- ganizatsii-zdravoohraneniya-napravleny-v-pravitelstvo-rf-1-iyunya-2015-goda. Accessed September 25, 2017. (In Russ.).]
5. Пастернак А. Е., Пастернак И. А. Причины ранней неонатальной смертности на современном этапе по данным патологоанатомических аутопсий. *Медицинская наука и образование Урала*. 2015;16(3):159-161. [Pasternak A. E., Pasternak I. A. The causes of early neonatal mortality at the present stage according to pathological anatomical autopsies data. *Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala*. – *Medical science and education of Ural*. 2015;16(3):159-161. (In Russ.).]
 6. Халиков А. Д., Александрова З. Д., Трофимова Т. Н. [и др.]. Виртуальная аутопсия мертворожденного с пентадой Кантрелла и частичной формой спондилоторакального дизостоза. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2009;57(1):50-55. [Halikov A. D., Aleksandrova Z. D., Trofimova T. N., Nazinkina Ju. V., Kaznacheeva A. O., Hmel'nickaja N. M. Virtual autopsy of stillborn pentad of Cantrell and partial form dizostosis spondylotorakal. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*. – *Journal of obstetrics and woman disease*. 2009;57(1):50-55. (In Russ.).]
 7. Abdelmoneim E. M. Kheir, Bakhiet Elghazali A., Elhag Salma M. M., Karrar Mohamed Z. Pentology of Cantrell: case report and review of the literature. *Sudanese journal of paediatrics*. 2014;14(1):85-88.
 8. Canterll J. R., Haller J. A., Ravitch M. M. A syndrome of congenital defects involving the abdominal wall, sternum, diaphragm, pericardium, and heart. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1958;107:602-614.
 9. Haburi H., Assenga E., Patel S., Massawe A., Manji K. Class II pentology of Cantrell. *BMC Res Notes*. 2015;8:318. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1293-7>
 10. Hakan N., Aydin M., Zenciroglu A., Okumus N., Karadag N. N., Ipek M. S. Pentology of Cantrell. *Cumhuriyet Med. J.* 2011;33:224-227.
 11. Sabrina D. Crago, Gillieson Martin S., Cetrulo Curtis L. Pentology of Cantrell. Available at: www.sonoworld.com/fetus/page.aspx?id=57. Accessed September 25, 2017.
 12. Satya Naren S. M., Mayilvaganan K. R., Prathyusha I. S., Gautam M. S., Raidu D., Amogh V. N. A Recurrent Case of Pentology of Cantrell: A Rare Case with Findings and Review of Literature. *Pol. J. Radiol.* 2017;82:28-31. <https://doi.org/10.12659/PJR.900086>

Сведения об авторах:

Аксельров Михаил Александрович, доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой детской хирургии, зав. детским хирургическим отделением № 1; тел.: 83452287095; e-mail: akselerv@mail.ru; ORCID ID 0000-0001-6814-8894

Емельянова Виктория Александровна, врач-анестезиолог-реаниматолог; тел.: 83452287004; e-mail: oria@yandex.ru; ORCID ID 0000-0002-9857-9174

Сергиенко Татьяна Владимировна, детский хирург; тел.: 83452287095; e-mail: sergienko-tv@mail.ru; ORCID ID 0000-0003-3338-1260

Киселева Наталья Викторовна, врач-анестезиолог-реаниматолог; тел.: 83452287004; e-mail: natalya.kiseleva1956@gmail.com; ORCID ID 0000-0003-3310-3826

Верхоланцев Олег Александрович, детский хирург; тел.: 83452287095; e-mail: pK1051@mail.ru; ORCID ID 0000-0003-3261-8713

Минаев Сергей Викторович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской хирургии с курсом ДПО; тел.: 88652357769; e-mail: sminaev@yandex.ru; ORCID ID 0000-0002-8405-6022

Комарова Ирина Васильевна, врач ультразвуковой диагностики; тел.: 83452508277; e-mail: irina-komarova60@mail.ru; ORCID ID 0000-0002-2770-5399

© Л. И. Дворецкий, 2018

УДК 616-039

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13068>

ISSN – 2073-8137

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Л. И. Дворецкий

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова, Россия

FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IS INTERDISCIPLINARY PROBLEM

Dvoretzky L. I.

I. M. Sechenov First Moscow State Medicine University, Russia

Лекция посвящена одной из актуальных междисциплинарных проблем клинической медицины – диагностике и ведению больных с неясной лихорадкой. Приводятся заболевания, при которых лихорадка на протяжении длительного срока может быть основным или единственным симптомом. Предлагается схема диагностического поиска с целью расшифровки причин длительной лихорадки, а также тактика ведения пациентов. Особое внимание обращено на ведение больных, у которых природу лихорадки расшифровать так и не удается, несмотря на всестороннее комплексное обследование.

Ключевые слова: лихорадка неясного генеза, диагностический алгоритм, нерасшифрованные лихорадки

This lecture concerns fever of unknown origin (FUO), one of the topical interdisciplinary problems of clinical medicine. This lecture reviewed some clinical situations when fever is a single manifestation of diseases. Diagnostic algorithm is proposed to find the causes of long-term fever, as well as patient management tactics. Particular attention is paid to the management of FUO when possible causes hasn't been identified despite a comprehensive examination.

Keywords: fever of unknown origin, diagnostic algorithm, not decoded fever

Для цитирования: Дворецкий Л. И. ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2018;13(2):422-426. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13068>

For citation: Dvoretzky L. I. FEVER OF UNKNOWN ORIGIN IS INTERDISCIPLINARY PROBLEM. *Medical News of North Caucasus*. 2018;13(2):422-426. (In Russ.). DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13068>

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
КТ – компьютерная томография
КФК – креатинфосфокиназа
ЛНГ – лихорадка неясного генеза

ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография
СКВ – системная красная волчанка
УЗИ – ультразвуковое исследование

Термин лихорадка неясного генеза (ЛНГ) прочно вошел в клинический лексикон в 1961 году, когда R. Petersdorf и C. Beeson после детального обследования 100 пациентов с длительной, неясной лихорадкой расшифровали ее причину у 85 человек [1].

Авторы предложили следующие критерии ЛНГ:

- температура тела 103 F (38,3 °C) или выше;
- продолжительность лихорадки свыше 3 недель;
- неясность диагноза после стационарного обследования в течение недели.

Выбор этих критериев для дефиниции ЛНГ требует определенных комментариев. Величина повышенной температуры тела (38,3 °C) исключает из группы ЛНГ все случаи с субфебрильной температурой, поскольку диагностический поиск при фебрильной температуре и субфебрилитете должен проводиться с учетом различного спектра заболеваний при вышеуказанных состояниях. В соответствии с этим критерием случаи неясных и длительных субфебрилитетов, являющихся в большинстве случаев проявлением вегетативных дисфункций, не должны расцениваться как ЛНГ.

Указанная продолжительность лихорадки (3 недели и выше) обусловлена тем обстоятельством, что за этот срок клиническая ситуация может проясниться в связи с появлением дополнительных симптомов, позволяющих верифицировать диагноз. С другой стороны, при некоторых «лихорадочных заболеваниях» (например, вирусных инфекциях) на протяжении этого срока и раньше происходит спонтанное выздоровление. При этом удается избежать не всегда обязательных обследований в попытках как можно скорее расшифровать природу лихорадки. Поэтому любое кратковременное повышение температуры, даже неясной причины, не должно трактоваться как ЛНГ.

Последний критерий (неясность диагноза) оказывается определяющим в трактовке клинической ситуации как ЛНГ. Однако не всегда обследование по поводу неясной лихорадки проводится в стационаре, поскольку при стабильном состоянии больного нет необходимости в госпитализации. Поэтому в последующем этот критерий был сформулирован как неясность диагноза после проведения общепринятых (рутинных) методов обследования.

Основные причины ЛНГ

Основными причинами ЛНГ в подавляющем большинстве случаев являются не редкие и малознакомые врачу заболевания, а «обычные болезни с необычным течением» [1]. Необычность течения заключается в том, что основным, а у некоторых больных единственным симптомом заболевания на протяжении длительного срока может быть лихорадка. Анализ многочисленных публикаций и собственный клинический опыт позволяют условно выделить несколько групп заболеваний, лежащих в основе ЛНГ [2]:

- генерализованные или локальные инфекционно-воспалительные процессы (40 %);
- злокачественные опухолевые процессы (20 %);
- системные (ревматические) заболевания (20 %);

– прочие заболевания, разнообразные по этиологии, клиническим проявлениям, методам лечения и прогнозу (10 %);

- нерасшифрованные лихорадки (10 %).

Вышеприведенные показатели являются усредненными, поскольку удельный вес каждой из причин ЛНГ колеблется в зависимости от разнообразных факторов (специфика стационаров, в которых концентрируются такие пациенты, качество обследования и т. д.).

Диагностический поиск у больных ЛНГ

При всей сложности выработки универсального диагностического подхода многими авторами предлагаются различные диагностические алгоритмы [3, 4, 5]. Следует иметь в виду, что все эти алгоритмы основаны исключительно на личном опыте и не имеют достаточной доказательной базы. Более того, диагностические мероприятия и их последовательность не всегда могут быть уложены в рамки стандартов, а должны определяться особенностями клинической ситуации.

Сложившееся мнение, что эффективность диагностического поиска при ЛНГ обеспечивается многосторонним всеобъемлющим обследованием пациента, нередко приводит к избыточным, порой лишним диагностическим процедурам, неоправданным затратам, неудобствам для больного, удлинению сроков обследования и даже к еще большему усложнению диагностической ситуации. При такой тактике «ружейного выстрела» недостаточно используются исследования, адекватные для диагностики наиболее вероятных для конкретной ситуации заболеваний, и, наоборот, излишне назначаются исследования с целью подтверждения менее вероятных и редких нозологий. Мы предлагаем схему диагностического поиска, включающую несколько условных этапов, на каждом из которых решаются конкретные диагностические задачи (рис.).

Рис. Ориентировочная схема диагностического поиска у больных ЛНГ

1 этап – выявление дополнительного (наряду с лихорадкой) признака (признаков)

На начальном этапе диагностического поиска при расшифровке природы ЛНГ важным представляется выявление у больного дополнительного признака на основании данных анамнеза, клинического и лабораторно-инструментального обследования. Ниже приводятся признаки, которые могут оказаться ключевыми и определить дальнейшее направление диагностического поиска у больных ЛНГ.

Анамнестические данные:

- характер лихорадки (постоянная или периодическая, время лихорадочных пиков и др.);
- оперативные вмешательства (сроки, вид операции, наличие инородного материала и др.);
- инвазивные процедуры и исследования, предшествующие лихорадке (пункции, катетеризации, ангиографии и др.);
- употребление наркотиков, особенно в/в введение;
- пребывание в пенитенциарных учреждениях (тюремное заключение);
- путешествия (пребывание в местах, эндемичных по различным инфекциям);
- травмы, предшествующие лихорадке;
- указания на имеющиеся (перенесенные) заболевания;
- прием лекарственных препаратов, в том числе по поводу имеющейся лихорадки (антибиотики, НПВП и др.);
- семейный анамнез (случаи лихорадки у кровных родственников).

Недооценка анамнестических сведений или их игнорирование лишает возможности проводить целенаправленный диагностический поиск, что увеличивает сроки обследования больных. Поэтому должна учитываться любая, кажущаяся даже незначимой информация при исключении определенной патологии в соответствующих ситуациях. Так, например, следует исключить внутрибрюшные инфекции после лапароскопических и полостных операций на органах брюшной полости, сепсис у больных после инвазивных вмешательств, остеомиелит у лиц, подвергающихся, по их мнению, привычным травмам (танцоры, спортсмены), туберкулез среди лиц, находившихся в пенитенциарных учреждениях и т. д.

Клинические признаки. При клиническом обследовании у больных ЛНГ могут наблюдаться различные формы изменения (узловая эритема, геморрагические высыпания, сетчатое ливедо и др.), суставно-мышечный синдром, серозиты, лимфаденопатия, кишечная симптоматика и другие признаки, причем лихорадка может сочетаться с одним или несколькими симптомами. Важно уметь не только выявить, но и правильно интерпретировать эти дополнительные признаки, одни из которых могут стать ключевыми в установлении причин ЛНГ (диастолический шум по левому краю грудины, болезненная непальпирующая височная артерия, ревматоидные узелки, кожное ливедо и др.), а другие являются неспецифическими и не имеющими диагностического значения (тахикардия, головная боль, «лихорадочная» протеинурия). В соответствующих ситуациях очень важно провести клиническую грань между «неспецифичностью» симптомов (например, миалгий или головной боли), наблюдающихся при лихорадке, и их диагностической информативностью при подозрении на ревматическую полимиалгию, полимиозит или височный артериит. Если больные ЛНГ получают по различным показаниям лекарственную терапию, рекомендуется отменить все нежизненно важные медикаменты, что отражено в диагностических алгоритмах [4].

Лабораторные показатели («рутинные»). К лабораторным признакам, которые могут определять направление диагностического поиска, относятся изменения в периферической крови (гемолитическая анемия, абсолютный лимфоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз с токсической зернистостью нейтрофилов, тромбоцитопения и тромбоцитоз, панцитопения), биохимических показателях (повышение активности КФК, аминотрансфераз, лактатдегидрогеназы и др.).

2 этап – выдвижение диагностической гипотезы (гипотез)

Наличие дополнительного признака позволяет сузить круг предполагаемых заболеваний и осуществлять целенаправленный диагностический поиск («сфокусированный» подход). Если у больного имеется два или более дополнительных признака, весомость каждого из них для обоснования диагностической гипотезы возрастает. Так, например, артралгии и миалгии у больных ЛНГ могут носить неспецифический характер, однако в сочетании со значительным увеличением СОЭ дают основание предполагать ревматическую полимиалгию, вероятность которой значительно возрастает у пожилых больных. С другой стороны, сочетание у молодых пациентов суставно-мышечного синдрома, кожных высыпаний и лимфаденопатии с высокими показателями СОЭ и нейтрофильным лейкоцитозом позволяют заподозрить болезнь Стилла у взрослых.

3 этап – назначение дополнительных методов обследования

Направление дифференциально-диагностического поиска на данном этапе определяется диагностической гипотезой (гипотезами), высказанной на предыдущем этапе, с учетом конкретной клинической ситуации (наличие и характер дополнительных признаков, течение заболевания и др.). При этом следует назначить методы исследования, позволяющие подтвердить или отвергнуть предварительную диагностическую концепцию.

Так, например, при диагностической гипотезе о СКВ необходимо исследование в крови антител к ДНК и антинуклеарного фактора (лабораторные критерии СКВ); в случаях подозрения на инфекционный эндокардит проводится бактериологическое исследование крови и ультразвуковое исследование сердца (при необходимости трансэзофагеальное); при панцитопении следует выполнить пункцию костного мозга для исключения острого лейкоза или апластической анемии; в случаях подозрения на болезнь Стилла у взрослых одним из диагностических тестов считается показатель содержания ферритина в сыворотке крови. Обследование больного считается оптимальным, если носит селективный характер («сфокусированный подход») в соответствии с клинической ситуацией и диагностической гипотезой и определяется диагностической информативностью, специфичностью метода исследования.

На данном этапе диагностического поиска может быть оправданно использование инвазивных методов исследования (биопсия лимфоузла при неясной лимфаденопатии, лапароскопия при выявлении асцита и т. д.), что сокращает сроки обследования, позволяет избежать лишних процедур и в конечном итоге оказывается более экономичным. Диагностическая лапароскопия может стать ценным методом в распознавании лимфом, внелегочного туберкулеза, поскольку позволяет верифицировать и визуально оценить характер патологии печени, брюшины, провести прицельную биопсию. Кроме того, в случаях выявления воспалительного или опухолевого забо-

левание органов брюшной полости лапароскопия может превращаться из диагностической в лечебную. Вопрос об использовании инвазивных методов исследования (эндоскопии, пункции и биопсии, диагностической лапаротомии и др.) должен обсуждаться с соответствующими специалистами. В последнее время клиническая практика обогатилась методом позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), которая широко используется с целью расшифровки лихорадки [6, 7], особенно в случаях, когда другие диагностические методы не позволяют выявить изменений.

4 этап – интерпретация результатов дополнительного обследования

На этом этапе необходимо учитывать диагностическую информативность, чувствительность и специфичность методов, риск ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Обращает на себя внимание относительно высокий процент ложноположительных результатов при проведении УЗИ и КТ органов брюшной полости (31 и 29 % соответственно), что затягивает процесс расшифровки природы лихорадки.

Наибольшие трудности в процессе расшифровки причины ЛНГ возникают у больных с изолированной лихорадкой, когда «нелихорадочная» симптоматика настолько бедна и нет дополнительных признаков (клинических или лабораторных), позволяющих выдвинуть предварительную диагностическую гипотезу [8]. В этих случаях дополнительное обследование носит неселективный характер и проводится с учетом удельного веса различных заболеваний в структуре причин ЛНГ. Для врача наиболее частой проблемой является диагностическая альтернатива: инфекция или опухоль, поскольку это определяет лечебную тактику ведения пациентов с ЛНГ. У многих врачей сохраняется стойкий менталитет трактовать любую лихорадку, по крайней мере, на начальных этапах заболевания, как проявление инфекции, что неизбежно влечет за собой назначение антибактериальных препаратов, хотя инфекционная патология занимает около 50 % всех причин ЛНГ. По некоторым данным, лихорадка в сочетании с дополнительными признаками чаще наблюдается при инфекциях, в то время как изолированная лихорадка – при опухолях и системных (ревматических) заболеваниях [9].

Нерасшифрованные лихорадки

Не у всех больных ЛНГ удается в процессе диагностического поиска верифицировать причину лихорадки. Удельный вес подобных лихорадок составляет около 10 % в структуре причин ЛНГ. В таких случаях в медицинской документации должен фигурировать диагноз «лихорадка неясного генеза», поскольку в МКБ-10 в XVI разделе (симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния) существует рубрика со специальным кодом (R50), обозначаемая как «лихорадка невыясненной причины». Такой диагноз, отражающий реальную ситуацию, более оправдан, чем такие нередко искусственные диагнозы, как прикорневая пневмония, обострения хронического бронхита, хронического пиелонефрита и др. Этот диагноз требует от врача тщательного наблюдения за паци-

ентами, поскольку в некоторых случаях появляются дополнительные клинические или лабораторные признаки (увеличение лимфоузла, анемия и др.), позволяющие проводить новый целенаправленный виток диагностического поиска. У многих больных с нерасшифрованной лихорадкой происходит нормализация температуры, а в ряде случаев лихорадка персистирует, не нарушая состояния больных.

Рекомендации по ведению больных ЛНГ

Эмпирическая терапия больных ЛНГ при неустановленном диагнозе не требуется [10, 11], рекомендуется лишь наблюдение врача. Подобную тактику следует считать оправданной, поскольку у большинства пациентов с нерасшифрованной лихорадкой и стабильным состоянием прогноз является благоприятным. Рекомендуется назначение антипиретических препаратов (парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты), хотя следует учитывать риск гепатотоксичности, особенно у взрослых больных с нераспознанной болезнью Стилла. Ниже приводятся рекомендации ведения пациентов с ЛНГ, у которых в процессе диагностического поиска не удалось установить причину лихорадки:

- воздерживаться от «активной терапии» при стабильном состоянии больного;

- не назначать глюкокортикоиды при неясном диагнозе (опасность при нераспознанном туберкулезе или нагноительных процессах!);

- пробная терапия глюкокортикоидами может быть оправдана при подозрении на ревматическую полимиалгию, височный артериит, болезнь Стилла у взрослых, поскольку быстрый эффект от глюкокортикоидов может рассматриваться как дополнительный диагностический критерий этих заболеваний. В случаях отсутствия эффекта в течение нескольких дней глюкокортикоиды следует отменить;

- антибактериальная терапия может быть показана больным с тяжелой интоксикацией, при наличии гемодинамических нарушений, признаках ДВС-синдрома, нейтропении и положительном «прокальцитониновом тесте»;

- при стабильном состоянии больных с сохраняющейся лихорадкой необходимо осуществлять клинический и лабораторный мониторинг.

Таким образом, ЛНГ продолжает оставаться клинической интригой, включающей не только диагностические, но и различные терапевтические, деонтологические, психологические, экономические аспекты. Перед врачом постоянно возникает нелегкая задача выбора оптимального, диагностически информативного метода обследования с учетом характера имеющихся дополнительных потенциально ключевых признаков. В этой связи уместно напомнить приведенную R. Petersdorf и C. Beeson притчу о грабителе [1], который в ответ на вопрос, почему он грабит только банки, ответил с некоторым недоумением: «Потому, что там деньги». Ведь для грабителя «банковские ключи» к деньгам – это то же самое, что для врача, курирующего больных ЛНГ, «диагностические ключи», с помощью которых открываются двери, ведущие в «хранилище диагнозов».

Литература/References

1. Petersdorf R., Beeson P. Fever of unknown origin. *Medicine* (Baltimore). 1961;40:1-30.
2. Дворецкий Л. И. Лихорадка неясного генеза. Вечная клиническая интрига. Москва: МЕДпресс-информ, 2016. [Dvoretsky L. I. Lihoradka neyasnogo geneza. Vechnaya klinicheskaya intriga. Moskva: «MEDpress-inform», 2016. (In Russ.)].
3. Holder M. A., Ledbetter C. Fever of unknown origin: An evidence based approach. *Nurse Pract.*

2011;36(8):46-52. <https://doi.org/1097/01.NPR.0000399714.32080.49>

4. Mourad O., Palda V., Detsky A. S. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch. Intern. Med.* 2003;163:545-551.
5. Tal S., Guller V., Gurevich A. Fever of Unknown Origin in Older Adults. *Clin. Geriatr. Med.* 2007;23:649-668. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.03.004>
6. Kim Y. J., Kim S. I., Hong K. W., Kang M. W. Diagnostic value of 18F-FDG PET/CT in patients with fever of un-

- known origin. *Intern. Med. J.* 2012;42:834-837. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2012.02828.x>
7. Meller J., Sahlmann C. O., Gürocak O., Liersch T., Meller B. FDG-PET in patients with fever of unknown origin: the importance of diagnosing large vessel vasculitis. *Q. J. Nucl. Med. Mol. Imaging.* 2009;53:51-63.
 8. Williams J., Bellamy R. Fever of unknown origin. *Clin. Med.* 2008;8:526-530.
 9. Schafu Ch., Kirsh W. Unklares Fieber. *Internist.* 1994;35:415-423.
 10. Bryan C. S., Ahuja D. Fever of unknown origin: is there a role for empiric therapy? *Infect. Dis. Clin. North. Am.* 2007;21:1213-1220. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2007.08.007>
 11. Castillo J. R., Armstrong W. S. Fever of unknown origin in adults. *Infect. Med.* 2006;23:6-16.

Сведения об авторе

Дворецкий Леонид Иванович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 2; тел.: 89166764545; e-mail: dvoretski@mail.ru

© К. Р. Амлаев, 2018

УДК 613.84

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13069>

ISSN – 2073-8137

ТАБАКОКУРЕНИЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

К. Р. Амлаев

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

TOBACCO: EPIDEMIOLOGY, CLINIC, TREATMENT, PREVENTION AND NORMATIVE REGULATION

Amlaev K. R.

Stavropol State Medical University, Russia

Описывается эпидемиология, история распространения в мире вредной привычки. Освещается клиника табачной зависимости и табачной абстиненции, предлагаются немедикаментозные и медикаментозные методы борьбы с табакокурением, описываются законодательные акты, препятствующие распространению табачной зависимости на территории Российской Федерации.

Ключевые слова: табакокурение, никотинзаместительная терапия, табачная зависимость, никотин, абстинентный синдром

This lecture is devoted to the problem of smoking. It describes epidemiology, the history of this harmful habit in the world. The article describes clinic of tobacco dependence and tobacco abstinence, treatment of non-medicinal and medicinal methods of tobacco control and legislative acts that prevent the spread of tobacco dependence on the territory of the Russian Federation.

Keywords: tobacco smoking, nicotine replacement therapy, tobacco dependence, nicotine, withdrawal syndrome

Для цитирования: Амлаев К. Р. ТАБАКОКУРЕНИЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ. *Медицинский вестник Северного Кавказа.* 2018;13(2):426-430. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13069>

For citation: Amlaev K. R. TOBACCO: EPIDEMIOLOGY, CLINIC, TREATMENT, PREVENTION AND NORMATIVE REGULATION. *Medical News of North Caucasus.* 2018;13(2):426-430. (In Russ.). DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13069>

ГАМК – гамма-аминомасляная кислота
ИБС – ишемическая болезнь сердца

НЗТ – никотинзаместительная терапия
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

Курением табака считается вдыхание дыма тлеющих высушенных или обработанных листьев табака [1], для этого используются сигареты, сигариллы, сигары, трубки и др. В ряде стран применяется «бездымный табак», который жуют, нюхают или рассасывают в полости рта, что не уменьшает риски для здоровья при его использовании [2].

Ежегодно курение табака является причиной преждевременной смерти 6 миллионов жителей планеты [3]. Курильщики, не прекратившие курение, живут на 10 лет меньше по сравнению с никогда не курившими, при этом болезни, связанные с пожилым возрастом, встречаются у них на 10 лет раньше, чем у некурящих [4].

Наиболее частыми причинами недожития курильщиков являются раковые заболевания (рак легких), респи-