критериям включения. В случаях (а) отсутствия, (b) недостаточной актуальности (обзоры давностью более двух лет), (c) ненадлежащего качества или неприменимости тематических систематических обзоров было инициировано проведение новых систематических обзоров.

Доказательства, использованные при вынесении рекомендаций. При подготовке проектов рекомендаций авторы соблюдали требования Пособия ВОЗ по составлению руководств и системы GRADE¹, применяемой в целях оценки качества доказательств и использования их для обоснования решений. Для каждого вопроса были подготовлены профили, представляющие собой краткое описание доказательств, включая обсуждение ценностей и предпочтений заинтересованных сторон, преимущества, недостатки и степень реализуемости каждой рекомендации. Полученные доказательства были по возможности надлежащим образом классифицированы и сопровождались таблицами GRADE. В сентябре 2012 года на заседании в Женеве, посвященном подготовке проектов рекомендаций, группа по составлению руководства использовала таблицу принятия решений для согласования качества доказательств и установления определенности положительных и отрицательных эффектов, ценностей и предпочтений заинтересованных сторон, степени реализуемости рекомендаций и объема использования ресурсов (более подробная информация о каждом из решений приводится в приложении 7). Сила рекомендации оценивалась следующим образом:

«сильная»: означает согласие группы по составлению руководства с тем, что качество доказательств в совокупности с определенностью ценностей и предпочтений, положительных эффектов и степени реализуемости рекомендации являются основанием для использования этой рекомендации в **большинстве** случаев,

1 GRADE = Классификация оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций.

или

«условная»: означает меньшую определенность относительно качества доказательств, ценностей, предпочтений, положительных эффектов и степени реализуемости рекомендации в совокупности и, следовательно, подразумевает, что в некоторых обстоятельствах эта рекомендация будет неприменима.

В ряде случаев группа по составлению руководства принимала решение о том, чтобы классифицировать рекомендацию как «сильную», несмотря на то, что согласно оценке имеющихся доказательств по системе GRADE их качество было «низким» или «крайне низким». Это происходило в следующих случаях: (a) наблюдался безусловный баланс положительных и отрицательных эффектов, (b) ожидаемые ценности и предпочтения подтверждали целесообразность рекомендации, (c) наблюдался безусловный баланс между положительными эффектами и потребляемыми ресурсами.

РЕКОМЕНДАЦИИ

В настоящем руководстве представлены девять рекомендаций по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. В целях упрощения формулирования рекомендаций ГСР предложила ряд общих принципов, которые, по мнению ее членов, должны лечь в основу всех рекомендаций для наиболее эффективного выявления и контроля потребления табака и пассивного курения при беременности. Эти принципы основаны на правах человека и этических ценностях, приведенных в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) и Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD). Эти принципы в совокупности с предлагаемыми стратегиями реализации и показателями мониторинга и оценки, представленными далее в настоящем документе, должны служить руководством для заинтересованных лиц и ответственных деятелей, осуществляющих планирование, реализацию и оценку наиболее соответствующих и актуальных рекомендаций с учетом их собственных обстоятельств. Каждая рекомендация сопровождается примечаниями, цель которых состоит в разъяснении контекста, обусловившего принятие той или иной рекомендации.

Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности (2013 г.)

№	Рекомендация	Сила рекомендации	Качество доказательств
Выявление потребления табака и пассивного курения при беременности			
1	Медицинские работники должны задавать всем беременным женщинам вопрос о потреблении ими табака и подверженности пассивному курению (в прошлом и в настоящее время) на самых ранних сроках беременности и при каждом обращении за антенатальной помощью.	Сильная	Слабое
Психосоциальные вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности			
2	Медицинские работники должны в обязательном порядке предлагать всем беременным женщинам, потребляющим табак или недавно отказавшимся от этой привычки*, помощь в форме консультаций и психосоциальных вмешательств, направленных на отказ от табака.	Сильная	Среднее
Фармакологические вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности			
3	Экспертная группа не может рекомендовать использование или неиспользование никотинзаместительной терапии для поддержки отказа от потребления табака при беременности.	Неприменимо	Среднее
4	Экспертная группа не рекомендует использование бупропиона или варениклина для поддержки отказа от потребления табака при беременности.	Сильная	Крайне низкое
5	Экспертная группа рекомендует провести дополнительные исследования, посвященные изучению безопасности, эффективности и других факторов, влияющих на применение тех или иных фармакотерапевтических препаратов против табачной зависимости у беременных.	Сильная	Неприменимо
Защита от пассивного курения при беременности (общественные места, свободные от табачного дыма)			
6	Все учреждения здравоохранения должны быть свободными от табачного дыма в целях защиты всех сотрудников, пациентов и посетителей, включая беременных женщин.	Сильная	Низкое
7	Все рабочие и общественные места должны быть свободными от табачного дыма в целях защиты всех без исключения людей, включая беременных женщин.	Сильная	Низкое

Защита от пассивного курения при беременности (дома, свободные от табачного дыма)

8	Медицинские работники должны предоставлять беременным женщинам, их партнерам и другим членам их семей консультации и информацию о рисках пассивного курения как производного любых форм курительного табака.	Сильная	Низкое
9	Медицинские работники должны по возможности напрямую взаимодействовать с партнерами беременных женщин и другими членами их семей с целью информирования о рисках пассивного курения как производного любых форм курительного табака, способствовать снижению уровня подобного воздействия и предлагать помощь в отказе от курения.	Сильная	Низкое

*К лицам, недавно отказавшимся от потребления табака, могут быть отнесены женщины, потреблявшие табак до беременности и отказавшиеся от этой привычки либо по независимым причинам, либо перед зачатием или в самом начале беременности, до первого обращения за антенатальной помощью.

Введение и предмет исследования

Табак является единственным незапрещенным продуктом, который приводит к гибели значительного числа потребителей при его использовании в целях, предусмотренных производителями. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в настоящее время в результате потребления табака ежегодно гибнут почти шесть миллионов человек, то есть каждые шесть секунд в мире умирает человек. Если решительные меры по противодействию этой эпидемии не будут приняты в ближайшее время, то, согласно прогнозам, к 2030 году данная цифра достигнет 8 миллионов смертей ежегодно (1).

Табак бывает курительным и бездымным, и, как показывает опыт, оба вида табака негативно отражаются на состоянии здоровья как беременной женщины, так и плода. К курительному табаку относятся различные виды сигарет (промышленного производства и самодельные изделия), сигары, курительные трубки и кальян¹. Несмотря на то, что сигареты и, в первую очередь, фабричные изделия, сегодня являются наиболее распространенным видом курительного табака во всем мире, в ряде стран большой популярностью пользуются и другие формы этого продукта, включая биди и кальян. Бездымный табак — это табачный продукт, способ потребления которого не предусматривает горения. В настоящее время существует множество видов бездымного табака, предназначенных для орального или назального потребления. Табак для орального потребления сосут, жуют (держат во рту), используют для полоскания рта или прикладывают к десне или зубам, а нюхательную табачную смесь втягивают через ноздри (2). Вторичный табачный дым — это дым, выделяющийся между затяжками из горящего конуса сигареты (или иного вида курительного табака) (называется побочным потоком дыма), и дым, выдыхаемый курильщиком (выдыхаемый основной поток дыма) (3).

¹ Кальян также называют «хука», «шиша», «аргила» и «наргиле».

НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Воздействие табачного дыма влечет за собой серьезные последствия для всех без исключения этапов репродукции человека. Табакокурение негативно отражается на мужской и женской фертильности (4). Курящие матери подвергаются повышенному риску возникновения эктопической беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, отслойки плаценты, предлежания плаценты, самопроизвольных аборт, мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, низкой массы тела для срока гестации и врожденных аномалий плода (например, расщепление губы) (4). После рождения дети женщин, куривших во время или после беременности (5, 6), чаще подвергаются риску СВДС (синдром внезапной детской смерти). Некоторые из этих медицинских проблем, например, низкая масса тела при рождении и преждевременные роды, могут отрицательно влиять на здоровье человека на протяжении всей его жизни, повышая, в частности, риск развития хронических заболеваний во взрослом возрасте (7). При беременности опасно потребление не только курительного табака. Факты свидетельствуют о том, что женщины, употреблявшие во время беременности бездымный табак, чаще подвержены риску таких неблагоприятных исходов беременности, как мертворождение, преждевременные роды и низкая масса тела новорожденного (8—13).

Негативное влияние курения на исход беременности отражается не только непосредственно на состоянии матери. У детей женщин, подвергавшихся во время беременности пассивному курению, также чаще наблюдаются умеренное снижение массы тела при рождении, а риск низкой массы тела при рождении (<2500 г) повышается на 22% (14).

Помимо прямого ущерба здоровью женщин и детей, потребление табака влечет за собой косвенные негативные последствия для здоровья общества в целом, увеличивая риски бедности на уровне отдельных граждан, семей и государств (15). На уровне отдельных людей и семей расходы на приобретение табачной продукции представляют собой очень высокие альтернативные издержки. Когда бедный человек тратит деньги на табак, это означает, что он не сможет израсходовать их на удовлетворение своих базовых нужд, например, на покупку продуктов питания, оплату транспорта, жилья и услуг здравоохранения, что повышает риск неблагоприятного исхода беременности как для матери, так и для плода (15).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ

Согласно текущим оценкам, курильщиками являются 22% от общей численности взрослого населения планеты (в возрасте 15 лет и старше), в том числе 36% мужчин и 8% женщин (см. таблицу 1). Табакокурение среди женщин во взрослом возрасте в настоящее время наиболее распространено в Европейском и Американском регионах ВОЗ (16). Наблюдается резкий разрыв в уровне курения между представительницами стран с низким и средненизким уровнем дохода (где доля курильщиц очень невысока) и жительницами стран со средневысоким и высоким уровнем дохода (где наблюдается очень высокая доля курения среди женщин).

Глобальная эпидемия потребления табака продолжает смещаться из стран с высоким уровнем дохода в страны с низким и средним уровнем дохода, причем доля женщин-курильщиц в последнее время возросла и, согласно прогнозам, к 2025 году достигнет 20% (17). Увеличение числа курильщиц среди женщин молодого возраста и рост популярности альтернативной табачной продукции (например, кальяна) в странах с высокой численностью населения — это одно из наиболее опасных возможных последствий дальнейшего распространения эпидемии (18).

ТАБЛИЦА 1

Предполагаемый уровень распространенности табакокурения среди мужчин и женщин в возрасте от 15 лет и старше (по регионам ВОЗ), 2009 г.

Регион ВОЗ	Всего (%)	Мужчины (%)	Женщины (%)
Весь мир	22	36	8
Африка	10	17	3
Америка	21	26	16
Восточное Средиземноморье	19	33	4
Европа	31	41	22
Юго-Восточная Азия	18	30	5
Страны западной части Тихого океана	28	51	4

Источник: Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии — предупреждение об опасностях табака, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

Несмотря на то, что во всем мире наиболее распространенной формой курительного табака по-прежнему остаются сигареты промышленного производства, во многих странах сегодня наблюдается рост популярности кальяна среди молодых женщин. Согласно результатам Глобального опроса молодежи о потреблении табака (GYTS), проводившегося в 20 странах Восточного Средиземноморья, кальян курят 10% девушек, в то время как сигареты — лишь 3% (19). В связи с этим можно предположить, что если число девушек, курящих кальян, сохранится на прежнем уровне или возрастет, то в конечном итоге увеличится и доля беременных женщин, имеющих подобное пристрастие.

Помимо табакокурения, жители стран всех регионов ВОЗ потребляют различные виды бездымного табака (2). Высокий уровень потребления бездымного табака наблюдается среди женщин ряда стран Африки и Юго-Восточной Азии — от 11% в ЮАР до 28% в Бангладеш и Мавритании. Помимо этого, согласно статистике, более трети женщин в возрасте 15 лет и старше регулярно подвергаются пассивному курению (20). Результаты исследования, проводившегося в 14 странах с высоким уровнем потребления табака, показали, что почти половина женщин репродуктивного возраста (15—49 лет), то есть приблизительно 470 млн человек, сталкиваются с пассивным курением у себя дома (21).

ТАБЛИЦА 2

Доля некурящих мужчин и женщин, регулярно подвергающихся пассивному курению (по субрегионам ВОЗ), данные опроса и результаты моделирования, 2010 г.

Субрегион ВОЗ*	Воздействие ВТД, мужчины, (%)	Воздействие ВТД, женщины, (%)
Африка (D)	7	11
Африка (E)	4	9
Америка (A)	16	15
Америка (B)	14	22
Америка (D)	15	19
Восточное Средиземноморье (B)	24	25
Восточное Средиземноморье (D)	21	35
Европа (A)	35	32
Европа (B)	52	54
Европа (C)	66	66
Юго-Восточная Азия (B)	32	56
Юго-Восточная Азия (D)	23	19
Страны западной части Тихого океана (A)	50	54
Страны западной части Тихого океана (B)	53	51
Весь мир	33	35

Источник: *Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Öberg M et al., Geneva, World Health Organization (2010)*

*Государства — члены ВОЗ подразделяются на группы внутри каждого региона ВОЗ по пяти уровням смертности (обозначенным буквами от А до Е), в результате чего возникают 14 субрегионов. Определение уровней смертности предлагается в конце Доклада о состоянии здравоохранения в мире за 2004 год (ознакомиться с текстом доклада можно на сайте www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_member_en.pdf).

Несмотря на то, что некоторые женщины бросают курить после того, как узнают о своей беременности, многие продолжают потреблять табачную продукцию. Согласно анализу результатов Исследования в области демографии и здравоохранения (DHS), проводившегося в ряде стран, распространенность потребления табака среди беременных женщин составляет от 0,14% в

Сенегале до 11,9% в Мадагаскаре (22). В многострановом исследовании, посвященном вопросам потребления табака и пассивного курения при беременности и проводившемся в девяти странах Латинской Америки, Азии и Африки, были выявлены схожие тенденции: уровень курения среди беременных женщин составляет от 0,8% в Эквадоре и Гватемале до 18,3% в Уругвае (23). Треть от общего числа беременных женщин, участвовавших в опросе в индийском штате Орисса, подтвердили, что потребляли бездымный табак в период проведения исследования.

Распространенность пассивного курения во время беременности также является достаточно высокой. Согласно анализу результатов Исследования в области демографии и здравоохранения уровень пассивного курения при беременности составляет от 9,3% в Доминиканской Республике до 82,9% в Восточном Тиморе. Пассивное курение при беременности также широко распространено в странах, где проводилось вышеупомянутое многострановое исследование, и от 17,1% беременных женщин в Демократической Республике Конго до 91,6% в Пакистане подтвердили, что в их домах разрешено курение.

ДЕЙСТВУЮЩИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РУКОВОДСТВА ПО КОНТРОЛЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

В ряде стран с высоким уровнем дохода, например, Австралии, Канаде, Великобритании и США, имеются руководства по контролю табачной зависимости у беременных, однако в странах с низкими и средним уровнем дохода таких руководств практически не существует. В большинстве подобных документов, как правило, даются рекомендации относительно контроля курения сигарет при беременности, но ничего не говорится о других формах курительного табака или потреблении беременными женщинами бездымного табака. В них также не предлагается мер, позволяющих избежать пассивного курения беременных, и очень немногие из таких руководств затрагивают проблему курения партнеров и других членов семьи и то, каким образом оно отражается на попытках беременной женщины бросить курить.

В предлагаемом руководстве говорится не только о проблеме активного потребления различных форм табачной продукции беременными женщинами, но также о воздействии пассивного курения на состояние здоровья беременной женщины и ее плода.

ГЛОБАЛЬНЫЕ ДОГОВОРЫ И РАМОЧНЫЕ КОНВЕНЦИИ КАК ИСТОЧНИК РЕКОМЕНДАЦИЙ

При составлении данных рекомендаций группа экспертов, созданная ВОЗ, руководствовалась Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (24). Конвенция представляет

собой доказательно обоснованный договор, в котором подтверждается право всех людей на обладание наивысшим уровнем здоровья. В предисловии РКБТ ВОЗ (i) признается, что в настоящее время имеются четкие научные данные о том, что пренатальное воздействие табачного дыма вызывает неблагоприятные состояния здоровья и развития детей, (ii) выражается тревога в связи с расширением масштабов курения и других видов употребления табака женщинами и девушками во всем мире и (iii) говорится о необходимости полного участия женщин на всех уровнях разработки политики и реализации РКБТ, а также о необходимости их участия в стратегиях борьбы против табака, учитывающих гендерные аспекты.

В руководстве и протоколах РКБТ ВОЗ предлагаются рекомендации относительно мер по снижению спроса на табачную продукцию, которые могли бы быть использованы для контроля потребления табака при беременности. Эти меры, которые уже получили одобрение подавляющего большинства стран, подписавших Конвенцию, включают в себя защиту от пассивного курения, информирование, информационное обеспечение, обучение и повышение уровня осведомленности общества, а также меры по минимизации спроса за счет снижения уровня табачной зависимости и отказа от табака.

В последнее время появляется немало научных доказательств, свидетельствующих о том, что многие хронические заболевания, от которых сегодня страдают люди в разных странах мира (сердечнососудистые, онкологические, респираторные заболевания и нарушения обмена веществ), берут свое начало во внутриутробном периоде развития человека (7). В руководстве, представленном в настоящем документе, предлагаются дополнительные инструменты достижения Целей развития тысячелетия ООН 4 и 5, которые призывают все страны мира принять незамедлительные меры по улучшению материнского и детского здоровья (25), а также средства реализации нового плана ООН по борьбе с инфекционными заболеваниями, утвержденного в сентябре 2011 года на Сессии высокого уровня Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке (26).

БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ОКНО ВОЗМОЖНОСТЕЙ

В теории, беременность может стать для женщины «возможностью для обучения», так как в этот период она более внимательно относится к рискам, угрожающим ее здоровью (27, 28). Беременность — это период подготовки и отказа от табака, причем не только для самих женщин, но и для их партнеров и других членов их семей. Согласно исследованию, проводившемуся в Ливане, до 40% мужей изменили привычки, связанные с курением, после того как узнали о беременности своих жен (29).

Согласно оценкам ООН число детей, родившихся в 2010 году, составило 137 миллионов (30). По меньшей мере 80% беременных женщин получили антенатальную помощь, оказанную квалифицированными медицинскими специалистами (врачами, медсестрами или акушерками) не реже чем один раз во время беременности, причем 53% женщин такая помощь была оказана три-четыре раза за период беременности (31). Подобное прогнозируемое взаимодействие с представителями системы здравоохранения представляет собой возможность для выявления случаев потребления табака и пассивного курения среди более 137 млн беременных женщин, их партнеров и других членов их семей и оказания этим людям необходимой помощи. Это также возможность убедить женщин отказаться от пагубного пристрастия к табаку в то время, когда они еще относительно молоды и здоровы и не страдают заболеваниями, вызванными потреблением табака. Отказ от табака в молодые годы (в возрасте от 25—34 лет) может продлить жизнь на 10 лет (32). Помимо благотворного влияния непосредственно на состояние беременной женщины и плода, отказ от курения положительно отразится на здоровье женщин, новорожденных младенцев и детей более старшего возраста, а также других членов их семей в долгосрочной перспективе.

ЦЕЛИ

Основная цель настоящего руководства заключается в снижении уровня потребления табака и пассивного курения при беременности. Руководство основано на доказательно обоснованных рекомендациях и предназначено для учреждений, оказывающих услуги здравоохранения и иные сопутствующие услуги. Руководство призвано помочь в i) выявлении, контроле и профилактике потребления табака и пассивного курения при беременности и ii) предоставлении (в соответствующих случаях) консультаций другим членам семей беременных женщин относительно снижения уровня пассивного курения при беременности.

ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ

Целевая аудитория настоящего руководства включает в себя имеющих специальное образование работников здравоохранения, участвующих в лечении беременных женщин и уходе за ними в медицинских учреждениях (включая врачей общей практики, семейных врачей, акушеров, гинекологов, сестер-акушеров, медсестер и других работников здравоохранения). Многие из этих рекомендаций представляют интерес для традиционных акушеров и местных медико-санитарных работников, оказывающих услуги антенатальной помощи беременным на дому. Настоящее руководство также предназначено для лиц, определяющих политику в области здравоохранения, руководителей программ здравоохранения, глав медицинских учреждений

и работников здравоохранения и направлено на создание оптимальных систем выявления и контроля потребления табака и пассивного курения при беременности.

Настоящее руководство основано на доказательствах и освещает ряд тем, связанных с контролем потребления табака и пассивного курения при беременности и имеющих ключевое значение с точки зрения международной междисциплинарной группы работников здравоохранения, исследователей в области общественного здоровья, потенциальных пользователей руководства и иных заинтересованных лиц. Настоящее руководство не предназначено для использования в качестве глобального и исчерпывающего методического пособия по контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. Предлагая данное общее руководство на международном уровне, ВОЗ исходит из того, что страны будут адаптировать и внедрять настоящие рекомендации с учетом особенностей своей политической системы и системы здравоохранения.

Процесс составления руководства

Рекомендации отражают работу ВОЗ, направленную на поддержку использования доказательно обоснованных программ и методов во всех странах мира. Составление руководства осуществлялось с соблюдением стандартизированных рабочих процедур, описанных в Пособии ВОЗ по составлению руководств (33).

ЧАСТНЫЕ ЛИЦА И ПАРТНЕРЫ, ПРИНЯВШИЕ УЧАСТИЕ В СОСТАВЛЕНИИ РУКОВОДСТВА

Представители Инициативы по освобождению от табачной зависимости (TFI)¹ и Департамента по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами (MSB) начали составление настоящего руководства в сотрудничестве с рядом других департаментов ВОЗ, Подразделением по вопросам репродуктивного здоровья и Бюро по проблемам курения и здравоохранения Центров контроля заболеваний (США), а также Исследовательским подразделением по борьбе с потреблением табака Национального института рака (США). Помимо этого, был также учрежден Технический секретариат, в состав которого вошли ведущие технические специалисты ВОЗ (TFI и MSB) и исследователи из Центров контроля заболеваний (США) и Национального института рака (США). Технический секретариат занимался как координацией обобщения результатов исследований и других материалов, необходимых для подготовки руководства, так и составлением самого документа (полный список членов технического секретариата представлен в приложении 1).

¹ В результате внутренней реорганизации в 2013 году Инициатива по освобождению от табачной зависимости была переименована и получила название «Профилактика неинфекционных заболеваний» (PND).

РУКОВОДЯЩАЯ ГРУППА ВОЗ

В состав руководящей группы ВОЗ вошли сотрудники следующих департаментов ВОЗ: департамент «Гендерные вопросы, женщины и здоровье» (GER); департамент «Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков» (MCA); Департамент по психическому здоровью и токсикомании (MSB); Департамент по репродуктивному здоровью и научным исследованиям (RHR) и Инициатива по освобождению от табачной зависимости (TFI). Помимо вышеперечисленных департаментов штаб-квартиры ВОЗ, представители штаб-квартиры TFI вели активные консультации с коллегами из региональных и страновых бюро ВОЗ, ответственными за контроль потребления табака, и секретариатом комитета ВОЗ по рецензированию руководств. (Полный список членов руководящей группы ВОЗ представлен в приложении 2.)

ГРУППА ПО СОСТАВЛЕНИЮ РУКОВОДСТВА

В состав ГСР вошли эксперты, специализирующиеся на проблемах табачной зависимости и/или вопросах репродуктивного здоровья, а также обладающие профильными знаниями о странах с низким и средним уровнем дохода и опытом составления доказательно обоснованных руководств. При выборе членов группы также учитывались вопросы обеспечения гендерного баланса и регионального многообразия.

В работе Группы также принял участие консультант, обладающий опытом анализа доказательств и использования методологии GRADE. (Полный список членов группы по составлению руководства и консультантов с указанием их профессионального опыта, принадлежности и страны происхождения представлен в приложении 3.)

ГРУППА ВНЕШНИХ ЭКСПЕРТОВ

В качестве внешних экспертов были привлечены потенциальные конечные пользователи настоящего руководства, международные агентства и партнеры, имеющие отношение к вопросам потребления табака и/или проблемам репродуктивного здоровья. (Полный список внешних экспертов с указанием их имен, принадлежности, сферы интересов и страны происхождения приводится в приложении 4.)

Внешним экспертам было предложено оценить итоговые рекомендации и внести свои комментарии. Полученные ответы экспертов были надлежащим образом систематизированы, а комментарии использованы для пересмотра рекомендаций, которые затем были направлены всем членам группы по составлению руководства для окончательного утверждения.

УРЕГУЛИРОВАНИЕ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ

Процедуры урегулирования конфликта интересов осуществлялись в соответствии с «Руководством ВОЗ по представлению заявления о конфликте интересов» (предоставляется секретариатом по запросу). Все члены группы по составлению руководства, внешние эксперты и консультанты представили заявления о конфликте интересов на стандартном бланке ВОЗ, которые затем были переданы секретариату для выявления потенциального конфликта интересов (см. краткую справку в приложении 5). Поскольку РКБТ ВОЗ запрещает привлечение для участия в работе представителей табачной промышленности, все члены группы по составлению руководства и эксперты должны были официально подтвердить, что они не имеют связей с этой отраслью. В начале заседания, посвященного составлению рекомендаций, со всеми членами ГСР была проведена беседа по поводу конфликта интересов, в ходе которой им было предложено объявить на заседании о любых имеющихся у них конфликтах интересов и рассмотреть их. Некоторые наблюдатели (д-р Патрисия Дитц и г-жа Ван Тонг) получили от своей организации рекомендации принять участие в заседании. Д-р Пракаш Гупта заявил, что получал финансирование от Института общественного здоровья (Хартфорд, США) и Национального института исследований в области репродуктивного здоровья (Мумбаи, Индия) для проведения консультаций в рамках проекта, касающегося потребления бездымного табака среди женщин Индии в предыдущем году (2011 г.). Д-р Линда Болд заявила, что она выступала в качестве научного консультанта правительства Великобритании по вопросам контроля потребления табака (2007—2010 гг.) и в 2009 году получала финансирование со стороны Национального института здравоохранения и клинического мастерства Великобритании (NICE) на проведение систематического обзора, необходимого для подготовки руководства по проблеме курения во время беременности в Великобритании. Д-р Шерил Онкен заявила о наличии финансового и научного конфликта интересов, так как она проводила рандомизированное контролируемое испытание по никотинзаместительной терапии, в рамках которого безвозмездно получила от Pfizer Inc. никотиновые ингаляторы и ингаляторы плацебо. Она не принимала участия в процессе принятия решений относительно рекомендаций об использовании фармакотерапии для отказа от потребления табака при беременности.

ПРЕДМЕТ

Предмет настоящего документа был сформулирован по итогам анализа действующих национальных руководств (как описывалось выше) и нужд целевой популяции. Было принято решение о том, что под беременностью в данном контексте следует понимать период «с начала оказания антенатальной помощи и до истечения шестинедельного срока после родов».

Технический секретариат подготовил список обзорных вопросов и исходов, связанных с выявлением и контролем потребления табака и воздействия вторичного табачного дыма при беременности. Эти вопросы были представлены вниманию группы международных заинтересованных лиц (к ним относились медсестры, акушерки, акушеры, гинекологи, исследователи, эксперты по обобщению исследовательских данных, эксперты по программам здравоохранения и представители потребителей), задача которых заключалась в анализе предварительных вопросов и исходов и расположении их в порядке приоритетности (в рамках онлайн-консультаций и на параллельном заседании Всемирной конференции «Табак или здоровье» в Сингапуре в 2012 году). Заинтересованные лица внесли свои замечания по поводу значимости предварительных вопросов и исходов и расположили их в порядке приоритетности. Заинтересованным лицам из различных стран мира рекомендовалось пересмотреть имеющиеся вопросы или предложить новые вопросы и исходы.

В итоге были утверждены следующие пять вопросов руководства, которые затем использовались в формате PICO¹ в качестве основы для поиска и анализа доказательств:

1. Что относится к необходимым элементам эффективного исследования таких факторов, как потребление табака (курительного и бездымного) при беременности?
2. Насколько безопасными и эффективными являются психосоциальные вмешательства для борьбы с табачной зависимостью при беременности?
3. Насколько безопасным и эффективным является фармакологическое лечение табачной зависимости при беременности?
4. Какие вмешательства эффективны для снижения воздействия вторичного табачного дыма на беременных женщин в учреждениях здравоохранения, на рабочем месте и в общественных местах?
5. Какие вмешательства эффективны для снижения воздействия вторичного табачного дыма на беременных женщин в домашних условиях?

ПОИСК И СБОР ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Технический секретариат обеспечивал координацию работы по анализу и обобщению доказательств в рамках выбранных вопросов PICO.

¹ PICO — это стандартный формат для постановки вопросов исследования при составлении руководства, основанного на доказательствах:

P=популяция или проблема; I=вмешательство; C=контроль или сравнение; O=исходы

В период с января по февраль 2011 года с целью выявления высококачественных систематических обзоров, имеющих отношение к ключевым вопросам PICO, проводился анализ Кокрановской электронной библиотеки, библиографической базы медицинских статей OVID-Medline и базы данных систематических обзоров Campbell Collaboration Library. Основным источником доказательств для рекомендаций стали Кокрановские систематические обзоры рандомизированных контролируемых испытаний. На основании перечня отобранных вопросов и исходов технический секретариат выбрал ряд соответствующих Кокрановских систематических обзоров и принял решение о необходимости их обновления. TFI также обратилась к Кокрановской группе по беременности и родам и Кокрановской группе по табачной зависимости с целью выявления любых систематических обзоров, которые могут находиться в процессе обновления. Помимо этого, при проведении первоначального электронного поиска информации по каждому вопросу были направлены запросы авторитетным экспертам в соответствующих областях с просьбой сообщить о неопубликованных исследованиях, которые отсутствуют в свободном доступе. В случае отсутствия или недостаточной актуальности данных в указанных источниках было заказано проведение необходимых систематических обзоров.

Были проанализированы исследования, проводившиеся как в странах с низким и средним уровнем дохода, так и в странах с высоким уровнем дохода, с целью их включения в обзор доказательств. Был проведен поиск тематических статей на английском и других языках. Для систематизации выдержек из актуальных исследований использовалась стандартная форма бланка, а также применялся метод описательного анализа.

Помимо этого, систематические обзоры качественных исследований использовались для предоставления информации о ценностях и предпочтениях целевой популяции.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПРИ ВЫНЕСЕНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Группа по составлению руководства использовала систему GRADE («Классификация оценки, разработки и определения эффективности рекомендаций») для оценки качества доказательств и их использования в целях обоснования рекомендаций¹. Для каждого вопроса был подготовлен профиль доказательств, в котором обобщались полученные доказательства, включая доказательства, связанные с ценностями и предпочтениями заинтересованных сторон, положительными и отрицательными эффектами и степенью реализуемости рекомендаций.

¹ <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>

Согласно системе GRADE «качеством доказательства» является уровень статистически достоверной вероятности, отражающий правильность оценки эффективности вмешательства. Качество доказательства может быть высоким, средним, низким или крайне низким, как показано в таблице ниже.

Уровень качества	Определение
Высокое	Высокая статистически достоверная вероятность того, что фактическая эффективность приближена к оценочной эффективности.
Среднее	Средняя статистически достоверная вероятность оценки эффективности: фактическая эффективность может быть приближена к оценочной, но существует вероятность значительных расхождений.
Низкое	Умеренная статистически достоверная вероятность оценки эффективности: фактическая эффективность может значительно отличаться от оценочной.
Крайне низкое	Крайне низкая статистически достоверная вероятность оценки эффективности: фактическая эффективность, скорее всего, будет значительно отличаться от оценочной.

В ходе классификации доказательства, полученные в рамках рандомизированных контролируемых испытаний, вначале признаются доказательствами высокого качества, в то время как доказательства, полученные в рамках наблюдательных исследований (например, нерандомизированных или квазирандомизированных интервенционных исследований, когортных исследований, исследований «случай-контроль» и других корреляционных исследований), вначале рассматриваются как доказательства низкого качества. Затем проводится дальнейшая оценка качества доказательств. Для перевода доказательства в более низкую категорию могут быть использованы пять следующих критериев.

- 1. Риск искажений:** ограничения дизайна исследования, способные привести к искажениям при общей оценке эффектов лечения.
- 2. Непоследовательность:** необъясненные расхождения в оценках эффективности лечения (например, гетерогенность или вариабельность результатов) в ходе исследований.
- 3. Косвенность:** вопрос, рассматриваемый группой по подготовке руководства, отличается от имеющихся доказательств в отношении популяции, вмешательства, сравнения или исхода.
- 4. Неточность:** результаты являются неточными в тех случаях, когда в исследовании принимает участие относительно небольшое число пациентов, что приводит к возникновению широких доверительных интервалов при оценке эффективности.
- 5. Искажения, связанные с предпочтительной публикацией результатов исследования:** систематическая недооценка или переоценка базовых положительных или отрицательных эффектов в связи с избирательным характером публикаций результатов исследований (или выборочным отчетом об исследованиях).

Следующие три критерия могут быть использованы для повышения категории качества доказательств: i) сильная взаимосвязь; ii) градиент зависимости «доза-эффект»; и iii) отсутствие допустимого искажения.

В соответствии с процедурой, рекомендованной Комитетом ВОЗ по рецензированию руководств, в сентябре 2012 года ТФИ провела в Женеве заседание группы по составлению руководства, посвященное изучению доказательств. В ходе этого заседания членам ГСР были предоставлены профили доказательств, в которых обобщались полученные доказательства, преимущества и недостатки, ценности и предпочтения (с точки зрения конечного пользователя) и потребление ресурсов (с точки зрения служб здравоохранения) для обзорных вопросов. Качественные исследования, опыт и мнения различных заинтересованных лиц, участвовавших в группе по составлению руководства, легли в основу дискуссии, посвященной ценностям и предпочтениям. Основываясь на краткой информации, представленной в профилях доказательств, члены ГСР заполнили следующую таблицу решений (таблица 3), позволяющую принять решение о том, является ли рекомендация «сильной» или «условной» (более подробно таблица решений для каждой рекомендации освещена в приложении 7).

ТАБЛИЦА 3

Таблица решений для «сильных»/«условных» рекомендаций

Фактор	Решение
<p>Является ли качество доказательства высоким или средним? <i>Чем выше качество доказательства, тем выше вероятность того, что рекомендация будет классифицирована как сильная.</i></p>	<p>Да Нет</p>
<p>Существует ли уверенность в наличии баланса положительных и отрицательных эффектов? <i>Можно ли говорить о том, что ожидаемые положительные эффекты однозначно перевешивают любые выявленные отрицательные эффекты/нагрузку, с которыми сталкивается целевая популяция и ее сообщества?</i></p>	<p>Да Нет</p>
<p>Являются ли ценности и предпочтения целевой популяции и ее сообществ однозначным свидетельством в пользу рекомендации?</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Реализуемость: существует ли уверенность в наличии баланса положительных эффектов и потребляемых ресурсов? <i>Имеют ли ожидаемые положительные эффекты больший вес, чем сопутствующие расходы и любые трудности, сопряженные с применением или реализацией рекомендации?</i></p>	<p>Да Нет</p>

Степень силы рекомендации оценивалась следующим образом:

«СИЛЬНАЯ»: означает согласие группы по составлению руководства с тем, что качество доказательств в совокупности с определенностью ценностей и предпочтений, положительных эффектов и степени реализуемости рекомендации являются основанием для использования этой рекомендации в большинстве случаев;

или

«условная»: означает меньшую определенность относительно качества доказательств, ценностей, предпочтений, положительных эффектов и степени реализуемости рекомендации в совокупности и, следовательно, подразумевает, что в некоторых обстоятельствах эта рекомендация будет неприменима.

В ряде случаев группа по составлению руководства принимала решение о том, чтобы классифицировать рекомендацию как «сильную», несмотря на крайне низкое качество доказательств. Это происходило в следующих обстоятельствах:

- (a) когда члены ГСР приходили к общему выводу о том, что ожидаемые положительные эффекты перевешивают отрицательные эффекты и нагрузку с точки зрения критичных исходов;
- (b) когда ожидаемые ценности и предпочтения целевой популяции и ее сообщества являлись однозначным свидетельством в пользу рекомендации;
- (c) когда члены ГСР приходили к общему выводу о том, что ожидаемые положительные эффекты не требовали расходования несоразмерного объема ресурсов.

ПРОЦЕДУРА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ГСР

Решения принимались на основании консенсуса. В начале заседания, посвященного составлению руководства, члены ГСР постановили, что в случае возникновения разногласий по поводу решения будет проведено голосование, в соответствии с которым решение будет считаться принятым, если за него проголосуют две трети участников. Тем не менее, в данном случае по всем рекомендациям был достигнут консенсус.

Рекомендации

В целях упрощения формулирования рекомендаций ГСР предложила ряд общих принципов, которые, по мнению ее членов, должны лечь в основу всех рекомендаций для наиболее эффективного выявления и контроля потребления табака и пассивного курения при беременности. Эти принципы основаны на правах человека и этических ценностях, описанных в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (24), Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW) (34) и Программе действий Международной конференции по народонаселению и развитию (ICPD) (35). Эти принципы в совокупности с предлагаемыми стратегиями реализации и показателями мониторинга и оценки, представленными далее в настоящем документе, должны служить руководством для заинтересованных лиц и ответственных деятелей, осуществляющих планирование, реализацию и оценку наиболее подходящих и актуальных рекомендаций с учетом их собственных обстоятельств.

Необходимо отметить, что все программы и меры вмешательства, направленные на всеобъемлющий контроль потребления табака на уровне популяции и доказавшие свою эффективность в целом, могут быть также использованы для защиты здоровья беременных женщин. Эти программы создают условия для отказа от потребления табака и способствуют тому, чтобы у женщин появлялись все возможности для собственного выбора.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Одно из базовых прав беременной женщины заключается в получении информации о вреде потребления любых форм табака и воздействия вторичного табачного дыма.

Каждая беременная женщина имеет право на свободу от табачного дыма дома, на работе и в общественном месте.

Все виды вмешательств, направленные на профилактику потребления табака и пассивного курения при беременности, должны:

- отражать интересы женщин и учитывать гендерную проблематику;
- отвечать культурным нормам и носить социально приемлемый характер;
- осуществляться в форме, свободной от оценок и стереотипов.

Центры здравоохранения, больницы и клиники должны более активно проводить в жизнь рекомендации медицинских работников, обеспечивая свободу от табачного дыма в учреждениях здравоохранения и создавая условия для того, чтобы медицинские работники личным примером убеждали людей в необходимости отказа от потребления табака.

Настоящие рекомендации соответствуют ключевым принципам, изложенным в РКБТ ВОЗ (24).

РЕКОМЕНДАЦИИ

Данный раздел включает в себя девять рекомендаций по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. Каждая рекомендация сопровождается примечаниями, цель которых состоит в разъяснении предпосылок принятия той или иной рекомендации. Под каждой рекомендацией также приводится краткий описательный анализ доказательств, подтверждающих обоснованность данной рекомендации. (Таблицы решений, обобщающие ценности, предпочтения и заключения относительно силы рекомендаций, приводятся в приложении 7).

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА И ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1

Оценка потребления табака и пассивного курения при беременности

Медицинские работники должны задавать всем беременным женщинам вопрос о потреблении ими табака и о пассивном курении (в прошлом и в настоящее время) на самых ранних этапах беременности и при каждом обращении за антенатальной помощью.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **низкое**.

ПРИМЕЧАНИЯ

Потребление табака подразумевает потребление всех форм курительного и бездымного табака.

Пассивное курение включает в себя воздействие дыма, возникающего в результате сжигания табачной продукции в домашних условиях, на работе и в общественных местах.

Необходимо также учитывать статус мужей/партнеров беременных женщин и других членов их семей в том, что касается потребления табака (как курительного, так и бездымного).

При первом обращении за антенатальной помощью медицинские работники должны задавать всем беременным женщинам вопрос о потреблении ими табака (в прошлом и в настоящее время). Если беременные женщины были подвержены этой привычке до беременности, то медицинские работники должны задавать им вопросы о текущем потреблении табака при каждом обращении за антенатальной помощью.

До проведения оценки в медицинском учреждении:

- все врачи-клиницисты и другие медицинские работники должны получить надлежащую подготовку и методические материалы для того, чтобы иметь возможность проводить эффективную и беспристрастную оценку уровня потребления табака;
- врачи-клиницисты и другие медицинские работники должны пройти подготовку по взаимодействию с беременными женщинами, потребляющими табачную продукцию (в настоящее время или в прошлом) или подвергающимися пассивному курению, а также по выполнению необходимого вмешательства.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДЛЯ РЕКОМЕНДАЦИИ 1

Общий вопрос: Что относится к необходимым элементам эффективного исследования таких факторов, как потребление табака (курительного и бездымного) при беременности?

Первым этапом лечения табачной зависимости и оказания помощи в отказе от потребления табака является выявление потребителей табачной продукции. Выявление курильщиков позволяет повысить объем вмешательства со стороны врачей-клиницистов. Эффективное установление статуса потребителя табачной продукции не только создает условия для успешного вмешательства (например, предоставления консультационных и лечебных услуг), но также помогает врачам-клиницистам выработать оптимальные меры вмешательства с учетом статуса пациенток и их готовности отказаться от потребления табака.

Вопрос PICO («Популяция, вмешательства, сравнения и исходы»), используемый для анализа доказательств

Популяция	Беременные женщины (все триместры и период после родов)
Вмешательства	Активные меры по исследованию уровня потребления табака в настоящее время и в прошлом (регулярность потребления курительного и бездымного табака, количество потребляемого курительного и бездымного табака), оценка уровня табачной зависимости, анализ воздействия пассивного курения
Сравнения	Обычное лечение
Исходы:	<ul style="list-style-type: none">• выявление потребления табака в настоящее время• выявление потребления табака в недавнем или давнем прошлом• выявление никотиновой зависимости• выявление пассивного курения

СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ И ИНЫЕ ИСТОЧНИКИ (НАПРИМЕР, КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ), ВЫЯВЛЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ПОИСКА

Несмотря на то, что в ходе поиска доказательств не было выявлено ни одного соответствующего актуального систематического обзора, посвященного скрининг-исследованиям среди беременных женщин, потребляющих табачную продукцию или подвергающихся пассивному курению, результаты предыдущего исследования подтвердили эффективность скрининг-исследований, проводимых в общих учреждениях здравоохранения, в отношении успешного отказа от потребления

табака (или намерения отказаться от потребления табака) (36). ВОЗ разработала тест на выявление зависимости от алкоголя, курения и психоактивных веществ (ASSIST), который представляет собой инструмент, позволяющий обнаружить и контролировать потребление психоактивных веществ и сопутствующие проблемы в учреждениях первичной и общей медицинской помощи. Этот инструмент дает возможность получить информацию о методах оценки потребления табака и осуществления краткого вмешательства, но при этом не включает в себя какие-либо рекомендованные меры по контролю потребления бездымного табака или пассивного курения (37). При составлении настоящих рекомендаций учитывались положения различных национальных руководств и методические материалы международных агентств по подготовке описательного анализа.

- *Methods for evaluating tobacco control policies*. IARC Handbook of Cancer Prevention (Volume 12), 2008 (38).
- *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. US Department of Health and Human Services, 2008 (36).
- *How to stop smoking in pregnancy and following childbirth*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), the United Kingdom, 2010 (39).
- Flemming H et al. (2012) Using qualitative research to inform interventions to reduce smoking in pregnancy in England: a systematic review of qualitative studies. *The Journal of Advanced Nursing*, 2010 (40).
- The WHO ASSIST package: Manuals for the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the ASSIST-linked brief interventions, 2010 (37).
- *Gender, women, and the tobacco epidemic*. WHO monograph, 2010 (41).
- *WHO guidelines for control and monitoring the tobacco epidemic*. World Health Organization, 1998 (42).

ОПИСАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ВЫВОДОВ

Потребление табака

Первым этапом эффективного вмешательства, направленного на отказ от потребления табака, является оценка статуса потребителей табачной продукции. В руководстве США «О лечении табачной зависимости и оказании помощи в отказе от потребления табака» 2008 года врачам-клиницистам и другим работникам системы здравоохранения рекомендуется проводить общую оценку потребления табака и осуществлять необходимое вмешательство в ходе любого посещения пациентом медицинского учреждения (36). В частности, им рекомендуется задавать всем без исключения пациентам, посещающим медицинские учреждения, вопрос о том, потребляют ли они табак. Соответствующий статус пациента должен документально фиксироваться на регулярной основе. Факты говорят о том, что клинические системы контроля, например, включение статуса потребления табака в число основных физиологических показателей и использование иных методов напоминания (наклейки-напоминания на истории болезни, компьютерные подсказки), значительно повышают уровень вмешательства со стороны учреждений здравоохранения (36).

Согласно результатам исследований, не все медицинские работники во время консультаций задают беременным женщинам вопрос о том, потребляют ли они табак (39). Доказано, что в ряде случаев медицинские работники предпочитают не задавать этот вопрос, так как опасаются, что это может отрицательно отразиться на их взаимоотношениях с беременными пациентками.

При опросе пациенток медицинские работники должны спрашивать про потребление женщинами табака как в настоящее время, так и в прошлом, поскольку это позволяет выявлять беременных, отказавшихся от этой привычки совсем недавно (в период перед зачатием или в первые недели беременности) и потому склонных к срыву (36).

Результаты исследований указывают на то, что использование вопросов с несколькими вариантами ответа вместо вопросов, предполагающих просто ответ «да» или «нет», позволяет на 40% увеличить выявление курильщиц среди беременных женщин. Например, если сформулировать вопрос о статусе потребления табака таким образом, чтобы беременная женщина могла ответить «Да, я все еще курю, но сократила число выкуриваемых сигарет» или дать иной подобный ответ, это позволит беременным курильщицам признаться в своем пристрастии и при этом сообщить, что они принимают меры для снижения риска (36). Очень важно, чтобы врач общался с беременными пациентками предельно деликатно и с учетом их нужд и особенностей, так как некоторым беременным женщинам трудно признаваться в том, что они курят. Подобный подход позволяет избежать ситуаций, когда беременная женщина скрывает факт пристрастия к табаку и тем самым упускает возможность получить необходимую помощь (39).

Никотиновая зависимость

Никотиновая зависимость — это хроническое заболевание, которое нередко требует неоднократного вмешательства и сопровождается многочисленными попытками прекратить потребление никотинсодержащих продуктов (36). Никотин — это наркотическое вещество, которое содержится в табачной продукции и вызывает привыкание. У взрослых курильщиков никотиновая зависимость сопровождается возникновением синдрома отмены в случае воздержания и безуспешными попытками снизить уровень потребления табака или полностью от него отказаться. Эта зависимость не ограничивается исключительно курительными табачными изделиями. В методическом руководстве по профилактике рака, подготовленном Международным агентством по изучению рака (IARC), предлагается перечень инструментов, которые могут быть использованы в различных медицинских учреждениях с целью оценки табачной зависимости от различных видов табачной продукции (38).

Пассивное курение

Согласно рекомендациям, которые содержатся в руководстве по отказу курения во время беременности и после родов, разработанном в Великобритании, во время первого личного обращения беременной за антенатальной помощью сотрудники медицинского учреждения должны спрашивать о том, курит ли кто-то из членов ее семьи. Это касается также ее мужа или партнера (если таковой имеется) (39). Эта мера позволит не только поддержать беременную женщину в ее стремлении бросить курить, но и оценить воздействие на нее пассивного курения вследствие курения других членов семьи.

Регулярность оценки потребления табака и воздействия вторичного табачного дыма

Несмотря на то, что наиболее благотворно на состоянии плода и матери отразится отказ от табака на ранних сроках беременности и воздержание от его потребления на протяжении всей беременности, даже прекращение потребления табака на поздних сроках способно дать положительные результаты (36). Таким образом, программы по контролю потребления табака должны быть ориентированы на то, чтобы устанавливать контакт с курильщицами на самых ранних сроках беременности и взаимодействовать с ними на протяжении всей беременности и в первое время после родов в целях отказа от курения и обеспечения постоянной поддержки (41). Согласно статистике многие беременные женщины предпочитают умалчивать о том, что курят, опасаясь резкого осуждения, которому подвергаются курильщики со стороны социума (36, 39, 43). В ходе регулярного взаимодействия с медицинскими работниками женщина может в достаточной степени расслабиться, чтобы признаться в потреблении табака. В связи с этим очень важно, чтобы врачи-клиницисты оценивали статус беременной женщины с точки зрения потребления табака не только при первом обращении за антенатальной помощью, но и на протяжении всего срока беременности, как рекомендуется выше.

Работники здравоохранения должны оценивать степень воздействия пассивного курения на беременную женщину как при первом ее обращении за антенатальной помощью, так и на протяжении всей беременности, так как у нее дома или на рабочем месте могут возникнуть новые обстоятельства (например, приезд родственника, который привык курить в помещении, перевод на новое место работы и т. п.)

В руководстве для медицинских работников США также говорится о том, что, убедившись в потреблении пациентом табака, врач-консультант должен оценить степень готовности пациента наконец отказаться от этой привычки (36). Он должен задать вопрос: «Вы готовы вновь попытаться

бросить курить?» Подобная оценка (готовность или отсутствие готовности) является важным первым шагом в лечении. Помимо этого, врач должен оценить социальные обстоятельства, физическое состояние пациента и имеющиеся у него заболевания, которые могут отразиться на ходе планируемого лечения от табачной зависимости (36).

Классификация доказательств: качество доказательств было классифицировано как низкое в связи с их косвенностью.

СИЛА РЕКОМЕНДАЦИИ

При составлении рекомендации ГСР проанализировала представленные выше доказательства и оценила положительные и отрицательные эффекты, ценности и предпочтения заинтересованных сторон, степень реализуемости предлагаемой рекомендации и ее экономическую эффективность. Согласно решению членов ГСР потенциальные положительные эффекты значительно перевешивают отрицательные, ценности заинтересованных сторон свидетельствуют в пользу рекомендации, а ее реализуемость и экономическая эффективность в условиях учреждений антенатальной помощи достаточно высоки, в связи с чем **данная рекомендация должна быть признана сильной**. (Более подробно все рассматриваемые здесь вопросы освещены в приложении 7.)

ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ОТКАЗ ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2

Психосоциальные вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности

Медицинские работники должны в обязательном порядке предлагать всем беременным женщинам, потребляющим табак или недавно отказавшимся от этой привычки, помощь в форме психосоциальных вмешательств, направленных на отказ от табака.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **среднее**.

ПРИМЕЧАНИЯ

Психосоциальные вмешательства представляют собой меры поведенческой поддержки, которые могут включать в себя следующее: психологические консультации, просветительская работа медицинского характера, мотивирование, социальная поддержка и поддержка групп взаимопомощи.

Помощь в форме психосоциального вмешательства должна предлагаться беременным женщинам, потребляющим или ранее потреблявшим табак, на самых ранних сроках беременности.

В основе рекомендации, адресованной тем, кто недавно отказался от потребления табака, лежат популяционные исследования, в которых не рассматривалась такая популяция, как беременные женщины. Лица, недавно отказавшиеся от потребления табака, могут включать в себя женщин, потреблявших табак до беременности и отказавшихся от этой привычки по независимым причинам либо в период до зачатия, либо в самом начале беременности, до первого обращения за антенатальной помощью.

Согласно новейшим статистическим данным, полученным в ряде стран, использование материального поощрения может быть более эффективным, чем другие виды вмешательства. Тем не менее, трудно делать общий вывод об эффективности подобной меры для всех групп населения, так как данные доказательства носят ограниченный характер и получены в ходе анализа выборки небольших популяций.

Подход поэтапного изменения поведения не является эффективным для беременных женщин, так как в случае с отказом от табака он предполагает, что человек будет менять свое поведение на протяжении шести этапов: этап, предшествующий обдумыванию, обдумывание, подготовка, действие, поддержание результата и прекращение (44). Поскольку этот подход неэффективен, поддержка должна оказываться всем без исключения женщинам, независимо от того, намереваются ли они отказаться от табака.

Людам с наиболее ярко выраженной табачной зависимостью могут понадобиться более регулярные вмешательства.

При осуществлении вмешательств следует учитывать обеспокоенность беременных курильщиц в связи с возможным увеличением веса вследствие отказа от курения.

При проведении вмешательств необходимо также учитывать такой фактор, как курение партнера беременной женщины и его отношение к потреблению табака и отказу от него, и принимать соответствующие меры.

Несмотря на то, что не существует такого уровня потребления табака, который можно было бы признать безопасным, факты указывают на то, что даже если женщине не удалось полностью бросить курить, сокращение интенсивности курения тем не менее даст определенные положительные результаты.

Почти все существующие доказательства, подтверждающие эффективность вмешательства при курении, касаются потребителей сигарет фабричного производства, однако все больше фактов свидетельствуют о том, что схожие стратегии психосоциального воздействия могут быть использованы в отношении потребителей других форм табака (бездымный табак, кальян и т. д.). Существуют некоторые доказательства того, что отказ от потребления бездымного табака и других видов табачной продукции может положительно отразиться на исходе беременности.

Принимая во внимание экономическую эффективность такого рода вмешательств и долгосрочную окупаемость издержек для системы здравоохранения благодаря профилактике заболеваний, вызванных потреблением табака, стоимость программы не должна рассматриваться как фактор, препятствующий незамедлительной реализации данной рекомендации.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДЛЯ РЕКОМЕНДАЦИИ 2

Общий вопрос: *Насколько эффективными являются психосоциальные вмешательства для борьбы с табачной зависимостью при беременности?*

Поскольку проблема курения во время беременности носит очень сложный характер, существует множество точек зрения относительно оптимальных подходов и стратегий по поддержке отказа от табака.

Вопрос PICO («Популяция, вмешательства, сравнения и исходы»), используемый для анализа доказательств

Популяция	Беременные женщины, потребляющие табак (все триместры и период после родов)
Вмешательства	Психосоциальные вмешательства, в т. ч. психологические консультации, просветительская работа медицинского характера, мотивирование, социальная поддержка и поддержка групп взаимопомощи
Сравнения	Обычное лечение
Исходы:	<ul style="list-style-type: none">• отказ от табака во время беременности• воздержание от потребления табака после родов• снижение интенсивности курения с момента первого обращения за антенатальной помощью и до поздних сроков беременности• исходы для матери (способ рождения, например, частота случаев кесарева сечения)• исходы для плода:<ul style="list-style-type: none">– масса тела при рождении — средняя масса тела при рождении, низкая масса тела при рождении (менее 2 500 г), очень низкая масса тела при рождении (менее 1 500 г)– перинатальная смертность (мертворождение, смерть в неонатальном периоде, любая смерть в перинатальном периоде)

СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ И ИНЫЕ ИСТОЧНИКИ (НАПРИМЕР, КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ), ВЫЯВЛЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ПОИСКА

Кокрановские систематические обзоры ряда вмешательств, направленных на поддержку отказа от курения, проводятся с 1995 года. Наиболее актуальный Кокрановский обзор, опубликованный по этой теме, был проведен в 2009 году (45) и обновлен в 2012 году, а затем разбит на два

отдельных обзора. В 2012 году Coleman и др. оценили эффективность фармакотерапии при отказе от курения (данные представлены в отдельном профиле доказательств по фармакотерапии) (46), а Chamberlain и др. провели оценку эффективности индивидуальных психосоциальных вмешательств по поддержке беременных женщин, предпринимающих попытки бросить курить, а также по предотвращению срывов у женщин, которые уже добровольно отказались от этой привычки (47).

Помимо Кокрановских обзоров для получения доказательств и подкрепления дискуссии о ценностях и предпочтениях использовались следующие обзоры.

- Baxter et al. Systematic review of how to stop smoking in pregnancy and following childbirth: review 2: factors aiding delivery of effective interventions (review prepared for NICE Public Health guidance 26), 2008 (48).
- Taylor M. Economic analysis of interventions for smoking cessation aimed at pregnant women (paper prepared for NICE, the United Kingdom guidelines), 2009 (49).
- Ebbert et al. Cochrane systematic review on interventions for smokeless tobacco-use cessation, 2011 (50).
- Flemming H et al. Using qualitative research to inform interventions to reduce smoking in pregnancy in England: a systematic review of qualitative studies, 2012 (40).
- *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. US Department of Health and Human Services, 2008 (36).

ОПИСАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ВЫВОДОВ

Главное ограничение для анализа в данном случае связано с нехваткой исследований, проводившихся в странах с низким и средним уровнем дохода. Лишь два из 65 исследований, посвященных психосоциальным вмешательствам во время беременности, проводились в странах с низким и средним уровнем дохода (Польша и четыре страны в Южной Америке). Критерии определения «курильщиков» в этих исследованиях различались, и лишь в одном из них участвовали женщины, потребляющие бездымную табачную продукцию.

Несмотря на то, что во многих из этих исследований применялись комбинированные вмешательства, основные стратегии вмешательства включали в себя психологические консультации (39 испытаний), просветительскую работу медицинского характера (7 испытаний), обратную связь (7 испытаний), мотивирование (3 испытания), а также социальную поддержку и поддержку групп взаимопомощи (11 испытаний). В трех испытаниях в качестве элемента комбинированного вмешательства предлагалось использование никотинзаместительной терапии. В 38 из 67 испытаний участницам контрольных групп предоставлялась информация о рисках, связанных с курением во время беременности, и рекомендовалось отказаться от курения в рамках «стандартной

медицинской помощи». Чаще всего сравнение проводилось со «стандартной медицинской помощью», которую женщина получала в своем антенатальном центре (30 испытаний).

Совокупные данные по 63 испытаниям указывают на то, что женщины, ставшие объектом психосоциального вмешательства (психологические консультации, просветительская работа медицинского характера, обратная связь, мотивирование, социальная поддержка и поддержка групп взаимопомощи), в среднем на 30% реже курили (то есть чаще воздерживались от курения) на поздних сроках беременности (OR = 1,36, 95% ДИ 1,22—1,52) по сравнению с женщинами в группе сравнения (число больных, нуждающихся в лечении для достижения благоприятного исхода [ЧБНЛ] = 25, 95% ДИ 17—40). Эти данные включают в себя как заявления самих пациенток об отказе от курения, так и подтверждение их статуса на основании биохимического анализа. Тем не менее, гетерогенность данных была высокой ($I^2 = 58\%$).

Эффект вмешательства, направленного на отказ от курения на поздних сроках беременности, был признан статистически значимым в подгруппе участниц 17 испытаний, где факт отказа от курения подтверждался на основании биохимического анализа и характеризовался в этом обзоре «низким риском искажений» (OR = 1,43, 95% ДИ 1,13—1,80). Отсутствуют четкие данные о том, способствуют ли вмешательства, направленные на поддержку женщин, которые добровольно бросают курить на ранних сроках беременности, снижению срывов на поздних сроках беременности (OR = 0,89, 95% ДИ 0,74—1,08). Несмотря на то, что эффект вмешательства, направленного на отказ от курения на поздних сроках беременности, был признан статистически значимым в подгруппе участниц испытаний с «низким риском искажений», необходимо с осторожностью трактовать другие результаты, поскольку были выявлены другие возможные источники ошибок, а сами исследования отличаются высоким уровнем гетерогенности. Существуют некие слабые доказательства того, что участницы групп, подвергавшихся вмешательству, сократили интенсивность курения на поздних сроках беременности, но эти доказательства не были достаточно непротиворечивыми.

Участницы подгруппы исследований по отказу от курения после родов, подвергшиеся психосоциальному вмешательству, значительно чаще воздерживались от курения в первое время после родов (1—5 мес.) (OR = 1,33, 95% ДИ 1,07—1,66), но эта тенденция не сохранялась в долгосрочной перспективе (6—12 мес.) (OR = 1,10, 95% ДИ 0,83—1,44).

Разделение на группы осуществлялось в соответствии с пятью основными стратегиями вмешательства: (i) психологические консультации (n = 38), (ii) просветительская работа медицинского характера (n = 6), (iii) обратная связь (n = 5), (iv) мотивирование (n = 3), (v) социальная поддержка и

поддержка групп взаимопомощи (n = 11). Вмешательства, предусматривающие мотивирование, оказались наиболее эффективными (OR = 2,86, 95% ДИ 2,25—3,46; n = 3). На втором месте по степени эффективности находятся вмешательства обратной связи (OR = 2,26, 95% ДИ 1,77—2,75; n = 5), а на третьем — психологические консультации (OR = 1,34, 95% ДИ 1,19—1,48; n = 38). Согласно оценкам совокупный размер эффекта социальной поддержки и поддержки групп взаимопомощи (OR = 1,20, 95% ДИ 0,98—1,42; n = 11) и просветительской работы медицинского характера (OR = 1,14, 95% ДИ 0,69—1,59; n = 6) не демонстрировал статистически значимых различий.

Согласно совокупным данным, полученным в ходе 14 испытаний, психосоциальные вмешательства, направленные на поддержку женщин с целью отказа от курения во время беременности, позволяют снизить число новорожденных с низкой массой тела (<2500 г) (OR = 0,83, 95% ДИ 0,71—0,97; ЧБНЛ = 61, 95% ДИ 37—292) и число преждевременных родов (<37 недель) (OR = 0,85, 95% ДИ 0,72—0,99; ЧБНЛ = 97, 95% ДИ 53—1554). Отсутствуют четкие данные о том, способствуют ли вмешательства, направленные на отказ от курения, снижению таких показателей, как число новорожденных с очень низкой массой тела (<1500 г), смерть новорожденного, поступление новорожденного в отделение интенсивной терапии и общая перинатальная смертность, так как число исходов было небольшим. Различий в числе случаев кесарева сечения выявлено не было (2 испытания). В ходе одного исследования анализировалось увеличение веса матери в качестве возможного исхода, и, согласно результатам, у женщин, отказавшихся от курения, в среднем наблюдалась прибавка в весе 2,8 кг, по сравнению с теми, кто продолжал курить.

В рамках исследования была определена следующая шкала оценка интенсивности вмешательств и контроля.

Низкая интенсивность	Распространение брошюр, постеров, материалов по организованной самопомощи И рекомендации о том, как бросить курить, а также предоставление информации о рисках курения в устной и письменной форме
Средняя интенсивность	Осуществление вмешательств низкой интенсивности И распространение материалов по организованной самопомощи о стратегиях отказа от курения.
Высокая интенсивность	Осуществление вмешательств средней интенсивности И оказание иных форм поддержки, в частности личное общение, напоминания, мотивирование, предоставление фармакологических препаратов.

Вмешательства, отнесенные к категории «высокой интенсивности», например, психологические консультации (совокупный OR = 1,36, 95% ДИ 1,20—1,54), являются чуть более эффективными в качестве инструментов поддержки женщин, бросающих курить, чем вмешательства категории

«низкой интенсивности», например, предоставление рекомендаций и материалов по организованной самопомощи (совокупный ОР = 1,30, 95% ДИ 1,00—1,70). Существует четкая корреляция между интенсивностью как в экспериментальных, так и в контрольных группах (то есть вмешательства с более высокой интенсивностью сравнивались с контрольными условиями более высокой интенсивности, а испытания, в рамках которых проводились вмешательства более низкой интенсивности, сравнивались с менее интенсивными контрольными условиями).

Новые исследования, включенные в обзор после его пересмотра, указывают на то, что эффект вмешательств, направленных на отказ от курения у беременных женщин, носит пограничный характер (ОР = 1,28, 95% ДИ 1,00—1,60), в отличие от исследований, которые проводились в предыдущей версии данного обзора (ОР = 1,40, 95% ДИ 1,23—1,60) (45). Срединная интенсивность «стандартной медицинской помощи», предоставляемой в рамках антенатальной помощи в группе сравнения, с течением времени также возросла, что, возможно, объясняет ослабление связи между вмешательством и отказом от курения.

Судя по всему, использование психосоциальных вмешательств не наносит какого-либо психологического вреда, и, согласно результатам двух исследований, некоторые виды вмешательств могут благотворно отразиться на психологическом состоянии женщин. В исследованиях, отражающих взгляды женщин на вмешательства (n = 13), говорится о том, что важную роль может играть личное взаимодействие, хотя испытания, в которых использовались новые технологии, включая телефонную поддержку и вмешательства при помощи компьютерных технологий, также получили положительные отзывы со стороны женщин. В шести исследованиях, в рамках которых анализировалась поддержка партнеров и людей со схожими проблемами в целях отказа от курения, отзывы женщин о такой поддержке носили смешанный характер (указывался как положительный, так и отрицательный опыт).

Исследования, в которых были отражены позиции учреждений здравоохранения по поводу вмешательств, указывают на то, какие трудности могут возникнуть при осуществлении вмешательств в медицинских учреждениях, включая взаимоисключающие требования в отношении сроков и сомнения по поводу эффективности вмешательств. Эти препятствия могут быть преодолены при помощи учебно-просветительских вмешательств, адресованных медицинским работникам, а также использования справочных служб и технических средств.

Несмотря на то, что психосоциальные вмешательства, проводившиеся в рамках рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), доказали свою эффективность (ОР = 1,37, 95% ДИ 1,22—1,54), эффект вмешательств в рамках кластерных рандомизированных испытаний был меньшим и не являлся статистически значимым (ОР = 1,23, 95% ДИ 0,84—1,78), что указывает на трудности, возникающие

при внедрении доказательств исследования на уровне учреждений более общего профиля. Тем не менее, члены группы отметили, что число кластерных РКИ по проблеме отказа от курения во время беременности было незначительным, и эти данные были бы более достоверными при наличии доказательств, полученных в рамках большего числа РКИ.

Согласно четырем исследованиям, проводившимся в странах с высоким уровнем дохода, вмешательства, предусматривающие использование широкого спектра мер, отличаются высокой экономической эффективностью. Материалы по организованной самопомощи для беременных были экономически более оправданными, чем стандартная информация об отказе от курения или стандартные материалы по самопомощи.

Вмешательства в рамках программы по контролю потребления табака должны быть адресованы беременным курильщицам на самых ранних сроках беременности и воздействовать на них на протяжении всей беременности и в первое время после родов, чтобы способствовать отказу от курения и последовательно поддерживать их усилия по воздержанию от потребления табачной продукции (41).

Использование психосоциальных вмешательств с целью поддержки усилий беременных женщин по отказу от потребления бездымного табака

Испытаний, посвященных изучению эффекта психосоциальных вмешательств, направленных на отказ от потребления бездымного табака беременными женщинами, не проводилось. В Кокрановском обзоре вмешательств, направленных на отказ от потребления бездымного табака, от 2011 года было выявлено 12 испытаний, предусматривавших поведенческие вмешательства в отношении взрослых, однако беременных женщин среди участников этих испытаний не было (50).

Полученные результаты выглядели следующим образом.

- Поведенческие вмешательства оказываются эффективными для повышения уровня воздержания среди потребителей бездымного табака.
- Поведенческие вмешательства, предусматривающие телефонную поддержку или устный опрос с получением обратной связи, могут быть эффективными для повышения уровня воздержания среди потребителей бездымного табака. При оценке учитывались результаты как популяционных вмешательств, так и показатели отдельных лиц, решивших начать лечение.

В руководстве США «О лечении табачной зависимости и оказании помощи в отказе от потребления табака» 2008 года также рекомендуется выявлять потребителей бездымного табака, настоятельно призывать их к отказу от этой привычки и предоставлять все необходимые консультации.

Классификация доказательств: Chamberlain и др. классифицировали качество доказательств как среднее для всех исходов (см. таблицы GRADE в приложении 6).

СИЛА РЕКОМЕНДАЦИИ

При составлении рекомендации ГСР проанализировала представленные выше доказательства и оценила положительные и отрицательные эффекты, ценности и предпочтения заинтересованных сторон, степень реализуемости предлагаемой рекомендации и ее экономическую эффективность. Согласно решению членов ГСР потенциальные положительные эффекты значительно перевешивают отрицательные, ценности заинтересованных сторон свидетельствуют в пользу рекомендации, а ее реализуемость и экономическая эффективность достаточно высоки, в связи с чем данная рекомендация должна быть признана **сильной**. (Более подробно все рассматриваемые здесь вопросы освещены в приложении 7.)

РЕКОМЕНДАЦИИ 3—5

Использование фармакотерапии для отказа от потребления табака при беременности

Экспертная группа не может рекомендовать использование или неиспользование никотин-заместительной терапии для поддержки отказа от потребления табака при беременности.

Сила рекомендации: **неприменимо**. Качество доказательств: **среднее**

Экспертная группа не рекомендует использование бупропиона или варениклина для поддержки отказа от потребления табака при беременности.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **доказательства отсутствуют**

Экспертная группа рекомендует провести дополнительные исследования, посвященные изучению безопасности, эффективности и других факторов, влияющих на применение тех или иных фармакотерапевтических препаратов против табачной зависимости у беременных.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **неприменимо**

ПРИМЕЧАНИЯ

В ходе поиска доказательств не было выявлено каких-либо качественных доказательств использования фармакотерапии с помощью бупропиона или варениклина для отказа от потребления табака при беременности.

В настоящее время отсутствуют достаточные доказательства, которые позволили бы обосновать эффективность или неэффективность использования фармакотерапии (НЗТ, бупропион, варениклин) для отказа от потребления табака при беременности.

В настоящее время отсутствуют достаточные доказательства, которые позволили бы обосновать безопасность или небезопасность использования фармакотерапии (НЗТ, бупропион, варениклин) для отказа от потребления табака при беременности.

Принимая во внимание доказанный значительный вред, который наносит здоровью курение во время беременности, и преимущества использования НЗТ, доказанные в ходе исследований общей популяции, было подтверждено, что различные национальные руководства рекомендуют использование НЗТ во время беременности под медицинским наблюдением.

К числу срочно необходимых исследований относятся: исследования факторов, сопутствующих или препятствующих применению фармакотерапевтических препаратов; обзор эффектов применения НЗТ у беременных (профили безопасности, эффективность), особенно в Великобритании, где существует возможность для проведения ретроспективных когортных исследований применения НЗТ во время беременности; проведение испытаний для выявления предпочтений пациенток (в пользу фармакотерапии или отсутствия лечения); надзор за применением фармакотерапии при беременности в настоящее время (основная цель — установить, используют ли женщины фармакотерапевтические препараты, рекомендованные или прописанные их лечащими врачами).

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДЛЯ РЕКОМЕНДАЦИИ 3—5

Общий вопрос: Насколько безопасным и эффективным является фармакологическое лечение табачной зависимости при беременности?

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) утвердило три фармакологических препарата первого ряда для лечения табачной зависимости (36). При исследованиях общих популяций было выявлено, что безопасными и эффективными средствами помощи при отказе от табака являются следующие препараты.

1. Различные формы никотинзаместительной терапии (НЗТ) (пластыри, жевательная резинка, назальные и оральные спреи, ингаляторы, подъязычные микротаблетки и пастилки)
2. Бупропион
3. Варениклин

Вопрос PICO («Популяция, вмешательства, сравнения и исходы»), используемый для анализа доказательств

Популяция	Беременные женщины, потребляющие табак (все триместры и период после родов)
Вмешательства	Беременные женщины, потребляющие табак (все триместры и период после родов)
Сравнения	Обычное лечение
Исходы:	<ul style="list-style-type: none"> • применение или соблюдение лечения • эффективность: отказ от потребления табака • безопасность: исходы для матери (например, преждевременные роды, частота применения кесарева сечения) и исходы для плода (например, выкидыш/самопроизвольный аборт, мертворождение, врожденные аномалии плода, любые последствия для роста плода, поступление новорожденного в отделение интенсивной терапии)

СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ И ИНЫЕ ИСТОЧНИКИ (НАПРИМЕР, КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ), ВЫЯВЛЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ПОИСКА

В ходе поиска доказательств были выявлены рандомизированные контролируемые испытания и обсервационные исследования, посвященные использованию НЗТ при беременности, и одно обсервационное исследование использования бупропиона при беременности. Исследований применения варениклина при беременности выявлено не было. Последние два препарата не рекомендованы к применению во время беременности в большинстве стран мира (36, 39).

Формы никотинзаместительной терапии включают в себя пластыри, жевательную резинку, назальные спреи, ингаляторы и таблетки. Все они используются для лечения табачной зависимости при беременности. Во многих странах их применение во время беременности было ограничено в связи с опасениями по поводу возможных неблагоприятных исходов для матери и плода. В национальных и профессиональных руководствах Канады и Великобритании рекомендуется использование НЗТ при беременности лишь в тех случаях, когда психосоциальные вмешательства оказываются неэффективными (39, 51). В ряде стран (с высоким уровнем дохода) были проведены РКИ, цель которых состояла в измерении показателей продолжительного воздержания от курения и воздержания от курения в данный момент и сравнении побочных эффектов для матери и плода между группами вмешательств и контроля.

Помимо Кокрановских обзоров для получения доказательств использовались следующие обзоры.

- Coleman et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation in pregnancy, 2012 (46).
- Myung et al. Efficacy and safety of pharmacotherapy for smoking cessation among pregnant smokers: a meta-analysis, 2010 (52).
- Taylor M. Economic analysis of interventions for smoking cessation aimed at pregnant women (paper prepared for NICE Public Health guidance 26), 2009 (49).
- Baxter et al. Systematic review of how to stop smoking in pregnancy and following childbirth: review 2: factors aiding delivery of effective interventions (review prepared for NICE Public Health guidance 26), 2008 (48).
- Ebbert et al. Cochrane systematic review on interventions for smokeless tobacco-use cessation in general population, 2011 (50).

Включая: (систематические обзоры, проводившиеся в течение последних двух лет).

Исключая: данные Myung и др., 2012, не применялись для классификации доказательств по НЗТ, так как в этом обзоре использовались результаты комбинированных исследований по НЗТ и одного исследования по применению бупропиона, и итоговый эффект носил суммарный характер. Тем не менее, информация о побочных эффектах и отзывах участников, полученная при проведении данного обзора, была использована для обоснования ценностей и предпочтений в рамках данной рекомендации.

ОПИСАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ВЫВОДОВ

Использование НЗТ в целях поддержки усилий беременных женщин по отказу от курения

Coleman и др. обнаружили, что эффект НЗТ при отказе от курения является небольшим ($OR = 1,3$, 95% ДИ 0,93—1,91) и незначимым (46). Было выявлено статистически незначимое увеличение числа мертворождений, самопроизвольных аборт и родов путем кесарева сечения, а также статистически незначимое сокращение числа преждевременных родов, поступлений новорожденных в отделение интенсивной терапии и смертей новорожденных. В исследованиях, включенных в данный обзор, уровень соблюдения рекомендованного лечения в целом был низким. У беременных женщин метаболизм никотина происходит быстрее, чем у небеременных, а это означает, что беременные женщины могут нуждаться в более высоких дозах НЗТ для замещения никотина, получаемого из табака, чем небеременные курильщицы. Соответственно, для отказа от курения могут понадобиться более высокие дозы НЗТ. Во многих исследованиях обзора Coleman использовались стандартные дозы НЗТ (преимущественно 15 мг, введение через пластырь, действующий в течение 16 часов). Этот факт, наряду с низким уровнем соблюдения рекомендованного лечения,

может привести к очень низкому уровню воздействия вмешательства и, соответственно, объяснить отсутствие видимого эффекта.

Использование фармакотерапии для поддержки усилий беременных женщин по отказу от потребления бездымного табака

Исследований, в которых сравнивалось бы действие фармакотерапевтических препаратов и плацебо на беременных женщин, потребляющих бездымный табак, не проводилось. В Кокрановском обзоре вмешательств, направленных на отказ от потребления бездымного табака (2011 год), были выявлены 11 испытаний, в которых сравнивалось действие фармакотерапевтических препаратов и плацебо на взрослых, однако среди участников этих испытаний не было беременных женщин (50). Полученные результаты выглядели следующим образом.

- Два небольших испытания с использованием бупропиона не выявили какого-либо эффекта препарата в отношении воздержания от потребления бездымного табака, несмотря на то, что широкие доверительные интервалы (ОШ = 0,86, 95% ДИ 0,47—1,57) указывают на возможность небольшого положительного эффекта.
- Четыре испытания с использованием никотинового пластыря и два испытания с использованием никотиновой жевательной резинки (ОШ = 0,98, 95% ДИ 0,59—1,63) не выявили каких-либо положительных эффектов (ОШ = 1,16, 95% ДИ 0,88—1,54).
- Данные, полученные в ходе исследования, проводившегося среди шведских потребителей жевательного табака «снус», указывают на то, что варениклин способен повышать уровень воздержания после шести месяцев применения (ОШ = 1,6, 95% ДИ 1,08—2,36).

Классификация доказательств: Coleman и др. классифицировали качество доказательств как среднее (см. таблицы GRADE в приложении 6).

СИЛА РЕКОМЕНДАЦИИ

При составлении рекомендации ГСР проанализировала представленные выше доказательства и оценила положительные и отрицательные эффекты, ценности и предпочтения заинтересованных сторон, степень реализуемости предлагаемой рекомендации и ее экономическую эффективность. Поскольку доказательства отличаются высоким качеством, но при этом не позволяют сделать однозначные выводы относительно эффективности НЗТ и ее воздействия на исходы для плода,

а также в связи с тем, что в ряде стран рекомендуется использовать НЗТ для помощи беременным женщинам в отказе от курения в тех случаях, когда поведенческая терапия не приносит результатов, группа постановила, что не может предложить однозначную рекомендацию относительно использования или неиспользования НЗТ. Члены группы также отметили, что этот вопрос имеет огромное значение для системы государственного здравоохранения, где в настоящее время наблюдается значительная нехватка соответствующих исследований и доказательств, и **настоятельно** рекомендовали **продолжить исследования, посвященные вопросам безопасности и эффективности фармакотерапевтических препаратов для помощи беременным женщинам в отказе от курения и иным факторам, влияющим на соблюдение этого лечения.** (Более подробно все рассматриваемые здесь вопросы освещены в приложении 7.)

ЗАЩИТА ОТ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ

РЕКОМЕНДАЦИИ 6—7

Защита от пассивного курения при беременности (общественные места, свободные от табачного дыма)

Все учреждения здравоохранения должны быть свободными от табачного дыма в целях защиты всех сотрудников, пациентов и посетителей, включая беременных женщин.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **низкое**

Все рабочие и общественные места должны быть свободными от табачного дыма в целях защиты всех без исключения людей, включая беременных женщин.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **низкое**

ПРИМЕЧАНИЯ

Сотрудникам медицинских учреждений, потребляющим табак, должна быть предложена помощь по отказу от табака.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДЛЯ РЕКОМЕНДАЦИИ 6—7

Общий вопрос: Какие вмешательства эффективны для снижения воздействия пассивного курения на беременных женщин в учреждениях здравоохранения, на рабочем месте и в общественных местах?

Статья 8 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) о защите от воздействия табачного дыма обязывает государства — члены ВОЗ, ратифицировавшие договор (176 сторон по состоянию на 23 августа 2012 г.), защищать всех людей от воздействия табачного дыма на рабочих местах внутри помещений, в общественном транспорте и в закрытых общественных местах. В результате принятия этой конвенции многие страны по всему миру запретили курение в общественных местах (24). На втором заседании в июле 2007 года Конференция сторон Рамочной конвенции утвердила руководство по реализации ст. 8 РКБТ ВОЗ о защите от пассивного курения (53).

Многие страны, независимо от того, являются ли они участниками РКБТ ВОЗ, сегодня принимают меры для защиты своих граждан от пассивного курения в общественных местах путем планирования или реализации национальных законов о запрете на курение в общественных местах и на рабочем месте. По состоянию на декабрь 2010 года более 739 млн человек во всем мире получили защиту благодаря принятию масштабных национальных антитабачных законов. Тем не менее, в 170 государствах, отличающихся самым разным уровнем экономического развития, по-прежнему отсутствует надлежащая правовая защита граждан: антитабачное законодательство не принято либо его положения распространяются лишь на одну или две категории общественных мест из восьми, подлежащих оценке (16). Более того, во многих странах отсутствует строгий контроль над соблюдением антитабачного законодательства, что ведет к регулярным нарушениям подобных законов со стороны населения.

Статус законов, запрещающих курение в общественных местах, в государствах — членах ВОЗ по состоянию на 2011 год*

Категории общественных мест	Число стран
Учреждения здравоохранения	52
Образовательные учреждения (кроме ВУЗов)	50
ВУЗы	42
Правительственные учреждения	37
Офисные помещения	24
Рестораны	21
Пабы и бары	18
Общественный транспорт	41

* В стране может быть запрещено курение в нескольких категориях общественных мест.

Вопрос PICO («Популяция, вмешательства, сравнения и исходы»), используемый для анализа доказательств

Популяция	Беременные женщины (все триместры и период после родов), подверженные воздействию табачного дыма при посещении общественных мест (включая рабочие места, учреждения здравоохранения, общественный транспорт, образовательные учреждения и др.)
Вмешательства	Вмешательства на уровне местных сообществ и популяционные вмешательства, направленные на сокращение пассивного курения (антитабачное законодательство)

Сравнения	Отсутствие вмешательств на уровне местных сообществ и популяционных вмешательств, направленных на сокращение пассивного курения
Исходы:	<ul style="list-style-type: none"> • Снижение уровня пассивного курения беременных женщин в учреждениях здравоохранения, общественных местах и на рабочем месте • Снижение распространенности курения среди беременных женщин • Снижение числа неблагоприятных исходов при родах в связи с пассивным курением беременных женщин в учреждениях здравоохранения, общественных местах и на рабочем месте

СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ И ИНЫЕ ИСТОЧНИКИ (НАПРИМЕР, КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ), ВЫЯВЛЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ПОИСКА

Каких-либо недавних систематических обзоров, связанных с эффективностью антитабачной политики в отношении пассивного курения беременных женщин, выявлено не было. Тем не менее, существуют убедительные доказательства, свидетельствующие об эффективности такого рода законов для защиты населения в целом от пассивного курения, а сами законы, в свою очередь, благотворно отразятся на состоянии такой субпопуляции, как беременные женщины.

При подготовке описательного анализа были использованы следующие систематические обзоры и публикации в рецензируемых источниках.

- Callinan et al. Legislative smoking bans for reducing SHS exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010 (54).
- Charrier et al. Smoking habits in Italian pregnant women: any changes after the ban? 2010 (55).
- Puig et al. Assessment of prenatal exposure to tobacco smoke by cotinine in cord blood for the evaluation of smoking control policies in Spain, 2012 (56).
- Mackay et al. Impact of Scotland's smoke-free legislation on pregnancy complications: retrospective cohort study, 2012 (57).
- Adams et al. Reducing prenatal smoking: the role of state policies, 2012 (58).

ОПИСАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ВЫВОДОВ

Возросло число стран, в которых на национальном и субнациональном уровне проводится политика ограничения или полного запрета курения в общественных местах и на рабочем месте.

Главной причиной такой политики является необходимость защитить некурящих граждан от вредного воздействия вторичного табачного дыма (54). Создание среды, свободной от табачного дыма, также поможет курильщикам, стремящимся отказаться от этой привычки, бросить курить, а запрет на курение в общественных местах и на рабочем месте может убедить людей сделать свои дома свободными от табачного дыма в целях защиты некурящих домочадцев (59).

Эффективность антитабачной политики для снижения пассивного курения

Общая популяция. В Кокрановском обзоре 2010 года, посвященном анализу эффективности антитабачной политики в отношении воздействия пассивного курения на общую популяцию, было выявлено, что запрет на курение снижает уровень пассивного курения на рабочем месте, в ресторанах, пабах и в общественных местах. После введения запрета на курение уровень пассивного курения, которому подвергаются работники сферы гостеприимства, снизился по сравнению с общей популяцией. Уровень пассивного курения пассажиров частных автомобилей остался неизменным. В целом, как показывают все исследования, после введения запрета на курение уровень пассивного курения в домах не претерпел изменений (54). После того как в 2006 году в Шотландии был принят закон, запрещающий курение в частично или полностью закрытых общественных местах, был проведен целый ряд исследований, подтвердивших снижение уровня курения и воздействия пассивного курения на взрослых и детей (57).

Беременные женщины. В 2005 году в Италии были приняты антитабачные законы. Согласно исследованию, анализировавшему влияние запрета на курение в закрытых общественных местах на здоровье беременных женщин, уровень подверженности беременных женщин пассивному курению на рабочих местах резко снизился, чего нельзя сказать об их домах (55). В Испании антитабачный закон, направленный на снижение уровня пассивного курения, был принят в 2005 году. В стране было проведено межотраслевое исследование по оценке концентрации котинина в пуповинной крови новорожденных в различных группах матерей и новорожденных в три различных периода времени: 1996—1998 гг., 2002—2004 гг. (непосредственно перед принятием закона о запрете на курение на рабочем месте в 2005 году) и после реализации этого закона. В группе 2008 года доля новорожденных, не подвергавшихся пассивному курению в перинатальный период (уровень котинина в пуповинной крови 0,2—1 нг/мл), составила 73,4%, по сравнению с 56,9% в 2002—2004 гг. и 10,8% в 1996—1996 гг., что указывает на эффективность запрета на курение в общественных местах для снижения уровня пассивного курения в перинатальный период (56).

Влияние антитабачной политики на распространенность курения

Общая популяция. Доказательства, свидетельствующие об эффективности антитабачных законов для снижения уровня активного курения, носят ограниченный характер (54).

Беременные женщины. Шотландские исследователи обнаружили, что после введения запрета на курение доля курящих беременных женщин резко сократилась — с 25,4% до 18,8% (57). Схожие результаты были получены во время исследования, проводившегося в США, в рамках которого анализировались совокупные данные по 225 445 женщинам, родившим живых детей, в 29 штатах и г. Нью-Йорке. Исследователи обнаружили, что введение полного запрета на курение на рабочем месте способствовало увеличению числа женщин, бросивших курить в третьем триместре беременности, на 5%. Это говорит о том, что принятие законов о борьбе с табаком на местном и национальном уровне содействует отказу от курения среди беременных женщин (58).

Влияние антитабачной политики на состояние здоровья

Общая популяция. Существуют убедительные доказательства того, что введение запрета на курение благотворно отражается на состоянии здоровья лиц, которые подпадают под этот запрет (54). В докладе Института медицины за 2010 год говорится о том, что запрет на курение эффективен для снижения рисков заболеваний сердечнососудистой системы и сердечных приступов (59). Реализация антитабачных законов в Шотландии сопровождалась значительным снижением частоты респираторных и сердечнососудистых заболеваний (57).

Беременные женщины. Количество исследований, подтверждающих увеличение числа благоприятных исходов беременности после введения запрета на курение, очень невелико. После того как в Шотландии на государственном уровне были приняты всеобъемлющие антитабачные законы, резко сократилось общее число преждевременных родов (–11,72%, 95% ДИ –15,87, –7,35, $p < 0,001$) и случаев самопроизвольной преждевременной родовой деятельности (–11,35%, 95% ДИ –17,20, –5,09, $p = 0,001$). Эти данные были получены с учетом поправки на возможные искажающие факторы. Помимо этого, значительно снизилось число новорожденных с низкой массой тела для срока гестации (24,52%, 95% ДИ 28,28, 20,60, $p = 0,024$). Значительное снижение вышеперечисленных показателей наблюдалось среди как курящих, так и некурящих матерей, что указывает на прямую связь между введением запрета на курение в Шотландии и сокращением числа преждевременных родов и новорожденных с низкой массой тела для срока гестации (57).

Классификация доказательств: качество доказательств было классифицировано как низкое в связи с их косвенностью.

СИЛА РЕКОМЕНДАЦИИ

При составлении рекомендации ГСР проанализировала представленные выше доказательства и оценила положительные и отрицательные эффекты, ценности и предпочтения заинтересованных сторон, степень реализуемости предлагаемой рекомендации и ее экономическую эффективность. Согласно решению членов ГСР потенциальные положительные эффекты значительно перевешивают отрицательные, ценности заинтересованных сторон свидетельствуют в пользу рекомендации, а ее реализуемость и экономическая эффективность достаточно высоки, в связи с чем **данная рекомендация должна быть признана сильной**. (Более подробно все рассматриваемые здесь вопросы освещены в приложении 7.)

РЕКОМЕНДАЦИИ 8—9

Защита от пассивного курения при беременности (дома, свободные от табачного дыма)

Медицинские работники должны предоставлять беременным женщинам, их партнерам и другим членам их семей консультации и информацию о рисках пассивного курения.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **низкое**

Медицинские работники должны по возможности напрямую взаимодействовать с партнерами беременных женщин и другими членами их семей с целью их информирования о рисках пассивного курения, способствовать снижению уровня подобного воздействия и предлагать помощь в отказе от курения.

Сила рекомендации: **сильная**. Качество доказательств: **низкое**

ПРИМЕЧАНИЕ

Общая цель вмешательства заключается в устранении пассивного курения в домах. Усилия по сокращению пассивного курения могут также помочь снизить активное потребление табака среди беременных женщин.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДЛЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ 8—9

Общий вопрос: Какие вмешательства эффективны для снижения воздействия пассивного курения на беременных женщин в домашних условиях?

Вопрос PICO («Популяция, вмешательства, сравнения и исходы»), используемый для анализа доказательств

Популяция	Беременные женщины (все триместры), подвергающиеся пассивному курению у себя дома
Вмешательства	Вмешательства, направленные на снижение воздействия пассивного курения в домашних условиях (например, просветительская работа и психологические консультации, направленные на повышение осведомленности женщин о рисках пассивного курения и возможности их минимизировать, предоставление психологических консультаций мужьям, партнерам и другим курящим членам их семей)
Сравнения	Обычное лечение, отсутствие каких-либо вмешательств с целью снижения воздействия
Исходы:	<ul style="list-style-type: none"> • снижение уровня пассивного курения беременных женщин дома • увеличение числа партнеров беременных женщин, отказавшихся от курения

СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ И ИНЫЕ ИСТОЧНИКИ (НАПРИМЕР, КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ), ВЫЯВЛЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ПОИСКА

Каких-либо недавних систематических обзоров вмешательств, направленных на снижение воздействия пассивного курения на беременных женщин в домашних условиях, выявлено не было. Несмотря на то, что два обзора, приведенные ниже, были посвящены снижению воздействия пассивного курения не на беременных женщин, а на новорожденных, полученные данные могут быть использованы для поиска доказательств в рамках вмешательств, цель которых состоит в том, чтобы убедить отцов и партнеров беременных женщин отказаться от курения дома.

- Baxter et al. Which interventions are effective and cost-effective in encouraging the establishment of smoke-free homes? 2009 (48, 60).
- Hemsing et al. Interventions to improve partner support and partner cessation in pregnancy, 2012 (61).

Доказательства эффективности психологических консультаций в сочетании с другими вмешательствами (например, предоставление письменных материалов или телефонной поддержки), направленными на то, чтобы освободить дома беременных женщин от табачного дыма, носят смешанный характер. То же самое можно сказать и о доказательствах, полученных в ходе исследований вмешательств, предусматривающих мотивационное консультирование родителей в целях отказа от курения дома, и оценок индивидуальных планов такого рода.

ВОЗ организовала составление систематического обзора, посвященного «вмешательствам, направленным на снижение воздействия пассивного курения на некурящих беременных женщин», и в результате анализа работ в Кокрановской библиотеке и восьми базах данных было выявлено пять исследований по данной тематике (62).

Результаты данного обзора отражены в описательном анализе ниже.

ОПИСАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ВЫВОДОВ

Было выявлено пять исследований, в ходе которых проводилась оценка клинического вмешательства, направленного на снижение воздействия пассивного курения на некурящих беременных женщин. В одном РКИ, проводившемся в США (г. Вашингтон) среди некурящих беременных афроамериканок, анализировалось поведенческое вмешательство, включавшее в себя психологические консультации, ролевые игры, методики совершенствования навыков и способы ведения переговоров с курящими партнерами и другими членами семьи (63). Беременные женщины в группе вмешательства реже заявляли о том, что подвергаются пассивному курению, чем женщины в контрольной группе (ОШ = 0,57, 95% ДИ 0,38—0,84). В РКИ, проводившемся в Гуанчжоу (Китай), беременным женщинам в группе вмешательства их акушер предоставлял информационные материалы и краткие консультации (2—3 минуты) о вреде пассивного курения (64). Мужья женщин в группе вмешательства чаще сообщали о том, что воздерживались от курения в течение предшествующих семи дней, нежели в контрольной группе (8,4% и 4,8%, $p = 0,04$). Тем не менее, никаких различий в интенсивности курения в течение предыдущих 30 дней между двумя группами выявлено не было (6,1% и 4,2%, $p = 0,26$). В еще одном исследовании, которое проводилось в провинции Сычуань (Китай), было выявлено, что предоставление гинекологами психологических консультаций и информационных материалов о вреде пассивного курения значительно снизило среднюю концентрацию никотина в волосах матерей в группе вмешательства по сравнению с контрольной группой (в группе вмешательства: $0,3 \log_{\text{мкг/г}}$ при повторной проверке по сравнению с первоначальным уровнем, равным 0,5, а в контрольной группе: $0,5 \log_{\text{мкг/г}}$ при повторной проверке по сравнению с первоначальным уровнем, равным 0,4) (65).

В рамках РКИ, которое проводилось в г. Исфахан (Иран), акушеров инструктировали предоставлять беременным женщинам 15—20-минутные консультации о вреде пассивного курения при обращении за антенатальной помощью (66). Авторы исследования выявили, что в группе вмешательства уровень еженедельного воздействия пассивного курения на беременных женщин, по их собственным словам, был ниже, чем в контрольной группе, при каждом последующем (третьем, четвертом, пятом) обращении за антенатальной помощью, $p < 0,001$ (например, при

пятом обращении за антенатальной помощью было выявлено, что среднее число сигарет, которое муж выкуривает в течение недели рядом с беременной женой, в группе вмешательства составило 12,3, а в контрольной группе — 25,4). Во время первого визита никаких различий между двумя группами выявлено не было. Пятое исследование в г. Брисбене (Австралия), включало в себя как предоставление психологических консультаций со стороны врача общей практики, так и использование никотинового пластыря для оказания помощи партнерам беременных женщин в их попытках бросить курить (67). Авторы исследования обнаружили, что 48 из 291 мужчины (16,5%) в группе вмешательства подтвердили, что бросили курить, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 26 из 270 мужчин (9,3%) ($p = 0,011$, ОШ = 0,52, 95% ДИ 0,31—0,86). В подгруппе, в которую вошли мужчины, заявившие о своем отказе от курения, был проведен биохимический контроль (тест на окись углерода).

Вмешательства

Небольшое число рандомизированных контролируемых испытаний указывает на то, что предоставление кратких рекомендаций и психологических консультаций некурящим беременным женщинам может снизить уровень пассивного курения. Тем не менее, требуется проведение дополнительных исследований в отношении биохимических мер по снижению воздействия пассивного курения.

Лишь в одном исследовании анализируется эффект отказа партнера от курения для снижения воздействия пассивного курения на некурящих беременных женщин. Как и в других исследованиях, проводившихся среди общей популяции, в данном исследовании было выявлено, что использование психологических консультаций и никотинового пластыря позволяет увеличить долю отказов от курения среди партнеров и мужей беременных женщин.

Экономическая эффективность: нет доказательств

Неблагоприятные исходы: нет доказательств

Классификация доказательств: качество доказательств было классифицировано как низкое в связи с неопределенностью оценки эффекта (см. таблицы GRADE в приложении 6).

СИЛА РЕКОМЕНДАЦИИ

При составлении рекомендации ГСР проанализировала представленные выше доказательства и оценила положительные и отрицательные эффекты, ценности и предпочтения заинтересованных

сторон, степень реализуемости предлагаемой рекомендации и ее экономическую эффективность. Согласно решению членов ГСР, потенциальные положительные эффекты значительно перевешивают отрицательные, ценности заинтересованных сторон свидетельствуют в пользу рекомендации, а ее реализуемость достаточно высока, в связи с чем данная рекомендация должна быть признана сильной. (Более подробно все рассматриваемые здесь вопросы освещены в приложении 7.)

Приоритетные направления исследований

ГСР выявила существенные пробелы в исследовательской работе и накопленных знаниях, требующие устранения в рамках первичных исследований и мер по разработке РКИ вмешательств во время беременности и в период после родов. В ходе обзора доказательств было обнаружено, что лишь очень незначительное число исследований проводилось в странах с низким и средним уровнем дохода. Помимо этого, существует нехватка исследований эффективных вмешательств, касающихся потребления альтернативных видов курительного табака или бездымного табака при беременности, а также обеспечения для беременных женщин свободы от пассивного курения в домашних условиях.

Члены группы отметили, что по некоторым приоритетным направлениям исследования планируются или уже ведутся. Поскольку уверенность в том, что планируемые или текущие исследования дадут исчерпывающие результаты, отсутствует, темы этих исследований перечислены в настоящем документе в качестве приоритетных направлений исследований. Некоторые из этих пробелов в исследованиях имеют колоссальное значение, так как результаты вышеуказанных исследований будут использованы для обновления настоящего руководства. ГСР также предложила провести исследования в отношении комплекса вмешательств, затрагивающих проблему потребления табака и иных сопутствующих поведенческих рисков, а также проблему психических расстройств при беременности.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, РАЗРАБОТАННЫЕ С УЧЕТОМ КОНКРЕТНЫХ ВОПРОСОВ

Выявление потребления табака и воздействия пассивного курения при беременности

Необходимо провести исследования по внедрению наиболее эффективных методов оценки потребления табака, причем основное внимание следует уделять следующим ключевым вопросам.

- Каким образом возможно добиться максимальной эффективности при выявлении потребления табака беременными женщинами и пассивного курения? (правильная постановка вопросов, содержание вопросов, адресаты вопросов, правила документирования ответов).
- Собственные признания респондентов в сравнении с оценкой на основании биохимического контроля.
- Каким образом следует проводить объективную оценку потребления бездымного табака беременными женщинами и пассивного курения? Методы опросов и методы самостоятельной оценки.
- Способствует ли биохимический контроль потребления табака снижению уровня курения и повышению числа отказов от табака среди беременных женщин?
- Какие средства биохимического контроля потребления бездымного табака являются наиболее точными и экономически эффективными (анализ мочи, слюны и т. д.)?
- Какие точки отсечки для оценки воздержания от потребления табака при беременности являются наиболее репрезентативными?
- Какие средства оценки потребления табака и пассивного курения являются экономически эффективными?

Вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности (психосоциальные вмешательства)

Большая часть исследований в этой сфере проводилась в странах с высоким уровнем дохода. Необходимо провести исследования по анализу эффективности и по внедрению наиболее эффективных психосоциальных вмешательств, направленных на отказ от табака в странах с низким и средним уровнем дохода. Например, к ним могут относиться исследования, перечисленные ниже.

- Краткое вмешательство, предусматривающее использование методики «5А» (вопросы, оценка, рекомендации, помощь и организация)
- Информирование беременных женщин о состоянии здоровья плода или о результатах измерения побочных продуктов табачного дыма при помощи биомаркеров

- Мотивационные опросы
- Финансовое мотивирование (ситуационный контроль) в целях содействия отказу от табака

Важно также выявить эффективные вмешательства, способные предотвращать срывы на поздних сроках беременности или в период после родов у женщин, которые добровольно отказались от курения на ранних сроках беременности. Помимо этого, необходимо проводить дальнейшую оценку эффективности конкретных психосоциальных вмешательств, направленных на отказ от потребления различных видов табачной продукции, и деятельности различных типов медицинских учреждений, ответственных за реализацию данных вмешательств.

Вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности (фармакологические вмешательства)

Доказательная база не является достаточной для выработки рекомендаций относительно использования фармакологической продукции для отказа от потребления табака при беременности. В настоящее время проводится ряд клинических испытаний, направленных на изучение применения различных средств НЗТ, варениклина и бупропиона при беременности. Темы исследования перечислены в настоящем документе в качестве приоритетных.

Что касается рекомендаций ГСР, то в настоящее время наиболее необходимы следующие исследования в отношении фармакологических вмешательств.

- Исследования факторов, сопутствующих или препятствующих применению фармакотерапевтических препаратов.
- Обзор эффектов применения НЗТ у беременных (профили безопасности, эффективность), особенно в Великобритании, где существует возможность проведения ретроспективных когортных исследований применения НЗТ во время беременности.
- Исследования, в которых сравниваются более низкие и более высокие дозы НЗТ для отказа от потребления табака при беременности.
- Проведение испытаний для выявления предпочтений клиентов (какие типы НЗТ выбирают клиенты).
- Надзор за применением фармакотерапии при беременности в настоящее время (основная цель — установить, используют ли женщины фармакотерапевтические препараты, рекомендованные или прописанные их лечащими врачами, а также при отсутствии рекомендаций лечащих врачей).
- Применение фармакотерапии для оказания помощи беременным женщинам с высоким уровнем никотиновой зависимости.

Защита от пассивного курения при беременности (общественные места, свободные от табачного дыма)

Существует огромное количество материалов, в которых подробно описывается, насколько благотворно отказ от курения в общественных местах отражается на здоровье людей. Поскольку число стран, принимающих антитабачные законы, продолжает расти, очень важно оценивать, каким образом такого рода политика влияет на отказ беременных женщин от курения, их подверженность воздействию пассивного курения и на исходы беременности.

Необходимо также оценивать уровень соблюдения гражданами положений антитабачного законодательства, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, путем оценки уровня воздействия пассивного курения на отдельных граждан (на основании как их собственных заявлений, так и результатов биохимического контроля) в общественных местах, на работе и дома. В качестве источника данных для исследований о воздействии пассивного курения потребуются результаты анализа качества атмосферного воздуха в различных домах.

Положения антитабачного законодательства (и их соблюдение) касаются, в первую очередь, рабочих и общественных мест. Добиться сокращения курения в домашних условиях можно за счет повышения уровня осведомленности общественности об этой проблеме и изменения социальных норм. Важно также оценить эффективность антитабачного законодательства для широкого распространения домов, свободных от табачного дыма, и домов, где запрещено курить в помещении.

Защита от пассивного курения при беременности (дома, свободные от табачного дыма)

Существует мощная доказательная база, подтверждающая, что дома, в которых проживают беременные женщины, должны быть свободными от табачного дыма, так как это позволит защитить здоровье плода. В то же время число доказательств, подтверждающих эффективность вмешательств по созданию домов, свободных от табачного дыма, для защиты здоровья беременных женщин, является недостаточным. Требуется проведение дополнительных исследований по следующим темам.

- Оптимальные меры воздействия на партнеров беременных женщин и других членов их семей в целях снижения уровня потребления табака среди членов семей и последующего снижения уровня пассивного курения беременных женщин в их домах.

- Оптимальные средства биохимического контроля снижения уровня пассивного курения беременных женщин и отказа от курения их партнеров.
- Выявление недорогих и простых мониторов качества воздуха и оценка их эффективности в качестве средства вмешательства, направленного на снижение уровня курения в домах.
- Определение уровня интенсивности вмешательств, при котором они позволяют эффективно предотвращать пассивное курение в домах.
- Методы повышения осведомленности медицинских работников о важности скрининг-контроля беременных женщин в отношении пассивного курения.

Планы по распространению, адаптации и реализации рекомендаций

РАСПРОСТРАНЕНИЕ РУКОВОДСТВА

Рекомендации, предлагаемые в настоящем руководстве, подлежат распространению через широкую сеть международных партнеров, включая страновые и региональные бюро ВОЗ, министерства здравоохранения, сотрудничающие центры ВОЗ и иные агентства ООН (ЮНИСЕФ, ЮНФПА и др.), агентства международного развития (Австралийское агентство международного развития, Департамент международного развития, Великобритания, Норвежское агентство по сотрудничеству в области развития, Агентство США по международному развитию и др.), а также неправительственные организации. Рекомендации также будут опубликованы на сайте ВОЗ. Помимо этого, планируется составить и распространить аналитическую записку, адресованную представителям правительственных структур, руководителям программ и врачам-клиницистам.

АДАПТАЦИЯ К МЕСТНЫМ УСЛОВИЯМ

Настоящее руководство предназначено для широкой международной аудитории, и предполагается, что страны будут самостоятельно адаптировать данные рекомендации, приводя их в соответствие с собственными национальными потребностями. Подобная адаптация должна проводиться в рамках национальных и региональных стратегий по борьбе с табаком и предусматривать участие всех местных партнеров, включая государственные и региональные органы власти, представителей гражданского общества и профессиональные объединения различных медицинских учреждений, ответственных за оказание помощи беременным женщинам.

В ходе адаптации следует также учитывать виды табачной продукции, которые пользуются особенно широкой популярностью в стране. При составлении региональных и местных требований необходимо принимать во внимание результаты эпидемиологических оценок и оценок потребностей пациентов, а также возможности системы здравоохранения страны и экономическую целесообразность таких мер. Процесс адаптации предусматривает перевод материалов на государственный и региональные языки. При выборе вмешательств должны учитываться местные условия, в частности наличие необходимых ресурсов (кадровых и финансовых), возможности медицинских учреждений и особенности местной культуры.

Представители правительственных структур должны обращать внимание на то, насколько рекомендации, представленные в настоящем руководстве, соответствуют рекомендациям других руководств ВОЗ. Данное руководство не является отдельным независимым документом и должно рассматриваться с учетом прошлых руководств ВОЗ, посвященных более широкому спектру вопросов, связанных с потреблением табака, беременностью и здоровьем матери и ребенка.

РЕАЛИЗАЦИЯ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ

Члены ГСР отметили, что первым шагом по направлению к успешной реализации настоящих рекомендаций на местном уровне станет получение поддержки со стороны заинтересованных лиц на уровне страны, включая представителей министерства здравоохранения, местных профессиональных объединений, а также лидеров гражданского общества и местных сообществ.

Для обеспечения максимальной эффективности настоящих рекомендаций необходимо создать все условия, которые позволили бы работникам системы здравоохранения успешно бороться с курением на государственном уровне. К таким условиям могут относиться введение запрета на курение в учреждениях здравоохранения, оказание помощи работникам здравоохранения, предпринимаящим попытки отказаться от курения, организация специальной учебной подготовки и предоставление методических материалов медицинским работникам различного уровня (врачи, медицинский персонал среднего и низшего звена, общественные медицинские работники и медицинские работники без специального образования), внесение соответствующих изменений в карты антенатального осмотра или иные регистрационные медицинские документы (поле для отметки «галочкой» и графа, в которую медицинский работник вносит информацию о потреблении пациенткой табака, ее подверженности пассивному курению и принятых мерах). Примером подобного документа является карта антенатального осмотра, которая используется в Латиноамериканском центре перинатальной медицины, женского и репродуктивного здоровья (*Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva*) (CLAP/SMR-OPS/OMS) в Панамериканском регионе. В таблице 3 перечислены меры, которые могут быть предприняты в целях реализации конкретных рекомендаций.

ТАБЛИЦА 3

Конкретные шаги, направленные на внедрение рекомендаций на местном уровне

Выявление потребления табака и пассивного курения

- Подготовка карт антенатального осмотра, в которых будет отражена информация о потреблении табака беременной женщиной (потребление какой-либо табачной продукции в настоящее время и в прошлом, число единиц табачной продукции, потребляемых ежедневно), оценка воздействия пассивного курения на здоровье матери (имеется ли такое воздействие; интенсивность; количество часов в день) и меры, которые были предприняты медицинскими работниками в случае выявления фактов потребления табака или пассивного курения.
- Выявление проверенных клинических средств для проведения скрининг-исследований беременных женщин, потребляющих табачную продукцию или подвергающихся пассивному курению.

Вмешательства, направленные на отказ от потребления табака (психосоциальные вмешательства)

- Создание программы занятий, направленных на отказ от курения в дородовой период и подготовку медицинских работников (врачей общей практики, сестер-акушерок, медсестер и других работников здравоохранения).
- Предоставление протоколов, средств и методических материалов, необходимых для реализации вмешательств, включая информационные/мотивационные материалы для распространения среди беременных женщин в формате, соответствующем категории данного медицинского учреждения.
- Информирование о важности проблемы, необходимости снижения воздействия табака на беременных женщин и о существовании доказательной базы, подтверждающей эффективность вмешательств на всех уровнях, включая представителей правительственных структур, учреждений здравоохранения и гражданского общества.
- Предоставление беременным женщинам безвозмездной помощи по отказу от курения (при любой возможности).
- Анализ возможности использования электронных средств связи для осуществления вмешательств в целях обеспечения максимального охвата адресных популяционных вмешательств, направленных на отказ от курения среди беременных женщин до родов, включая «горячие» линии для желающих бросить курить, рассылку текстовых сообщений, Интернет и т. д. (при любой возможности).

Вмешательства, направленные на отказ от потребления табака (фармакологические вмешательства)

- Предоставление медицинским работникам и фармацевтам информации о существующих доказательствах эффективности фармакотерапии при беременности.
- Наличие предупреждения (жирным шрифтом) о нежелательности применения во время беременности без контроля врача в инструкциях ко всем безрецептурным фармакотерапевтическим препаратам.

Защита от пассивного курения (общественные места, свободные от табачного дыма)

- ВОЗ должна продолжить свою работу по активному продвижению политики свободы от табачного дыма в закрытых помещениях общего пользования.
- Необходимо также способствовать созданию среды, свободной от табачного дыма, в парках и иных открытых общественных местах.
- Принятие и обеспечение исполнения соответствующих законов на государственном, региональном и местном уровнях.
- Строгий контроль за соблюдением запрета на курение в учреждениях здравоохранения (как в закрытых помещениях, так и под открытым небом) на уровне государственных организаций и частного сектора (например, органов по аккредитации лечебных учреждений, профессиональных ассоциаций работников здравоохранения и т. д.).
- Предоставление поддержки сотрудникам учреждений здравоохранения, предпринимающим попытки отказа от табака.
- Работа по мобилизации общественности с целью решения проблемы нехватки общественных мест, свободных от табачного дыма.

Защита от пассивного курения (дома, свободные от табачного дыма)

- Доработка существующих или составление новых учебных программ и обучение медицинских работников «принципам помощи беременным женщинам, нуждающимся в сокращении пассивного курения».
- Доработка существующих или составление новых учебных программ и обучение медицинских работников принципам взаимодействия с партнерами и другими членами семей беременных женщин с целью отказа от потребления табака и в целях сокращения пассивного курения.
- Популяризация клиник антенатального ухода, учитывающих интересы партнеров, и подготовка методических материалов для курящих членов семей.
- Проведение кампаний по мобилизации общественности с целью привлечения внимания представителей правительственных структур, здравоохранения и гражданского общества.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РУКОВОДСТВА

В рамках заседания, посвященного составлению руководства, члены ГСР обсудили две группы показателей процесса и исходов, которые могут быть использованы для измерения эффективности рекомендаций, представленных в настоящем документе (см. таблицу 4). Первая группа показателей отражает степень принятия и применения данных рекомендаций на уровне национальной системы здравоохранения. К таким показателям относится число стран, принявших данные рекомендации или в обычном порядке отражающих информацию о потреблении табака и пассивном курении в своих анкетах, используемых при обращении за антенатальной помощью. Вторая группа показателей позволяет оценить положительные изменения в состоянии здоровья популяции в результате успешного внедрения рекомендаций, в частности улучшение исходов до и после родов (например, низкая масса тела новорожденного, задержка внутриутробного развития, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, перинатальная смертность и т. д.), снижение уровня СВДС, сокращение уровня потребления табака у беременных, увеличение числа лиц, отказывающихся от курения и снижение уровня пассивного курения беременных женщин и женщин репродуктивного возраста. Еще одним показателем может служить степень удовлетворенности беременных женщин качеством антенатальной помощи.

Этот список показателей не является исчерпывающим и носит сугубо рекомендательный характер. В нем также содержатся переменные, измерение которых необходимо для оценки распространения данных рекомендаций и степени их воздействия. Информацию о многих показателях можно получить при помощи действующей Информационной системы управления в области здравоохранения (HMIS) или национальных систем контроля, однако для анализа ряда показателей может потребоваться проведение регулярных исследований или экспертиз.

В странах с низким и средним уровнем дохода получение некоторых из этих показателей может быть сопряжено с определенными трудностями. Члены ГСР также отметили необходимость создания системы для обеспечения качества данных, полученных по указанным показателям.

ТАБЛИЦА 4

Индикаторы процесса и исходов, позволяющие оценить эффективность рекомендаций

Индикаторы	Система здравоохранения	Уровень популяции
<i>Выявление потребления табака и пассивного курения</i>		
Внесение изменений в стандартную анкету, используемую при обращении за антенатальной помощью, с целью включения в нее вопросов о потреблении табака	Процесс	
Число стран, которые в обычном порядке отражают информацию о потреблении табака и пассивном курении в своих анкетах, используемых при обращении за антенатальной помощью	Исход	
Наличие методических материалов на местных языках (по странам и учреждениям здравоохранения)	Процесс	
Доля медицинских работников*, прошедших специальную подготовку по оценке потребления табака и пассивного курения	Процесс	
Выявление интенсивности потребления табака среди беременных женщин (кол-во раз в день/неделю) на протяжении определенного периода времени	Процесс	
Доля анкет, используемых при обращении за антенатальной помощью, в которых отражается информация о потреблении табака и пассивном курении, а также принятые меры	Исход	
Доля женщин, которые регулярно проходят оценку при обращении за антенатальной помощью с целью выявления фактов потребления табака и воздействия пассивного курения	Исход	Процесс
Выявленная доля беременных женщин, потребляющих табак		Исход
Доля беременных женщин (потребляющих табак), отказавшихся от курения в соответствии с полученными рекомендациями или сокративших интенсивность курения		Исход
Выявленная доля беременных женщин, которые подвергаются пассивному курению		Исход
Доля беременных женщин (подвергающихся пассивному курению), последовавших рекомендациям и сообщивших впоследствии о сокращении пассивного курения		Исход
<i>Психосоциальные вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности</i>		
Наличие протоколов и памяток на местных языках во всех центрах антенатальной помощи	Процесс	
Число учебных занятий для работников медицинских учреждений, посвященных осуществлению вмешательств	Процесс	
Доля медицинских работников, прошедших обучение (в каждой категории)	Процесс	
Освещение различных психосоциальных вмешательств и число беременных женщин, отказывающихся от табака в результате того или иного вмешательства	Процесс	Исход
Выявленная доля беременных женщин, потребляющих табак, которые подверглись психосоциальным вмешательствам		Исход
Выявленная доля беременных женщин, потребляющих табак, которые подверглись психосоциальным вмешательствам и отказались от табака		Исход
Выявленная доля беременных женщин, потребляющих табак, которые подверглись психосоциальным вмешательствам и сократили потребление табака		Исход

Индикаторы	Система здравоохранения	Уровень популяции
Число финансируемых и реализуемых рандомизированных клинических испытаний по данной проблематике	Исход	
Число публикаций, посвященных психосоциальным вмешательствам при беременности	Исход	
<i>Фармакологические вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности</i>		
Мониторинг исследований в отношении применения фармакотерапии при беременности и обновление обзоров доказательств	Процесс	
Число национальных руководств, которые предусматривают пересмотр рекомендаций на основании результатов исследований по данной проблематике	Процесс	
Число финансируемых и реализуемых рандомизированных клинических испытаний по данной проблематике	Исход	
Число публикаций, посвященных использованию фармакотерапии при беременности	Исход	
Документальное подтверждение потребления или отсутствия потребления табака среди беременных женщин внутри сообщества (помимо научно-исследовательских испытаний)	Исход	
<i>Защита от пассивного курения при беременности (общественные места, свободные от табачного дыма)</i>		
Доля учреждений здравоохранения, свободных от табачного дыма (государственные и частные)	Исход	
Распространенность потребления табака и уровень отказа от курения среди работников здравоохранения	Исход	
Наличие необходимых законов на всех трех уровнях (национальном, региональном и местном), усилия по обеспечению исполнения законов и наблюдаемая частота случаев исполнения закона	Исход	
Доля женщин, сообщающих о том, что они подвергаются пассивному курению в общественных местах**		Исход
<i>Защита от пассивного курения при беременности (дома, свободные от табачного дыма)</i>		
Доля женщин, сообщающих о том, что они подвергаются пассивному курению в своих домах		Исход
Данные о домах, свободных от табачного дыма, полученные в результате опроса пациенток (измерения проводятся на основании результатов исследований среди беременных женщин, обратившихся за антенатальной помощью, или популяционных исследований)		Исход
Мониторинг качества атмосферного воздуха внутри домов		Исход

* К медицинским работникам относятся акушеры-гинекологи, акушерки, медсестры и другие работники здравоохранения, ответственные за оказание помощи беременным женщинам.

** К общественным местам относятся рабочие места в закрытых помещениях, общественный транспорт и закрытые помещения общего пользования.

Обновление и рецензирование рекомендаций

Данные рекомендации подлежат регулярному обновлению по мере появления новых доказательств. Следующее масштабное обновление планируется провести в 2018 году после появления новых доказательств и под контролем Комитета ВОЗ по рецензированию руководств.

Отзывы со стороны сообществ и других заинтересованных лиц будут очень полезны при подготовке новой редакции настоящего руководства. ВОЗ приветствует предложения, касающиеся дополнительных вопросов, которые могут включаться в руководства при очередном обновлении.

Просьба направлять предложения по адресу: tfi@who.int.

Литература

ВВЕДЕНИЕ И МЕТОДОЛОГИЯ

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
2. *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: volume 100E: a review of human carcinogens: personal habits and indoor combustions*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010.
3. *The health consequences of smoking: a report of the surgeon general*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2004.
4. Alverson CJ et al. Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington infant study. *Pediatrics*, 2011, 127:3 e647—e653, [published ahead of print February 28, 2011, doi:10.1542/peds.2010—1399].
5. *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2010.
6. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2006.
7. Barker DJ. The fetal and infant origins of adult disease. *British Medical Journal*, 1990, 301:1111.
8. *Health effects of smokeless tobacco products*. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR), 2008, [available at: http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf, [accessed 12 August 2013].

9. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: volume 85: betel-quid and areca-nut chewing and some areca-nut-derived nitrosamines. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 2004.
10. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: volume 89: smokeless tobacco and some tobacco-specific N-Nitrosamines. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 2007.
11. Gupta PC, Subramoney S. Smokeless tobacco use and risk of stillbirth: a 556 cohort study in Mumbai, India. *Epidemiology*, 2006, 17(1):47—51.
12. Wikström AK et al. Effect of Swedish snuff (snus) on preterm birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 117(8):1005—1010.
13. Wikström AK et al. Maternal use of Swedish snuff (snus) and risk of stillbirth. *Epidemiology*, 2010, 21(6):772—778.
14. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2011 Apr;127(4):734—41
15. World Health Organization. *The Millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership*. Geneva, World Health Organization, 2004.
16. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco*. Geneva, World Health Organization, 2011.
17. Samet JM, Yoon SY. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. WHO, Institute for Global Tobacco Control, Johns Hopkins School of Public Health, 2011.
18. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
19. Warren CW et al. Change in tobacco use among 13—15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Global Health Promotion*, 2009, Sep;16(2 Suppl):38—90.
20. *Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke*. Öberg M et al. Geneva, World Health Organization, 2010.
21. Current tobacco use and secondhand smoke exposure among women of reproductive age — 14 countries, 2008—2010. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 2012, Nov 2;61:877—82.
22. *Global report on the tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy*. Geneva, World Health Organization [in press].
23. Bloch M et al. Tobacco use and secondhand smoke exposure in pregnancy: an investigative survey of women in 9 developing nations. *American Journal of Public Health*, 2008, 98(10):1833—40.
24. *WHO framework convention on tobacco control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated 2004, 2005), [available at: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 12 August 2013].
25. United Nations General Resolution 55/2. United Nations Millennium Declaration, 2000, [available at: www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf, accessed 12 August 2013].

26. United Nations General Resolution 66/2. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases, 2011, [available at: <http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r66.shtml>], accessed 12 August 2013].
27. McBride CM et al. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Education Research*, 2003, 18(2):156—170.
28. DiClemente C, Dolan-Mullen P, Windsor R. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 2000, 9(Suppl 3):16—21.
29. Mahfoud Z et al. Determinants of change in paternal smoking trends during pregnancy in Lebanon. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012, 89(4):587—591.
30. *World population prospects: the 2010 revision* [CD-ROM Edition] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011.
31. *Global Health Observatory Data Repository*. World Health Organization, 2012, [available at: <http://apps.who.int/gho/data/#>], accessed 12 August 2013].
32. Jha P et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2013, 368:341—350.
33. *WHO handbook for guideline development*. World Health Organization [available at: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf], accessed 12 August 2013].

РЕКОМЕНДАЦИИ

34. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*, United Nations, 1979.
35. *Report of the International Conference on Population and Development*. International Conference on Population and Development — ICPD — Programme of Action. A/CONF.171/13/Rev.1.,Cairo, 1994.

Рекомендация 1

36. Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services.
37. *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. Prepared by R. Humeniuk et al. World Health Organization, 2010b [available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf], accessed 12 August 2013].
38. *Methods for evaluating tobacco control policies 2008*. Lyon, International Agency for Research on Cancer and the World Health Organization, 2008 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Vol. 12).
39. *How to stop smoking in pregnancy and following childbirth*. NICE public health guidance 26, London, National Institute for Health and Clinical Excellence.

40. Flemming K et al. Smoking in pregnancy: a systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *The Journal of Advanced Nursing*, 2012, Dec 19, doi: 10.1111/jan.12066, [Epub ahead of print].
41. *WHO Monograph — Gender, women, and the tobacco epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2010a. [available at: http://who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html, accessed 12 August 2013).
42. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva, World Health Organization, 1998.
43. Shipton D et al. Reliance on self-reported smoking in pregnancy underestimates smoking prevalence and reduces the reach of specialist cessation services: results from a retrospective, cross-sectional study. *British Medical Journal*, 2009, 339:4347.

Рекомендация 2

44. Prochaska J, Velicer W. Introduction: the transtheoretical model. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 12:6—7.
45. Lumley J et al. Interventions for promoting smoking cessation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 3.
46. Coleman T et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, Issue 9.
47. Chamberlain C et al. *Psychosocial interventions to support women to stop smoking in pregnancy: a systematic review*. Preliminary report of evidence from a Cochrane Systematic Review for the World Health Organization, October 2012.
48. Baxter S et al. The health consequences of pregnant women cutting down as opposed to quitting. Supplementary Report for National Institute for Health and Clinical Excellence, the United Kingdom, 2009, [available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13023/49420/49420.pdf>, accessed 12 August 2013].
49. Taylor M. *Economic analysis of interventions for smoking cessation aimed at pregnant women*. Supplementary Report for National Institute for Health and Clinical Excellence, the United Kingdom, 2009, [available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13023/49421/49421.pdf>, accessed 12 August 2013].
50. Ebbert J et al. Interventions for smokeless tobacco-use cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Issue 2.

Рекомендации 3—5

51. Greaves, L et al. (2nd ed.) *Expecting to quit: a best practices review of smoking cessation interventions for pregnant and post-partum women*. Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2011.

52. Myung S-K et al. [and for the Korean Meta-Analysis (KORMA) Study Group]. Efficacy and safety of pharmacotherapy for smoking cessation among pregnant smokers: a meta-analysis. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2012, 119:1029—1039.

Рекомендации 6—7

53. *WHO framework convention on tobacco control. Guidelines for implementation*. [Article 5.3; Article 8; Article 11; Article 13]. Geneva, World Health Organization, 2009 [available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598224_eng.pdf, accessed 12 August 2013].
54. Callinan JE et al. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 4.
55. Charrier L et al. Smoking habits in Italian pregnant women: any changes after the ban? *Journal of Public Health Policy*, 2010, Apr 31(1):51—8.
56. Puig C et al. Assessment of prenatal exposure to tobacco smoke by cotinine in cord blood for the evaluation of smoking control policies in Spain. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2012, Apr 5;12:26.
57. Mackay DF et al. Impact of Scotland's smoke-free legislation on pregnancy complications: retrospective cohort study. *PLoS Med.* 2012, 9(3):e1001175 [Epub 2012 Mar 6].
58. Adams EK et al. Reducing prenatal smoking: the role of state policies. *American Journal of Preventive Medicine*, 2012, 43;1:34—40.
59. *Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence*. National Research Council, Washington, DC, The National Academies Press, 2010.

Рекомендации 8—9

60. Baxter S et al. The effectiveness of interventions to establish smoke-free homes in pregnancy and in the neonatal period: a systematic review. *Health Education Research*, 2011, 26(2):265—282.
61. Hemsing N et al. Partner support for smoking cessation in pregnancy: a systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 2012, 14(7):767—776
62. Tong et al. Preliminary report of a systematic review commission by WHO on: Interventions to reduce second-hand smoke at home among non-smoking pregnant women. Unpublished, 2012.
63. El-Mohandes AAE et al. An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes. *Pediatrics*, 2010, 125(4):721—8.
64. Loke AY, Lam TH. A randomized controlled trial of the simple advice given by obstetricians in Guangzhou, China, to non-smoking pregnant women to help their husbands quit smoking. *Patient Education and Counseling*, 2005, 59(1):31—37.

65. Yang L, Mao Z. Intervention on the exposure to passive smoking for non-smoking pregnant women. *Chinese Journal of Prevention and Control of Chronic Diseases*, 2012, 18(3):226—228.
66. Kazemi A et al. A randomized trial to promote health belief and to reduce environmental tobacco smoke exposure in pregnant women. *Health Education Research*, 2012, 27(1):151—159.
67. Stanton WR et al. Randomised control trial of a smoking cessation intervention directed at men whose partners are pregnant. *Preventive Medicine*, 2004, 38(1):6—9.

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Члены технического секретариата по составлению руководства

ФИО	Принадлежность
Д-р Лубна Исхак Бхатти (<i>Dr Lubna Ishaq Bhatti</i>)	Всемирная организация здравоохранения
Д-р Эдуард Турсан д'Эспэнье (<i>Dr Edouard Tursan d'Espaignet</i>)	Всемирная организация здравоохранения
Д-р Николас Кларк (<i>Dr Nicolas Clark</i>)	Всемирная организация здравоохранения
Д-р Владимир Позняк	Всемирная организация здравоохранения
Д-р Мишель Блох (<i>Dr Michele Bloch</i>)	Национальный институт рака, США
Д-р Патрисия Дитц (<i>Dr Patricia Dietz</i>)	Центры контроля заболеваний США
Д-р Люсинда Ингланд (<i>Dr Lucinda England</i>)	Центры контроля заболеваний США
Д-р Италия Ролле (<i>Dr Italia V Rolle</i>)	Центры контроля заболеваний США
Г-жа Ван Тонг (<i>Ms Van T Tong</i>)	Центры контроля заболеваний США

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Сотрудники ВОЗ (штаб-квартиры, региональных и страновых бюро), участвовавшие в составлении руководства

ФИО	Принадлежность
Д-р Авни Амин (<i>Dr Avni Amin</i>)	Группа по гендерным вопросам, репродуктивным правам, сексуальному здоровью и проблемам подростков
Д-р Лубна Исхак Бхатти (<i>Dr Lubna Ishaq Bhatti</i>)	Департамент профилактики неинфекционных заболеваний
Д-р Николас Кларк (<i>Dr Nicolas Clark</i>)	Департамент психического здоровья и токсикомании
Д-р Токер Эргудер (<i>Dr Toker Erguder</i>)	Бюро ВОЗ в Турции
Д-р Донбо Фу (<i>Dr Dongbo Fu</i>)	Департамент профилактики неинфекционных заболеваний
Г-жа Хелена Мария Найгрэн Круг (<i>Mrs Helena Maria Nygren Krug</i>)	Группа по гендерным вопросам, равноправию и правам человека
Д-р Мэтью Матаи (<i>Dr Mathew Mathai</i>)	Группа по эпидемиологии, мониторингу и оценке
Д-р Марио Мерьяльди (<i>Dr Mario Meriardi</i>)	Группа по научным исследованиям, доказательствам и нормативам
Д-р Владимир Позняк	Департамент психического здоровья и токсикомании
Д-р Эдуард Турсан д'Эспанье (<i>Dr Edouard Tursan d'Espaignet</i>)	Департамент профилактики неинфекционных заболеваний
Г-н Джеймс Рэрик (<i>Mr James Rarick</i>)	Инициатива по освобождению от табачной зависимости (WP/TFI)
Д-р Даравут Йел (<i>Dr Daravuth Yel</i>)	Бюро ВОЗ в Камбодже

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Группа по составлению руководства

3.1 Члены группы по составлению руководства

Д-р Фернандо АЛТАБЕ

(Dr Fernando ALTHABE)

Principal Investigator and Director, Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (ICES), Буэнос-Айрес, Аргентина

Профессор Линда БОЛД

(Professor Linda BAULD)

School of Management and UK Centre for Tobacco Control Studies, University of Stirling, Великобритания

Д-р Жаклин БЕЛЛ

(Dr Jacqueline BELL)

Senior Officer, Health Department, Maternal, Newborn & Child Health, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Женева, Швейцария

Д-р Ив БЕРЖЕВЕН

(Dr Yves BERGEVIN)

Senior Maternal Health Advisor, Coordinator, Maternal Health Thematic Fund, TD, United Nations Population Fund (UNFPA), Нью-Йорк, США

Профессор Моник ЧААЙЯ

(Professor Monique CHAAYA)

Professor & Chair, Department of Epidemiology and Population Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, Бейрут, Ливан

Профессор София ЧАН

(Professor Sophie CHAN)

Professor and Director of Research, School of Nursing, The University of Hong Kong, Гонконг, Китай

Д-р Пракаш ГУПТА

(Dr Prakash GUPTA)

Director, Healis — Sekhsaria Institute for Public Health, Мумбай, Индия

Г-жа Маргарета ХАГЛЮНД

(Ms Margaretha HAGLUND)

Tobacco Control Expert, ThinkTank Tobaksfakta, Стокгольм, Швеция

Д-р Фатана ИСМАИЛ

(Dr Fatanah ISMAIL)

Senior Principal Assistant Director (Primary Care Section), Family Health Development Division, Ministry of Health, Малайзия

Д-р Кэтрин МЕРФИ

(Dr Katherine MURPHY)

Chronic Disease Initiative in Africa, Department of Medicine, University of Cape Town, ЮАР

Д-р Исабель НЕРИН

(Dr Isabel NERIN)

Professor, Department of Medicine and Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Zaragoza, Испания

Д-р Шерил ОНКЕН

(Dr Cheryl ONCKEN)

Department of Medicine and Obstetrics & Gynecology, University of Connecticut School of Medicine, Farmington,
Коннектикут, США

3.2 Информация о членах группы по составлению руководства

ФИО	Пол	Страна	Регион ВОЗ	Опыт/специализация		
				Профильные области*	Методолог †	Заинтересованное лицо / потенциальный участник реализации
Фернандо Алтабе (<i>Fernando Althabe</i>)	М	Аргентина	Региональное бюро для стран Америки	В, С, D		
Линда Болд (<i>Linda Bauld</i>)	Ж	Великобритания	Европейское региональное бюро	А, В, D	X	
Жаклин Белл (<i>Jacqueline Bell</i>)	Ж	Швейцария	Глобальное отделение	В		X
Ив Бержевен (<i>Yves Bergevin</i>)	М	Канада	Глобальное отделение	А, В		X
София Чан (<i>Sophia Chan</i>)	Ж	Китай	Региональное бюро для стран западной части Тихого Океана	А, В, С		X
Моник Чаая (<i>Monique Chaaya</i>)	Ж	Ливан	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья	А, D	X	
Пракаш Гупта (<i>Prakash Gupta</i>)	М	Индия	Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии	А	X	
Маргарета Хаглюнд (<i>Margaretha Haglund</i>)	Ж	Швеция	Европейское региональное бюро	А		X
Фатана Исмаил (<i>Fatanah Ismail</i>)	Ж	Малайзия	Региональное бюро для стран западной части Тихого Океана	В		X
Кэтрин Мерфи (<i>Katherine Murphy</i>)	Ж	ЮАР	Региональное бюро для стран Африки	А, В		
Исабель Нерин (<i>Isabel Nerin</i>)	Ж	Испания	Европейское региональное бюро	А, В, С		
Шерил Онкен (<i>Cheryl Oncken</i>)	Ж	США	Региональное бюро для стран Америки	А, С		

*Профильные области

- А. Табакокурение (курительный и/или бездымный табак), пассивное курение
- В. Репродуктивное здоровье
- С. Практикующий врач, работающий с беременными женщинами
- D. Имеет ученую степень

†Методолог: эксперт по оценке доказательств и разработке руководств

3.3 Консультанты, сотрудничавшие с группой по составлению руководства

Д-р Маргарет Хэррис (*Dr Margaret Harris*) (неаффилированный консультант, Гонконг, КНР)

Д-р Стелла Биалос (*Dr Stella Bialous*) (консультант, Tobacco Policy International, США)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Внешние рецензенты, участвовавшие в разработке/рецензировании вопросов и проекта рекомендаций

ФИО эксперта	Сфера	Страна проживания	Регион ВОЗ
<p>Д-р Рима Афифи (<i>Dr Rima Afifi</i>) Professor, Department of Health Promotion and Community Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut Ливан</p>	Профилактика и контроль потребления табака, исследования с участием сообществ (CBPR), оценка	Ливан	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья
<p>Д-р Вагида Анвар (<i>Dr Wagida A. Anwar</i>) Professor, Department of Community, Environmental and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Ain Shams University, Египет</p>	Профилактика и контроль потребления табака, гигиена окружающей среды	Египет	Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья
<p>Д-р Винченцо Бергелла (<i>Dr Vincenzo Berghella</i>) Thomas Jefferson University Hospital Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine, США</p>	Акушерство и гинекология	США	Региональное бюро для стран Америки
<p>Д-р Мишель Блох (<i>Dr Michele Bloch</i>) Acting Chief, Tobacco Control Research Branch, Behavioral Research Program, Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute, Бетесда, Мэриленд, США</p>	Профилактика и контроль потребления табака	США	Региональное бюро для стран Америки
<p>Д-р Наоварут Чароэнка (<i>Dr Naowarut Charoensak</i>) Associate Professor Mahidol University Faculty of Public Health, Таиланд</p>	Пассивное курение	Таиланд	Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии
<p>Д-р Ким Диксон (<i>Dr Kim Dickson</i>) Senior Adviser (Maternal and New born), UNICEF, США</p>	Здоровье матери и ребенка	США	Региональное бюро для стран Америки
<p>Д-р Патрисия Дитц (<i>Dr Patricia Dietz</i>) Epidemiologist Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Атланта, Джорджия, США</p>	Профилактика и контроль потребления табака, репродуктивное здоровье	США	Региональное бюро для стран Америки

ФИО эксперта	Сфера	Страна проживания	Регион ВОЗ
Д-р Люсинда Ингланд <i>(Dr Lucinda England)</i> Epidemiologist Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Атланта, Джорджия, США	Профилактика и контроль потребления табака, репродуктивное здоровье	США	Региональное бюро для стран Америки
Д-р Бинг Гатри <i>(Dr Bing Guthrie)</i> Member, Aboriginal Health Issues Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Канада	Здоровье коренных народов, репродуктивное здоровье	Канада	Региональное бюро для стран Америки
Д-р Джеймс Литч <i>(Dr James A Litch)</i> Director, Perinatal Interventions Program Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth (GAPPS), Seattle Children's, Clinical Assistant Professor, University of Washington, Сиэтл, США	Перинатальное здоровье	США	Региональное бюро для стран Америки
Д-р Лаура Льямби <i>(Dr Laura Llambí)</i> Facultad de Medicina, Docente del Hospital Universitario, Уругвай	Профилактика и контроль потребления табака, беременность	Уругвай	Региональное бюро для стран Америки
Д-р Джин Махоуни <i>(Dr Jeanne Mahoney)</i> Providers Partnership Project, American College of Obstetricians and Gynaecologists Вашингтон, округ Колумбия, США	Профилактика и контроль потребления табака, репродуктивное здоровье	США	Региональное бюро для стран Америки
Д-р Сарита Наир <i>(Dr Saritha Nair)</i> Faculty member, Scientist National Institute for Research in Reproductive Health (NIRRH), Indian Council of Medical Research (ICMR), Индия	Профилактика и контроль потребления бездымного табака, репродуктивное здоровье	Индия	Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии
Д-р Эмилия Нунес <i>(Dr Emília Nunes)</i> Director National Programme on Tobacco Control General, Directorate of Health, Португалия	Министерство здравоохранения, системы здравоохранения, контроль потребления табака	Португалия	Европейское региональное бюро

ФИО эксперта	Сфера	Страна проживания	Регион ВОЗ
<p>Д-р Италия Ролле (<i>Dr Italia V Rolle</i>) Lead Epidemiologist, Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Атланта, Джорджия, США</p>	Хронические заболевания, здоровье матери и ребенка	США	Региональное бюро для стран Америки
<p>Д-р Ци Ши (<i>Dr Qi Shi</i>) Director, Division of Health Promotion and Health Education, Department of Maternal and Children Health and Community Health, Ministry of Health, Китай</p>	Профилактика и контроль потребления табака, здоровье матери и ребенка, системы здравоохранения, министерство здравоохранения	Китай	Региональное бюро для стран западной части Тихого Океана
<p>Д-р Кэролайн Синьоре (<i>Dr Caroline Signore</i>) Medical Officer Pregnancy and Perinatology Branch, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Бетесда, Мэриленд, США</p>	Беременность и перинатология	США	Региональное бюро для стран Америки
<p>Д-р Хорхе Толоса (<i>Dr Jorge Tolosa</i>) Associate Professor of Obstetrics & Gynecology, Oregon Health & Science University, Портланд, Орегон, США</p>	Акушерство и гинекология	США	Региональное бюро для стран Америки
<p>Г-жа Ван Тонг (<i>Ms Van T Tong</i>) Epidemiologist, Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Атланта, Джорджия, США</p>	Профилактика и контроль потребления табака, репродуктивное здоровье	США	Региональное бюро для стран Америки
<p>Д-р Майкл Ашер (<i>Dr Michael Ussher</i>) Reader in Health Psychology, Division of Population Health Sciences, University of London, Лондон, Великобритания</p>	Профилактика и контроль потребления табака, беременность, отказ от курения	Великобритания	Европейское региональное бюро

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Заявления о конфликте интересов

5.1. Члены группы ВОЗ по составлению руководства

В следующей таблице приводится резюме заявлений о наличии конфликта интересов, поданных членами Группы ВОЗ по составлению руководства.

Внешний консультант	Тип заинтересованности	Описание	Сумма дохода или заинтересованности
Фернандо Алтабе (<i>Fernando Althabe</i>)	Не заявлено		
Жаклин Белл (<i>Jacqueline Bell</i>)	Не заявлено		
Ив Бержевен (<i>Yves Bergevin</i>)	Не заявлено		
Линда Болд (<i>Linda Bauld</i>)	A, D	<ul style="list-style-type: none">– Научный консультант по контролю потребления табака Министерства здравоохранения Великобритании (2007—2010 гг.)– Председатель рабочей группы Центра Национальной системы здравоохранения (NHS) по отказу от курения и подготовке специалистов по поддержке бросающих курить (NCSCST), занимающейся разработкой национальной программы подготовки специалистов по поддержке бросающих курить (2009—2011 г.)– Получал финансирование от Национального института здравоохранения и клинического мастерства Великобритании (NICE) в Лондоне на проведение систематического обзора по информированию о вреде курения при беременности	<p>Доход от оказания научно-консультационных услуг в рамках договора в размере 5000 фунтов стерлингов в год. Касается всех вопросов потребления табака, не только курения при беременности (3000 фунтов стерлингов).</p> <p>Грант Университета Бата в размере 12 000 фунтов стерлингов.</p>
София Чан (<i>Sophia Chan</i>)	Не заявлено		
Моник Чаайя (<i>Monique Chaaya</i>)	Не заявлено		
Пракаш Гупта (<i>Prakash Gupta</i>)	A	Оказывал консультационные услуги Институту общественного здоровья (Хартфорд, США) и Национальному институту исследований в области репродуктивного здоровья (Мумбаи, Индия)	4000 долларов США
Фатана Исмаил (<i>Fatamah Ismail</i>)	Не заявлено		
Маргарета Хаглунд (<i>Margaretha Haglund</i>)	Не заявлено		

Внешний консультант	Тип заинтересованности	Описание	Сумма дохода или заинтересованности
Кэтрин Мерфи (<i>Katherine Murphy</i>)	Не заявлено		
Исабель Нерин (<i>Isabel Nerin</i>)	Не заявлено		
Шерил Онкен (<i>Cheryl Oncken</i>)	A, B	Безвозмездно получила от Pfizer Inc. никотиновые ингаляторы и ингаляторы плацебо для проведения исследования об отказе от курения при беременности, финансируемого Национальными институтами здравоохранения США	25 000 долларов США за 4 года

- A. Участвовал в научной работе, связанной с темой заседания/руководства
- B. Заявил о наличии коммерческого финансового интереса в связи с темой заседания/руководства
- C. Заявил о наличии коммерческого финансового интереса, непосредственно не связанного с темой заседания/руководства
- D. Заявил о наличии некоммерческого интереса или получении грантов, связанных с темой заседания/руководства

5.2. Внешние рецензенты

В следующей таблице приводится резюме заявлений о конфликте интересов, представленных внешними рецензентами, рассмотревшими проект документа. Остальные эксперты не заявили о наличии конфликта интересов.

ФИО эксперта	Тип заинтересованности	Описание заинтересованности	Сумма дохода или заинтересованности
Д-р Рима Афифи (<i>Dr Rima Afifi</i>)	Не заявлено		
Д-р Вагида Анвар (<i>Dr Wagida A. Anwar</i>)	Не заявлено		
Д-р Джин Махоуни (<i>Dr Jeanne Mahoney</i>)	Не заявлено		
Д-р Бинг Гатри (<i>Dr Bing Guthrie</i>)	Не заявлено		
Д-р Кэролайн Синьоре (<i>Dr Caroline Signore</i>)	Не заявлено		
Д-р Джеймс Литч (<i>Dr James A Litch</i>)	Не заявлено		
Д-р Лаура Льямби (<i>Dr Laura Llambí</i>)	Не заявлено		
Д-р Эмилия Нунес (<i>Dr Emilia Nunes</i>)	Не заявлено		
Д-р Майкл Ашер (<i>Dr Michael Ussher</i>)	Не заявлено		

ФИО эксперта	Тип заинтересованности	Описание заинтересованности	Сумма дохода или заинтересованности
Д-р Наоварут Чароэнка (<i>Dr Naowarut Charoensa</i>)	Не заявлено		
Д-р Сарита Наир (<i>Dr Saritha Nair</i>)	Не заявлено		
Д-р Ци Ши (<i>Dr Qi Shi</i>)	Не заявлено		

- A. Участвовал в научной работе, связанной с темой заседания/руководства
- B. Заявил о наличии коммерческого финансового интереса в связи с темой заседания/руководства
- C. Заявил о наличии коммерческого финансового интереса, непосредственно не связанного с темой заседания/руководства
- D. Заявил о наличии некоммерческого интереса или получении грантов, связанных с темой заседания/руководства

5.3. Консультанты

Потенциальный конфликт интересов (заявленный в соответствующей форме):
отсутствует.

5.4. Технический секретариат

Потенциальный конфликт интересов (заявленный в соответствующей форме):
отсутствует.

Д-р Патрисия Дитц и г-жа Ван Тонг участвовали в заседании по составлению руководства при поддержке своей организации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Краткие профили GRADE

Рекомендация 1

Таблицы GRADE не составлялись.

Рекомендация 2

Автор(ы): Маргарет Харрис

Дата: 10 сентября 2012 г.

Вопрос: Насколько эффективными являются психосоциальные вмешательства для борьбы с табачной зависимостью при беременности?

Медицинские учреждения: все

Библиография: Chamberlain et al, 2012

Оценка качества							Число пациентов	Эффект		Качество	Важность
Число исследований	Дизайн	Риск искажений	Непоследовательность	Косвенность	Неточность	Иные соображения	Психосоциальные вмешательства как средство борьбы с табачной зависимостью при беременности	Относительный (95% ДИ)	Абсолютный		
Отказ от курения на поздних сроках беременности (оценивается на основании: биохимический контроль / собственные заявления пациентов)											
63	рандомизированные испытания	значительный ¹	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	весомых свидетельств неточности не выявлено	отсутствуют	—	—	—	СРЕДНЕЕ	КРИТИЧНАЯ
							0%	ОР 1,31 (1,20—1,50)	—		

Воздержание от потребления табака в послеродовой период (оценивается на основании: биохимический контроль / собственные заявления пациентов)													
19	рандомизированные испытания	Значительный ¹	Значительная ²	весомых свидетельств косвенности не выявлено	весомых свидетельств неточности не выявлено	отсутствуют	-	-	0%	ОР 1,33 (0,83—1,44)	-	НИЗКОЕ	КРИТИЧНАЯ
Возобновление курения (оценивается на основании: биохимический контроль / собственные заявления пациентов)													
8	рандомизированные испытания	значительный ³	весомых свидетельств непоследовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	весомых свидетельств неточности не выявлено	отсутствуют	-	-	0%	ОР .89 (0,74—1,08)	-	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ
Низкая масса тела при рождении (оценивается на основании: вес при рождении менее 2500 г)													
11	рандомизированные испытания	значительный ³	весомых свидетельств непоследовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	весомых свидетельств неточности не выявлено	отсутствуют	-	-	0%	ОР .83 (0,71—0,97)	-	СРЕДНЕЕ	КРИТИЧНАЯ
Преждевременные роды (оценивается на основании: события)													
9	рандомизированные испытания	значительный ³	весомых свидетельств непоследовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	весомых свидетельств неточности не выявлено	отсутствуют	-	-	0%	ОР .85 (0,72—0,99)	-	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ

Средняя масса тела при рождении (оценивается на основании: граммы)	
14	<p>рандомизированные испытания</p> <p>значительный²</p> <p>весомых свидетельств не последовательности не выявлено</p> <p>весомых свидетельств косвенности не выявлено</p> <p>весомых свидетельств неточности не выявлено</p> <p>поле</p> <p>0%</p> <p>увеличение средней массы тела при рождении в граммах 27,27 (7,49—47,06)</p> <p>СРЕДНЕЕ</p> <p>ВЫСОКАЯ</p>

¹ Анонимное распределение участников исследования описывается лишь в 10 исследованиях из 63, и в 7 исследованиях оно однозначно не проводилось. Лишь в незначительном числе испытаний применялась процедура обеспечения анонимности данных: трудновыполнимое условие в связи с характером лечения. В 41 исследовании процедура обеспечения анонимности данных была признана недостаточной

² Высокая необъясняемая гетерогенность ($I^2 = 68,4\%$)

³ Процедура обеспечения анонимности данных не проводилась, анонимное распределение участников исследования не носит четкого характера

Рекомендация 3

ТАБЛИЦА GRADE

Автор(ы): Маргарет Харрис

Дата: 13 сентября 2012 г.

Вопрос: Следует ли использовать НЗТ в целях поддержки усилий беременных женщин по отказу от курения?

Медицинские учреждения: все

Библиография: Coleman et al, 2012 г.

Оценка качества							Число пациентов		Эффект		Качество	Важность
Число исследований	Дизайн	Риск искажений	Непоследовательность	Косвенность	Неточность	Иные соображения	Использование НЗТ в целях поддержки усилий беременных женщин по отказу от курения	Контроль	Относительный (95% ДИ)	Абсолютный		
Отказ от курения (оценивается на основании: биохимический контроль / собственные заявления пациентов)												
6	рандомизированные испытания	значительные риски искажения отсутствуют	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	существенная ¹	отсутствуют	0/841 (0%)	0/904 (0%)	ОР 1,33 (0,93—1,91)	-	СРЕДНЕЕ	КРИТИЧНАЯ
								0%				
Выкидыш/самопроизвольный аборт (оценивается на основании: число событий)												
3	рандомизированные испытания	значительные риски искажения отсутствуют	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	существенная ¹	отсутствуют	-	-	ОР 1,24 (0,37—4,17)	-	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ
								0%				

Мертворождения (оценивается на основании: число событий)											
3	рандомизированные испытания	значительные риски искажения отсутствуют	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	существенная ¹	отсутствуют	-	0%	OR 1,98 (0,55—7,07)	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ
Преждевременные роды (оценивается на основании: число событий)											
4	рандомизированные испытания	значительные риски искажения отсутствуют	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	существенная ¹	отсутствуют	-	0%	OR 0,85 (0,57—1,26)	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ
Поступление новорожденного в отделение интенсивной терапии (оценивается на основании: число событий)											
3	рандомизированные испытания	значительные риски искажения отсутствуют	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	существенная ¹	отсутствуют	-	0%	OR 0,94 (0,64—1,38)	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ
Смерть в неонатальном периоде (оценивается на основании: число событий)											
3	рандомизированные испытания	значительные риски искажения отсутствуют	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	существенная ¹	отсутствуют	-	0%	OR 0,28 (0,06—1,41)	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ
Кесарево сечение (оценивается на основании: число событий)											
1	рандомизированные испытания	значительные риски искажения отсутствуют	весомых свидетельств не последовательности не выявлено	весомых свидетельств косвенности не выявлено	существенная ¹	отсутствуют	-	0%	OR 1,36 (0,06—1,41)	СРЕДНЕЕ	ВЫСОКАЯ

¹ Величина эффекта отличается широкими доверительными интервалами

Рекомендация 4

Таблицы GRADE не составлялись.

Рекомендация 5

Поскольку в связи с разнообразием мер и вмешательств, направленных на получение определенных исходов, применение традиционных профилей классификации было неприемлемым, для классификации доказательств был использован скорректированный формат.

Вопрос PICO: 5. Эффективны ли вмешательства ¹ , направленные на снижение воздействия пассивного курения на беременных женщин в домашних условиях?				
		Классификация	Оценка качества доказательств	
Оценка качества	Число исследований/исходная оценка		5 РКИ	Высокая
	Факторы, снижающие уровень доверия	Ограничения дизайна исследований	Значительные — в 3 из 5 исследований для измерения исходов использовались собственные заявления пациентов ²	Снижение до средней
		Непоследовательность	Весомых свидетельств не последовательности не выявлено	нет изменений (н/и)
		Косвенность	Весомых свидетельств косвенности не выявлено	н/и
		Неточность	Существенная — небольшое число участников и событий ³	Снижение до средней
		Искажения, связанные с предпочтительной публикацией результатов исследования	Не выявлено	н/и
	Факторы, повышающие уровень доверия	Сильная взаимосвязь	–	н/и
		Градиент зависимости «доза—эффект»	–	н/и
		Сниженный риск допустимого искажения	–	н/и
	Итоговая общая оценка			Низкое качество
Краткие выводы	Заключение о качестве доказательства	Качество доказательств классифицировано как низкое, что указывает на отсутствие уверенности в отношении оценки эффекта		
	Вывод	Дальнейшие исследования с высокой долей вероятности значительно повлияют на уровень доверия в отношении оценки эффекта и могут изменить эту оценку		

Примечания:

¹ **Вмешательства** носили комплексный характер и значительно различались в зависимости от того или иного исследования. Они включали в себя рекомендации акушеров, врачей общей практики или сестер-акушеров, предоставление методических материалов, включая видео, иллюстрации и буклеты, напоминания после обращения за антенатальной помощью, использование когнитивно-поведенческой терапии, позволяющей пациенткам более эффективно проводить переговоры со своими партнерами, консультирование мужей и партнеров, предоставление никотинзаместительной терапии для партнеров.

² **Исходы:** общие — воздействие пассивного курения, измеряемое на основании собственных заявлений пациентов, уровня содержания окиси углерода в крови партнеров (1 исследование), уровня содержания никотина в волосах женщин (1 исследование).

³ **Размер выборки в исследованиях / частота событий:** размеры выборки были относительно небольшими (средний размер выборки составлял 130—758), с высокой невозможностью последующего наблюдения (10—30%) и, следовательно, низкой частотой событий. Лишь в одном исследовании планировалась последующая обработка анализа. Расхождения во вмешательствах препятствовали проведению мета-анализа.

Литература: исследования, подлежащие классификации

1. Stanton et al., *Preventive Medicine*, 2004.
2. Loke and Lam, *Patient Education and Counseling*, 2005.
3. El-Mohandes et al., *Pediatrics*, 2010.
4. Kazemi et al., *Health Education Research*, 2012.
5. Yang, *Chinese Journal of Prevention and Control of Chronic Diseases*, 2010 [Information from abstract].

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Таблицы решений, обобщающие ценности, предпочтения и заключения относительно силы рекомендаций

Оценка потребления табака и пассивного курения при беременности	
Доказательства, использованные при вынесении рекомендаций	
Преимущества	Более активное выявление лиц, потребляющих табак, и женщин, подвергающихся пассивному курению
Недостатки	Ухудшение взаимоотношений между медицинскими работниками и беременными женщинами, которое ставит под угрозу качество антенатальной помощи Угрожает миру в семье
Ценности и предпочтения	
За	Расширяет возможности женщин для получения поддержки по отказу от курения
Против	Ограничения профессионального характера, связанные с нехваткой времени и ресурсов и риском ухудшения взаимоотношений с клиентами
Степень реализуемости (включая экономические последствия)	Увеличение сроков продолжительности консультаций (может иметь экономические и кадровые последствия) Расходы, связанные с внесением изменений в стандартные документы и медицинские карты Проведение дополнительного обучения медицинских работников правильным методикам оценки

Заключения относительно силы рекомендаций

Факторы	Решение
Является ли качество доказательства высоким или средним? <i>Чем выше качество доказательства, тем выше вероятность того, что рекомендация будет классифицирована как сильная.</i>	Да Нет
Существует ли уверенность в наличии баланса положительных и отрицательных эффектов? <i>Можно ли говорить о том, что ожидаемые положительные эффекты однозначно перевешивают любые выявленные отрицательные эффекты/нагрузку, с которыми сталкивается целевая популяция и ее сообщества?</i>	Да Нет
Являются ли ценности и предпочтения целевой популяции и ее сообществ однозначным свидетельством в пользу рекомендации?	Да Нет
Реализуемость: существует ли уверенность в наличии баланса положительных эффектов и потребляемых ресурсов? <i>Имеют ли ожидаемые положительные эффекты больший вес, чем сопутствующие расходы и любые трудности, сопряженные с применением или реализацией рекомендации?</i>	Да Нет

Сила рекомендации: **сильная**

Вмешательства, направленные на отказ от потребления табака при беременности (психосоциальные вмешательства)	
Доказательства, использованные при вынесении рекомендаций	
Преимущества	<p>Более высокая вероятность отказа от курения, так как женщины более восприимчивы к такого рода информации во время беременности</p> <p>Улучшение общего состояния здоровья у беременных женщин</p> <p>Улучшение исходов беременности (сокращение числа преждевременных родов, увеличение общей массы тела новорожденного, снижение числа новорожденных с низкой массой тела)</p> <p>Общее улучшение психологического самочувствия (Chamberlain et al., 2012)</p> <p>Увеличение веса у женщин (Chamberlain et al., 2012)</p> <p>Высвобождение дополнительных средств, возможность потратить сэкономленные средства на другие нужды</p>
Недостатки	<p>Неприятные симптомы, вызванные никотиновой абстиненцией (Balfour 2004; Hughes 2007), у беременных женщин могут проявляться сильнее в связи с физиологическими перестройками во время беременности, усиливающими метаболизм никотина (Ebert and Fahy 2009)</p>
Ценности и предпочтения	
За	<p>Личное взаимодействие и поддержка</p> <p>Разработка стратегий по преодолению трудностей</p> <p>Сокращение пассивного курения в местных сообществах</p> <p>Снижение бремени болезней, вызванных курением, в местных сообществах</p> <p>Увеличение веса женщин как потенциальный фактор улучшения общего материнского здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода (Chamberlain et al., 2012)</p> <p>Положительная реакция со стороны партнеров, членов семей и коллег</p>
Против	<p>Убежденность в том, что отказ от курения неизбежно ведет к увеличению веса у матери</p> <p>Стигматизация курильщиков</p> <p>Отрицательная реакция со стороны партнеров, членов семей и коллег</p>

Степень реализуемости (включая экономические последствия)	Неудобства для женщин
	Отсутствие дополнительных расходов в том случае, если эти вмешательства становятся частью стандартной медицинской помощи
	Требуется подготовка специалистов и разработка долгосрочной программы работы
	В четырех исследованиях делаются выводы о том, что вмешательства отличаются высокой рентабельностью (Windsor 1985, Ershoff 1989, Dornelas 2006, Parker 2007, Taylor 2009)

Заклучения относительно силы рекомендаций

Факторы	Решение
Является ли качество доказательства высоким или средним? <i>Чем выше качество доказательства, тем выше вероятность того, что рекомендация будет классифицирована как сильная</i>	Да Нет
Существует ли уверенность в наличии баланса положительных и отрицательных эффектов? <i>Можно ли говорить о том, что ожидаемые положительные эффекты однозначно перевешивают любые выявленные отрицательные эффекты/нагрузку, с которыми сталкивается целевая популяция и ее сообщества?</i>	Да Нет
Являются ли ценности и предпочтения целевой популяции и ее сообществ однозначным свидетельством в пользу рекомендации?	Да Нет
Реализуемость: существует ли уверенность в наличии баланса положительных эффектов и потребляемых ресурсов? <i>Имеют ли ожидаемые положительные эффекты больший вес, чем сопутствующие расходы и любые трудности, сопряженные с применением или реализацией рекомендации?</i>	Да Нет

Сила рекомендации: **сильная**

Вмешательства, направленные на отказ от потребления табака (фармакологические вмешательства)¹	
Доказательства, использованные при вынесении рекомендаций	
Преимущества	Снижение уровня курения среди матерей и последующее улучшение состояния здоровья матери (сокращение риска сердечнососудистых и легочных заболеваний и т. д.) и плода (увеличение массы тела при рождении и т. д.)
Недостатки	В связи с рисками возможной фетотоксичности подобные вмешательства рекомендованы при беременности только в тех случаях, если прежние попытки отказа от курения без никотинзаместительной терапии не увенчались успехом (США и Великобритания).
Ценности и предпочтения	
За	Возможное сокращение временных затрат, связанных с посещением консультантов-психотерапевтов Более высокий уровень гибкости и личной восприимчивости

1 В связи с отсутствием данных, подтверждающих безопасность использования бупропиона и варениклина, члены ГСР ранее приняли решение выступить против применения данных препаратов в качестве средств помощи в отказе от курения во время беременности. Обсуждение преимуществ, недостатков, ценностей и предпочтений целевой популяции в отношении использования фармакотерапии в целях отказа от потребления табака, описанное в данной таблице, относится исключительно к использованию НЗТ во время беременности.

Против	<p>Отсутствие уверенности в безопасности такого рода вмешательств при беременности (Flemming et al., 2012)</p> <p>Отсутствие уверенности в том, что такого рода вмешательства могут помочь преодолеть привычку курения (Flemming et al., 2012)</p> <p>Обеспокоенность общественности по поводу возможной угрозы для плода</p> <p>Неприятные побочные эффекты (остаточный привкус, головокружение, головная боль), которые участницы испытаний называли в качестве причины отказа от лечения (Myung et al., 2012)</p> <p>Согласно данным об уровне соблюдения рекомендованного лечения, большинство женщин не проходят полный курс предлагаемой НЗТ (Coleman et al., 2012)</p>
Степень реализуемости (включая экономические последствия)	<p>Согласно результатам экономического анализа, который проводился в 2009 году в рамках подготовки руководства Национального института здравоохранения и клинического мастерства Великобритании (NICE), фармакотерапия является экономически эффективным методом при условии, что общие расходы на проведение вмешательства не превышают 650 фунтов стерлингов (Taylor M, 2009)</p> <p>Использование НЗТ может быть более удобным и целесообразным для тех работников здравоохранения, которые полагают, что не обладают достаточными навыками консультирования по отказу от курения (Baxter et al., 2009)</p>

Заключения относительно силы рекомендаций

Факторы	Решение
<p>Является ли качество доказательства высоким или средним? <i>Чем выше качество доказательства, тем выше вероятность того, что рекомендация будет классифицирована как сильная.</i></p>	<p>Да Нет</p>
<p>Существует ли уверенность в наличии баланса положительных и отрицательных эффектов? <i>Можно ли говорить о том, что ожидаемые положительные эффекты однозначно перевешивают любые выявленные отрицательные эффекты/нагрузку, с которыми сталкивается целевая популяция и ее сообщества?</i></p>	<p>Да Нет</p>
<p>Являются ли ценности и предпочтения целевой популяции и ее сообществ однозначным свидетельством в пользу рекомендации?</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Реализуемость: существует ли уверенность в наличии баланса положительных эффектов и потребляемых ресурсов? <i>Имеют ли ожидаемые положительные эффекты больший вес, чем сопутствующие расходы и любые трудности, сопряженные с применением или реализацией рекомендации?</i></p>	<p>Да Нет</p>

Сила рекомендации: **сильная**

Защита от пассивного курения (общественные места, свободные от табачного дыма)

Доказательства, использованные при вынесении рекомендаций

Преимущества	Создание благоприятных условий для отказа от табака (ст. 14 РКБТ)
	Общее улучшение здоровья популяции в целом
	Снижение уровня потребления табака среди популяции в целом
	Расширение прав некурящего населения в целях защиты от пассивного курения
	Реагирование на требования общественности о создании мест, свободных от табачного дыма
	Более активная общественная поддержка политики свободы от табачного дыма
	Возможности поддержки программ борьбы с табаком со стороны СМИ
	Медицинские учреждения, свободные от табачного дыма:
	Снижение воздействия пассивного курения на клиентов медицинских учреждений, включая беременных женщин
	Снижение уровня потребления табака среди работников медицинских учреждений
Обеспечение единства подхода на уровне всей системы здравоохранения: соблюдение принципа «следуй собственным советам»	
Рабочие места, свободные от табачного дыма:	
Снижение воздействия пассивного курения на работников организаций, включая беременных женщин	
Снижение потребления табака среди беременных женщин и их курящих коллег	
Возможное повышение производительности труда в случае отказа сотрудников от курения	
Общественные места, свободные от табачного дыма:	
Снижение воздействия пассивного курения на популяцию в целом, включая беременных женщин	
Недостатки	Потенциальные риски ухудшения отношений в коллективе
	Потенциальные риски стигматизации курящих или некурящих сотрудников
	Создание благоприятных условий для продвижения бездымной табачной продукции табачными кампаниями
Ценности и предпочтения	
За	Значительная общественная поддержка идеи о создании среды, свободной от табачного дыма
	Усиление социального противостояния потреблению табака
Против	Создание неудобств для курящих

Степень реализуемости (включая экономические последствия)	<p>Программы по борьбе с курением являются экономически эффективными. Согласно предварительной оценке, общая сумма расходов, необходимых для реализации четырех популяционных и наиболее экономически выгодных мер, ориентированных на снижение потребления табака и описанных в РКБТ ВОЗ (включая общее управление программой и поддержку СМИ), составит 0,6 млрд долл. США для всех стран с низким и средним уровнем доходов, или 0,11 долл. США на человека (ВОЗ 2011).</p> <p>Программы по борьбе с курением не приводят к финансовым убыткам для индустрии гостеприимства (IARC Vol 13)</p> <p>Странам может потребоваться время для принятия и реализации соответствующих законов</p> <p>Меры по обеспечению соблюдения законов могут потребовать выделения дополнительных финансовых и кадровых ресурсов</p> <p>Штрафы за нарушение законов могут стать источником дополнительного дохода для системы здравоохранения</p> <p>Затраты на оказание помощи в отказе от курения</p> <p>Возмещение издержек системы здравоохранения в долгосрочной перспективе за счет минимизации бремени болезней, связанных с курением</p> <p>Возможности для снижения расходов на материально-техническое обеспечение, выплат по страхованию предпринимательских рисков и т. д. (IARC, Vol 13)</p> <p>Снижение рисков возникновения пожара</p> <p>Рост производительности</p> <p>Трудности, связанные с обеспечением соблюдения программ в домах, где проживает несколько семей</p>
--	---

Заключения относительно силы рекомендаций

Факторы	Решение
<p>Является ли качество доказательства высоким или средним?</p> <p><i>Чем выше качество доказательства, тем выше вероятность того, что рекомендация будет классифицирована как сильная</i></p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>
<p>Существует ли уверенность в наличии баланса положительных и отрицательных эффектов?</p> <p><i>Можно ли говорить о том, что ожидаемые положительные эффекты однозначно перевешивают любые выявленные отрицательные эффекты/ нагрузку, с которыми сталкивается целевая популяция и ее сообщества?</i></p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>
<p>Являются ли ценности и предпочтения целевой популяции и ее сообществ однозначным свидетельством в пользу рекомендации?</p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>
<p>Реализуемость: существует ли уверенность в наличии баланса положительных эффектов и потребляемых ресурсов?</p> <p><i>Имеют ли ожидаемые положительные эффекты больший вес, чем сопутствующие расходы и любые трудности, сопряженные с применением или реализацией рекомендации?</i></p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>

Сила рекомендации: **сильная**

Защита от пассивного курения (дома, свободные от табачного дыма)	
Доказательства, использованные при вынесении рекомендаций	
Преимущества	<p>Снижение воздействия пассивного курения на беременную женщину, плод и членов семьи</p> <p>Дополнительные возможности для укрепления здоровья благодаря снижению воздействия пассивного курения (низкая масса тела при рождении, СВДС)</p> <p>Повышение осведомленности о рисках пассивного курения среди беременных женщин, их партнеров, членов семей и социальных сетей в целом</p> <p>Повышение уровня психосоциальной поддержки беременной женщины со стороны ее партнера</p> <p>Взаимодействие внутри пары или среди членов семьи может помочь беременной женщине в ее попытках снизить интенсивность курения или полностью отказаться от курения и воздерживаться от него в дальнейшем</p> <p>Возможный отказ от курения со стороны партнеров</p> <p>Увеличение свободного дохода</p>
Недостатки	<p>Риски возникновения конфликта с партнером/членами семьи</p> <p>Риски социальной изоляции беременных женщин (например, беременная женщина вынуждена выходить из помещения всякий раз, когда ее партнер или другой член семьи курит)</p> <p>Изменение норм поведения, принятых в семье (включая дальних родственников), может привести к спорам и конфликтам</p> <p>Может стать косвенной причиной отказа беременной женщины от антенатальной помощи, если беременная женщина или члены ее семьи сочтут эти меры оскорбительными</p>
Ценности и предпочтения	
За	<p>Более эффективная реализация положений Конвенции о защите прав человека и основных свобод, Конвенции о правах ребенка (ст. 6 и 24)¹ и Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака².</p> <p>Усиление государственной политики по борьбе с курением</p> <p>Привлечение внимания мужей, партнеров и других членов семей к проблемам, связанным с беременностью</p> <p>Более активное взаимодействие с мужьями и партнерами беременных женщин</p> <p>Могут снизить риск того, что дети или другие члены семей начнут курить</p> <p>Вмешательства носят приемлемый характер для партнеров (Baxter et al., 2012; Tong et al., 2012)</p>

1 <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm#art6>

2 http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

Против	<p>Риски возникновения семейных разногласий между беременной женщиной и ее мужем или другими курящими членами ее семьи</p> <p>Риски стигматизации других курящих членов семьи</p> <p>Медицинские работники могут испытывать неловкость в связи с необходимостью задавать вопросы о партнере и других членах семьи и проводить вмешательство</p> <p>Возможные трудности, связанные с необходимостью просить гостей воздержаться от курения и обусловленные культурными нормами</p>
Степень реализуемости (включая экономические последствия)	<p>Краткие и простые консультации и предоставление справочной информации беременным женщинам для содействия их отказу от курения или сокращения пассивного курения является экономически оправданной и целесообразной мерой, которая может применяться в странах с низким и средним уровнем дохода (Loke and Lam 2005)</p> <p>Использование стандартного лечения по отказу от курения в отношении партнеров может быть эффективным (Staton et al., 2004) и экономически выгодным.</p> <p>Информация о возможности взаимодействия с партнерами и предоставления им лечения в странах с низким и средним уровнем дохода отсутствует</p> <p>Обеспечение свободы от табачного дыма в домашних условиях может быть затруднительным из-за особенностей архитектуры домов (например, если речь идет о квартирах в многоэтажных зданиях). Курящие члены семьи могут быть вынуждены оставлять детей без присмотра, чтобы выйти покурить</p> <p>Трудности, связанные с введением государственного запрета на курение в домах, а также, в случае принятия такого запрета, с обеспечением его исполнения</p> <p>Недостаточное взаимодействие с партнерами со стороны служб здравоохранения</p> <p>Медицинские работники не располагают достаточным временем, уровнем подготовки и проч.</p> <p>Возможность мобилизации общественности</p>

Заключения относительно силы рекомендаций

Факторы	Решение
<p>Является ли качество доказательства высоким или средним?</p> <p><i>Чем выше качество доказательства, тем выше вероятность того, что рекомендация будет классифицирована как сильная.</i></p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>
<p>Существует ли уверенность в наличии баланса положительных и отрицательных эффектов?</p> <p><i>Можно ли говорить о том, что ожидаемые положительные эффекты однозначно перевешивают любые выявленные отрицательные эффекты/нагрузку, с которыми сталкивается целевая популяция и ее сообщества?</i></p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>
<p>Являются ли ценности и предпочтения целевой популяции и ее сообществ однозначным свидетельством в пользу рекомендации?</p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>
<p>Реализуемость: существует ли уверенность в наличии баланса положительных эффектов и потребляемых ресурсов?</p> <p><i>Имеют ли ожидаемые положительные эффекты больший вес, чем сопутствующие расходы и любые трудности, сопряженные с применением или реализацией рекомендации?</i></p>	<p>Да</p> <p>Нет</p>

Сила рекомендации: **сильная**

Дополнительная информация предоставляется по запросу
Департаментом профилактики неинфекционных заболеваний
(Prevention of Noncommunicable Diseases)
Инициативой по освобождению от табачной зависимости
(Tobacco Free Initiative)


Всемирная организация здравоохранения
Швейцария, CH-1211, Женева 27, авеню Аппия, 20

(World Health Organization

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland)

Эл. почта: tfi@who.int

Сайт: www.who.int/tfi



Дополнительная информация предоставляется по запросу
Департаментом профилактики неинфекционных заболеваний
(*Prevention of Noncommunicable Diseases*)
Инициативой по освобождению от табачной зависимости
(*Tobacco Free Initiative*)

Всемирная организация здравоохранения
Швейцария, CH-1211, Женева 27, авеню Аппия, 20
(*World Health Organization*
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland)
Эл. почта: tfi@who.int
Сайт: www.who.int/tfi



9 789244 506073