



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

# **Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых**

МКБ 10: F17.2, F17.3

Год утверждения (частота пересмотра): **2018 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **KP601**

URL

Профессиональные ассоциации

- **Российское респираторное общество Ассоциация наркологов**



# **Оглавление**

- **Ключевые слова**
- **Список сокращений**
- **Термины и определения**
- **1. Краткая информация**
- **2. Диагностика**
- **3. Лечение**
- **4. Реабилитация**
- **5. Профилактика**
- **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**
- **Критерии оценки качества медицинской помощи**
- **Список литературы**
- **Приложение А1. Состав рабочей группы**
- **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**
- **Приложение А3. Связанные документы**
- **Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**
- **Приложение В. Информация для пациентов**
- **Приложение Г.**

# 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

# 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

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

РФ – российская Федерация

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

ЦНС – центральная нервная система

ЭСДН – электронные средства доставки никотина

ЭСНТ – электронные средства нагревания табак

СО – монооксид углерода

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

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

# Термины и определения

**Табачные продукты** – любые табачные изделия, электронные средства доставки никотина, электронные средства нагревания табака.

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

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

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

## 1.1 Определение

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

Синдром отмены табака - это группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих в результате полного или частичного удаления из организма никотина после постоянного употребления [1].

В основе развития обоих заболеваний лежит взаимодействие никотина с альфа-4-бетта-2-ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга, вызывающее развитие никотиновой зависимости, что объединяет эти два заболевания в одну группу МКБ-10 F17 - «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» и определяет одинаковые патогенетические подходы к их лечению [1].

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

1. Существует постоянное желание к приему табачных продуктов;
2. Безуспешные попытки сократить или контролировать использование никотина. Никотин часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;
3. Синдром отмены, а) критерии отмены, характерные для никотина; б) никотин или близко связанные вещества

- принимаются для облегчения или предотвращения симптомов отмены;
4. Повышение толерантности, проявляющееся, а) в отсутствии тошноты, головокружения и других характерных симптомов, несмотря на использование значительных количеств никотина б) недостаточном эффекте, наблюдаемом при продолжительном использовании одного и того же количества табачных продуктов;
  5. Много времени тратится на деятельность, необходимую для приобретения никотиносодержащих продуктов; из-за потребления никотина уменьшается или прекращается социальная, профессиональная или развлекательная активность;
  6. Использование никотина продолжается, несмотря на имеющиеся признаки вредных последствий, которые, скорее всего, были вызваны или усугубляются из-за никотина.

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

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

## **1.2 Этиология и патогенез**

Основной причиной развития синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака является употребление любых табачных изделий, электронных средств доставки никотина, электронных средств нагревания табака (далее – табачные продукты), в результате чего в артериальную кровь человека доставляется никотин. В среднем достаточно 7 секунд после вдыхания табачного дыма, пара электронных средств доставки никотина (ЭСДН) или аэрозоля электронных средств нагревания табака (ЭСНТ), чтобы никотин достиг мозга. Никотин взаимодействует с



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

Кроме никотина табачный дым содержит воду, алкалоиды, а также смолы. Табачный дым содержит около 7000 различных химических веществ, многие из которых являются факторами развития заболеваний у человека: никотин, бензапирен и другие полициклические углеводороды, N-нитрозонорникотин,  $\beta$ -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, так как и газовая фаза, и смолы содержат высокие концентрации свободных радикалов. Многие компоненты табачного дыма являются объектами нормативных санитарно-гигиенических документов, так как обладают токсическим эффектом. В результате локального поражения бронхо-легочных путей, а также системной абсорбции токсических веществ табачного дыма, развиваются заболевания различных органов и систем [5].

Вдыхаемый табачный дым или аэрозоль ЭСДН и ЭСНТ проникает через верхние дыхательные пути в альвеолы. По мере проникновения дыма вглубь респираторного тракта растворимые газы всасываются, а частички осаждаются в дыхательных путях и альвеолах. В результате у потребителей табачных изделий довольно быстро формируются патологические процессы в

бронхах, развиваются респираторные симптомы и синдромы, такие как кашель, мокрота, одышка, гиперреактивность бронхов, бронхообструктивный синдром, а также хронический бронхит, который иногда называют «бронхит курильщика»[ 6].

### **1.3 Эпидемиология**

В Российской Федерации распространенность потребления табака, несмотря на достигнутые существенные положительные изменения, все еще остается очень высокой. В 2016 году под руководством Министерства здравоохранения РФ было проведено репрезентативное эпидемиологическое исследование «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Global adult tobacco survey, GATS)»[ 7]. По данным исследования 30,5% (36,4 млн.) всех взрослых постоянно употребляли табак в любом виде (49,8% среди мужчин и 14,5% среди женщин). Курительный табак употребляли 30,3% из них (36,3 млн.) (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.

## **1.4 Кодирование по МКБ 10**

F17.2 - синдром зависимости от табака

F17.3 – синдром отмены табака

## **1.5 Классификация**

### **Синдром зависимости от табака**

Классификация основана на выраженности степени никотиновой зависимости, которая определяется по тесту Фагерстрема (Приложение Г) [2, 3, 8, 9]:

- очень слабая,
- слабая,
- средняя,
- высокая,
- очень высокая.

### **Синдром отмены табака**

Классификация основана на выраженности никотиновой зависимости, которая определяется по тесту Фагерстрема (Приложение Г) [2, 3, 8,9]:

- очень слабая,
- слабая,
- средняя,
- высокая,
- очень высокая.

### **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 табака под воздействием вредных веществ табачного дыма, включая никотин, развиваются изменения со стороны бронхо-легочной системы, проявляющиеся различными симптомами и синдромами. К бронхолегочным симптомам относятся кашель, мокрота, одышка. К бронхолегочным синдромам относятся бронхиальная гиперреактивность и бронхиальная обструкция [8, 9, 10, 11, 12, 13].

## **1.6 Клиническая картина**

### **1.6.1 Синдром зависимости от табака**

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

- Существует постоянное желание к приему табачных продуктов;
- Безуспешные попытки сократить или контролировать использование никотина. Никотин часто принимается в больших количествах или в течение более

длительного периода, чем предполагалось;

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

- Повышение толерантности, проявляющееся, а) в отсутствии тошноты,

головокружения и других характерных симптомов, несмотря на использование

значительных количеств никотина, б) недостаточном эффекте, наблюдаемом при продолжительном использовании одного и того же количества никотиносодержащих продуктов;

-Формируется «поведение поиска табака», которое проявляется в постоянной потребности приобретения табачных продуктов, на что тратится дополнительное время иногда за счет социальной, профессиональной и развлекательной активности.

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

### **1.6.2 Синдром отмены табака.**

Характеризуется наличием никотиновой зависимости и проявляется при частичной или полной отмене потребления табачных продуктов быстрым развитием синдрома отмены, который включает в себя влечение к табаку или другим табачным продуктам, тревогу, снижение концентрации внимания, раздражительность или беспокойство, недомогание и слабость, дисфорическое настроение, усиление кашля, усиление аппетита, бессонницу. Продолжительность синдрома отмены составляет от 7 дней до нескольких недель, иногда месяцев [1,2, 3].

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

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

- кашель
- мокрота
- одышка

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

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

- синдром гиперреактивности бронхов,
- синдром бронхиальной обструкции.

## 2. Диагностика

### 2.1 Жалобы и анамнез

*Все жалобы можно разделить на три группы:*

- 1. Жалобы, связанные с поведенческими изменениями: невозможность контролировать потребление табачных продуктов, упорное продолжение их использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления табака или никотина в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления.*
- 2. Жалобы, характерные для проявления никотиновой зависимости, среди которых основными являются следующие, связанные с ЦНС: сильное желание употребить табачные продукты; общее недомогание или слабость; дисфория; раздражительность или беспокойство; бессонница; повышение аппетита; трудности с концентрацией внимания.*
- 3. Жалобы, характерные для проявления бронхолегочной патологии: кашель, отхождение мокроты, затрудненное дыхание, одышка.*

*Сбор анамнеза включает возраст начала потребления табачных продуктов, продолжительность и интенсивность их употребления, наличие попыток отказаться от употребления табачных продуктов, почему они оказались неуспешными.*

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

### 2.2 Физикальное обследование

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

## 2.3 Лабораторная диагностика

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

## 2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендуется всем пациентам измерение CO (угарного газа) выдыхаемого воздуха [ 8, 10, 11, 12, 13, 14].

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

**Комментарии:** *На этапе постановки диагноза измерение CO выдыхаемого воздуха позволяет определить интенсивность курения табака, 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 CO 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 пациентам с респираторными симптомами и жалобами проведение оценки функционального состояния легких с помощью измерителя потоков выдыхаемого воздуха (спирометрия, пикфлоуметрия) [8, 10, 12].

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

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

*Наличие гиперреактивности бронхов можно оценить при проведении недельного мониторинга 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 тяжелой бронхиальной обструкции.*

- Рекомендуется при выявлении бронхиальной обструкции проведение функциональной пробы с бронхолитическим препаратом [ 8, 10, 12].

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

**Комментарии:** *Для оценки обратимости бронхиальной обструкции проводится бронхолитический тест с использованием  $\beta$ 2-агониста короткого действия: сальбутамол в дозе 400 мкг или фенотерол в дозе 200 мг. Прирост показателя ОФВ1 на 12% или 200 мл и более свидетельствует о наличии у пациента обратимой бронхиальной обструкции..*

## **2.5 Иная диагностика**

- Рекомендуется использование опросника Фагерстрема для определения степени выраженности никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) (Приложение Г) [2, 3, 8, 9, 13].

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

**Комментарии:** *Тест Фагерстрема используется на этапе постановки диагноза. По тесту определяется степень никотиновой зависимости. Если пациент на момент обследования снизил или полностью прекратил потребление*



*табачных продуктов , то при ответах на вопросы опросника он должен описать ситуацию на момент потребления табачной продукции в полном объеме перед снижением или полным прекращением ее потребления.*

- Рекомендуется использование опросника Прохаска для оценки степени мотивации к отказу от употребления табака (Приложение Г) [2 , 3, 8, 15].

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

**Комментарии:** *Опросник Прохаска позволяет оценить готовность пациента к отказу от употребления табака.*

- Рекомендуется проведение расчета индекса курения (ИК) по следующей формуле [8, 9, 13, 15]:

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

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

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

# 3. Лечение

## 3. Лечение

### 3.1 Консервативное лечение

#### 3.1.1. Консервативное лечение синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака

Поскольку синдром зависимости от табака и синдром отмены табака характеризуются наличием никотиновой зависимости, консервативное лечение обоих заболеваний включает лечение никотиновой зависимости. Лечение никотиновой зависимости проводится с учетом степени ее выраженности и включает когнитивно-поведенческую терапию (раздел «Иное лечение») и фармакологическую терапию, которые могут проводиться как отдельно, так и в комбинации. При никотиновой зависимости высокой и очень высокой степени (тест Фагерстрема более 8 баллов), что более характерно для синдрома отмены табака, строго рекомендуется назначение комбинации поведенческой и фармакологической терапии.

При синдроме зависимости от табака возможно дополнительное назначение фармакологических препаратов или других воздействий для устранения симптомов отмены.

Лечение является эффективным, если оно обеспечивает период воздержания от потребления табачных продуктов в течение не менее 6 месяцев.

- Рекомендуется назначение комбинации поведенческой и фармакологической терапии для лечения никотиновой зависимости. [8, 9,13, 14, 16, 19].

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

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

- Рекомендуется применение фармакологической терапии для пациентов со степенью никотиновой зависимости более 6 баллов по тесту Фагерстрема [8, 9, 13, 14, 16, 19].

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

**Комментарии:** Фармакологическая терапия включает использование либо полного агониста никотиновых рецепторов, либо частичных агонистов никотиновых рецепторов.

- Рекомендуется применение полного агониста никотиновых рецепторов – никотина для проведения НЗТ. [8, 9, 13, 14, 16, 20].

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

**Комментарии:** В Российской Федерации зарегистрированы 4 формы никотинсодержащих препаратов:

1. Трансдермальный пластырь с длительным высвобождением никотина (16 и 24 часа) в дозировках: 16-часовой пластырь – 10, 15 и 25 мг; 24-часовой пластырь – 7, 14 и 21 мг.
2. Жевательная резинка – 2 и 4 мг.
3. Подъязычная таблетка – 2 мг.
4. –Спрей для слизистой оболочки полости рта дозированный - 13,6 мг.

Может применяться как монотерапия с использованием одного продукта, так и комбинация нескольких продуктов (трансдермального пластыря с одним из продуктов быстрого высвобождения никотина). Схема назначения НЗТ разрабатывается индивидуально с учетом степени никотиновой зависимости, количества выкуриваемых сигарет в день и степени мотивации к отказу от табака. 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 продуктов. Для пациентов с очень высокой степенью никотиновой зависимости монотерапия может быть начата до полного отказа от табака.*

*Стандартное назначение никотинзаместительной терапии у мотивированных пациентов следующая.*

*Совместно с пациентом выбирается дата отказа от потребления табачных продуктов, начиная с которой полностью прекращается потребление табака и начинается прием никотинсодержащих препаратов. Подбор начальных доз никотинсодержащих препаратов проводится с учетом степени никотиновой зависимости и/или числа ежедневно выкуриваемых сигарет, а также выбора формы никотинсодержащего препарата.*

*Стандартная схема назначения жевательной резинки следующая:*

*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. Основным 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, чтобы не возобновить потребление табака. Если при использовании максимальной дозы жевательной резинки симптомы отмены не удается контролировать, то следует перейти на комбинированную никотинзаместительную терапию.*

*Стандартная схема назначения трансдермального пластыря следующая:*

*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.

Стандартная схема назначения подъязычной таблетки следующая:

Начальную дозу следует подбирать индивидуально в зависимости от степени никотиновой зависимости. Пациентам с низкой степенью зависимости лечение следует начинать с 1 таблетки на прием. Пациентам с более высокой степенью зависимости (тест Фагерстрема на никотиновую зависимость > 6 баллов; либо количество выкуриваемых за сутки сигарет превышает 20 шт.), а также пациентам, которым не удалось бросить курить, применяя 1 таблетку 2 мг, следует начать лечение с 2-х таблеток по 2 мг на прием. В начале курса лечения таблетки следует принимать каждые 1-2 ч. Как правило, прием 8-12 таблеток по 2 мг в день достаточно для контроля симптомов отмены. Если симптомы отмены, тем не менее, остаются выраженными, то дозу следует увеличить, но не принимать более 30 таблеток по 2 мг в день. Принимать препарат следует не менее 3 мес. Затем следует постепенно снижать количество применяемых таблеток под контролем наличия симптомов отмены. Когда суточное потребление препарата снизится до 1-2 таблеток, применение его следует прекратить. Если при использовании максимальной дозы симптомы отмены не удастся контролировать, то следует перейти на комбинированную терапию.

Стандартная схема назначения спрея для слизистой оболочки полости рта следующая:

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 2-х доз, применение спрея может состоять из 2 последовательных впрыскиваний. Большинству пациентов требуется применение 1-2 доз спрея каждые 30 минут или 1 час. Каждый час разрешается принимать не более 4 дозированных впрыскиваний спрея. Не следует впрыскивать более 2 доз спрея одномоментно или применять более 64 доз в течение суток (или 4 дозы в час в течение 16 часов).

Стандартное назначение никотинзаместительной терапии у пациентов со сниженной мотивацией следующее:

Если в процессе оценки статуса курения была выявлена средняя мотивация к отказу от табака (по опроснику опроснику Прохаска сумма баллов составила от 4 до 6), пациенту можно рекомендовать отсроченный полный отказ от табака с периодом предварительного снижения числа выкуриваемых сигарет или потребления других табачных продуктов в день на фоне дискретного приема дозированного препарата. Пациент должен осознавать, что данная схема лечения направлена на полный отказ от табака, а предварительное снижение количества выкуриваемых сигарет 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 и лечение разбивается на два этапа. Этап снижения количества выкуриваемых сигарет не должен продолжаться более 6 недель, но желательно его максимально укоротить. Дозированный препарат выбирается по желанию пациента. Его следует применять, заменяя сигарету, с целью увеличения промежутков времени между курением и с целью как можно большего снижения количества выкуриваемых сигарет до даты полного отказа от табака. Одновременное проведение мотивационного консультирования повысит эффективность терапии. После назначенной даты отказа от табака пациенту следует полностью прекратить курение и перейти только на прием никотинсодержащих препаратов. На этапе полного отказа от табака для назначения никотинзаместительной терапии можно использовать любую схему назначения, включая комбинированную терапию, также 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 выкуриваемых сигарет.*

- Рекомендуется применение частичных агонистов никотиновых рецепторов, которые являются препаратами, не содержащими никотин. [8, 9, 13, 14, 16, 21].

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

**Комментарии:** *Кроме свойства частичного агониста, они обладают свойством блокаторов никотиновых рецепторов. К частичным агонистам никотиновых рецепторов относятся варениклин и цитизин. Препараты обладают разной эффективностью:*

1. *Варениклин является фармакологическим препаратом с доказанной эффективностью.*
2. *Цитизин является фармакологическим препаратом, для которого не доказана его эффективность на период воздержания от табака в течение 6 месяцев.*

*Схема назначения варениклина для пациентов с различной степенью никотиновой зависимости и мотивации к отказу от потребления табака 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 по 14 день лечения, либо с 8 по 35 день лечения. Для лиц с низкой мотивацией к отказу от потребления табачных продуктов дата отказа от табака 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 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.*

- Рекомендуется назначение анксиолитиков в дополнение к фармакотерапии никотиновой зависимости, если на фоне основного лечения остаются проявления таких симптомов отмены, как тревожность, беспокойство, раздражительность [16, 22].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b)**

**Комментарии:** *Применяются следующие анксиолитики:*

1. *Фабомотизол. Схема назначения стандартная: по 10 мг 3 раза в день. Минимальная продолжительность назначения – 1 месяц.*
  2. *Тетраметилтетраазабициклооктадион. 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.*
- Не рекомендуется применение антидепрессантов для лечения никотиновой зависимости. [13, 14, 16, 23, 24].

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

**Комментарии:** *Антидепрессанты не имеют доказанной эффективности и обладают серьезными побочными эффектами. Исключение составляют бупропион и нортриптилин, однако в Российской Федерации они для лечения никотиновой зависимости не зарегистрированы.*

- Рекомендуется применение иглорефлексотерапии с целью снижения проявления симптомов отмены [13, 14, 25, 26].

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

**Комментарии:** *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.*

- Не рекомендуется для лечения никотиновой зависимости лазерная терапия, гипноз, электронные сигареты, антагонисты каннабиоидных рецепторов, лобелин, мекамиламин, никобревин, ацетат серебра [13,14, 16, 27, 28, 29, 30, 31].



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

### **3.1.2. Консервативное лечение бронхолегочных осложнений**

- Рекомендуется при выявлении респираторных симптомов (кашель, мокрота) назначение муколитических или отхаркивающих препаратов [8, 9, 32, 33, 34].

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

**Комментарии:** 1) При выявлении хронических респираторных симптомов рекомендуется назначение ацетилцистеина в дозе 600 мкг 1 раз в сутки в течение 3-4 недель.

2). При появлении острых респираторных симптомов в период отказа от табака рекомендуется назначение ацетилцистеина в дозе 600 мкг 1 раз в сутки в течение 10 дней, 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.

- Рекомендуется при выявлении гиперреактивности бронхов или обратимой бронхиальной обструкции (с показателем ОФВ1/ФЖЕЛ $\geq$ 0,7) назначение бронхолитических препаратов. [8,9, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41].

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

**Комментарии:** Большое значение имеет быстрота начала и продолжительность бронхолитического действия препарата, а также выраженность и длительность бронхопротективного действия. В связи с этим рекомендуется:

1. Назначение  $\beta_2$ -адреномиметиков пролонгированного действия в течение от 1 до 3-х месяцев:
2. Индакатерол\*\* является селективным агонистом  $\beta_2$ -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 (24 часа) и бронхопротективного действия.

Возможно назначение  $\beta$ 2-адреномиметиков короткого действия, однако их длительное назначение не рекомендуется:

1. Сальбутамол\*\* - селективный агонист  $\beta$ 2-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).

2. Назначение блокаторов м-холинорецепторов пролонгированного действия в течение от 1 до 3-х месяцев:

1. 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.

2. 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 часа) и бронхопротективного действия.

Возможно назначение блокаторов м-холинорецепторов короткого действия, в том числе для длительного назначения:

1. 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).

Возможно назначение комбинированного бронхолитического препарата, содержащего м-холиноблокатор и  $\beta$ 2-адреномиметик, короткого действия. Однако их длительное назначение не рекомендуется:

1. Ипратропия бромид фенотерол\*\* - комбинированный бронхолитический препарат, содержащий м-холиноблокатор и бета2-адреномиметик короткого действия. Назначается в дозе 1-2 ингаляции 3 раза в сутки. Обладает свойствами: начало

действия (15 мин), продолжительность бронхолитического действия (6 часов).

Наибольшей эффективностью для лечения бронхиальной гиперреактивности обладают  $\beta_2$ -адреномиметики пролонгированного действия в течение 24 часов.

- Рекомендуется при выявлении необратимой бронхиальной обструкции или тяжелой бронхиальной обструкции с показателем ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 назначение комбинированных бронхолитических препаратов (блокатор м-холинорецепторов  $\beta_2$ -адреномиметик) пролонгированного действия [38, 42, 43, 44, 45, 46].

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

**Комментарии:** Длительность назначения от 1 до 3 месяцев:

1. Комбинация индакатерола\*\* и гликопиррония бромида\*\* - комбинированный бронходилатирующий препарат длительного действия для ингаляционного применения. Назначается в дозе 50 мкг 100мкг (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.

## 3.2 Хирургическое лечение

Хирургическое лечения для данного заболевания не требуется

## 3.3 Иное лечение

- Рекомендуется проведение короткой беседы, направленной на повышение мотивации и рекомендации лечения никотиновой зависимости, для всех пациентов, употребляющих табак. [2,8,9, 13, 14, 16, 17, 47, 48].

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

**Комментарии:** Короткая беседа 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) персонафицированный совет бросить курить; 3) определение наиболее эффективной помощи. Результаты короткой беседы должны быть занесены в медицинскую документацию пациента.

Методология короткой беседы врача:

1. Спросить пациента о курении табака или потреблении других табачных изделий и зафиксировать статус курения в медицинской документации. Вопрос о курении табака должен быть более сложный, чем просто вопрос: «Вы курите?». 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:

a. Некурящий: не курит совсем.

b. Постоянный курильщик: выкурил не менее 100 сигарет за всю свою жизнь и выкурил хотя бы 1 сигарету за последние 28 дней.

c. Бывший курильщик: выкурил не менее 100 сигарет за всю свою жизнь, но за последние 28 дней не выкурил ни одной сигареты.

2. Дать совет бросить курить и при возможности его персонафицировать, используя выявленные клинические симптомы и оценку функционального состояния пациента.

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

- Рекомендуется консультирование и поведенческая терапия при любой степени никотиновой зависимости с целью оказания психологической поддержки, направленной на усиление мотивации и изменение поведения [2, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 18, 47, 48, 49].

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

**Комментарии:** Выделяется два уровня консультирования для повышения мотивации пациента: 1) короткий совет проводится на каждом визите всем курящим пациентам с целью усиления мотивации к отказу от табака; 2) мотивационное интервьюирование, которое включает стратегию 5А для пациентов, желающих бросить курить, и стратегию 5R для пациентов со слабой мотивацией к отказу от табака.

### Методология стратегии 5А:

*Шаг 1 - Задать вопрос (Ask):* Обосновать вред курения. Иногда курящие приостанавливают курение из-за проблем со здоровьем. Таких людей надо выявлять и активно стимулировать для продолжения отказа от курения.

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

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

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

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

### Методология стратегии 5R:

*Шаг 1 – Обосновать вред курения (Relevance).* На данном этапе беседа должна быть направлена на данного пациента и врач должен дать обоснование вреда потребления табака, 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 и подчеркнуть, что 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 (Rewards). Врач должен попросить пациента определить возможные для него положительные изменения для здоровья в результате отказа от табакокурения.*

*Шаг 4 – Определить трудности (Roadblocks). Врач должен попросить пациента определить препятствия и трудности для отказа от табака (симптомы отмены, страх перед неудачей, увеличение веса, недостаток в поддержке, депрессия, потеря удовольствия от табака, курящее окружение).*

*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, надо поддерживать и стимулировать их на повторные попытки, объясняя, что большинство курящих делает несколько попыток бросить курить прежде, чем достигает успеха.*

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

*Сеансы 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- месяца и далее 1 раз в месяц.*

## **4. Реабилитация**

*Для данного заболевания реабилитация не требуется*

## 5. Профилактика

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

- Рекомендуется после окончания курса лечения проведение профилактической беседы с пациентом, направленной на предотвращение нового потребления табака [9, 47, 48, 49].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b)**

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



## **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

Существуют особенности лечения синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака у некоторых групп пациентов [8, 9]:

### **1. Беременные женщины**

- Рекомендуется при лечении беременных женщин проведение мотивационных бесед и лечение никотиновой зависимости [13, 14, 50, 51].

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

**Комментарии:** *Поскольку при употреблении табака существует высокий риск для здоровья, как самой женщины, так и плода, строго рекомендуется проведение мотивационных бесед к отказу от табака и лечение никотиновой зависимости. Несмотря на то, что максимальный положительный эффект наблюдается при отказе от табака в ранние сроки беременности, мотивировать к отказу от табака и лечить никотиновую зависимость рекомендуется на протяжении всего срока беременности. При лечении никотиновой зависимости у беременных женщин применяется стандартный алгоритм с усилением психологической поддержки. В качестве фармакологической терапии никотиновой зависимости рекомендуется применять только НЗТ.*

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

# Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
<b>Этап постановки диагноза</b>			
1.	Рассчитан индекс курящего человека	A	1a
2.	Проведен тест Фагерстрема	A	1a
3.	Проведен тест на степень мотивации к отказу от табака (опросник Прохаска)	A	1a
4.	Выполнено измерение СО выдыхаемого воздуха	A	1a
5.	Выполнена оценка наличия гиперреактивности бронхов или бронхиальной обструкции	A	1a
<b>Этап лечения</b>			
6.	Проведена короткая беседа врача	A	1a
7.	Проведено мотивационное интервьюирование	A	1a
8.	Проведена поведенческая терапия	A	1a
9.	Проведена фармакологическая терапия никотиновой зависимости: НЗТ или частичные агонисты никотиновых рецепторов;	A	1a
10.	Проведена терапия анксиолитиками для снижения проявления симптомов отмены	B	2b
11.	Проведена бронхолитическая терапия при наличии гиперреактивности бронхов или бронхиальной обструкции: β2-адренорецепторы и/или блокаторы м-холинорецепторов	A	1a
12.	Проведена муколитическая или отхаркивающая терапия при наличии мокроты	C	1c

# Список литературы

1. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). <http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>. (<http://mkb-10.com/index.php?pid=4048>.)
2. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И. Медицинская помощь в отказе от курения. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы N44, 2012: 22 с.
3. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Зависимость от никотина: диагностика и лечение. Медицина, 2016; № 3: с. 164-189.
4. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2008;83(4):531–41.
5. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М. Болезни легких курящего человека. В кн.: Чучалин А.Г. (ред.) Хронические обструктивные болезни легких. М.: ЗАО «Изд-во БИНОМ»; 1998: 338-365..
6. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Табакокурение — фактор риска бронхолегочных заболеваний. В кн.: Респираторная медицина. Под ред. А.Г.Чучалина. М.: Литтерра, 2017; Том 1: с. 543-550.
7. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай С.С. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: GATS 2009 и GATS 2016. *Наркология*, 2017; том 16, № 7: 8-12.
8. 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.
9. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И. Профилактика и лечение табачной зависимости. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы N29, части 1 и 2, 2016:60 с.

10. Tonnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom K.O., Gratziou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campell I.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*, 2007; 29: 390-417.
11. Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни. *Терапевтический архив*, 2009; № 3: с. 82-84.
12. Bize R, Burnand B., Mueller Y., Rège-Walther M., Camain J-Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. <http://www.thecochranelibrary.com>, (<http://www.thecochranelibrary.com>,) 2012: 43 p.
13. Lewis KF. Smoking cessation. Oxford University Press, 2012; 152 p.
14. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, 2008; 276 p. [https://www.healthquality.va.gov/tuc/phs\\_2008\\_quickguide.pdf](https://www.healthquality.va.gov/tuc/phs_2008_quickguide.pdf) ([https://www.healthquality.va.gov/tuc/phs\\_2008\\_quickguide.pdf](https://www.healthquality.va.gov/tuc/phs_2008_quickguide.pdf))
15. Jimenez-Ruiz C.A., Riesco Miranda J.A., Altet Gomez N. et al. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*, 2013; 49 (8): 354-363.
16. Background and Recommendations of The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Ministry of Health NZ. 2014; 38 p. [www.health.govt.nz](http://www.health.govt.nz) (<http://www.health.govt.nz/>)
17. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5, <http://www.cochranelibrary.com>; (<http://www.cochranelibrary.com>;) 75 p.
18. Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). The Cochrane Library 2011, Issue 10, <http://www.thecochranelibrary.com>; (<http://www.thecochranelibrary.com>;) 40 p.

19. 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>: (<http://www.cochranelibrary.com>) 120 p.
20. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11, <http://www.cochranelibrary.com>: (<http://www.cochranelibrary.com>) 267 p.
21. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. <http://www.cochranelibrary.com> (<http://www.cochranelibrary.com/>): 211 p.
22. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Review). He Cochrane Library, 2011, Issue 8, <http://www.cochranelibrary.com>: (<http://www.cochranelibrary.com>) 23 p.
23. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1, [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com): 177 p.
24. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. <http://www.cochranelibrary.com>: (<http://www.cochranelibrary.com>) 52 p.
25. Брюн Е.А., Кутушев О.Т., Харенко В.Н., Михайлова В.А. Роль и место иглорефлексотерапии в лечении табачной зависимости. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы N49, 2008:15 с.
26. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, 2011, Issue 5, <http://www.cochranelibrary.com>: (<http://www.cochranelibrary.com>) 71 p.

27. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, 2012, Issue 7, <http://www.cochranelibrary.com>:  
(<http://www.cochranelibrary.com>) 27 p.
28. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, 2010, Issue 10, <http://www.cochranelibrary.com>: 41 p.
29. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, 2011, Issue 8, <http://www.cochranelibrary.com>:  
(<http://www.cochranelibrary.com>) 14 p.
30. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, 2013, Issue 2, <http://www.cochranelibrary.com>:  
(<http://www.cochranelibrary.com>) 9 p.
31. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. <http://www.cochranelibrary.com>: 96 p.
32. Anzueto A.R., Schaberg T. Acute exacerbations of chronic bronchitis. Clinician's manual. Current Medicine Group Ltd, 2006: 70p.
33. Poole P, Chong J, Cates CJ. Mucolytic agents versus placebo for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. <http://www.cochranelibrary.com>: 101 p.
34. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. <http://www.cochranelibrary.com>: 53 p.
35. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Новиков К.Ю. Руководство по лечению табачной зависимости. Русский медицинский журнал, 2001, том 9, № 21(140): с. 904-912.

36. Новиков К.Ю. , Сахарова Г.М., Чучалин А.Г. Респираторный статус у больных хроническим бронхитом во время отказа от табакокурения. Пульмонология 2002, 4: 78 – 81.
37. 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.
38. Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD) (2018 Report). [http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov\\_WMS.pdf](http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf) ([http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov\\_WMS.pdf](http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf))
39. Tee A, Koh M S, Gibson G, Lasserson T J, Wilson A, Irving L B Long-acting beta2-agonists versus theophylline for maintenance treatment of asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001281.pub2/full> (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001281.pub2/full>)
40. Sestini P, Renzoni E, Robinson S, Poole Ph, Ram F SF. Short-acting beta2-agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001495/full> (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001495/full>)
41. Appleton S, Poole Ph, Smith B J, Veale A, Lasserson T J, Ki Chan M M, Cates C J. Long-acting beta2-agonists for poorly reversible chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001104.pub2/full> (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001104.pub2/full>)
42. Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR et al.; FLAME Investigators.. Indacaterol-Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticasone for COPD // N Engl J Med. 2016; 374 (23): 2222-34.
43. Vincken W, Aumann J, Chen H et al. Efficacy and safety of coadministration of oncedaily indacaterol and glycopyrronium versus indacaterol alone in COPD patients: the GLOW6 study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2014;9:215–28.

44. Wedzicha JA, Dahl R, Buhl R et al. Pooled safety analysis of the fixed-dose combination of indacaterol and glycopyrronium (QVA149), its monocomponents, and tiotropium versus placebo in COPD patients. *Respir Med* 2014; 108: 1498-507.
45. Ulrik CS. Clinical benefit of fixed-dose dual bronchodilation with glycopyrronium and indacaterol once a daily in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2014; 9: 331-8.
46. Buhl R., Maltais F., Abrahams R. et al. Tiotropium and olodaterol fixed-dose combination versus mono-components in COPD (GOLD 2-4)//*Eur Respir J*, 2015; 45: 969-979.
47. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике. М.: УП Принт, 2010: 64 с.
48. Bissell K., Fraser T., Chen-Yuan Ch., Enarson D.A. Smoking cessation and smokefree environments for tuberculosis patients. *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.* , 2010: 50 p.
49. Бек Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство: Пер. с англ. - М.: ООО "И.Д. Вильямс", 2006: 400 с.
50. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Табакокурение и репродуктивная функция женщин. *РМЖ. Акушерство и гинекология*, 2013, № 1: с. 12-20
51. Coleman, T., Chamberlain C., Davey M.-A., Cooper S. E., Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, [http://www. \(http://www.\) cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)



# Приложение А1. Состав рабочей группы

## 1. Российское респираторное общество:

- a. Чучалин Александр Григорьевич – академик РАН, д.м.н., профессор
- b. Сахарова Галина Михайловна – д.м.н., профессор
- c. Антонов Николай Сергеевич - д.м.н.
- d. Салагай Олег Олегович, к.м.н.

## 2. Ассоциация наркологов:

- a. Брюн Евгений Алексеевич – д.м.н., профессор, главный внештатный психиатр-нарколог Минздрава России, директор Московского научно-практического центра наркологии.
- b. Кутушев Олег Талгатович – к.м.н.
- c. Лыков Валерий Иванович – к.м.н.

Конфликт интересов отсутствует.

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Сбор и селекция доказательств производились в библиотеке Кохрейн, библиотеке международных клинических рекомендаций, в отечественной научной электронной библиотеке eLibrary.

## Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи – терапевты;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи – пульмонологи;
4. Врачи – кардиологи;
5. Врачи терапевтических специальностей;
6. Врачи психиатры-наркологи;
7. Врачи – психиатры;
8. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

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

**Таблица П1 - Уровни достоверности доказательности**

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

4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета
---	---

### **Таблица П1 - Уровни убедительности рекомендаций**

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

### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

# Приложение А3. Связанные документы

1. Федеральный закон № 15-ФЗ от 23.02.2013 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»
2. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
3. Приказ Минздрава России от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология"
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "наркология"
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 24 декабря 2012 г. № 1455н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хроническом бронхите"
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1214н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких"

КР400. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/708>)

# **Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**

# 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 потере 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, рипов 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 Г.

## 1. Оценка степени никотиновой зависимости. Тест Фагерстрема.

Вопрос	Ответ	Очки
1. Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут В течение первых 6-30 минут В течение первых 30-60 минут Через час	3 2 1 0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да Нет	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром Все остальные	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше 11-20 21-30 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, или в течение остального дня?	Да Нет	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да Нет	1 0
<p>Коэффициент:            0-2 – Очень слабая зависимость.            3-4 – Слабая зависимость.            5 – Средняя зависимость.            6-7 – Высокая зависимость.            8-10 – Очень высокая зависимость.</p>		

снн

## 2. Оценка мотивации бросить курить (опросник Прохаска)

Вопрос	Ответы	Баллы
1. Бросили бы Вы курить, если бы это было бы легко?	Определенно нет Вероятнее всего нет Возможно да Вероятнее всего да Определенно да	0 1 2 3 4
2. Как сильно Вы хотите бросить курить?	Не хочу вообще Слабое желание В средней степени Сильное желание Очень хочу бросить курить	0 1 2 3 4
<p>Больше 6 – пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.            2-4 – пациент имеет слабую мотивацию и ему можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.            3 и ниже – отсутствие мотивации и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.</p>		