

Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 2

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Российское респираторное общество:

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

2. Российская ассоциация наркологов:

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

Члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов. В случае сообщения о наличии конфликта интересов член(ы) рабочей группы был(и) исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

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

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

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

Для цитирования: Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О., Авдеев С.Н., Эргешов А.Э., Романов В.В., Русакова Л.И., Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И., Надеждин А.В., Тетенюва Е.Ю. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Сообщение 2. *Наркология* 2021; 20(7): 21-34.

DOI: 10.25557/1682-8313.2021.07.21-34

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 23.04.2021.

Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. Clinical guidelines. Project. Part 2

Working group for the development and revision of clinical guidelines

1. Russian Respiratory Society:

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

2. Russian Association of Narcologists:

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

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

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

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

For citation: Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagay O.O., Avdeev S.N., Ergeshov A.E., Romanov V.V., Rusakova L.I., Brun E.A., Buzik O. Zh., Kutushev O.T., Lykov V.I., Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu. Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. Clinical guidelines. Project. Part 2. *Narkologija [Narcology]* 2021; 20(7): 21-34. (In Russ.).

DOI: 10.25557/1682-8313.2021.07.21-34

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

Funding. The study had no sponsorship.

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

Accepted: 23.04.2021.

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

1. Никотинзаместительная терапия

Никотинзаместительная терапия может применяться для лечения никотиновой зависимости у пациентов с любой степенью мотивации.

Стандартная схема назначения никотинзаместительной терапии у мотивированных пациентов

Совместно с пациентом выбирается дата отказа, начиная с которой полностью прекращается потребление табачной и/или никотинсодержащей продукции. Выбор начальных доз никотинсодержащих препаратов проводится с учетом степени никотиновой зависимости и/или числа ежедневно выкуриваемых сигарет, а также выбора формы никотинсодержащего препарата.

1. Стандартная схема назначения жевательной резинки

При полном отказе от табака количество жевательных резинок в сутки определяется степенью зависимости от никотина и обычно составляет 8–12 штук в сутки, но не должно превышать 15 штук в сутки. Основной критерий – максимальное снижение симптомов отмены. Применять жевательную резинку в указанном количестве следует до 3 месяцев, после чего ежедневное число резинок следует постепенно снижать до полной отмены. Жевательную резинку отменяют тогда, когда ее суточная доза составляет 1–2 штуки в сутки. Регулярное использование жевательной резинки более 12 месяцев обычно не рекомендуется, однако в некоторых случаях требуется более длительная терапия, препятствующая возобновлению потребления табака. Если при использовании максимальной дозы жевательной резинки симптомы отмены не удается контролировать, то следует перейти на комбинированную никотинзаместительную терапию.

2. Стандартная схема назначения трансдермального пластыря

Длительность применения трансдермального пластыря составляет 12 недель. При выкуривании более 20 сигарет в день или степени никотиновой зависимости более 8 лечение проходит в 3 этапа, начиная с использования пластыря с максимальной дозой – 25 мг, а затем доза постепенно снижается. Для пациентов, выкуривающих 20 и менее сигарет в день или степени никотиновой зависимости более 6–8, лечение проводится в 2 этапа, начиная с пластыря в дозе 15 мг с последующим снижением дозы до 10 мг. При сохранении симптомов отмены применение пластыря следует продолжить или перейти на использование комбинированной терапии с применением других форм никотинсодержащих препаратов. В большинстве случаев применение трансдермального пластыря в течение более 6 месяцев не рекомендуется. Однако некоторым пациентам может потребоваться более длительная терапия, чтобы не возобновить потребление табачных продуктов. Пациента необходимо предупредить о невозможности потребления табака и никотина при использовании трансдермального пластыря.

3. Стандартная схема назначения спрея для слизистой оболочки полости рта

Спрей следует использовать в период времени, когда обычно пациент потреблял табачные продукты, а также в случае появления тяги к их приему. В этих случаях необходимо сделать 1 или 2 впрыскивания из спрея. Если после однократного впрыскивания тяга к табаку в течение

нескольких минут не снижается, следует произвести второе впрыскивание. При необходимости использования двух доз, применение спрея может состоять из двух последовательных впрыскиваний. Большинству пациентов требуется применение 1–2 доз спрея каждые 30 минут или 1 час. Каждый час разрешается принимать не более четырех дозированных впрыскиваний спрея. Не следует впрыскивать более двух доз спрея одновременно или применять более 64 доз в течение суток (или 4 дозы в час в течение 16 часов).

Стандартная схема назначения никотинзаместительной терапии у пациентов со сниженной мотивацией

Если в процессе оценки статуса курения была выявлена средняя мотивация к отказу от табака и/или никотина (по опроснику Прохаска сумма баллов составила от 4 до 6), пациенту можно рекомендовать отсроченный полный отказ от табака с периодом предварительного снижения числа потребляемой табачной или никотинсодержащей продукции в день на фоне дискретного приема дозированного препарата. Пациент должен осознавать, что данная схема лечения направлена на полный отказ от табака/никотина, а предварительное снижение количества употребляемой продукции является только подготовительным периодом, в процессе которого должны проводиться беседы по усилению мотивации к отказу от табака. Таким образом, сразу же с пациентом назначается дата полного отказа от табака/никотина и лечение разбивается на два этапа. Этап снижения количества употребляемой продукции не должен продолжаться более 6 недель, но желательно его максимально укоротить. Дозированный препарат выбирается по желанию пациента. Его следует применять, заменяя приемы продукции, с целью увеличения промежутков времени между их употреблением и с целью как можно большего снижения их количества до даты полного отказа. Одновременное проведение мотивационного консультирования повысит эффективность терапии. После назначенной даты отказа от табака/никотина пациенту следует полностью прекратить употребление продукции и перейти только на прием никотинсодержащих препаратов. На этапе полного отказа от табака/никотина для назначения никотинзаместительной терапии можно использовать любую схему назначения, включая комбинированную терапию, так же как и для мотивированных пациентов. При выборе любой схемы необходимо учитывать, что доза никотинсодержащих препаратов должна быть повышена по сравнению с дозой, которую пациент принимал в конце этапа снижения количества употребляемого продукта.

2. Частичные агонисты никотиновых рецепторов

Схема назначения **варениклина** для пациентов с различной степенью никотиновой зависимости и мотивации к отказу от потребления табака/никотина является стандартной, период лечения составляет 12 недель: 1–3 день – по 0,5 мг 1 раз в день; 4–7 день – по 0,5 мг 2 раза в день; с 8 дня до конца лечения – по 1 мг 2 раза в день. Пациент может отказаться от курения либо в период с 7-го по 14-й день лечения, либо с 8-го по 35-й день лечения. Для лиц с низкой мотивацией к отказу от потребления табачных продуктов дата отказа от табака/никотина может не быть заранее установленной, а определиться в процессе лечения при повышении мотивации пациента. Одновременное проведение мотивационного консультирования или поведенческой терапии повысит мотивацию пациента к отказу от потребления табака и увеличит эффективность терапии. Пациентам, которые успешно прекратили потребление табачных продуктов на 5–8-й неделе, рекомендуется дополнительный курс лечения препаратом в дозе 1 мг 2 раза в сутки в течение 8 недель, при успешном прекращении курения к концу 12-й недели, рекомендуется дополнительный курс лечения препаратом в дозе 1 мг 2 раза/сут в течение 12 недель.

3. Анксиолитики

При лечении никотиновой зависимости применяются следующие анксиолитики:

1. **Фабомотизол.** Схема назначения стандартная: по 10 мг 3 раза в день. Минимальная продолжительность назначения – 1 месяц;

2. **Тетраметилтетразабициклооктадион.** Схема назначения стандартная: по 500–1000 мг 3 раза в день в течение 5–6 недель;

3. **Этифоксин гидрохлорид.** Схема назначения стандартная: по 50 мг 3 раза в день в течение 5–6 недель.

4. Иглорефлексотерапия

Рекомендуемый курс лечения включает 5 процедур стимуляции аурикулярных точек. Периодичность проведения процедур: первые 3 сеанса ежедневно; в дальнейшем – 2 раза в течение следующей недели. Длительность сеанса 30–50 минут.

5. Короткая беседа

Методология короткой беседы врача

1. Спросить пациента об употреблении табачной и/или никотинсодержащей продукции и зафиксиро-

вать 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;

с. *Бывший куритель:* 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.

6. Мотивационное интервьюирование

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

Методология стратегии 5A

Шаг 1. Задать вопрос (*Ask*). Обосновать вред потребления табака/никотина. Иногда потребители приоткрывают 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, направленные 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.

7. Когнитивно-поведенческая терапия

Справочные материалы:

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

8. Муколитическая, отхаркивающая и противокашлевая терапия

При наличии у пациента кашля и мокроты рекомендуется назначение ацетилцистеина, амброксола и отхаркивающих комбинированных препаратов.

Схема назначения ацетилцистеина

1. При появлении острых респираторных симптомов в период отказа от табака/никотина рекомендуется назначение **ацетилцистеина** в дозе 600 мкг 1 раз в сутки в течение 10 дней;
2. При выявлении хронических респираторных симптомов рекомендуется назначение ацетилцистеина в дозе 600 мкг 1 раз в сутки в течение 3–4 недель.

Схема назначения амброксола

1. При появлении острых респираторных симптомов в период отказа от табака/никотина рекомендуется назначение **амброксола** в дозе по 30 мг 3 раза в сутки в первые 2–3 дня, затем по 30 мг 2 раза в сутки 2–3 дня.

Схема назначения отхаркивающих комбинированных препаратов

1. Комбинация амброксола гидрохлорид (амброксол) – 20,0 мг, натрия глицирризинат (тринатриевая соль глицирризиновой кислоты) – 30,0 мг, термопсиса ланцетного травы экстракт – 10,0 мг, натрия гидрокарбонат – 200,0 мг назначается при появлении острых респираторных симптомов по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 4–5 дней;
2. Комбинация (в 5 мл эликсира) амброксола гидрохлорид (амброксол) – 10 мг, натрия глицирризинат (тринатриевая соль глицирризиновой кислоты) – 30 мг, тимьяна ползучего травы экстракт (чабреца экстракт жидкий) – 500 мг при появлении острых респираторных симптомов назначается по 10 мл во время приема пищи с небольшим количеством воды 4 раза в сутки в течение 5 дней.

При наличии у пациента сухого (непродуктивного) кашля рекомендуется назначение бутамирата: Бутамирата цитрат в дозе 50 мг назначается по 1 таблетке каждые 8–12 часов в течение 5 дней.

9. Бронхолитическая терапия

Схемы назначения бронхолитических препаратов

1. *β₂-агонисты пролонгированного действия* назначаются на период от одного до трех месяцев.

Индакатерол является селективным агонистом β₂-адренорецепторов длительного действия при однократном приеме. Индакатерол назначается в дозе 150 мкг 1 раз в сутки. При недостаточности бронхолитического эффекта дозу рекомендуется увеличить до 300 мкг в сутки. Обладает свойствами: начало действия (5 мин), продолжительность бронхолитического и бронхопротективного действия – 24 часа;

2. *β₂-агонисты короткого действия* назначаются на период до от 1 до 3-х месяцев.

Сальбутамол – селективный агонист β₂-адренорецепторов короткого действия при однократном приеме. Сальбутамол назначается в дозе по 100–200 мкг (1–2 ингаляционные дозы) от 1 до 4 раз в сутки. Обладает свойствами: начало действия (5 мин), продолжительность бронхолитического действия (4–6 часа).

3. *М-холинолитики пролонгированного действия* назначаются на период от 1 до 3-х месяцев:

Гликопиррония бромид – блокатор м-холинорецепторов пролонгированного действия (в течение 24 часов) при однократном приеме. Назначается в дозе 50 мкг 1 раз в сутки. Обладает свойствами: начало действия (5 мин), продолжительность бронхолитического (24 часа) и бронхопротективного действия;

Тиотропий бромид раствор для ингаляций – блокатор м-холинорецепторов продолжительного действия. Назначается в дозе 5 мкг 1 раз в сутки. Обладает свойствами: начало действия (30 мин), продолжительность бронхолитического (24 ч) и бронхопротективного действия.

4. *М-холинолитики короткого действия* назначаются на период от 1 до 3 месяцев:

Ипратропий бромид – блокатор м-холинорецепторов короткого действия. Назначается в дозе 21 мкг по 2 вдоха 4 раза в день. Обладает свойствами: начало действия (15 мин), продолжительность бронхолитического действия (6 часов).

5. Комбинированная терапия, включающая в себя *м-холинолитик и β₂-агонист короткого действия*, назначается на период от 1 до 3 мес:

Ипратропия бромид+фенотерол – комбинированный бронхолитический препарат, содержащий м-холинблокатор и β₂-адреномиметик короткого действия. Назначается в дозе 1–2 ингаляции 3 раза в сутки. Обладает свойствами: начало действия (15 мин), продолжительность бронхолитического действия (6 часов).

6. Комбинированная терапия, включающая в себя *м-холинолитик и β₂-агонист длительного действия*, назначается на период от 1 до 3 мес:

1. Комбинация **индакатерола и гликопиррония бромида** – комбинированный бронходилатирующий пре-

парат длительного действия для ингаляционного применения. Назначается в дозе 50 мкг + 100 мкг (содержимое 1 капсулы) 1 раз в сутки;

2. Комбинация **олодатерола и тиотропия бромида** в растворе для ингаляций – комбинированный бронходилатирующий препарат длительного действия для ингаляционного применения. Назначается в дозе 5 мкг + 5 мкг 1 раз в сутки.

10. 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 7 июля 2015 г. N 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю пульмонология».

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология».

7. 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».

8. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2017 г. № 394.

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1455н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хроническом бронхите».

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1214н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких».

11. Противопоказания к назначению отдельных классов препаратов

Препараты	Противопоказания	
	Абсолютные	Назначение с осторожностью
Никотин-содержащие препараты	Повышенная чувствительность к никотину и другим компонентам препарата.	1. Пациентам с нарушениями сердечно-сосудистой системы, в частности перенесшим сердечно-сосудистые заболевания в течение 1 месяца перед началом применения (в т.ч. инсульт, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, аритмия, аортокоронарное шунтирование, ангиопластика), или с неконтролируемой артериальной гипертензией; 2. Пациентам с умеренными или выраженными нарушениями функции печени, тяжелой почечной недостаточностью, обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; 3. Пациентам с неконтролируемым гипертиреозом, феохромоцитомой (в связи с тем, что никотин вызывает высвобождение катехоламинов из мозгового слоя надпочечников), а также с сахарным диабетом.
Частичные агонисты никотиновых рецепторов	1. Гиперчувствительность к любому компоненту препарата; 2. Терминальная стадия почечной недостаточности; 3. Возраст до 18 лет; 4. Беременность; 5. Период лактации.	Пациентам с тяжелым нарушением функции почек (КК < 30 мл/мин).
Анксиолитики	1. Повышенная чувствительность к компонентам препарата; 2. Непереносимость галактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция. 3. Беременность; 4. Период лактации (грудного вскармливания); 5. Детский возраст (до 18 лет).	
Ацетилцистеин	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения; кровохарканье, легочное кровотечение; период лактации (грудного вскармливания); повышенная чувствительность к ацетилцистеину.	1. Детям до 14 лет; 2. Пациентам с заболеваниями печени; 3. Пациентам с заболеваниями почек.
Амброксол	Повышенная чувствительность к амброксолу или вспомогательным компонентам препаратов; I триместр беременности; период лактации (грудного вскармливания); врожденная непереносимость фруктозы (для лекарственных форм, содержащих фруктозу);	Нарушение моторики бронхов и увеличение секреции слизи (например, при редком синдроме неподвижных ресничек); почечная недостаточность; тяжелая печеночная недостаточность; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в т.ч. в анамнезе); II и III триместры беременности.
β2-агонисты	Беременность; Лактация (грудное вскармливание); Повышенная чувствительность к компонентам препаратов.	Пациентам с сопутствующими сердечно-сосудистыми нарушениями (ИБС, острый инфаркт миокарда, аритмии, артериальная гипертензия); пациентам с судорожными расстройствами; пациентам с тиреотоксикозом; пациентам с сахарным диабетом.
М-холинолитики	Повышенная чувствительность к препарату.	При закрытоугольной глаукоме, при заболеваниях, сопровождающихся задержкой мочи; при почечной недостаточности тяжелой степени (СКФ ниже 30 мл/мин/1.73 м ²); при нестабильной ИБС, инфаркте миокарда в анамнезе, нарушениях сердечного ритма, удлинении интервала QTc (QT скорректированный >0.44 с).

Приложение В. Информация для пациентов

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 (утолщение 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 заболеваний может привести к смерти.

Шаг 2. Оцените свое здоровье

Подумайте, что табак может оказать вредное воздействие и на ваше здоровье. Проанализируйте, нет ли у Вас симптомов нарушения здоровья в результате курения табака: 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 курить.

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

1. Жить более здоровой жизнью. Ваше здоровье начнет улучшаться сразу же после отказа от курения табака.

2. Жить дольше. Курение табака в буквальном смысле слова «съедает Вас заживо». 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 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 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 курят, имеют большую вероятность родиться с низким весом и иметь всю жизнь плохое здоровье.

9. Улучшить свое сексуальное и репродуктивное здоровье. У мужчин, которые курят, могут появиться проблемы с появлением и поддержанием эрекции. Женщинам, которые курят, труднее забеременеть и сохранить беременность.

10. Перестать ощущать, что Вы «одинокая душа». Останется все меньше и меньше мест, в которых разрешено курение. Курить табак становится не модно. Многие курильщики уже начали бросать курить. Вы тоже можете бросить курить.

Шаг 4. Принятие решения

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

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

Название на русском языке: Тест Фагерстрема.

Оригинальноеназвание: Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FND).

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидизацией): Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 1119-27.

Тип: шкала оценки.

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.

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

Название на русском языке: Опросник Прохаска.

Оригинальное название: 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: шкала оценки.

Назначение: оценка степени готовности пациента отказаться от употребления табачной и/или никоинсодержащей 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:		
Заключение по сумме баллов: 6 и больше – высокая мотивация к отказу от употребления, 2-4 – слабая мотивация, 3 и ниже – отсутствие мотивации.		

Ключ (интерпретация). Заключение по сумме баллов:

6 и больше – высокая мотивация;

2–4 – слабая мотивация;

3 и ниже – отсутствие мотивации.

Приложение Г2. 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
Заключение по степени тяжести никотиновой зависимости: 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		

Диагноз:

При отсутствии симптомов отмены: Синдром зависимости от табака с никотиновой зависимостью _____ степени тяжести (F17.2)

При наличии симптомов отмены: Синдром отмены табака с никотиновой зависимостью _____ степени тяжести (F17.3)