

УТВЕРЖДАЮ  
Президент  
Российского Респираторного общества  
Белевский  
2024 г.



УТВЕРЖДАЮ  
Президент  
Российского общества психиатров  
И.Г. Незнанов  
19 декабря 2024 г.



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением  
табака (никотина)  
Синдром зависимости от табака (никотина), синдром отмены табака  
(никотина) у взрослых.**

Кодирование по Международной статистической  
классификации болезней и проблем,  
связанных со здоровьем: **F17.2, F17.3**

Возрастная группа: **Взрослые**

Год утверждения: **2024**

ID: \_\_\_\_\_

Разработчики клинических рекомендаций:

**Российское респираторное общество**

**Российское общество психиатров (РОП)**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

## Оглавление

<a href="#">Оглавление</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">Список сокращений</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">Термины и определения</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</a>	Ошибка!
<b>Закладка не определена.</b>	
<a href="#">1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</a>	Ошибка! За
<a href="#">1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</a> .....	8
<a href="#">1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</a>	Ошибка! Закладк
<a href="#">1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)</a>	Ошибка! За
<a href="#">2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики</a>	Ошибка!
<b>Закладка не определена.</b>	
<a href="#">2.1 Жалобы и анамнез</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">2.2 Физикальное обследование</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">2.3 Лабораторные диагностические исследования</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">2.4 Инструментальные диагностические исследования</a> .	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">2.5 Другие диагностические исследования</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">3.1 Лекарственная терапия</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">3.2. Психологическая поддержка</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.
<a href="#">3.3 Другое лечение</a> .....	Ошибка! Закладка не определена.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов..... **Ошибка! Закладка не определена.**

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики..... **Ошибка! Закладка не определена.**

6. Организация оказания медицинской помощи ..... **Ошибка! Закладка не определена.**

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) ..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Критерии оценки качества медицинской помощи ..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Список литературы ..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение А2.1 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств) .... **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение А2.2 - Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств) ..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение А2.3 - Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств) **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение А2.4 - Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций (УРР) для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента ..... 38

Приложение В. Информация для пациентов .....39

Приложение Г1 Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях. .....4 **Ошибка! Закладка не определена.**

1. Оценка степени никотиновой зависимости при курении табака. Тест Фагерстрема.

**4Ошибка! Закладка не определена.**

2. Оценка мотивации бросить употреблять табачную и/или никотинсодержащую продукцию (опросник Прохаска)..... 47

## 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 1-ю секунду при проведении спирометрического теста форсированного выдоха

ПСВ - пиковая скорость выдоха при проведении пикфлоуметрии либо спирометрического теста форсированного выдоха

ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких при проведении спирометрического теста форсированного выдоха

ЦНС - центральная нервная система

ЭСДН - электронные средства доставки никотина

ИНТ - изделия из нагреваемого табака

СО - монооксид углерода

ppm - единица измерения каких-либо относительных величин, означает число частиц данного вещества в миллионе частиц анализируемой смеси

GATS - Global adult tobacco survey (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака)

## Термины и определения

**Табачные изделия** - продукты, полностью или частично изготовленные из табачного листа в качестве сырьевого материала, приготовленного таким образом, чтобы использовать для курения, сосания, жевания или нюханья<sup>1</sup>.

**Курительные табачные изделия** - табачные изделия, предназначенные для курения (сигарета, сигара, сигарилла, папироса, табак для кальяна, табак трубочный, биди, кретек и пр.)

**Никотинсодержащая продукция** - изделия, которые содержат никотин (в том числе полученный путем синтеза) или его производные, включая соли никотина, предназначенные для потребления никотина и его доставки посредством сосания, жевания, нюханья 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, нюханья, 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)<sup>2</sup>;

**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<sup>2</sup>

**Устройства для потребления никотинсодержащей продукции** - электронные или иные приборы, которые используются для получения никотинсодержащего или безникотинового аэрозоля, пара, вдыхаемых потребителем, в том числе электронные системы доставки никотина и устройства для нагревания табака, а также их составные части и элементы (за исключением медицинских изделий и лекарственных средств, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации)<sup>2</sup>.

**Изделия из нагреваемого табака (или ИНТ)** — устройство для потребления никотина, которое нагревает табак до температуры более низкой, чем температура горения табака в традиционной сигарете

**Электронная сигарета (или ЭСДН)** — электронное устройство, создающее высокодисперсный пар (аэрозоль), предназначенный для ингаляции (вдыхания).

**Некурительные табачные изделия (бездымный табак)** - к ним относятся табачные изделия, предназначенные для сосания, жевания или нюханья и иных способов потребления, не связанных с курением - табак сосательный (снюс), табак жевательный, табак нюхательный, насвай и другие табачные изделия<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> ФЗ от 22.12. 2008 г. N 268 - «Технический регламент на табачную продукцию»

<sup>2</sup> ФЗ № 15 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»

**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.

**Никотиновый ацетилхолиновый рецептор** (никотиночувствительный холинорецептор, н-холинорецептор, (англ. nACh-receptor)) — подвид ацетилхолиновых рецепторов, который обеспечивает передачу нервного импульса через синапсы и активируется ацетилхолином, а также никотином

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

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Синдром зависимости от табака (никотина)** - это комплекс психических и поведенческих расстройств, характеризующихся выраженным влечением к курению или употреблению никотинсодержащей продукции, развитием толерантности, возникновением симптомов отмены после прекращения употребления, неспособностью отказаться от табака (никотина), несмотря на вредные последствия для здоровья и социальное давление [1]. Учитывая, что некоторые продукты пиролиза табака обладают некоторым психоактивным действием и вносят свой вклад в патофизику синдрома отмены и обуславливают большинство серьезных соматических осложнений, связанных с курением, они не являются причиной развития собственно синдрома зависимости, поэтому наиболее корректным является использование термина «зависимость от никотина», «синдром отмены никотина» [2].

**Синдром отмены табака (никотина)** - это группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих после уменьшения или прекращения поступления никотина в организм зависимого от него человека. Он включает в себя влечение к табаку или другим никотинсодержащим продуктам, тревогу, снижение концентрации внимания, раздражительность или беспокойство, недомогание и слабость, дисфорическое настроение, усиление кашля, афтозный стоматит, усиление аппетита, бессонницу. Продолжительность синдрома отмены составляет от 7 дней до нескольких недель, редко месяцев [1, 2].

**Медико-социальные последствия курения табака и употребления никотинсодержащей продукции.** Курение табака в большинстве стран считается одной из ведущих причин предотвратимой смертности. Вред табакокурения обусловлен в первую очередь вдыханием дыма, никотин в большей степени ответственен за привыкание, за развитие зависимости от табака. В результате курения и потребления табака возникают заболевания практически всех органов и систем человека. Сложные воспалительные процессы и изменения в иммунной системе имеют решающее значение в патогенезе заболеваний, связанных с курением, таких как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), эмфизема легких, рак легких и атеросклероз. Чаще всего при курении развиваются болезни сердца и сосудов, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем, остеопороз и т.д. Сигаретный дым может быть причиной атеросклероза, тромбоза, повышения резистентности к инсулину и развития метаболического синдрома [2-5]

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Основной причиной развития синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака является употребление табачной или никотинсодержащей продукции. 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. В основе развития зависимости лежит взаимодействие никотина с альфа-4-бета-2-ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга, в результате чего происходит высвобождение дофамина и других нейромедиаторов, что является положительным подкреплением для развития никотиновой зависимости. При прекращении такого взаимодействия развиваются симптомы отмены, выраженность которых клинически значима и приводит к рецидиву употребления данной продукции у большинства лиц, пытающихся самостоятельно отказаться от табака/никотина [3].

Кроме никотина табачный дым содержит воду, алкалоиды, а также смолы. Табачный дым содержит около 7000 различных химических веществ, многие из которых являются факторами риска развития заболеваний у человека: никотин, бензапирен и другие полициклические углеводороды, N-нитрозоникотин, Р-нафтиламин, полоний-210, никель, кадмий, мышьяк и свинец. Газовая фаза табачного дыма содержит монооксид углерода (угарный газ), ацетальдегид, ацетон, метанол, оксиды азота, цианид водорода, акролеин, аммоний, бензен, формальдегид, нитрозамины и винилхлорид. Табачный дым обладает особенно сильным окислительным потенциалом. Свободные радикалы в высокой концентрации содержатся как в газовой фазе, так и смолах [4]. В аэрозолях ЭСДН и ИНТ 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 проникает через 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 бронхолегочной системе [5] и другие заболевания органов и систем, связанных с курением.

Химическая сложность огромного количества жидкостей для ЭСДН требует постоянного токсикологического исследования каждого ингредиента жидкости и оценки рисков для здоровья. Основные компоненты, присутствующие почти во всех электронных жидкостях способны вызывать специфические токсикологические реакции в зависимости от различных соотношений растворителей пропиленгликоля и глицерина, свободноосновного никотина, органических кислот, солей никотина и ароматизаторов [6].

При использовании ЭСНТ образуется подмножество химических веществ, но содержание определяемых токсичных компонентов в аэрозоле ЭСНТ значительно ниже по сравнению с контрольной сигаретой. Структура табачной смеси является решающим фактором в определении результирующего химического состава аэрозолей ЭСНТ [7].

### **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

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)» [8]. По данным исследования 30,5% (36,4 млн.) всех взрослых постоянно употребляли табак в любом виде (49,8% среди мужчин и 14,5% среди женщин). Курительный табак употребляли 30,3% (36,3 млн.) (49,5% среди мужчин и 14,4% среди женщин). Доля ежедневно курящих взрослых составила 26,1% (31,2 млн.) (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. Однако, 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.) 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 лет среди мужчин и 17,2 лет среди женщин). Результатом такого интенсивного потребления табака явилось 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 Выборочного наблюдения состояния здоровья населения, проведенного Росстатом в 2023 г. [9], распространенность потребления табака среди всего населения составила 21,1%, среди мужчин - 34,6%, среди женщин - 10,1% (без учета ЭСДН). В последнее время отмечается снижение распространенность не только активного, но и пассивного курения [10].

### **1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем<sup>3</sup>**

**F17.2 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Синдром зависимости**

**F17.3 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Абстинентное состояние**

Синдром отмены кодируется самостоятельно в том случае, когда является непосредственной

---

<sup>3</sup> Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). (Класс V МКБ -10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. - М.: Минздрав России, 1998. - 512 с.

причиной обращения к врачу-специалисту.

## **1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Симптоматика никотиновой зависимости при употреблении табачной или никотинсодержащей продукции оценивается клинически, а степень ее выраженности - по тесту Фагерстрема (при употреблении никотинсодержащей продукции используется модифицированный тест Фагерстрема, Приложение Г1).

Для практических целей также выделяют 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 [11, 12, 13].*

## **1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

### **1.6.1 Синдром зависимости от табака (никотина)**

При развитии никотиновой зависимости становится трудно контролировать потребление табачной и/или никотинсодержащей продукции, отмечается продолжение их использования, несмотря на возникающие пагубные последствия; предпочтение употребления табака или никотина в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание количества выкуриваемых сигарет или других никотинсодержащих продуктов. В зависимости от интенсивности, продолжительности потребления и типа табачных и никотинсодержащих изделий, клиника синдрома зависимости, а также риски развития осложнений, будут несколько отличаться [1, 2, 3].

### **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 [11, 12, 13].

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

*Основное значение при постановке диагноза синдрома зависимости от никотина или синдром отмены никотина имеет клиническая диагностика, состоящая из сбора жалоб, анамнеза и оценки теста Фагерстрема, в т.ч. его модифицированный вариант. Остальные виды диагностики играют второстепенную роль.*

### **Критерии установления диагноза заболевания/состояния:**

Критерии синдрома зависимости от табака (никотина) в МКБ-10 включают в себя 3 и более симптома из ниже перечисленных 6 симптомов, наблюдающиеся на протяжении 12 месяцев [1]:

1. Существует постоянное желание к приему табака или никотинсодержащих продуктов;
2. Сниженная способность сократить или контролировать использование табака (никотина). Табак (никотин) часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;
3. Симптом отмены: а) критерии отмены, характерные для никотина; б) табак или никотинсодержащие продукты 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 или никотинсодержащих продуктов;

5. Много времени тратится на деятельность, необходимую для приобретения табака или никотинсодержащих продуктов;
6. Продолжающееся употребление табака или никотинсодержащих продуктов вопреки явным признакам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

Критерии синдрома отмены табака (никотина):

Должно быть соответствие общим критериям состояния отмены (F1x.3).

Могут присутствовать признаки из числа следующих: сильное желание употребить табак (или другие содержащие никотин средства); чувство недомогания или слабость; дисфория; раздражительность или беспокойство; бессонница; повышенный аппетит; сильный кашель; затруднения концентрации внимания. [1]

### **2.1 Жалобы и анамнез**

*Жалобы на невозможность контролировать потребление табачной или никотинсодержащей продукции, продолжение употребления несмотря на пагубные последствия, при снижении или прекращении потребления возникает раздражительность, беспокойство, слабость, нарушения сна, сильное влечение к употреблению табачной или никотинсодержащей продукции, нарушение концентрации внимания, повышение аппетита. 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, интенсивность и способы их употребления, наличие попыток отказаться от употребления табака и никотинсодержащей продукции, почему они оказались неуспешными. При развитии болезней органов дыхания 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 диагностической информативностью в отношении выявления или исключения синдрома зависимости и синдрома отмены табака (никотина), измерение АД на периферических артериях, исследование пульса, измерение частоты дыхания, пульсоксиметрия проводятся с целью оценки общего состояния пациента и безопасности назначаемой терапии [4].*

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

*Несмотря на то, что лабораторные диагностические исследования являются важной частью диагностики в целом, но они не обладают информативностью в отношении выявления или исключения синдрома зависимости от табака (никотина) или синдрома*

отмены табака (никотина). Существующие экспресс тесты (иммунохроматографический тест на котинин) не являются объективными количественными анализами. Они могут лишь свидетельствовать о наличии или отсутствии котинина в организме.

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- Рекомендуется всем пациентам, употребляющим курительные табачные изделия, определение содержания угарного газа (монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора для оценки интенсивности курения, усиления мотивации отказа от курения и контроля отказа от курения табака [2, 11, 12, 13].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)**

**Комментарии:** На этапе постановки диагноза определение содержания угарного газа (монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора 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 ррт до 10 ррт характерны для легкой степени курения, от 11 ррт до 20 ррт - умеренной степени курения, более 21 ррт - тяжелой степени курения.

- Рекомендуется всем курящим табак пациентам с респираторными симптомами и жалобами на кашель, одышку и выделение мокроты проведение оценки функционального состояния легких с помощью измерителя потоков выдыхаемого воздуха (спирометрия, пикфлоуметрия) с целью оценки функции внешнего дыхания [11, 14].

#### **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

**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. Персонализированная информация о результатах спирометрии и краткие рекомендации повышают вероятность длительного воздержания от потребления табака [14].

- Рекомендуется пациентам, курящим табак, при выявлении бронхиальной обструкции исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов с целью оценки обратимости обструктивных нарушений и степени гиперреактивности бронхов [11, 15].

## **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)**

**Комментарии:** Для оценки обратимости бронхиальной обструкции проводится исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов (спирометрия с бронходилатационным тестом), где чаще всего используют короткодействующие  $\beta_2$ -адренергические агонисты (селективные бета2-адреномиметики АТХ R03AC). Прирост показателя ОФВ1 на 12% или 200 мл и более свидетельствует о наличии у пациента обратимой бронхиальной обструкции.

### **2.5 Другие диагностические исследования**

- Рекомендуется всем пациентам, употребляющим табачные изделия и/или никотинсодержащие продукты, для определения степени выраженности зависимости от никотина использование опросника Фагерстрема или его модифицированный вариант (тест Фагерстрема) (Приложение Г1) [2, 3, 11, 16].

## **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -4)**

**Комментарии:** 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 всем пациентам, употребляющим табачные изделия и/или никотинсодержащие продукты, использование опросника Прохаска для оценки степени мотивации к отказу от употребления табачной и/или никотинсодержащей продукции (Приложение Г2) [11, 17].

## **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**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:  $ИК = (\text{число сигарет, выкуриваемых в день} \times \text{Количество лет курения} / 20)$  с целью оценки интенсивности курения [11].

## **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**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  $ИК > 5$  тяжелее бросить курить самостоятельно.

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

*Лечение никотиновой зависимости проводится с учетом степени ее выраженности готовности к отказу от никотина и включает фармакотерапию и когнитивно-поведенческую терапию, которые могут проводиться как отдельно, так и в комбинации [18]. При выявлении у пациента бронхолегочных симптомов или синдромов к лечению никотиновой зависимости и синдрома отмены добавляется симптоматическое лечение бронхолегочных нарушений [12]. При синдроме зависимости от табака и никотин содержащих продуктов возможно дополнительное назначение фармакологических препаратов для устранения симптомов отмены. Лечение является эффективным, если оно обеспечивает период воздержания от потребления табачных продуктов в течение не менее 6 месяцев.*

#### **3.1 Лекарственная терапия**

- Рекомендуется пациентам с никотиновой зависимостью (степень выраженности 5-6 и более баллов по Фагерстрема) или синдромом отмены табака (никотина) назначение фармакотерапии с использованием препаратов, применяемых при никотиновой зависимости (АТХ N07BA) для прекращения курения табака и/или никотинсодержащей продукции. [2, 11, 19, 20, 21].

#### **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)**

**Комментарии:** *Препараты, применяемые при никотиновой зависимости и замещающие никотин («никотинзаместительная» терапия – НЗТ). НЗТ является терапией первой линии для прекращения потребления табака/никотина у мотивированных и немотивированных пациентов.*

*В Российской Федерации зарегистрированы разные формы лекарственных препаратов, применяемых при никотиновой зависимости, содержащих никотин (МНН: никотин, АТХ: N07BA01):*

- пластырь трансдермальный с длительным высвобождением никотина (16 час.) в дозировках: 16-часовой пластырь - 10, 15 и 25 мг;
  - резинка жевательная лекарственная - 2 и 4 мг.
  - спрей для слизистой оболочки полости рта дозированный [мятный], [фруктово-мятный]
- 1 мг/доза.
- таблетки для рассасывания, покрытые пленочной оболочкой, мятные - 2 и 4 мг.
  - таблетки для рассасывания, покрытые пленочной оболочкой, фруктовые - 2 и 4 мг.

*Может применяться как монотерапия с использованием одного продукта, так и комбинация нескольких продуктов.*

*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 (не более 6 недель)..*

*При невыраженном синдроме зависимости от никотина (2-4 балла по тесту Фагерстрема), который не сопровождается клинически значимыми проявлениями синдрома отмены, фармакотерапия не показана.*

- Рекомендуется, пациентам, которые не могут или не хотят резко отказываться от курения, рассмотреть постепенный отказ от никотина на фоне терапии, препаратами применяемыми при никотиновой зависимости (МНН: цитизин)), которые по механизму действия являются частичными агонистами никотиновых рецепторов ацетилхолина, с учетом показаний и противопоказаний, с целью повышения приверженности к терапии [2, 11, 22].

#### **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)**

*Комментарии: Частичные агонисты никотинового рецептора ацетилхолина с высокой аффинностью и селективностью (АТХ: N07BA препараты, применяемые при никотиновой зависимости ) связывается с  $\alpha 4\beta 2$ -никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга, в отношении которых они являются как частичными агонистами (но в меньшей степени, чем никотин), так и антагонистами в присутствии никотина. Цитизин является природным алкалоидом, содержащимся в нескольких родах растений, выпускается в виде таблеток для приема внутрь, содержащих 1,5 мг активного вещества.*

- Рекомендуется пациентам, у которых на фоне отмены никотина отмечается тревожность, беспокойство, раздражительность, бессонница использование анксиолитиков (АТХ N05BX) с целью купирования данной симптоматики [23, 24].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)**

*Комментарии: В настоящее время из анксиолитиков используется фабомотизол - отечественный селективный анксиолитик без гипнosedативных и миорелаксирующих свойств, не является агонистом бензодиазепинового или барбитурового сайтов рецепторов ГАМК и поэтому не обладает недостатками препаратов этого класса. Также используются тетраметилтетраазабициклооктандион., Психологическая поддержка*

*Для любого человека, который планирует прекратить употребление никотинсодержащих продуктов или табака, важное значение имеет мотивация и готовность к этому отказу. Психологическая поддержка врача любой специальности повышает мотивацию пациента к прекращению курения [25]. Во время беседы врач*

*(фельдшер) выясняет готовность к отказу от курения, рассказывает о лечении, обсуждает с пациентом дату отказа от курения, подбирает терапию с учетом всех факторов, информирует о возможных осложнениях и трудностях, при необходимости дает рекомендации по режиму физической активности [26] и питанию, отвечает на вопросы и назначает дату контрольного визита. Используется три вида психологической поддержки пациента: короткая беседа; мотивационное интервью; когнитивно-поведенческая терапия (Приложение А3).*

- Рекомендуется для всех пациентов, употребляющих табак и/или никотинсодержащую продукцию в каждом клиническом контексте дать совет отказаться от курения или употребления никотинсодержащих продуктов, с целью профилактического консультирования и информирования [25, 27].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарии:** *Короткая беседа (краткое консультирование) проводится врачами всех специальностей, а также медицинским персоналом среднего звена, в течение 3-х и более минут и включает в себя: 1) определение статуса курения; 2) персонифицированный 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.*

- Рекомендуется проведение мотивационного интервью пациенту при любой степени никотиновой зависимости с целью оказания психологической поддержки, усиления мотивации по отказу от табака (никотина) [28].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарии:** *Выделяется две цели 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.*

- 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 [27, 29].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарии:** *Когнитивно-поведенческая терапия может применяться при лечении*

никотиновой зависимости как монотерапия слабой и очень слабой степени никотиновой зависимости (по тесту Фагерстрема). 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 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 3-х до 6 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.

Более длительная когнитивно-поведенческая терапия не увеличивает частоту формирования ремиссии. Это может быть объяснено снижением приверженности к длительной или расширенной терапии из-за усталости от лечения [29].

### **3.3 Иное лечение**

- Рекомендуется пациентам с синдромом зависимости от табака (никотина) при выявлении респираторных симптомов (кашель, мокрота) назначение отхаркивающих (АТХ R05CA) и муколитических (АТХ R05CB) препаратов с целью уменьшения выраженности бронхолегочной симптоматики [ 11, 30, 31].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств -5)**

**Комментарии:** Применение муколитических и отхаркивающих препаратов (ацетилцистеина\*\*, амброксола\*\* и отхаркивающих комбинированных препаратов) направлено на удаление мокроты из дыхательных путей. Они имеют разные механизмы действия.

Муколитические препараты 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 осуществляется с учетом наличия у пациента сухого (непродуктивного) или влажного (продуктивного) кашля.

- Рекомендуется пациентам с зависимостью от табака (никотина) при выявлении

гиперреактивности бронхов или обратимой бронхиальной обструкции (с показателем ОФВ1/ФЖЕЛ  $\geq 0,7$ ), а также с выраженной бронхиальной обструкцией с показателем ОФВ1/ФЖЕЛ  $< 0,7$  назначение препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей, рекомендуемых врачами-пульмонологами или врачами-терапевтами, с целью уменьшения симптоматики ХОБЛ [30].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

**Комментарии:** Препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (АТХ R03) - *фармакологическая группа симптоматических лекарств, непосредственно снимающих бронхоспазм, блокируя его различными путями:*

*Селективные бета2-адреномиметики (АТХ R03AC),*

*Антихолинергические средства (АТХ R03BB).*

*Адренергические средства в комбинации с антихолинергическими средствами (АТХ R03AL)*

*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 селективных бета2-адреномиметиков или антихолинергических[ средств. Предпочтение отдается препаратам длительного (продолжительного) действия. При выраженной бронхиальной обструкции или при неэффективности применения монотерапии целесообразно назначение комбинации адренергических средств в комбинации с антихолинергическими средствами. Предпочтение отдается фиксированным комбинациям препаратов. У лиц с ранее выявленной ХОБЛ и получавших бронхолитическую терапию в виде монотерапии стоит ее усилить 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.*

- Не рекомендуется для лечения зависимости от табака и никотинсодержащих продуктов использовать средства аверсивной терапии (средства для полоскания рта, меняющие вкус дыма сигарет), а также методы лечения без доказанной эффективности (иглорефлексотерапия, гипноз, нормобарическая гипокситерапия, краниальная электростимуляция, фитотерапия, гомеопатия и пр.) [32-37].

#### **Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств -3)**

- Не рекомендуется использовать бездымные табачные изделия и электронные сигареты в качестве стратегии лечения табачной зависимости, так как нет научно обоснованных

доказательств их влияния на здоровье [38, 39]

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств -2)**

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Для данного заболевания реабилитация не требуется.

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

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. После окончания курса лечения целесообразно проведение профилактической беседы, в том числе рассмотреть триггеры, которые ранее приводили к потреблению табака или никотина, с целью предотвращения рецидива или срыва.

#### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции и

предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана<sup>4</sup>.

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.

---

<sup>4</sup> Приказ Минздрава России от 26 февраля 2021 г. № 104н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»

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 **по поводу любой болезни** 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 А3. Лечащий врач должен провести мотивационное интервью и рекомендовать терапию либо с целью временного 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)**

Вмешательства, которые эффективны при прекращении курения могут применяться у всех зависимых от никотина лиц, за исключением случаев, когда есть противопоказания для использования конкретных препаратов, или, когда нет достаточных доказательств для использования медикаментозной терапии при беременности, у детей и подростков, у пациентов с тяжелыми респираторными, сердечно-сосудистыми, психическими, онкологическими и другими сопутствующими заболеваниями.

Поскольку при употреблении табака/никотина существует высокий риск для здоровья, как самой женщины, так и плода, необходимо 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 (в первый триместр беременности), мотивировать к отказу важно 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 применяется только НЗТ [40, 41].

Распространенность потребления табака/никотина среди пациентов с психическими расстройствами выше, чем в общей популяции. Лечение никотиновой зависимости у данной категории пациентов не имеет принципиальных отличий и должно проводиться врачом-психиатром-наркологом и/ или врачом-психиатром [42].

Курильщикам с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо настоятельно рекомендовать прекратить курить, особенно во время острой фазы заболевания. Пациенты с любым риском развития сердечно-сосудистого заболевания должны получить инструкцию по отказу от курения, с учетом оценки риск-польза подбирается терапия с использованием НЗТ [43, 44].

При ХОБЛ прекращение курения является необходимым терапевтическим вмешательством с использованием медикаментозной терапии и постоянной психологической поддержки [12, 30]

## Критерии оценки качества медицинской помощи

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Определена степень выраженности зависимости от никотина с использованием опросника Фагерстрема или его модифицированного варианта (тест Фагерстрема)	Да/Нет
2.	Проведен расчет индекса курения	Да/Нет
3.	Проведен тест на степень мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска)	Да/Нет
4.	Выполнено определение содержания угарного газа ( монооксида углерода) в выдыхаемом воздухе с помощью газоанализатора	Да/Нет
5.	Проведена короткая беседа (краткое консультирование)	Да/Нет
6.	Проведено мотивационное интервью	Да/Нет
7.	Проведена когнитивно-поведенческая терапия	Да/Нет
8.	Рекомендованы лекарственные препараты, применяемые при никотиновой зависимости	Да/Нет
9.	Рекомендована терапия анксиолитиками для снижения проявления симптомов отмены	Да/Нет
10	Рекомендована терапия отхаркивающими и муколитическими препаратами при выявлении респираторных симптомов	Да/Нет

## Список литературы

1. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10).  
[https://psychiatr.ru/download/1998?view==1&name==МКБ-10\\_\\_с\\_гиперссылками.рсП](https://psychiatr.ru/download/1998?view==1&name==МКБ-10__с_гиперссылками.рсП)
2. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Зависимость от никотина: диагностика и лечение. Медицина, 2016; № 3: с. 164-189.
3. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2009;49: 57-71. doi: 10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742. PMID: 18834313; PMCID: PMC2946180.
4. Aslam SP, Leslie SW, Morris J. Nicotine Addiction and Smoking: Health Effects and Interventions. [Updated 2024 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537066/>
5. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Табакокурение — фактор риска бронхолегочных заболеваний. В кн.: Респираторная медицина. Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Литтерра, 2017; Том 1: с. 543-550.
6. Mercier C., Pourchez J., Leclerc L., Forest V. In vitro toxicological evaluation of aerosols generated by a 4th generation vaping device using nicotine salts in an air-liquid interface system. *Respir Res.* 2024 Feb 5;25(1):75. doi: 10.1186/s12931-024-02697-2. PMID: 38317149; PMCID: PMC10845662
7. Lang G., Henaо C., Almstetter M., Arndt D., Goujon C., Maeder S. Non-targeted analytical comparison of a heated tobacco product aerosol against mainstream cigarette smoke: does heating tobacco produce an inherently different set of aerosol constituents? *Anal Bioanal Chem.* 2024 Mar;416(6):1349-1361. doi: 10.1007/s00216-024-05126-x. Epub 2024 Jan 13. PMID: 38217698; PMCID: PMC10861380
8. 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; том 16, № 7: 8-12.
9. Федеральная служба государственной статистики, Комплексное наблюдение условий жизни населения 2023 г.  
[https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/zdor23/PublishSite\\_2023/index.html](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor23/PublishSite_2023/index.html)
10. Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Передельская М.Ю., Демидов И.В., Стародубов В.И. Влияние государственной политики по борьбе против табака на заболеваемость хроническим бронхитом среди населения Российской Федерации. *Пульмонология.* 2019;29(5):519-524. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-5-519-524>
11. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Зайцева О.Ю., Новиков К.Ю. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной

болезни легких, вызванной курением табака. методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации № 2002/154, 2003: 46 с.

12. Han M, Fu Y, Ji Q, Deng X, Fang X. The effectiveness of theory-based smoking cessation interventions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2023 Aug 9;23(1):1510. doi: 10.1186/s12889-023-16441-w. PMID: 37559043; PMCID: PMC10410903..
13. 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>
14. Rodriguez-Alvarez MDM, Roca-Antonio J, Martinez-Gonzalez S, Vila-Palau V, Chacon C, Ortega-Roca A, Borrell-Thio E, Erazo S, Almirall-Pujol J, Toran-Monserrat P. Spirometry and Smoking Cessation in Primary Care: The ESPIROTAB STUDY, A Randomized Clinical Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 6;19(21):14557. doi: 10.3390/ijerph192114557. PMID: 36361437; PMCID: PMC9658367.
15. 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: с. 49-55.
16. Mushtaq N, Beebe LA. Psychometric Properties of Fagerstrom Test for Nicotine Dependence for Smokeless Tobacco Users (FTND-ST). *Nicotine Tob Res*. 2017 Sep 1;19(9):1095-1101. doi: 10.1093/ntr/ntx076. PMID: 28387864.
17. Budd, R.J., & Rollnick, S. (1996). The structure of the Readiness to Change Questionnaire: A test of Prochaska & DiClemente's transtheoretical model. *British Journal of Health Psychology*, 1, 365-376. doi:10.1111/J.2044-8287.1996.TB00517.X
18. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3, <http://www.cochranelibrary.com>: 120 p.
19. 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, <http://www.cochranelibrary.com>: 267 p.
20. 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>
21. Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Thomas KH, Theodoulou A, Hajizadeh A, Hartman L, Lindson N. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 May 5;5(5):CD006103. doi: 10.1002/14651858.CD006103.pub8. PMID: 37142273; PMCID:

PMC10169257.

22. Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Hajizadeh A, Lindson N. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Jun 19;6(6):CD013308. doi: 10.1002/14651858.CD013308.pub2. PMID: 37335995; PMCID: PMC10278922.
23. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Review). *HeCochraneLibrary*, 2011, Issue 8, <http://www.cochranelibrary.com>: 23 p.
24. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Комплексное лечение никотиновой зависимости: возможности повышения эффективности, «ПМЖ» 2019, №12: с. 62 - 68.
25. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, George J. System change interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 10;2(2):CD010742. doi: 10.1002/14651858.CD010742.pub2. PMID: 28185257; PMCID: PMC6464284.
26. Zhou Y, Feng W, Guo Y, Wu J. Effect of exercise intervention on smoking cessation: a meta-analysis. *Front Physiol.* 2023 Aug 8;14:1221898. doi: 10.3389/fphys.2023.1221898. PMID: 37614760; PMCID: PMC10442508.
27. Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordonez-Mena JM, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, Sutton AJ, Theodoulou A, Aveyard P. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Jan 4;1:CD013229. doi: 10.1002/14651858.CD013229.pub2. PMID: 33411338.
28. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Mar 2;(3):CD006936. doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub3. PMID: 25726920.
29. Nwosu NC, Ede MO, Onah NG, Ekwueme HU, Obumse NA, Amoke CV, Chukwu CL, Onah SO, Amadi K, Ezurike CA, Oneli JO. Cognitive behavioral therapy for challenges to quitting tobacco smoking among social science and religion students. *Medicine (Baltimore).* 2022 Nov 25;101(47):e31913. doi: 10.1097/MD.00000000000031913. PMID: 36451466; PMCID: PMC9704878.
30. 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: 10.18093/0869-0189-2019-29-3-327-333
31. McClure EA, Wahlquist AE, Tomko RL, Baker NL, Carpenter MJ, Bradley ED, Cato PA, Gipson CD, Gray KM. Evaluating N-acetylcysteine for early and end-of-treatment abstinence in adult cigarette smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Aug 1;225:108815. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108815. Epub 2021 Jun 18. PMID: 34171822; PMCID: PMC8282766.

32. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jan 23;2014(1):CD000009. doi: 10.1002/14651858.CD000009.pub4. PMID: 24459016; PMCID: PMC7263424.
33. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jun 14;6(6):CD001008. doi: 10.1002/14651858.CD001008.pub3. PMID: 31198991; PMCID: PMC6568235.
34. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;2001(3):CD000546. doi: 10.1002/14651858.CD000546.pub2. PMID: 15266433; PMCID: PMC7045729.
35. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;2006(2):CD005990. doi: 10.1002/14651858.CD005990. PMID: 16625649; PMCID: PMC6486288.
36. Coppel, J., Hennis, P., Gilbert-Kawai, E. et al. The physiological effects of hypobaric hypoxia versus normobaric hypoxia: a systematic review of crossover trials. *Extrem Physiol Med* 4, 2 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13728-014-0021-6>
37. Pickworth WB, Fant RV, Butschky MF, Goffman AL, Henningfield JE. Evaluation of cranial electrostimulation therapy on short-term smoking cessation. *Biol Psychiatry.* 1997 Jul 15;42(2):116-21. doi: 10.1016/S0006-3223(96)00294-6. PMID: 9209728.
38. Hedman L, Galanti MR, Ryk L, Gilljam H, Adermark L. Electronic cigarette use and smoking cessation in cohort studies and randomized trials: A systematic review and meta-analysis. *Tob Prev Cessat.* 2021 Oct 13;7:62. doi: 10.18332/tpc/142320. PMID: 34712864; PMCID: PMC8508281).
39. Pound C, Zhang J, Kodua A, Sampson M. Smoking cessation in individuals who use vaping as compared with traditional nicotine replacement therapies: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal BMJ Open.* 2021 Feb 22;11(2): e044222. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044222).
40. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Табакокурение и репродуктивная функция женщин. *РМЖ. Акушерство и гинекология*, 2013, № 1: с. 12-20 режим доступа: [https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Tabakokurenije\\_i\\_reproduktivnaya\\_funkcija\\_ghenschin/](https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Tabakokurenije_i_reproduktivnaya_funkcija_ghenschin/)
41. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J, Coleman T. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Mar 4;3(3):CD010078. doi: 10.1002/14651858.CD010078.pub3. PMID: 32129504; PMCID: PMC7059898.
42. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ.* 2015 Sep 21;351:h4065. doi: 10.1136/bmj.h4065. PMID: 26391240; PMCID: PMC4707528.

43. Hubbard R, Lewis S, Smith C, Godfrey C, Smeeth L, Farrington P, Britton J. Use of nicotine replacement therapy and the risk of acute myocardial infarction, stroke, and death. *Tob Control*. 2005 Dec;14(6):416-21. doi: 10.1136/tc.2005.011387. PMID: 16319366; PMCID: PMC1748112.
44. Oh S, Kim JH, Cho KH, Kim MC, Sim DS, Hong YJ, Ahn Y, Jeong MH. Association between baseline smoking status and clinical outcomes following myocardial infarction. *Front Cardiovasc Med*. 2022 Jul 22;9:918033. doi: 10.3389/fcvm.2022.918033. PMID: 35935630; PMCID: PMC9354586.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

Авторы:

Сахарова Г.М. д.м.н., профессор, член Российского респираторного общества

Антонов Н.С. д.м.н., член Российского респираторного общества

Салагай О.О. статс-секретарь - заместитель министра здравоохранения РФ

Авдеев С.Н. академик РАН, д.м.н., профессор, член Российского респираторного общества

Эргешов А.Э. член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, член Российского респираторного общества

Романов В.В. д.м.н., профессор, член Российского респираторного общества

Русакова Л.И. д.м.н., член Российского респираторного общества

Надеждин А.В. к.м.н., член Российского общества психиатров

Тетенова Е.Ю. к.м.н., член Российского общества психиатров

### **Рабочая группа**

#### **Со-Председатели:**

Клименко Татьяна Валентиновна д.м.н., проф. Крупицкий Евгений Михайлович д.м.н., проф.

#### **Секретарь:**

Губанов Георгий Александрович

#### **Состав рабочей группы:**

Агибалова Татьяна Васильевна д.м.н., проф.

Бузик Олег Жанович д.м.н., проф.

Винникова Мария Алексеевна д.м.н., проф.

Михайлов Михаил Альбертович д.м.н.

Аркус Максим Леонидович к.м.н.

Корчагина Галина Александровна д.м.н., проф.

Илюк Руслан Дмитриевич д.м.н.

Лобачева Анна Станиславовна к.м.н.

Рыбакова Ксения Валерьевна д.м.н.

Шевцова Юлия Брюнсовна к.м.н.

Уткин Сергей Ионович к.м.н.

Поплевченков Константин Николаевич к.м.н.

Ненастьева Анна Юрьевна, к.м.н.

Авторы и члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов.

## **Приложение А2. 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).

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач психиатр-нарколог
2. Врач-психиатр-нарколог участковый
3. Врач-терапевт
4. Врач-пульмонолог
5. Врач-кардиолог
6. Врач общей практики (семейный врач)
7. Врач-психиатр
8. Врач-психиатр участковый
9. Врач-психотерапевт
10. Медицинский психолог

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

- Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н (в редакции от 23.06.2020) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу 04.08.2020).
- Приказ Минздрава России от 26 февраля 2021 г. № 104н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»
- Анализ источников научной литературы и других данных, а также интернет-ресурсов за последние 10 лет:
  - отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях,

научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр Лекарственных Средств, Регистр лекарственных средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;

- зарубежные: Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При разработке настоящих клинических рекомендаций использовалась рейтинговые схемы для оценки уровня достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) и уровня убедительности рекомендаций (А, В, С).

**Приложение А2.1 - Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Приложение А2.2 - Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

Уровни достоверности доказательств (УДД)
Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н (в редакции от 23.06.2020) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации»
1 Систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа

2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Приложение А2.3 - Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

Уровень убедительности рекомендации (УРР) Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н (в редакции от 23.06.2020) «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации»	
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации ААС, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

**Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата**

Информация по показаниям к применению и противопоказаниям, способам применения и дозам лекарственных препаратов находится в открытом доступе на сайте Государственного

## 1. Короткая беседа

Методология короткой беседы врача:

1. Спросить пациента об употреблении табачной и/или никотинсодержащей продукции и зафиксировать статус ее употребления в медицинской документации. Вопрос об употреблении должен быть более сложный, чем просто вопрос: «Вы употребляете табачную и/или никотинсодержащую продукцию?». Например, многие курящие люди, выкуривающие сигареты не каждый день, не считают это курением и на данный вопрос наиболее вероятно ответят: «Нет». Поэтому вопрос должен быть сложным, выявляющим следующие категории статуса курения:

а. Некурящий/не употребляющий: не употребляет табачную и/или никотинсодержащую продукцию совсем.

б. Постоянный потребитель: Для курящих сигареты: выкурил не менее 100 сигарет за всю свою жизнь и выкурил хотя бы 1 сигарету за последние 30 дней. Для употребляющих другую табачную и/или никотинсодержащую продукцию: употреблял хотя бы 1 раз за последние 30 дней.

в. Бывший курильщик: выкурил не менее 100 сигарет за всю свою жизнь, но за последние 30 дней не выкурил ни одной сигареты.

2. Дать совет отказаться от употребления табачной и/или никотинсодержащей продукции и при возможности его персонифицировать, используя выявленные клинические симптомы и оценку функционального состояния пациента.

3. Настоятельно рекомендовать пациенту лечение никотиновой зависимости и при его согласии либо начать такое лечение с применением когнитивно-поведенческой и медикаментозной терапии, либо направить в медицинское учреждение, где ему/ей могут оказать соответствующую медицинскую помощь

## 2 Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование включает стратегию 5А для пациентов с высокой мотивацией к отказу от употребления табачной и/или никотинсодержащей продукции и стратегию 5R для пациентов со слабой мотивацией.

Методология стратегии 5А :

Шаг 1 - Задать вопрос (Ask): Обосновать вред потребления табака/никотинв. Иногда потребители приостанавливают употребление табачной и/или никотинсодержащей продукции из-за проблем со здоровьем. Таких людей надо выявлять и активно стимулировать для продолжения отказа от употребления.

Шаг 2 - Дать совет (Advise): Врач должен обсудить с пациентом немедленные и отдаленные положительные результаты отказа от табака/никотина. Кроме того, может быть также обсужден вред потребления табака/никотина для здоровья, особенно, если у пациента уже есть какие-либо нарушения.

Шаг 3- Оценить состояние (Assess). Определить готовность пациента продолжить потребление табака/никотина или отказаться от него.

Шаг 4 - Оказать помощь (Assist). Пациентам, которые готовы бросить употребление табака/никотина, врач должен объяснить и предложить индивидуальные программы лечения, направленную на снижение проявления симптомов отмены и способность противостоять желанию.

Шаг 5 - Установить график визитов (Arrange). Врач должен назначить пациенту график посещений для проведения поддерживающих бесед.

Методология стратегии 5R:

Шаг 1 - Обосновать вред употребления табака/никотина (Relevance). На данном этапе беседа должна быть направлена на данного пациента и врач должен дать обоснование вреда потребления табака/никотина, используя медицинскую информацию о состоянии его/ее здоровья.

Шаг 2 - Определить риск для здоровья (Risks). Врач должен попросить пациента определить негативные последствия продолжения потребления табака/никотина и подчеркнуть, что, например, снижение интенсивности курения, переход на сигареты с более низким содержанием никотина и смолы или замена сигарет на другой табачный продукт не приведет к устранению риска развития заболеваний.

Шаг 3 - Определить положительные стороны отказа от табака/никотина (Rewards). Врач должен попросить пациента определить возможные для него положительные изменения для здоровья в результате отказа от употребления табака/никотина.

Шаг 4 - Определить трудности (Roadblocks). Врач должен попросить пациента определить препятствия и трудности для отказа от табака/никотина (симптомы отмены, страх перед неудачей, увеличение веса, недостаток в поддержке, депрессия, потеря удовольствия от приема табака/никотина, курящее окружение, отдых, связанный с употреблением табачных и/или никотинсодержащих продуктов).

Шаг 5 - Повторять беседы (Repetition). Мотивационные беседы должны проводиться каждый раз, когда пациент посещает врача в медицинском учреждении. Пациентов, которые потерпели неудачу в отказе от табака/никотина, надо поддерживать и стимулировать их на повторные попытки, объясняя, что большинство делает несколько попыток бросить употребление табака/никотина прежде, чем достигает успеха.

### **3 Когнитивно-поведенческая терапия**

Техники когнитивно-поведенческой терапии описаны в следующих справочных материалах:

- Бек, Джудит С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. - М.: ООО "И.Д. Вильямс", 2006. - 400 с.: ил.
- Кларк Дэвид А., Бек Аарон Т. Тревога и беспокойство: когнитивно-поведенческий подход: Пер. с англ. - М.: Диалектика, 2020, 448 с.: ил.

### **4 Связанные документы**

1. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции" (с изменениями и дополнениями)
2. Федеральный закон №303-ФЗ от 31.07.2020 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу охраны здоровья граждан от последствий потребления никотинсодержащей продукции»
3. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
4. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2017 N 46740)  
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология"
5. Приказ Минздрава России от 30.12.2015 N 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (с изменениями и дополнениями).
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н г. Москва "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"
7. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2017 г. № 394
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 февраля 2021 г. № 140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению

табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»

**5 Пример листка-вкладыша в медицинскую документацию о пациенте, употребляющем табачную и/или никотинсодержащую продукцию.**

**Оценка статуса употребления табака и никотинсодержащих продуктов ФИО Возраст  
Дата**

**1. Пациент употребляет:**

Вид продукта	Количество в день	Единица измерения
Курительные табачные изделия		Штук
Бездымные табачные изделия (ротовой, нюхательный, сосательный)		Штук
Электронные средства доставки никотина (вейпы)		Курительные сессии
Электронные средства нагревания табака (glo, IQOS)		Штук стиков
Кальяны		Курительные сессии

**2. Стаж употребления:        лет**

**3. При курении обычных сигарет:**

Индекс курения (пачка /лет):

(ИК = (число сигарет, выкуриваемых в день) x Количество лет курения / 20)

**4. Оценка степени никотиновой зависимости (нужное подчеркнуть):**

Вопрос	Ответ	Баллы
Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы употребляете никотинсодержащий продукт?	В течение первых 5 минут	3
	В течение первых 6-30 минут	2
	В течение первых 30-60 минут	1
	Через час и более	0
<b>Заключение по степени тяжести никотиновой зависимости:</b> 0 - Слабая, 1 - Средняя, 2 - Высокая, 3 - Очень высокая		

## 5. Оценка наличия симптомов отмены:

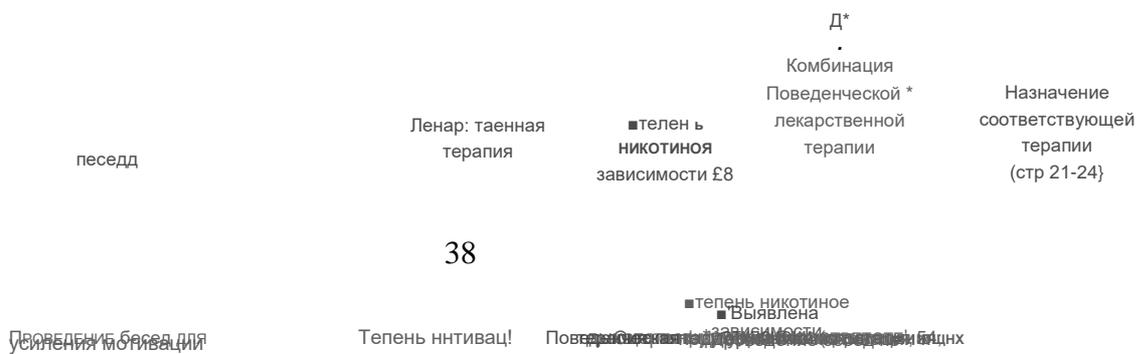
Развивается ли у пациента, если он не употребляет продукт, хотя бы одно из следующих состояний:

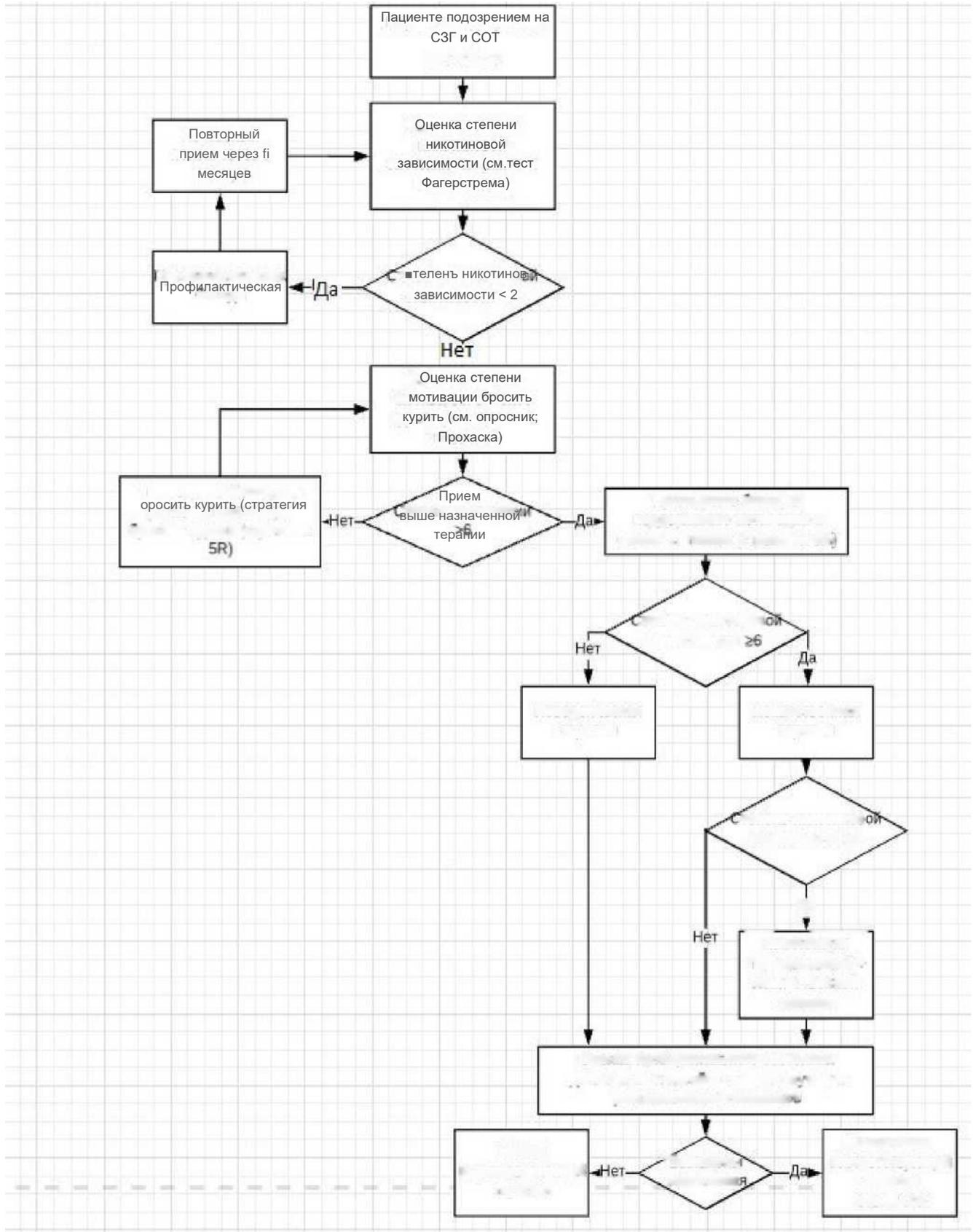
Симптомы	Нужное подчеркнуть
напряжение и/или раздражительность	Да Нет
снижение концентрации внимания	Да Нет
Беспокойство	Да Нет
Подавленность	Да Нет
чувство нервозности	Да Нет
Возбуждение	Да Нет
Заключение: Если есть хотя бы одно «Да», то присутствуют симптомы отмены	

## 6. Диагноз:

а. При отсутствии симптомов отмены: Синдром зависимости от табака с (F17.2) б. При наличии симптомов отмены: Синдром отмены табака (никотина) (F17.3)

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача





## Приложение В. Информация для пациента

### Информация для мотивирования пациента к отказу от табака

#### «5 шагов к успеху»

##### Шаг 1 — Получение информации:

Внимательно изучите научные данные о влиянии курения табака (сигарет, папирос, сигар, трубок, кальяна, самокруток и т.д.), потребления ЭСДН и ЭСНТ на здоровье. Не пренебрегайте доказанными фактами, т.к. они получены в результате строгих научных исследований.

Научные исследования доказали:

- Курение табака поражает практически каждый орган курящего человека. Это приводит к развитию болезней и потери здоровья.
- Отказ от курения снижает риск развития заболеваний и смерти, связанных с курением табака, и значительно улучшает здоровье.
- Сигареты с низким содержанием смолы и никотина не являются безопасными.
- Список заболеваний, вызываемых курением табака, постоянно увеличивается, теперь в него включены также рак шейки матки, поджелудочной железы, почек и желудка, аневризма аорты, лейкемия, катаракта, пневмония и болезни десен.

Курение табака вызывает развитие рака:

- Курение табака вызывает развитие рака ротовой полости, гортани, глотки, легкого, пищевода, поджелудочной железы, почек и мочевого пузыря, желудка, шейки матки, острого миелоидного лейкоза.
- В большинстве случаев причиной развития рака легкого является табакокурение. Риск развития рака легкого у курильщиков увеличивается в 20 раз по сравнению с некурящими. Курение табака является причиной 90% смертей от рака легкого у мужчин и 80% — у женщин.
- Курение сигарет, сопровождающееся злоупотреблением алкоголя, является причиной развития рака гортани.
- Курение сигарет с низким содержанием смолы не снижает риск развития рака легкого и других органов.

Курение табака вызывает развитие сердечно-сосудистых заболеваний:

- Риск смерти от коронарной болезни сердца у курящих людей увеличивается в 4 раза.
- Несмотря на лечение, 25% мужчин и 38% женщин умирают в течение года после инфаркта миокарда, если продолжают курить.
- Курение табака приводит к развитию атеросклероза, сужению артерий.
- Курение табака приводит к развитию коронарной болезни сердца.

— Курение сигарет со сниженным содержанием смолы и никотина не снижает риск развития коронарной болезни сердца.

— Курение табака является причиной развития инсульта.

— Курение табака вызывает развитие аневризмы аорты (утончение и раздутие аорты в области желудка).

Курение табака вызывает развитие болезней легких:

— Курение табака поражает бронхи и легкие, приводя к развитию смертельной хронической обструктивной болезни легких.

— Вероятность развития инфекционных заболеваний легких у курящих людей значительно выше, чем у некурящих.

— Курящие беременные женщины наносят вред легким своего младенца.

— Курение в подростковом возрасте приводит к недоразвитию легких и снижению их функции уже в молодом возрасте.

— Курение табака приводит к развитию хронического кашля, хрипов в легких и бронхиальной астмы у детей и подростков.

— Курение табака приводит к развитию хронического кашля и хрипов в легких у взрослых людей.

Курение табака приводит к нарушению репродуктивной функции у женщин:

— Курение табака приводит у женщин к снижению фертильности.

— Курение женщинами во время беременности увеличивает в 4 раза риск развития внезапной детской смерти.

— Курение во время беременности приводит к развитию предлежания плаценты и отслойки плаценты. Эти нарушения могут привести к преждевременным родам.

— Никотин и угарный газ, содержащиеся в табачном дыме, приводят к снижению доставки кислорода тканям плода.

— Курение во время беременности снижает развитие плода и приводит к снижению веса новорожденного.

Курение табака приводит к снижению здоровья курящего человека:

— Курящие люди являются менее здоровыми, чем некурящие.

— После хирургических операций у курящих людей чаще развиваются осложнения, связанные с плохим заживлением ран и респираторными заболеваниями.

— У курящих женщин в период менопаузы чаще развивается остеопороз (снижение плотности костной ткани).

— У курящих людей увеличивается риск развития переломов костей.

— Курение табака в 50% случаев является причиной развития периодонтита, серьезных инфекций десен и потери зубов.

— Курение табака может вызвать развитие импотенции у мужчин.

— Курение табака увеличивает в 3 раза риск развития катаракты, приводящей к развитию слепоты.

— Курение табака увеличивает риск развития пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В тяжелых случаях это заболевание может привести к смерти.

В настоящее время доказано, что при употреблении электронные сигареты, вейпы и другие виды ЭСДН производят аэрозоль содержащий следующие токсические вещества:

- Никотин - вещество, вызывающее сильное привыкание (зависимость), негативно влияет на развитие мозга подростков (мозг развивается до 25 лет)
- Пропиленгликоль - распространенная добавка в пищевые продукты; также используется для производства таких веществ, как антифриз, растворитель для краски, искусственного дыма, в противотуманных машинах.
- Акролеин (канцероген)- гербицид, в основном используемый для уничтожения сорняков, может вызвать необратимое повреждение легкого
- Ацетальдегид и формальдегид (канцерогены) - химические вещества, вызывающие рак
- Диацетил (вкусовая добавка) - химическое вещество, связанное с заболеванием легких, называемым облитерирующим бронхитом, также известным как «попкорновое легкое»
- Диэтиленгликоль - токсичное химическое вещество, используемое в антифризах, связано с заболеваниями легких
- Никель, олово, свинец - тяжелые металлы
- Кадмий -металл, содержащийся в традиционных сигаретах, вызывает проблемы с дыханием и болезни почек
- Бензол - летучее органическое соединение, содержащееся в выхлопных газах автомобилей
- Ультрадисперсные частицы - частицы менее 2 микрон, которые могут проникать глубоко в легкие

Аэрозоль всех видов электронных сигарет и вейпов одинаково вреден. Электронные сигареты, содержащие и не содержащие вкусовые добавки, также одинаково вредны. В одном картридже электронной сигареты может содержаться никотина столько же, сколько содержится в пачке обычных сигарет.

В настоящее время доказано, что употребление электронных сигарет, вейпов и других ЭСДН приводит к следующим нарушениям здоровья потребителя:

- снижается память, концентрация, способность к обучению, самоконтроль, внимание и настроение;

- могут развиваться судороги;
- подростки, употребляющие электронные сигареты, в 4 раза чаще переходят на курение сигарет - электронные сигареты быстро вызывают развитие воспаления в легких, горле и глазах;
- потребители электронных сигарет чаще болеют простудными заболеваниями, пневмонией;
- электронные сигареты не помогают отказаться от употребления табака, поскольку при их употреблении никотиновая зависимость остается.

## **Шаг 2 — Оцените свое здоровье:**

Подумайте, что табачные или никотинсодержащие изделия табак могут оказать вредное воздействие и на ваше здоровье. Проанализируйте, нет ли у Вас симптомов нарушения здоровья в результате употребления: кашель, мокрота, повышенное артериальное давление, боль в желудке, ранние морщины на лице, одышка, постоянная усталость. Возможно, что самое важное, что Вы можете сделать для своего здоровья — это бросить употребление табака или никотина.

Ваше здоровье начнет улучшаться в ту самую минуту, когда Вы бросите курить:

- Через 20 минут ваш пульс и давление понизятся.
- Через 24 часа у Вас уменьшится риск инфаркта.
- Через 2 дня к Вам вернется нормальное ощущение вкуса и запаха.
- Через 2-3 недели функция ваших легких придет в норму, улучшится кровообращение и Вам станет легче ходить.
- Через 1 год риск инфаркта станет вдвое меньше и через 15 лет снизится до уровня некурящих людей.
- Через 5 лет:
  - риск заболевания раком полости рта, горла и пищевода сократится вдвое,
  - риск инсульта и инфаркта станет практически таким же, как у некурящего человека (через 5—15 лет).
  - Через 10 лет ваш риск умереть от рака легкого станет практически таким же, как у некурящего человека.
  - После отказа от курения табака снижается риск смерти от хронической обструктивной болезни легких.
  - Риск развития рака мочевого пузыря снижается в 2 раза через несколько лет после отказа от курения табака.
  - Если женщина бросает курить во время первого триместра беременности, то риск рождения ребенка с малым весом снижается до уровня некурящей женщины.

### Шаг 3 — Определите для себя причины для отказа от табака/никотина:

1. Жить более здоровой жизнью.

Ваше здоровье начнет улучшаться сразу же после отказа от употребления табачной или никотинсодержащей продукции.

2. Жить дольше.

Употребление табака/никотина в буквальном смысле слова «съедает Вас заживо». Например, курильщики, которых убивает табак, умирают примерно на 14 лет раньше, чем те, кто не курит.

3. Освободиться от зависимости.

Никотин является одним из веществ, вызывающих наиболее сильную зависимость, у курящих развивается болезнь — табачная (никотиновая) зависимость.

4. Улучшить здоровье тех, кто Вас окружает.

Вторичный табачный дым убивает. Он вызывает рак, болезни сердца, органов дыхательной и пищеварительной систем и другие болезни. Дети, родители которых курят, имеют большую вероятность заболевания бронхитом, бронхиальной астмой, инфекционными заболеваниями ушей и воспалением легких.

5. Сэкономить деньги.

Подсчитайте, сколько денег в год Вы тратите на сигареты или другие табачные или никотинсодержащие изделия, а также зажигалки, кофе и другие атрибуты курения. Вы можете сделать для себя и своей семьи что-то более полезное на эти деньги.

6. Чувствовать себя лучше.

Вы избавитесь от кашля, Вам станет легче дышать, и Вы перестанете все время чувствовать себя плохо. Вы будете также лучше выглядеть — у тех, кто бросил курить, кожа выглядит моложе, зубы — белее, и появляется больше энергии.

7. Улучшить качество жизни.

Ваши одежда, машина и дом не будут иметь неприятного запаха. Еда будет казаться вкуснее.

8. Иметь здорового младенца.

Дети, родившиеся у женщин, которые употребляют табачные или никотинсодержащие изделия, имеют большую вероятность родиться с низким весом и иметь всю жизнь плохое здоровье.

9. Улучшить свое сексуальное и репродуктивное здоровье.

У мужчин, потребляющих табак или никотин, могут появиться проблемы с появлением и поддержанием эрекции. Женщинам, которые курят, труднее забеременеть и сохранить беременность.

#### **Шаг 4 — Принятие решения:**

Сосредоточьтесь на причинах, в силу которых Вы хотите бросить курить или употреблять другие табачные и никотинсодержащие продукты. Приготовьтесь к отказу от их употребления.

#### **Шаг 5 — Действие:**

Теперь мы вместе будем бороться с Вашей болезнью. Выберите день, в который Вы бросите курить, и мы составим с Вами план Вашего лечения.

1. Со дня отказа от курения — ни одной затяжки!

Выбросьте пепельницы, зажигалки и все сигареты или другие табачные или никотинсодержащие изделия.

2. Не допускайте курения в своей машине и в доме.

Это создаст более здоровую атмосферу для других, и также поможет Вам сопротивляться желанию закурить.

3. Обеспечьте себе поддержку и одобрение окружающих.

Скажите членам вашей семьи, друзьям и сотрудникам, что Вы бросаете курить, и попросите оказать вам поддержку.

4. Найдите еще кого-то, кто хочет бросить курить.

Легче бросать курить вместе с кем-нибудь. Пригласите знакомого курильщика или курящего родственника бросить курить вместе с Вами.

5. Определите, что вызывает непреодолимое желание курить.

Алкоголь, кофе и стресс могут вызвать желание курить. Это желание может также вызвать вид курящих — попросите знакомых Вам курильщиков не закуривать при Вас.

Не сдавайтесь:

— Большинство людей делали несколько попыток бросить курить, пока они не добились успеха. Если Вы опять начнете курить, не теряйте надежды — сделайте новую попытку.

— Вы не потерпели поражения — Вы узнали, какие факторы и ситуации заставляют Вас закурить.

— Следующая попытка бросить курить будет легче.

— Никогда не поздно бросать курить.

**Приложение Г1 - ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.**

**Приложение Г1.**

**1. Оценка степени никотиновой зависимости при курении табака. Тест Фагерстрема.**

**Название на русском языке:** Тест Фагерстрема

**Оригинальноеназвание (еслиесть):** Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FND)

**Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидизацией):** Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 1991, 86:1119-27.

**Тип (подчеркнуть):**

- шкала
- оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить)

**Назначение:** Оценка интенсивности физической зависимости к никотину.

**Содержание (шаблон):** При курении сигарет

Вопрос	Ответ	Очки
1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение первых 6-30 минут	2
	В течение первых 30-60 минут	1
	Через час	0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0

3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, или в течение остального дня?	Курю чаще в первые часы утром	1
	Курю чаще в течение дня	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0
Сумма баллов:		

При употреблении никотинсодержащей продукции:

Вопрос	Ответ	Очки
1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы употребляете никотинсодержащий продукт?	В течение первых 5 минут	3
	В течение первых 6-30 минут	2
	В течение первых 30-60 минут	1
	Через час	0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от употребления продукта в местах, где его употребление запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой приема продукта Вы не можете легко отказаться?	Первый прием утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько раз в день Вы употребляете свой продукт?	10 или меньше	0
	11-20	1

	21-30	2
	31 и более	3
5. Вы употребляете свой продукт более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, или в течение остального дня?	Употребляю чаще в первые часы утром	1
	Употребляю чаще в течение дня	0
6. Употребляете ли Вы свой продукт, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0
Сумма баллов:		

**Ключ (интерпретация):** Заключение по сумме баллов:

0-2 - Очень слабая зависимость.

3-4 - Слабая зависимость.

5 - Средняя зависимость.

6-7 - Высокая зависимость.

8-10 - Очень высокая зависимость.

**Пояснение:** При быстрой оценке возможно для оценки степени никотиновой зависимости использовать ответы только на первый вопрос: 0 - Слабая, 1 - Средняя, 2 - Высокая, 3 - Очень высокая

## Приложение Г2.

### 2. Оценка мотивации бросить употреблять табачную и/или никотинсодержащую продукцию (опросник Прохаска)

**Название на русском языке:** Опросник Прохаска

**Оригинальное название (если есть):** Test of Prochaska

**Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидизацией):** Budd, R. J., & Rollnick, S. The structure of the Readiness to Change Questionnaire: A test of Prochaska & DiClemente's transtheoretical model. *British Journal of Health Psychology*, 1996, 1(Part 4), 365-376. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00517.x>

**Тип (подчеркнуть):**

- шкала оценки

- индекс
- другое ( уточнить )

**Назначение:** Оценка степени готовности пациента отказаться от употребления табачной и/или никотинсодержащей продукции.

**Содержание (шаблон):**

Вопрос	Ответы	Баллы
1. Бросили бы Вы употреблять табак/никотин, если бы это было легко?	Определенно нет	0
	Вероятнее всего нет	1
	Возможно да	2
	Вероятнее всего да	3
	Определенно да	4
2. Как сильно Вы хотите бросить употреблять табак/никотин?	Не хочу вообще	0
	Слабое желание	1
	В средней степени	2
	Сильное желание	3
	Очень хочу бросить курить	4
Сумма баллов:		
<p>Заключение по сумме баллов:</p> <p>6 и больше-высокая мотивация к отказу от употребления, 3-5 -слабая мотивация, 2 и ниже - отсутствие мотивации.</p>		

**Ключ (интерпретация):** Заключение по сумме баллов:

- 6 и больше-высокая мотивация,
- 3 - 5 -слабая мотивация,
- 2 и ниже - отсутствие мотивации.

