

# Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 1

## Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

### 1. Российское респираторное общество:

Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О., Авдеев С.Н., Эргешов А.Э., Романов В.В., Русакова Л.И.

### 2. Российская ассоциация наркологов:

Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И., Надеждин А.В., Тетендова Е.Ю.

Клинические рекомендации (протоколы) – это систематически разрабатываемые документы, предназначенные для практических врачей с целью помощи в принятии решений в конкретной клинической ситуации. Клинические рекомендации разработаны на принципах доказательной медицины, регламентируют назначение диагностических и лечебных вмешательств при алкогольном абстинентном состоянии, тем самым помогают снижать число врачебных ошибок. Клинические рекомендации являются в настоящее время обязательной основой оказания медицинской помощи.

Клинические рекомендации по синдрому зависимости от табака, синдрому отмены табака были разработаны Российским респираторным обществом и Ассоциацией наркологов в 2018 г., утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации и размещены в реестре клинических рекомендаций Минздрава (идентификационный номер – КР601). Клинические рекомендации разработаны на базе комплексного подхода лечения табачной (никотиновой) зависимости и последствий потребления табака и никотина, что существенно повышает эффективность лечения. Настоящий проект является пересмотром Клинических рекомендаций, который требуется проводить каждые 3 года для подтверждения уровня убедительности рекомендаций и уровня достоверности доказательств подходов, включенных в рекомендации. В настоящей версии расширена информация о табачных и никотинсодержащих продуктах, употребление которых может приводить к развитию никотиновой зависимости. Включен раздел по оценке статуса употребления табака/никотина и краткой консультации врачами всех специальностей при осмотре пациентов, потребляющих табак/никотин. Включен раздел оказания медицинской помощи лицам с никотиновой зависимостью, находящимся на лечении в стационарных условиях по поводу различных заболеваний. Это дает возможность в стационарах, где употребление табачной и никотинсодержащей продукции запрещено, оказывать помощь пациентам с никотиновой зависимостью с целью снижения развития симптомов отмены, усиления мотивации к отказу от употребления табака/никотина и началу лечения болезни.

Клинические рекомендации разработаны под эгидой Главного внештатного специалиста психиатра-нарколога Минздрава России Е.А. Брюна и Главного внештатного специалиста пульмонолога Минздрава России С.Н. Авдеева.

**Ключевые слова:** синдром зависимости от табака; синдром отмены табака; никотиновая зависимость; табачная зависимость; лечение никотиновой зависимости; никотинзаместительная терапия; бронхиальная обструкция у курящих; взрослые; отказ от табака.

**Для цитирования:** Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О., Авдеев С.Н., Эргешов А.Э., Романов В.В., Русакова Л.И., Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И., Надеждин А.В., Тетендова Е.Ю. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 1. *Наркология* 2021; 20(6): 23-37.

**DOI:** 10.25557/1682-8313.2021.06.23-37

**Автор для корреспонденции:** Брюн Евгений Алексеевич; **e-mail:** mnpn@zdrav.mos.ru

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов.

В случае сообщения о наличии конфликта интересов член(ы) рабочей группы был(и)исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

**Поступила:** 23.04.2021.

## ***Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. Clinical guidelines. Project. Part 1***

**Working group for the development and revision of clinical guidelines**

### **1. Russian Respiratory Society:**

Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagay O.O., Avdeev S.N., Ergeshov A.E., Romanov V.V., Rusakova L.I.

### **2. Russian Association of Narcologists:**

Brun E.A., Buzik O. Zh., Kutushev O.T., Lykov V.I., Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu.

Clinical guidelines (clinical protocols) are systematically developed documents intended to assist practitioner decisions in specific clinical circumstances. Clinical guidelines that are developed on the principles of evidence-based medicine regulate the appointment of diagnostic and therapeutic interventions for alcohol withdrawal assisting to reduce medical malpractice. Currently, clinical guidelines are a mandatory basis for the provision of medical care.

Clinical guidelines on tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome were developed by the Russian Respiratory Society and the Association of Narcologists in 2018, approved by the Ministry of Health of the Russian Federation and placed in the register of clinical guidelines of the Ministry of Health (identification number KR601). Clinical guidelines are developed on the basis of an integrated approach to the treatment of tobacco (nicotine) addiction and the consequences of tobacco and nicotine consumption, which significantly increases the effectiveness of treatment. This draft is a revision of the Clinical Practice Guidelines, which is required every 3 years to confirm the level of credibility of the recommendations and the level of evidence of the approaches included in the recommendations. In this version, information on tobacco and nicotine-containing products, the use of which can lead to the development of nicotine addiction, has been expanded. Included is a section on assessing the status of tobacco / nicotine use and a brief consultation by doctors of all specialties when examining patients who use tobacco / nicotine. Included is a section on the provision of medical care to persons with nicotine addiction who are undergoing treatment in an inpatient setting for various diseases. This makes it possible in hospitals where the use of tobacco and nicotine-containing products is prohibited, to provide assistance to patients with nicotine addiction in order to reduce the development of withdrawal symptoms, increase motivation to quit tobacco / nicotine use and start treatment for the disease. The clinical guidelines were developed under the auspices of the Chief Freelance Psychiatrist-Narcologist of the Ministry of Health of Russia E.A. Brune and the Chief Freelance Specialist of the Pulmonologist of the Ministry of Health of Russia S.N. Avdeev.

**Key words:** tobacco dependence syndrome; tobacco withdrawal syndrome; nicotine addiction; tobacco addiction; treatment of nicotine addiction; nicotine replacement therapy; bronchial obstruction in smokers; adults; quitting tobacco.

**For citation:** Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagay O.O., Avdeev S.N., Ergeshov A.E., Romanov V.V., Rusakova L.I., Brun E.A., Buzik O. Zh., Kutushev O.T., Lykov V.I., Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu. Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. Clinical guidelines. Project. Part 1. *Narkologija [Narcology]* 2021; 20(6): 23-37. (In Russ.).

**DOI:** 10.25557/1682-8313.2021.06.23-37

**Corresponding author:** Evgeny A. Bryun; **e-mail:** mnpncn@zdrav.mos.ru

**Funding.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Accepted:** 23.04.2021.

### **Список сокращений**

ИК – индекс курения;  
 мг – миллиграмм;  
 мкг – микрограмм;  
 МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра  
 НЗТ – никотинзаместительная терапия;  
 ОФВ1 – объем форсированного выдоха за первую секунду;  
 ПСВ – пиковая скорость выдоха при проведении пикфлоуметрии либо спирометрического теста форсированного выдоха;  
 РФ – Российская Федерация;  
 ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких при проведении спирометрического теста форсированного выдоха;

ЦНС – центральная нервная система;  
 ЭСДН – электронные средства доставки никотина  
 ЭСНТ – электронные средства нагревания табака  
 СО – монооксид углерода;  
 GATS – Global Adult Tobacco Survey (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака);  
 ррт – единица измерения каких-либо относительных величин, означает число частиц данного вещества в миллионе частиц анализируемой смеси;

### **Термины и определения**

**Табачные продукты** – любая табачная и никотинсодержащая продукция.

**Никотинсодержащая продукция** – изделия, которые содержат никотин (в том числе полученный путем синтеза) или его производные, включая соли ни-

котина, предназначенные для потребления никотина и его доставки посредством сосания, жевания, нюхания или вдыхания, в том числе изделия с нагреваемым табаком, растворы, жидкости или гели с содержанием жидкого никотина в объеме не менее 0,1 мг/мл, никотинсодержащая жидкость, порошки, смеси для сосания, жевания, нюхания, и не предназначенные для употребления в пищу (за исключением медицинских изделий и лекарственных средств, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации, пищевой продукции, содержащей никотин в натуральном виде, и табачных изделий).

**Кальян** – прибор, который используется для генерирования аэрозоля, пара или дыма, возникающих от тления и (или) нагревания табака либо продуктов, не содержащих табачного листа, и в котором аэрозоль, пар или дым проходят через сосуд, наполненный жидкостью.

**Толерантность** – это снижение реакции на повторное введение лекарств, наркотиков или психоактивных веществ; привыкание организма, ввиду чего требуется всё большая и большая доза для достижения присущего веществу эффекта.

**Бронхообструктивный синдром** – клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением проходимости воздуха по бронхам вследствие сужения или окклюзии дыхательных путей с последующим увеличением сопротивления дыхательных путей к вдыхаемому воздушному потоку.

**Гиперреактивность бронхов** – это состояние дыхательных путей, выражающееся в их повышенной реак-

ции на различные химические, физические или фармакологические раздражители, когда бронхоспазм развивается в ответ на воздействие, не вызывающее такой реакции у большинства здоровых лиц.

### Методология разработки клинических рекомендаций

Представленные Рекомендации являются пересмотром Клинических рекомендаций по синдрому зависимости от табака и синдрому отмены табака, принятых в Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения) Минздрава РФ в 2018 г. (ID601). Усовершенствование Рекомендаций проводилось с учетом новых результатов эпидемиологических, рандомизированных клинических исследований и метаанализов, проведенных в Российской Федерации и за рубежом. Сбор и селекция доказательств производились в библиотеке Кохрейн, библиотеке международных клинических рекомендаций, в отечественной научной электронной библиотеке eLibrary.

**Целевая аудитория клинических рекомендаций:** врачи-терапевты; врачи общей практики; врачи-пульмонологи; врачи-кардиологи; врачи терапевтических специальностей; врачи психиатры-наркологи; врачи-психиатры; студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

#### Уровни достоверности доказательности

Уровень достоверности	Тип данных
1a	Мета анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)
1b	Хотя бы одно РКИ
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Хотя бы одно хорошо выполненное квазиэкспериментальное исследование
3	Хорошо выполненные не экспериментальные исследования: сравнительные, корреляционные или «случай-контроль»
4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

#### Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Основание рекомендации
A	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
B	Основана на результатах клинических исследований хорошего дизайна, но без рандомизации
C	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации

## Порядок обновления клинических рекомендаций

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

### 1. Краткая информация

#### 1.1. Определение

**Табачная (никотиновая) зависимость** — это хронически протекающее болезненное состояние, характеризующееся быстро развивающимся и стойким влечением к повторным приемам табачной или другой никотинсодержащей продукции с целью получения удовольствия или поддержания состояния психического и физического комфорта, а также развития синдрома отмены в случае невозможности удовлетворения возникающей тяги к этому продукту. В МКБ-10 вместо обозначения *табачная (никотиновая) зависимость* используется термин *синдром зависимости от табака*, который включен в раздел «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F10-F19), содержащую специальную рубрику «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака» (F17).

**Синдром зависимости от табака** — это комплекс поведенческих, когнитивных и соматических симптомов, который возникает после неоднократного использования табака или никотина и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контроле его употребления; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления табака или никотина в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления и иногда состояние абстиненции [1].

**Синдром отмены табака** — это группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих после уменьшения или прекращения поступления никотина в организм зависимого от него человека [1].

В основе развития заболевания лежит взаимодействие никотина с альфа-4-бета-2-ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга, вызывающее развитие никотиновой зависимости [1].

Критерии синдрома зависимости от табака в МКБ-10 включают в себя 3 и более симптома из ниже перечисленных 6 симптомов, наблюдающиеся на протяжении 12 месяцев:

1. Существует постоянное желание к приему табачных продуктов;

2. Безуспешные попытки сократить или контролировать использование никотина. Никотин часто при-

нимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;

3. Симптомы отмены: а) критерии отмены, характерные для никотина; б) никотин или близко связанные вещества принимаются для облегчения или предотвращения симптомов отмены;

4. Повышение толерантности, проявляющееся: а) в отсутствии тошноты, головокружения и других характерных симптомов, несмотря на использование значительных количеств никотина; б) недостаточном эффекте, наблюдаемом при продолжительном использовании одного и того же количества табачных продуктов;

5. Много времени тратится на деятельность, необходимую для приобретения никотинсодержащих продуктов; из-за потребления никотина уменьшается или прекращается социальная, профессиональная или развлекательная активность;

6. Использование никотина продолжается, несмотря на имеющиеся признаки вредных последствий, которые, скорее всего, были вызваны или усугубляются из-за никотина.

Критерием синдрома отмены табака является наличие любых двух из следующих симптомов и признаков, возникающих после частичного и полного отказа от употребления табачных продуктов:

- сильное желание употребить табачные продукты;
- общее недомогание или слабость;
- дисфория;
- раздражительность или беспокойство;
- бессонница;
- повышение аппетита;
- усиление кашля;
- трудности с концентрацией внимания.

#### 1.2. Этиология и патогенез

Основной причиной развития синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака является употребление табачной и никотинсодержащей продукции (далее — табачные продукты). К табачной продукции относятся курительные табачные изделия (сигареты, сигары, сигариллы, курительные трубки, папиросы, самокрутки, кальяны с табаком) и бездымные табачные изделия (ротовой табак, сосательный, нюхательный и жевательный). К никотинсодержащей продукции относятся электронные средства доставки никотина (ЭСДН), включая вейпы, и электронные средства нагревания табака (ЭСНТ). В результате их употребления в артериальную кровь человека доставляется никотин. В среднем достаточно 7 секунд после вдыхания табачного дыма, пара или аэрозоля, чтобы никотин достиг мозга. Никотин взаимодействует с никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами,

в результате чего происходит высвобождение дофамина и других нейромедиаторов, что является положительным подкреплением для развития никотиновой зависимости [2, 3, 4]. При прекращении такого взаимодействия развиваются симптомы отмены, которые включают в себя влечение к табаку или другим табачным продуктам, тревогу, снижение концентрации внимания, раздражительность или беспокойство, недомогание и слабость, дисфорическое настроение, усиление кашля, усиление аппетита, бессонницу [2, 3, 4]. Продолжительность проявления симптомов отмены может составлять от 7 дней до нескольких месяцев. Реже встречаются запоры, желудочно-кишечный дискомфорт, потливость, тремор пальцев рук, изменение артериального давления в сторону понижения и урежение частоты сердечных сокращений. Выраженность этих симптомов клинически значима и приводит к рецидиву у большинства лиц, пытающихся самостоятельно отказаться от табака.

Кроме никотина табачный дым содержит воду, алкалоиды, а также смолы. Табачный дым содержит около 7000 различных химических веществ, многие из которых являются факторами развития заболеваний у человека: никотин, бензапирен и другие полициклические углеводороды, N-нитрозонорникотин, β-нафтиламин, полоний-210, никель, кадмий, мышьяк и свинец. Газовая фаза табачного дыма содержит моноксид углерода (угарный газ), ацетальдегид, ацетон, метанол, оксиды азота, цианид водорода, акролеин, аммоний, бензен, формальдегид, нитрозамины и винилхлорид. Табачный дым обладает особенно сильным окислительным потенциалом, так же как и газовая фаза, и смолы содержат высокие концентрации свободных радикалов. В аэрозолях ЭСДН и ЭСНТ также обнаруживаются химические вещества, такие как формальдегид, ацетальдегид, акролеин, металлы. Многие компоненты табачного дыма являются объектами нормативных санитарно-гигиенических документов, так как обладают токсическим эффектом. В результате локального поражения бронхолегочных путей, а также системной абсорбции токсических веществ табачного дыма, развиваются заболевания различных органов и систем [5].

Вдыхаемый табачный дым или аэрозоль ЭСДН и ЭСНТ проникает через верхние дыхательные пути в альвеолы. По мере проникновения дыма вглубь респираторного тракта растворимые газы всасываются, а частички осаждаются в дыхательных путях и альвеолах. В результате у потребителей табачных продуктов довольно быстро формируются патологические процессы в бронхах, развиваются респираторные симптомы и синдромы, такие как кашель, мокрота, одышка, гиперреактивность бронхов, бронхообструктивный

синдром, а также хронический бронхит, который иногда называют «бронхит курильщика» [6].

### 1.3. Эпидемиология

В Российской Федерации распространенность потребления табака, несмотря на достигнутые существенные положительные изменения, все еще остается очень высокой. В 2016 году под руководством Министерства здравоохранения РФ было проведено репрезентативное эпидемиологическое исследование «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Global adult tobacco survey, GATS)» [7]. По данным исследования, 30,5% (36,4 млн чел.) всех взрослых постоянно употребляли табак в любом виде (49,8% среди мужчин и 14,5% среди женщин). Курительный табак употребляли 30,3% из них (36,3 млн чел.) – 49,5% среди мужчин и 14,4% среди женщин. Доля ежедневно курящих взрослых составила 26,1% (31,2 млн чел.) (43,9% среди мужчин и 11,3% среди женщин). В последние годы стало интенсивно распространяться потребление ЭСДН. Опрос показал, что в 2016 г. доля взрослых, которые когда-либо слышали об электронных сигаретах, составила 79,9%, а 3,5% взрослых постоянно их использовали. Среди взрослых в возрасте от 15 до 24 лет 91,2% когда-либо слышали об электронных сигаретах и 9,7% были постоянными пользователями электронных сигарет. Интенсивность курения среди потребителей табака очень высокая. Из общего числа курящих 29,9% (35,8 млн чел.) взрослых постоянно курили сигареты (48,8% среди мужчин и 14,2% среди женщин), а 25,7% взрослых курили сигареты ежедневно (43,1% среди мужчин и 11,3% среди женщин). В среднем ежедневные курильщики выкуривали по 16,3 сигарет в день (17,1 среди мужчин и 13,7 среди женщин). Средний возраст начала ежедневного курения сигарет среди всех взрослых составил 17,0 лет (16,8 года среди мужчин и 17,2 года среди женщин). Результатом такого интенсивного потребления табака стало развитие у большей части курильщиков никотиновой зависимости высокой и очень высокой степени: 64,0% ежедневных курильщиков табака выкуривали первую сигарету в течение 30 минут после пробуждения.

По данным Комплексного наблюдения условий жизни населения, проведенного в 2018 г. Росстатом [8], распространенность употребления табака в Российской Федерации составила 27,2%. Среди лиц из трудоспособного возраста распространенность употребления табака составляла 33,8%, среди молодежи 16–29 лет – 24,8%, среди лиц старше трудоспособного возраста – 13,9%. Среди курящих начали курить в возрасте до 15 лет 13%, 15–20 лет – 65,1%, 21–30 лет – 19,3%,

после 30 лет – 2,3%. Интенсивность курения составляла: до 5 сигарет – 15,3%, до 10 сигарет – 33,4%, до 20 сигарет – 45,0%, больше 20 сигарет – 6,3%.

По данным Выборочного наблюдения состояния здоровья населения, проведенного Росстатом в 2019 г. [9], распространенность потребления табака среди всего населения составила 24,2%, среди мужчин – 40%, среди женщин – 11%. Потребление никотинсодержащей продукции в основном распространено среди молодежи в возрасте 15–34 лет: среди всего населения – 2,7%, среди мужчин – 2,7%, среди женщин – 2,6%.

Таким образом, несмотря на последовательное ежегодное снижение распространенности употребления табачной продукции, среди населения Российской Федерации остается высокий уровень раннего начала употребления табачной продукции и высокая интенсивность курения табака, которые являются ведущими факторами, приводящими к развитию никотиновой зависимости высокой степени, а также к развитию вредных последствий употребления табачной продукции.

#### 1.4. Кодирование по МКБ-10

F17.2 – синдром зависимости от табака; F17.3 – синдром отмены табака.

#### 1.5. Классификация

##### *Синдром зависимости от табака*

Классификация основана на степени выраженности никотиновой зависимости, которая определяется клинически, а также по тесту Фагерстрема (**Приложение Г, см. следующий выпуск журнала**) [2, 3, 9, 10]:

- синдром зависимости от табака с очень слабой никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака со слабой никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака со средней никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака с высокой никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака с очень высокой никотиновой зависимостью.

##### *Синдром отмены табака*

Классификация основана на степени выраженности никотиновой зависимости, которая определяется клинически, а также по тесту Фагерстрема (**Приложение Г, см. следующий выпуск журнала**) [2, 3, 9, 10]:

- синдром отмены табака с очень слабой никотиновой зависимостью;
- синдром отмены табака со слабой никотиновой зависимостью;

- синдром отмены табака со средней никотиновой зависимостью;
- синдром отмены табака с высокой никотиновой зависимостью;
- синдром зависимости от табака с очень высокой никотиновой зависимостью.

##### *Синдром зависимости от табака и синдром отмены табака с вредными последствиями потребления табачных продуктов*

- синдром зависимости от табака и синдром отмены табака с бронхолегочными симптомами;
- синдром зависимости от табака и синдром отмены табака с бронхолегочными синдромами.

**Комментарии:** *при длительном употреблении табачной продукции под воздействием вредных веществ табачного дыма или аэрозоля, включая никотин, развиваются изменения со стороны бронхолегочной системы, проявляющиеся различными симптомами и синдромами. К бронхолегочным симптомам относятся кашель, мокрота, одышка. К бронхолегочным синдромам относятся бронхиальная гиперреактивность и бронхиальная обструкция [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].*

#### 1.6. Клиническая картина

##### 1.6.1. Синдром зависимости от табака

Характеризуется наличием у пациентов никотиновой зависимости, проявляющейся тремя и более симптомами из следующих шести, наблюдающихся на протяжении 12 месяцев [1, 2, 3]:

- существует постоянное желание к приему табачной и/или никотинсодержащей продукции;
- безуспешные попытки сократить или контролировать использование никотина. Никотин часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;
- симптомы отмены: а) симптомы, возникающие при отмене никотина, б) никотин принимается для облегчения или предотвращения симптомов отмены;
- повышение толерантности, проявляющееся:
  - а) в отсутствии тошноты, головокружения и других характерных симптомов, несмотря на использование значительных количеств никотина;
  - б) в недостаточном эффекте, наблюдаемом при продолжительном использовании одного и того же количества табачной и/или никотинсодержащей продукции;
- формируется поведение, которое проявляется в постоянной потребности приобретения табачной и/или никотинсодержащей продукции, на что тратится дополнительное время иногда за счет социальной, профессиональной и развлекательной активности;

— использование никотина продолжается, несмотря на имеющиеся признаки вредных последствий, которые были вызваны или усугубляются в результате приема никотина.

### 1.6.2. Синдром отмены табака

Характеризуется наличием никотиновой зависимости и проявляется при частичной или полной отмене потребления табачной и/или никотинсодержащей продукции быстрым развитием симптомов отмены: влечение к табаку и/или никотину, тревога, снижение концентрации внимания, раздражительность или беспокойство, недомогание и слабость, дисфорическое настроение, усиление кашля, усиление аппетита, бессонница. Продолжительность симптомов отмены составляет от 7 дней до нескольких недель, иногда месяцев [1, 2, 3].

### 1.6.3. Синдром зависимости от табака и синдром отмены табака с бронхолегочными симптомами

Клиническая картина проявляется наличием симптомов никотиновой зависимости и/или симптомов отмены, описанных в пунктах 1.6.1 и 1.6.2, а также следующих бронхолегочных симптомов:

- кашель;
- мокрота;
- одышка.

### 1.6.4. Синдром зависимости от табака и синдром отмены табака с бронхолегочными синдромами

Клиническая картина проявляется наличием симптомов никотиновой зависимости и/или симптомов отмены, описанных в пунктах 1.6.1 и 1.6.2, а также следующих бронхолегочных синдромов:

- синдром гиперреактивности бронхов;
- синдром бронхиальной обструкции.

## 2. Диагностика

### 2.1. Жалобы и анамнез

Все жалобы можно разделить на три группы:

1. Жалобы, связанные с поведенческими изменениями: невозможность контролировать потребление табачной и/или никотинсодержащей продукции, упорное продолжение их использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления табака или никотина в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления;

2. Жалобы, характерные для проявления никотиновой зависимости, среди которых основными явля-

ются симптомы, связанные с ЦНС: сильное желание употребить табачную и/или никотинсодержащую продукцию; общее недомогание или слабость; дисфория; раздражительность или беспокойство; бессонница; повышение аппетита; трудности с концентрацией внимания и другие;

3. Жалобы, характерные для проявления бронхолегочной патологии: кашель, отхождение мокроты, затрудненное дыхание, одышка.

Сбор анамнеза включает установление возраста начала потребления табачной и/или никотинсодержащей продукции, продолжительность и интенсивность их употребления, наличие попыток отказаться от употребления табачных продуктов, почему они оказались неуспешными.

**Комментарии:** при длительном употреблении табачных продуктов у пациентов могут развиваться болезни различных органов и физиологических систем. В этом случае необходимо уточнить наличие официальных диагнозов и терапии.

### 2.2. Физикальное обследование

Несмотря на то, что физикальное обследование является важной частью диагностики в целом, оно обладает низкой чувствительностью и специфичностью в отношении выявления или исключения синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака.

### 2.3. Лабораторные диагностические исследования

Несмотря на то, что лабораторные диагностические исследования являются важной частью диагностики в целом, они обладают низкой чувствительностью и специфичностью в отношении выявления или исключения синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака.

### 2.4. Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам, употребляющим курительные табачные изделия, измерение СО (угарного газа) выдыхаемого воздуха [9, 11, 12, 13, 14, 16].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1с)**

**Комментарии:** на этапе постановки диагноза измерение СО выдыхаемого воздуха позволяет определить интенсивность курения табачных изделий, а также использовать его для усиления мотивации к отказу от курения. На этапе лечения данный показатель позволяет осуществлять контроль полного отказа от курения табака. Значения СО выдыхаемого воздуха от 6 ppm до 10 ppm характерны для легкой степени курения, от 11 ppm до 20 ppm —

умеренной степени курения, более 21 ррт — тяжелой степени курения.

Рекомендуется пациентам с респираторными симптомами и жалобами проведение оценки функционального состояния легких с помощью измерителя потоков выдыхаемого воздуха (спирометрия, пикфлоуметрия) [9, 11, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1а).**

**Комментарии:** на этапе постановки диагноза оценка функционального состояния легких позволяет установить наличие синдрома гиперреактивности бронхов или бронхообструктивного синдрома и определить степень его обратимости. На этапе лечения данное исследование позволяет выявить обострение гиперреактивности или бронхиальной обструкции бронхов.

Наличие гиперреактивности бронхов можно оценить при проведении недельного мониторингования утренних и вечерних значений показателя пиковой скорости выдоха (ПСВ). Критерием наличия гиперреактивности бронхов является разница между минимальным утренним и максимальным вечерним значениями ПСВ более 20%.

Наличие бронхиальной обструкции определяется с помощью спирометра при проведении теста форсированного выдоха с расчетом параметров «объем форсированного выдоха за 1-ю секунду» (ОФВ1), «форсированный жизненный объем легких» (ФЖЕЛ) и индекса ОФВ1/ФЖЕЛ. Снижение показателя ОФВ1 более 20% свидетельствует о развитии у пациента бронхиальной обструкции. Снижение индекса ОФВ1/ФЖЕЛ ниже 0,7 свидетельствует о развитии у пациента выраженной бронхиальной обструкции.

Рекомендуется при выявлении бронхиальной обструкции проведение функциональной пробы с бронхолитическим препаратом [9, 11, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1а)**

**Комментарии:** Для оценки обратимости бронхиальной обструкции проводится бронхолитический тест с использованием  $\beta_2$ -агониста короткого действия: сальбутамол в дозе 400 мкг или фенотерол в дозе 200 мг. Прирост показателя ОФВ1 на 12% или 200 мл и более свидетельствует о наличии у пациента обратимой бронхиальной обструкции.

### 2.5. Иные диагностические исследования

Рекомендуется для определения степени выраженности никотиновой зависимости использование опросника Фагерстрема (тест Фагерстрема) (Приложение Г, см. следующий выпуск журнала) [2, 3, 9, 10, 14].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 3b)**

**Комментарии:** тест Фагерстрема используется на этапе постановки диагноза. По тесту определяется степень никотиновой зависимости. Если пациент на момент обследования снизил или полностью прекратил потребление табачной и/или никотинсодержащей продукции, то при ответах на вопросы опросника он должен описать ситуацию на момент потребления табачной продукции в полном объеме перед снижением или полным прекращением ее потребления.

Рекомендуется использование опросника Прохаска для оценки степени мотивации к отказу от употребления табачной и/или никотинсодержащей продукции (Приложение Г, см. следующий выпуск журнала) [2, 3, 9, 17].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4с).**

**Комментарии:** Опросник Прохаска позволяет оценить готовность пациента к отказу от употребления табака и/или никотина.

Рекомендуется при курении пациентом сигарет проведение расчета индекса курения (ИК) по следующей формуле [9, 10, 14, 17]:

$$\text{ИК} = (\text{число сигарет, выкуриваемых в день}) \times \text{Количество лет курения} / 20$$

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4с).**

**Комментарии:** Расчет ИК необходимо проводить каждому курящему пациенту, приходящему на прием к врачу или поступающему в стационар, и результат оценки фиксировать в медицинской документации. ИК отражает интенсивность курения и позволяет определить прогноз отказа от курения. Если пациент на момент обследования снизил или полностью прекратил курение сигарет, то при расчете ИК используется число сигарет, выкуриваемых в день на момент их употребления в полном объеме перед снижением или полным прекращением курения. Пациентам с ИК  $\geq 5$  тяжелее бросить курить самостоятельно.

### 3. Лечение

Основными принципами лечения никотиновой зависимости являются:

— снижение тяги к курению и ослабление симптомов отмены;

— уменьшение положительного подкрепления от приема никотина, за счет снижения высвобождения дофамина или снижения чувствительности ацетилхолиновых рецепторов;

— формирование положительного подкрепления, не связанного с поступлением никотина.

Лечение никотиновой зависимости проводится с учетом степени ее выраженности и включает фарма-

кологическую терапию (раздел 3.1), когнитивно-поведенческую терапию (раздел 3.2), которые могут проводиться как отдельно, так и в комбинации. Для дополнительного снижения проявления симптомов отмены можно применять иглорефлексотерапию (раздел 3.1.). Лечение является эффективным, если оно обеспечивает период воздержания от потребления табачной и/или никотинсодержащей продукции в течение не менее 6 месяцев.

При никотиновой зависимости высокой и очень высокой степени (тест Фагерстрема 8 и более баллов) рекомендуется назначение комбинации когнитивно-поведенческой и фармакологической терапии [9, 10, 14, 16, 18, 19].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а)**

**Комментарии:** Данная комбинация является в настоящее время самым эффективным доказанным подходом в лечении никотиновой зависимости.

При выявлении у пациента синдрома зависимости от табака или синдрома отмены табака с бронхолегочными симптомами или синдромами к лечению никотиновой зависимости добавляется лечение бронхолегочных нарушений (раздел 3.3).

### **3.1. Показания к фармакологической терапии никотиновой зависимости**

Рекомендуется применение фармакологической терапии для пациентов со степенью никотиновой зависимости 6 и более баллов по тесту Фагерстрем [9, 10, 14, 16, 18, 19].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а**

Применение фармакологической терапии рекомендуется, если в анамнезе у пациента были неудачные попытки отказа от употребления табачной и/или никотинсодержащей продукции.

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а**

Применение фармакологических препаратов рекомендуется для воздержания пациентов от употребления табачных и/или никотинсодержащих продуктов в условиях, когда их употребление запрещено. Например, в условиях стационара, в медицинских и образовательных учреждениях и других общественных местах.

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а**

#### **3.1.2. Основные классы препаратов**

Фармакологическая терапия включает использование полного агониста никотиновых рецепторов, частичных агонистов никотиновых рецепторов и анксиолитиков.

#### *Полный агонист никотиновых рецепторов – никотин*

Никотинсодержащие препараты используются для проведения никотинзаместительной терапии. Целью никотинзаместительной терапии (НЗТ) является снижение мотивации к курению, а также физиологических и психологических симптомов отмены, которые развиваются в период отказа от табака, и таким образом увеличить вероятность отказа от курения [9, 10, 14, 16, 18, 20, 21].

Эффективность применения НЗТ при лечении никотиновой зависимости доказана.

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а**

**Комментарии:** В Российской Федерации зарегистрированы 3 формы никотинсодержащих лекарственных препаратов:

1. Трансдермальный пластырь с длительным высвобождением никотина (16 и 24 часа) в дозировках: 16-часовой пластырь – 10, 15 и 25 мг; 24-часовой пластырь – 7, 14 и 21 мг;

2. Жевательная резинка – 2 и 4 мг;

3. Спрей для слизистой оболочки полости рта дозированный – 13,6 мг.

Может применяться как монотерапия с использованием одного продукта, так и комбинация нескольких продуктов (трансдермального пластыря с одним из продуктов быстрого высвобождения никотина). Схема назначения НЗТ разрабатывается индивидуально с учетом степени никотиновой зависимости, количества выкуриваемых сигарет в день и степени мотивации к отказу от табака и/или никотина. Курс лечения составляет от 3 до 6 месяцев. При очень высокой степени никотиновой зависимости лечение может продолжаться до 12 месяцев. Лечение начинается сразу же после полного прекращения потребления табачных и/или никотинсодержащих продуктов. Для пациентов с очень высокой степенью никотиновой зависимости терапия может быть начата до полного прекращения потребления табака и/или никотина. Схемы назначения НЗТ представлены в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

#### *Частичные агонисты никотиновых рецепторов*

Механизм действия препаратов данной группы заключается в их воздействии на оба компонента никотиновой зависимости: получение удовольствия в результате употребления табака и/или никотина и развитие симптомов отмены. Препараты связываются с теми же рецепторами, что и никотин, стимулируют их на высвобождение дофамина, но в меньшем коли-

честве (менее 50%), чем при связывании с ними никотина. Таким образом, частичные агонисты никотиновых рецепторов воздействуют путем комбинации поддержания умеренного уровня дофамина для снижения симптомов отмены (действуя как агонист) и снижения удовольствия от потребления никотина (действуя как антагонист). В связи с тем, что при приеме частичных агонистов высвобождается небольшая доза дофамина, составляющая 40–60% от дозы, высвобождаемой при поступлении никотина, привыкания к препаратам не развивается и после курса лечения пациент спокойно прекращает его прием.

К частичным агонистам никотиновых рецепторов относятся варениклин и цитизин. Препараты обладают разной эффективностью. Варениклин является фармакологическим препаратом с доказанной эффективностью, а цитизин является фармакологическим препаратом, для которого не доказана его эффективность на период воздержания от табака и/или никотина в течение 6 месяцев [9, 10, 14, 16, 18, 22].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств — 1а.**

Схемы лечения представлены в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

#### *Анксиолитики*

Селективные анксиолитики, восстанавливая естественные процессы торможения в центральной нервной системе, уменьшают и устраняют чувство тревоги (озабоченность, плохие предчувствия, опасения), раздражительность, напряженность (пугливость, плаксивость, чувство беспокойства, неспособность расслабиться, бессонница, страх), депрессивное настроение, соматические проявления тревоги (мышечные, сенсорные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные расстройства), вегетативные нарушения (сухость во рту, потливость, головокружение), когнитивные (сниженная концентрация внимания, ослабленная память), которые в том числе являются симптомами отмены, развивающимися при отказе от приема никотина. Действие препаратов реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легкого стимулирующего (активизирующего) эффектов.

Назначение анксиолитиков рекомендуется в дополнение к фармакотерапии никотиновой зависимости, если на фоне основного лечения остаются проявления симптомов отмены, таких как тревожность, беспокойство, раздражительность [18, 23, 24].

**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств — 2б.**

Схемы лечения представлены в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

Применение антидепрессантов для лечения никотиновой зависимости не рекомендуется [14, 16, 18, 25, 26]. Они не имеют доказанной эффективности и обладают серьезными побочными эффектами. Также не рекомендуется применение антагонистов каннабиоидных рецепторов, лобелина, мекамиламина, никобревина, ацетата серебра [14, 16, 18, 27, 28, 29, 30, 31].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств — 1а.**

### **3.2. Немедикаментозная терапия никотиновой зависимости**

#### **3.2.1. Иглорефлексотерапия**

С целью снижения проявления симптомов отмены рекомендуется применение иглорефлексотерапии [14, 16, 32, 33].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств — 1с.**

Схема лечения представлена в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

Для лечения никотиновой зависимости не рекомендуется применение лазерной терапии, гипноза, электронных сигарет [14, 16, 18, 27, 28, 29, 30, 31].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств — 1а.**

#### **3.2.2. Психологическая поддержка**

Выделяется три уровня психологической поддержки пациента:

1. Короткая беседа;
2. Мотивационное интервьюирование;
3. Когнитивно-поведенческая терапия.

#### *Короткая беседа*

Рекомендуется проведение короткой беседы, направленной на повышение мотивации и рекомендации лечения никотиновой зависимости, для всех пациентов, употребляющих табак. [2,9,10, 14, 16, 18, 34, 35, 36].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств — 1а.**

Короткая беседа проводится врачами всех специальностей, а также медицинским персоналом среднего звена, в течение трёх и более минут и включает в себя: 1) определение статуса курения; 2) персонализированный совет бросить курить; 3) определение наиболее эффективной помощи. Результаты короткой беседы должны быть занесены в медицинскую документацию пациента.

Методология проведения короткой беседы представлена в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

### *Мотивационное интервьюирование*

Рекомендуется проведение мотивационного интервьюирования пациента при любой степени никотиновой зависимости с целью оказания психологической поддержки, направленной на усиление мотивации, а также психологической поддержки пациента в период отказа от табака и/или никотина [2, 9, 10, 14, 16, 18, 34, 37, 35, 36, 38].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а.**

Выделяется два типа мотивационного интервьюирования: 1) для усиления мотивации к отказу от употребления табака и/или никотина у пациентов со слабой мотивацией к отказу (методология 5R); 2) для поддержки пациента на протяжении всего курса лечения никотиновой зависимости (методология 5А).

Методология мотивационного консультирования представлена в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

### *Когнитивно-поведенческая терапия*

Рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой терапии при лечении никотиновой зависимости любой степени тяжести с целью усиления мотивации к отказу от употребления табака и/или никотина и изменения поведения [2, 9, 10, 14, 16, 18, 34, 35, 37, 36, 38].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а.**

Когнитивно-поведенческая терапия может применяться при лечении никотиновой зависимости как монотерапия при средней, слабой и очень слабой степени никотиновой зависимости. При высокой и очень высокой степени никотиновой зависимости когнитивно-поведенческая терапия применяется в комбинации с фармакологической терапией.

Когнитивно-поведенческая терапия проводится в течение всего периода лечения и строится на следующих принципах: 1) выявление и проверка мыслей об употреблении табака или никотина; 2) изменение соответствующих убеждений и выявлении триггеров, повышающих вероятность употребления этих веществ; 3) обучение навыкам отказа от употребления табака или никотина; 4) профилактика рецидива. Рекомендуется использование применения ряда техник когнитивной терапии, включая решение проблемы, принятие решения, мониторинг и планирование видов деятельности, отвлечение и переключение внимания, последовательного приближения.

Сеансы когнитивно-поведенческой терапии проводятся на протяжении от трёх до шести месяцев с периодичностью 1 раз в неделю в течение первого месяца, затем 1 раз в 2 недели в течение 2-го месяца и далее 1 раз в месяц.

### **3.3. Показания к фармакологической терапии синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака с бронхолегочными симптомами и синдромами**

Лечение синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака с бронхолегочными симптомами и синдромами включает лечение никотиновой зависимости и бронхолегочных нарушений. Лечение никотиновой зависимости описано в разделах 3.1 и 3.2.

При выявлении респираторных симптомов (кашель, мокрота) рекомендуется назначение муколитических, отхаркивающих и противокашлевых препаратов [9, 10, 39, 40, 41].

**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств – 1с.**

При выявлении гиперреактивности бронхов или обратимой бронхиальной обструкции (с показателем  $ОФВ_1/ФЖЕЛ \geq 0,7$ ) рекомендуется назначение бронхолитических препаратов [9, 10, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а.**

При выявлении выраженной бронхиальной обструкции с показателем  $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$  рекомендуется назначение комбинированных бронхолитических препаратов (блокатор м-холинорецепторов +  $\beta_2$ -адреномиметик) пролонгированного действия [45, 50, 51, 52, 53, 54, 55].

**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств – 1а.**

#### **3.3.1. Основные классы препаратов**

##### *Муколитические, отхаркивающие и противокашлевые препараты*

Применение муколитических и отхаркивающих препаратов направлено на удаление мокроты из дыхательных путей. Они имеют разные механизмы действия. Муколитические средства воздействуют непосредственно на гель-фазу бронхиального секрета и эффективно разжижают мокроту, не увеличивая существенно ее количество. Отхаркивающие препараты путем воздействия на рецепторы приводят к рефлекторному сокращению бронхиальной мускулатуры, вызывая кашель, способствующий удалению бронхиального секрета.

Возможно применение различных зарегистрированных муколитических и отхаркивающих препаратов. Выбор препарата рекомендуется осуществлять с учетом наличия у пациента сухого (непродуктивного) или влажного (продуктивного) кашля.

Схемы лечения представлены в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

*Бронхолитические препараты*

Бронхолитические препараты — фармакологическая группа симптоматических лекарств, непосредственно снимающих бронхоспазм, блокируя его различными путями:

1. Агонисты  $\beta_2$ -адренорецепторов ( $\beta_2$ -агонисты) короткого и длительного (пролонгированного) действия;
2. Антагонисты М-холинорецепторов (М-холинолитики) короткого и длительного (пролонгированного) действия;
3. Комбинация  $\beta_2$ -агонистов и М-холинолитиков длительного (пролонгированного) действия.

Большое значение имеет быстрота начала и продолжительность бронхолитического действия препарата, а также выраженность и длительность бронхопротективного действия. Терапия назначается индивидуально в зависимости от выраженности нарушения. Если у пациента выявляется гиперреактивность бронхов или обратимая бронхиальная обструкция, то лечение начинается с монотерапии одним из препаратов группы  $\beta_2$ -агонистов или М-холинолитиков. Предпочтение отдается препаратам длительного (пролонгированного) действия. При выраженной бронхиальной обструкции или при неэффективности применения монотерапии рекомендуется назначение комбинации  $\beta_2$ -агониста и М-холинолитика. Предпочтение отдается фиксированным комбинациям препаратов. У лиц с ранее выявленной ХОБЛ и получавших бронхолитическую терапию в виде монотерапии рекомендуется ее усиление за счет перевода на фиксированную комбинацию. Рекомендуемая продолжительность лечения составляет 1–3 мес. с последующей повторной оценкой функционального состояния легких и клинических симптомов с целью выявления бронхолегочных нарушений или ХОБЛ, требующих дальнейшего продолжения бронхолитической терапии.

Схемы лечения представлены в **Приложении А3** (см. следующий выпуск журнала).

**4. Реабилитация**

Для данного заболевания реабилитация не требуется.

**5. Профилактика**

Диспансерное наблюдение для данного заболевания не требуется. Профилактика при данном заболевании должна быть направлена на предотвращение возобновления потребления табака/никотина и проводиться, как с самим пациентом, так и с его ближайшим окружением.

Рекомендуется после окончания курса лечения проведение профилактической беседы с пациентом,

направленной на предотвращение нового потребления табака/никотина [10, 35, 36, 38].

**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств — 1b.**

**Комментарии:** *Рекомендуется рассмотреть триггеры, которые ранее приводили к потреблению табака или никотина, как их избежать и как им противостоять. Пригласить близких к пациенту людей, употребляющих табачные продукты, к отказу от их употребления.*

**6. Организация оказания медицинской помощи**

Мотивирование пациентов и оказание медицинской помощи по лечению синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака должны осуществляться врачами всех специальностей на амбулаторном и стационарном уровнях.

На амбулаторном уровне врачи всех специальностей должны опросить пациента об употреблении табачной и/или никотинсодержащей продукции, выявить наличие заболевания, установить диагноз и внести всю информацию в медицинскую документацию пациента. Пример листка-вкладыша в медицинскую документацию приведен в **Приложении Г2** (см. следующий выпуск журнала). При выявлении заболевания врач должен провести короткую беседу (раздел 3.2.2). При слабой мотивации пациента врач должен проводить повторные короткие беседы при каждом визите пациента. При высокой степени мотивации к отказу от табака/никотина врач должен либо составить план лечения пациента, либо направить к специалистам, оказывающим данную медицинскую помощь.

На стационарном уровне медицинская помощь по синдрому зависимости от табака и синдрому отмены табака преследует несколько целей:

1. Мотивация потребителей табака/никотина к полному отказу от употребления;
2. Оказание медицинской помощи с целью прекращения потребления табака/никотина на период нахождения пациента в стационаре;
3. Оказание медицинской помощи по лечению синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака.

При поступлении в стационар пациент опрашивается об употреблении табачной и/или никотинсодержащей продукции, выявляется наличие заболевания, устанавливается диагноз и вся информация регистрируется в медицинской документации. Пример листка-вкладыша в медицинскую документацию приведен в **Приложении Г2** (см. следующий выпуск журнала). Лечащий врач должен провести мотивационное интервьюирование и рекомендовать терапию либо с целью вре-

менного прекращения потребления табака/никотина на период пребывания в стационаре, либо полного отказа от табака/никотина.

### 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Существуют особенности лечения синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака у некоторых групп пациентов [9, 10]:

#### 1. Беременные женщины

Рекомендуется при лечении беременных женщин проведение мотивационных бесед и лечение никотиновой зависимости [14, 16, 55, 56].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а).**

**Комментарии:** *Поскольку при употреблении табака/никотина существует высокий риск для здоровья, как самой женщины, так и плода, строго рекомендует-*

*ся проведение мотивационных бесед к отказу от табака/никотина и лечение никотиновой зависимости. Несмотря на то, что максимальный положительный эффект наблюдается при отказе от табака/никотина в ранние сроки беременности, мотивировать к отказу, как и лечить никотиновую зависимость, рекомендуется на протяжении всего срока беременности. При лечении никотиновой зависимости у беременных женщин применяется стандартный алгоритм с усилением психологической поддержки. В качестве фармакологической терапии никотиновой зависимости рекомендуется применять только НЗТ.*

#### 2. Пациенты с психическими расстройствами

Распространенность потребления табака/никотина среди пациентов с психическими расстройствами выше, чем в общей популяции. Лечение никотиновой зависимости у данной категории пациентов должно проводиться врачом – психиатром-наркологом или врачом-психиатром.

### 8. Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Этап постановки диагноза			
1.	Рассчитан индекс курящего человека	A	1a
2.	Проведен тест Фагерстрема	A	1a
3.	Проведен тест на степень мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска)	A	1a
4.	Выполнено измерение СО выдыхаемого воздуха	A	1a
5.	Выполнена оценка наличия гиперреактивности бронхов или бронхиальной обструкции	A	1a
Этап лечения			
6.	Проведена короткая беседа врача	A	1a
7.	Проведено мотивационное интервьюирование	A	1a
8.	Проведена поведенческая терапия	A	1a
9.	Проведена фармакологическая терапия никотиновой зависимости: НЗТ или частичные агонисты никотиновых рецепторов;	A	1a
10.	Проведена терапия анксиолитиками для снижения проявления симптомов отмены	B	2b
11.	Проведена бронхолитическая терапия при наличии гиперреактивности бронхов или бронхиальной обструкции: $\beta_2$ -адренорецепторы и/или блокаторы м-холинорецепторов	A	1a
12.	Проведена муколитическая или отхаркивающая терапия при наличии мокроты	C	1c

## Список литературы

1. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). <http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>.
2. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И. Медицинская помощь в отказе от курения. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы N44. 2012: 22 с.
3. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Зависимость от никотина: диагностика и лечение. *Медицина* 2016; (3): 164-189.
4. Benowitz N.L. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2008; 83(4): 531-41.
5. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Болезни легких курящего человека. В кн.: Чучалин А.Г. (ред.) Хронические обструктивные болезни легких. М.: БИНОМ, 1998. С. 338-365.
6. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Табакокурение – фактор риска бронхолегочных заболеваний. В кн.: Респираторная медицина. Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Литтерра, 2017. Т. 1. С. 543-550.
7. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай С.С. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: GATS 2009 и GATS 2016. *Наркология* 2017; 16(7): 8-12.
8. Федеральная служба государственной статистики. Комплексное наблюдение условий жизни населения 2018 г. [https://gks.ru/free\\_doc/new\\_site/KOUZ18/index.html](https://gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ18/index.html)
9. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Зайцева О.Ю., Новиков К.Ю. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактики хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации № 2002/154. 2003. 46 с.
10. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И. Профилактика и лечение табачной зависимости. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы N29, части 1 и 2. 2016. 60 с.
11. Tonnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom K.O., Gratiou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campell I.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417.
12. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни. *Терапевтический архив* 2009; (3): 82-84.
13. Bize R., Burnand B., Mueller Y., Rège-Walther M., Camain J-Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd., 2012. 43 p.
14. Lewis K.F. Smoking cessation. Oxford University Press, 2012; 152 p.
15. Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Передельская М.Ю., Стародубов В.И. Влияние табакокурения на развитие и течение хронического бронхита. *Профилактическая медицина* 2020; 23(4): 7-13. <https://doi.org/10.17116/profmed2020230417>
16. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, 2008. 276 p. [https://www.healthquality.va.gov/tuc/phs\\_2008\\_quickguide.pdf](https://www.healthquality.va.gov/tuc/phs_2008_quickguide.pdf)
17. Jimenez-Ruiz C.A., Riesco Miranda J.A., Altet Gomez N. et al. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol* 2013; 49(8): 354-363.
18. Background and Recommendations of The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Ministry of Health NZ. 2014. 38 p. [www.health.govt.nz](http://www.health.govt.nz)
19. Stead L.F., Koilpillai P., Fanshawe T.R., Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Issue 3: 120.
20. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 11: 267.
21. Papadakis S, Pipe A, Kelly S, Pritchard G, Wells GA. Strategies to improve the delivery of tobacco use treatment in primary care practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue 3. Art. No.: CD011556. DOI: 10.1002/14651858.CD011556. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009164.pub3/epdf/full>
22. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5: 211.
23. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2011; Issue 8: 23.
24. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Комплексное лечение никотиновой зависимости: возможности повышения эффективности. *Российский медицинский журнал* 2019; (12): 62-68.
25. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; Issue 1: 177.
26. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue 5: 52.
27. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2012; Issue 7: 27.
28. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2010; Issue 10: 41.
29. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2011; Issue 8: 14.
30. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2013; Issue 2: 9.
31. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Issue 9: 96.
32. Брюн Е.А., Кутушев О.Т., Харенко В.Н., Михайлова В.А. Роль и место иглорефлексотерапии в лечении табачной зависимости. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы N49. 2008. 15 с.
33. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2011; Issue 5: 71.
34. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue 5: 75.
35. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике. М.: УП Принт, 2010. 64 с.
36. Bissell K., Fraser T., Chen-Yuan Ch., Enarson D.A. Smoking cessation and smokefree environments for tuberculosis patients. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010. 50 p.
37. Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2011; Issue 10: 40.
38. Бек Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. М.: ИД Вильямс, 2006. 400 с.
39. Anzueto A.R., Schaberg T. Acute exacerbations of chronic bronchitis. Clinician's manual. Current Medicine Group Ltd, 2006. 70p.
40. Poole P, Chong J, Cates CJ. Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue 7: 101.
41. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; Issue 11: 53.

42. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Руководство по лечению табачной зависимости. *Русский медицинский журнал* 2001; 9(21): 904-912.
43. Новиков К.Ю., Сахарова Г.М., Чучалин А.Г. Респираторный статус у больных хроническим бронхитом во время отказа от табакокурения. *Пульмонология* 2002, (4): 78-81.
44. Чучалин А.Г., Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Андреева С.А. Гиперреактивность бронхов у курящих людей и ее коррекция с помощью Форадила во время отказа от курения. *Пульмонология* 2006; (5): 49-55.
45. Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD) (2018 Report). [http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov\\_WMS.pdf](http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf)
46. Tee A, Koh M S, Gibson G, Lasserson T J, Wilson A, Irving L B Long-acting beta2-agonists versus theophylline for maintenance treatment of asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001281.pub2/ful>
47. Sestini P, Renzoni E, Robinson S, Poole Ph, Ram F SF. Short-acting beta2-agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001495/full>
48. Appleton S, Poole Ph, Smith B J, Veale A, Lasserson T J, Ki Chan M M, Cates C J. Long-acting beta2-agonists for poorly reversible chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001104.pub2/full>
49. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Михайлова Ю.В., Передельская М.Ю. Рекомендации по оказанию медицинской помощи при отказе от табакокурения у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхообструктивными нарушениями. *Пульмонология* 2019; 29(3). DOI: 10.18093/0869-0189-2019-29-3
50. Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR et al.; FLAME Investigators. Indacaterol—Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticasone for COPD. *N Engl J Med*. 2016; 374 (23): 2222-34.
51. Vincken W, Aumann J, Chen H et al. Efficacy and safety of coadministration of oncedailyindacaterol and glycopyrronium versus indacaterol alone in COPD patients: the GLOW6 study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; (9): 215-228.
52. Wedzicha JA, Dahl R, Buhl R et al. Pooled safety analysis of the fixed-dose combination of indacaterol and glycopyrronium (QVA149), its monocomponents, and tiotropium versus placebo in COPD patients. *Respir Med* 2014; 108: 1498-1507.
53. Ulrik CS. Clinical benefit of fixed-dose dual bronchodilation with glycopyrronium and indacaterol once a daily in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; (9): 331-8.
54. Buhl R, Maltais F, Abrahams R. et al. Tiotropium and olodaterol fixed-dose combination versus mono-components in COPD (GOLD 2-4). *Eur Respir J* 2015; 45: 969-979.
55. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Табакокурение и репродуктивная функция женщин. *ПМЖ. Акушерство и гинекология* 2013; (1): 12-20.
56. Coleman, T., Chamberlain C., Davey M.-A., Cooper S. E., Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. Available at: <http://www.cochranelibrary.com>