

П.К. Яблонский¹, О.А. Суховская^{1, 2}, Н.В. Куликов³

Лечение никотиновой зависимости у больных онкологическими заболеваниями

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург

Во всем мире употребление табака является основным поведенческим фактором риска онкологических заболеваний. Сравнительное исследование, проведенное в 2017 году, показало, что с курением было связано 7,10 миллионов смертей. Потребление табака не только увеличивает риски развития различных форм рака, но и уменьшает продолжительность жизни после перенесенного онкологического заболевания, увеличивает риски рецидивов. У пациентов с раком легкого, подвергшихся резекции легкого, табакокурение увеличивало риск внутрибольничной смертности в три раза и значительно увеличивал частоту легочных осложнений. Помимо локализации и стадии рака, воздержание от потребления табака отмечено как самый сильный предиктор выживания у онкологических больных. В США в Национальные рекомендации по комплексному лечению онкологических заболеваний (NCCN) включены рекомендации по лечению никотиновой зависимости, включающие 12 недель поведенческой терапии (в том числе методом телефонного консультирования) в сочетании с лекарствами для прекращения курения для всех пациентов, получающих лечение в онкологических учреждениях. Лечение никотиновой зависимости для онкологических заболеваний оказалось экономически эффективным: в частности, это было показано для программы прекращения курения до хирургической резекции легкого. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) рекомендованы принципы 5 «А» для помощи в отказе от ТК. Есть национальные руководства и в других странах. В Российской Федерации приняты Клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых». Учитывая значительное влияние курения на прогноз онкологических заболеваний, лечение никотиновой зависимости должно быть неотъемлемой

частью лечения злокачественных новообразований. Наиболее эффективным методом лечения является сочетание фармакотерапии и когнитивно-поведенческой терапии. Обучение поведенческим методикам преодоления синдрома отмены может быть проведено по телефону «горячей линии» по отказу от табакокурения, организованной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Ключевые слова: табакокурение, онкологические заболевания, отказ от табакокурения, лечение никотиновой зависимости

Введение

Несмотря на наблюдаемый во всем мире прогресс в лечении онкологических болезней, общая заболеваемость злокачественными новообразованиями продолжает расти как в России, так и во всем мире [1, 2, 3]. В 2017 г. в России было впервые выявлено 617177 новых случаев злокачественных новообразований (в 2016 г. — 599348) [3], которые являются второй по значимости причиной смертности: в 2017 г. от злокачественных новообразований умерло 290,7 тыс. больных (15,9% в общей структуре смертности) [3].

К факторам, способствующим развитию онкологических заболеваний, относится табакокурение (ТК). Сравнительное исследование 84 поведенческих, экологических, профессиональных и метаболических рисков, проведенное в 2017 г. (исследование GBD в период с 1990 по 2017 гг.) с учетом возраста, пола, места проживания и расчетом смертей и DALY, которые можно отнести к данному риску, показало, что в 2017 г. 34,1 миллиона смертей были связаны с факторами риска, что составляет 61,0% смертей и 48,33% DALY. При ранжировании по DALY, относящимся к риску, с курением (вторым по значимости фактором после повышенного артериального давления) было связано

7,10 миллионов (6,83–7,37) смертей и 182 миллиона (173–193) DALY [4]. Аналогичные данные были получены и ранее, при анализе в период с 1990 по 2015 гг.: курение также было вторым по значимости фактором риска, хотя в целом в период с 1990 по 2017 гг. распространенность ТК сократилась [5]. Приблизительно 30% всех случаев смерти от рака в Соединенных Штатах вызваны употреблением табака и курением [6].

Употребление табака значительно распространено среди больных онкологическими заболеваниями: в США распространенность ТК (на момент постановки диагноза) среди больных раком головы и шеи составляла 26,4%, раком легкого — 50%, при этом до 83% больных продолжали курить на фоне лечения [7, 8]. Кроме того, исследование 5111 случаев рака легких в период с 1995 по 2011 гг. показало, что существовала 6-летняя разница в среднем возрасте при диагностике рака легких между курящими (63 года) и бывшими курильщиками (69 лет). Медиана выживаемости составляла 12,1 мес. для курящих и 14,5 мес. для бывших курильщиков ($p < 0,0001$) [9].

Среди больных раком шейки матки распространенность ТК была в 2 раза выше, чем среди населения [10]. Показано, что ТК является независимым фактором риска этого заболевания, риски которого увеличиваются с увеличением числа выкуриваемых в день сигарет и продолжительности ТК [11].

В российских исследованиях также показана высокая частота ТК среди больных раком легкого (90–92%), раком шейки матки (в 2 раза выше, чем в популяции), 43,8% [12, 13, 14].

Считается, что отмечаемая в США тенденция снижения заболеваемости раком легких, колоректальным раком и некоторыми другими онкологическими заболеваниями в значительной степени связана со снижением распространенности табакокурения (ТК) и успехами в лечении никотиновой зависимости [1, 15].

Потребление табака не только увеличивает риски развития различных форм рака (об этом опубликовано большое число работ), но и уменьшает продолжительность жизни после перенесенного онкологического заболевания, увеличивает риски рецидивов. После окончания лечения у курящих больных отмечено повышение риска развития рецидивов заболевания, снижение качества жизни и увеличение смертности [16, 17]. При исследовании медицинских карт 741 пациента, госпитализированного в 2013 — 2017 гг. (Польша), было выявлено, что пациенты, которые никогда не курили и экс-курильщики жили дольше, чем те, кто продолжал курить ($p = 0,004$). В группе экс-курильщиков позднее развилось повторное злокачественное новообра-

зование (ЗН) по сравнению с курящими: период между первым и новым ЗН составил 11,55 лет для экс-курильщиков и 6,10 года для курящих [17].

Компоненты табачного дыма оказывают токсическое влияние на организм больного, способствуя увеличению осложнений и выраженности побочных эффектов терапии. В частности, при раке носоглотки в р16 — положительной подгруппе никогда не курящие больные имели значительно лучшую выживаемость (без прогрессирования заболевания), чем курильщики и экс-курильщики ($HR = 0,49$ 95%ДИ 0,33-0,75) [18]. У пациентов с раком легкого, подвергшихся резекции легкого, ТК увеличивал риск внутрибольничной смертности в три раза и значительно увеличивал частоту легочных осложнений [19]. Исследование частоты и сроков осложнений после операций по поводу немелкоклеточного рака легкого, длительности пребывания в стационаре, госпитализаций в отделения интенсивной терапии, частоты повторных госпитализаций в течение 30 дней и выживаемости 462 пациентов выявило более высокую частоту осложнений у курящих (22% против 2%, $p = 0,004$), большую длительность госпитализаций (в стационар и в отделения интенсивной терапии). У бывших курильщиков наблюдалась тенденция к снижению частоты осложнений и госпитализаций в реанимационные отделения, но не было значимых различий в выживаемости в группах курящих и бывших курильщиков на протяжении 6 недель наблюдения [20]. У больных раком молочной железы после мастэктомии, даже после учета других потенциальных факторов риска, ТК увеличило частоту раневой инфекции и некроза кожного лоскута [21]. Среди больных лейкемией, перенесших пересадку костного мозга, госпитализация курящих отмечалась в два раза чаще, чем некурящих, бывших курильщиков и недавно отказавшихся от ТК [22].

Высокая частота осложнений, рецидивов ЗН и повышение смертности у курящих по сравнению с некурящими показывает необходимость отказа от ТК не только для профилактики ЗН, но и для повышения эффективности лечения независимо от типа рака. Помимо локализации и стадии рака, воздержание от ТК отмечено как самый сильный предиктор выживания у онкологических больных [23]. В рандомизированном исследовании пациентов с раком легкого вмешательство по прекращению ТК уменьшило количество послеоперационных осложнений вдвое по сравнению с контрольной группой без лечения (21 и 41% соответственно) [24].

Исследования статуса курения продемонстрировало более высокую никотиновую зависимость (НЗ) у больных ЗН по сравнению с по-

пуляционными данными [25], но курящие с ЗН, как правило, сообщают о высокой мотивации отказаться от ТК по сравнению с населением в целом [23, 26]. Исследования готовности к отказу от ТК выявило существование онкологических заболеваний с различной степенью связанных с желанием отказаться от ТК. К сильно связанным с желанием бросить курить были: рак легкого, рак головы и шеи. Менее выраженная связь была показана для острого миелобластного лейкоза, рака мочевого пузыря, шейки матки, колоректального рака, пищевода, почки, печени, поджелудочной железы и желудка. Все остальные виды ЗН были определены как «вряд ли связанные» с желанием отказаться от ТК [27].

В то же время результаты исследования показывают, что многие больные и после постановки диагноза продолжают курить (например, до 83% больных раком легкого) [8], что обусловлено развитием НЗ. Поэтому больные нуждаются не только в коротком совете врача по прекращению ТК, но и в лечении НЗ.

В США в Национальные рекомендации по комплексному лечению онкологических заболеваний (NCCN) включены рекомендации по лечению никотиновой зависимости [28], включающие 12 недель поведенческой терапии в сочетании с лекарствами для прекращения ТК для всех пациентов, получающих лечение в онкологических учреждениях. Лечение НЗ для онкологических заболеваний оказалось экономически эффективным: в частности, это было показано для программы прекращения курения до хирургической резекции легкого [29]. Он-лайн опрос онкологов показал, что при первом посещении большинство врачей регулярно спрашивали пациентов об употреблении табака (90%), рекомендовали отказ от ТК (84%). Тем не менее, только 44% онкологов регулярно обсуждали варианты лечения с пациентами, и только 39% обеспечивали поддержку при прекращении курения. Большинство врачей (87%) согласны с тем, что курение влияет на исходы лечения ЗН, а 86% считали, что прекращение курения должно быть обязательным компонентом лечения ЗН. Однако только 29% онкологов сообщили о надлежащем обучении мероприятиям по прекращению курения [30].

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) рекомендованы принципы 5 «А» для помощи в отказе от ТК: Ask (спросить, курит ли пациент); Advise (дать совет по прекращению курения); Assess (определить готовность к отказу от ТК, степень НЗ); Assist (оказать помощь, назначить лечение); Arrange (назначить график посещений врача для проведения поддержки и коррекции назначений) [31]. Аналогичные руководства разработаны и в других странах.

В Великобритании выпущено руководство по стандартам качества при прекращении употребления табака, однако учитывая занятость врачей, они модифицировали принципы 5 «А» в ААС: спросить о курении, посоветовать отказ от ТК и направить (подключить к программе) для помощи в отказе от ТК [32].

В России в 2018 г. Министерством здравоохранения РФ утверждены клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых». Они адресованы врачам терапевтических специальностей, тем не менее, онкологи могут руководствоваться этими рекомендациями, в которых говорится о том, что самым эффективным методом лечения является сочетание поведенческих методик и фармакологической терапии [33].

К лекарственным средствам лечения НЗ и относятся: средства никотин-заместительной терапии (НЗТ) и безникотиновые препараты (бупропион, варениклин, цитизин). Кокрейновский обзор фармакологических вмешательств для прекращения ТК показал, что варениклин и комбинация НЗТ имеют самую высокую эффективность [34]. В исследовании применения варениклина у пациентов с ЗН 40% воздерживались от ТК в течение 12 недель [35], и было показано, что варениклин у больных раком может ослаблять отрицательный эффект, вызванный абстиненцией [36]. Для онкологических больных NCCN предлагают считать бупропион эффективным средством лечением второй линии назначения [28].

Согласно последнему Кокрейновскому обзору, индивидуальное консультирование более эффективно, чем краткий совет, а групповые занятия превосходят программы самопомощи (ОР 1,88, 95% ДИ 1,52–2,33) [37]. Шансы долгосрочного отказа от ТК значительно возрастали (ОР 1,37, 95% ДИ 1,26 — 1,50) при использовании телефонного консультирования, при этом увеличение числа сеансов консультирования приводило к большей длительности воздержания: три или более звонков увеличивали шансы бросить курить по сравнению с предоставлением стандартных материалов самопомощи, кратких советов, и по сравнению с одной фармакотерапией [38, 39].

В Российской Федерации Министерством здравоохранения РФ организована бесплатное телефонное консультирование граждан России по номеру телефона 8 800 200 0 200 (Консультативный телефонный центр помощи при отказе от ТК при НИИФ МЗ) [40].

В онкологии существуют важные психологические особенности, которые следует учитывать в дополнение к традиционным поведенческим вмешательствам при отказе от ТК. В первую очередь, это тревога, стресс и депрессия, ко-

торуую испытывают большинство больных [41], и эти симптомы могут усиливаться при отказе от ТК. Поэтому необходимо включать методы преодоления депрессии и стресса, оказывать не только поведенческую поддержку (обучение методам самопомощи при желании курить), но дополнительную психологическую помощь. Пациентам с раком головы и шеи (61% имели III / IV стадии) было проведено комплексное лечение НЗ, злоупотребления алкоголя и депрессии, которое привело к большему воздержанию от ТК по сравнению с обычным лечением НЗ и, по мнению авторов статьи, оказывается более эффективным, чем лечение этих расстройств по отдельности (6-месячное воздержание было зарегистрировано в 47% случаев по сравнению с обычным лечением НЗ — 31%) [42].

Оптимальным лечением НЗ считается сочетание когнитивно-поведенческой терапии и консультирования [33]. В мета — анализе 2013 г. были проанализированы данные 13 исследований по лечению НЗ у больных ЗН [43]: наиболее значимые результаты были получены при сочетании медикаментозного лечения и консультирования. В рандомизированном контролируемом исследовании, тестирующем поведенческое и фармакологическое лечение НЗ онкологических больных [42] было оценено комплексное лечение, включающее 9–11 сеансов когнитивно-поведенческой терапии по телефону и применение бупропиона и НЗТ. Через 6 мес. наблюдения 47% участников воздерживались от ТК, по сравнению с 31% участников группы контроля, получивших только совет врача [42]. Другой, более поздний мета — анализ (2016), также подчеркивает важность сочетания поведенческого консультирования с фармакологическими вмешательствами: среди 1239 пациентов с раком головы и шеи, поведенческое консультирование плюс НЗТ значительно улучшило частоту прекращения ТК по сравнению назначением НЗТ без консультирования [44].

Программы лечения в онкологических стационарах демонстрируют высокую эффективность и востребованность, что развенчивает распространенные мифы о том, что больные онкологическими заболеваниями не могут бросить курить, так как отказ от ТК вызывает большой стресс, который суммируется со стрессом и нежелательными побочными эффектами основной терапии [45].

Однако вряд ли следует ожидать, что онкологи будут предоставлять своим пациентам комплексное лечение по прекращению ТК, учитывая стоимость их клинической помощи и отсутствие обучения по прекращению потребления табака. Наиболее перспективным направлением следует считать правильное информирование больных

о необходимости отказа от ТК (с акцентом на ухудшение результатов лечения ЗН), направление больных в специализированные центры по лечению НЗ или направление для получения бесплатного телефонного консультирования. При сочетании телефонного консультирования и медикаментозного лечения эффективность отказа от табакокурения (длительность воздержания от табака) значительно возрастает. Это показано не только в зарубежных исследованиях, но и в отечественных публикациях [46].

Заключение

Учитывая значительное влияние курения на прогноз онкологических заболеваний, лечение никотиновой зависимости должно быть неотъемлемой частью лечения злокачественных новообразований. Необходимо проведение комплексного лечения никотиновой зависимости, которое затрагивает психосоциальные, поведенческие и биологические аспекты расстройств, связанных с потреблением табака и будет способствовать прекращению табакокурения онкологическими больными. Наиболее эффективным методом лечения является фармакотерапия и когнитивно-поведенческая терапия. Обучение поведенческим методикам преодоления синдрома отмены может быть проведено по телефону «горячей линии» по отказу от табакокурения, организованной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Torre L.A., Siegel R.L., Ward E.M., Jemal A.: Global cancer incidence and mortality rates and trends — an update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2016; 25: 16–27 doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578.
2. Torre L.A., Islami F., Siegel R.L. et al. Global Cancer in Women: Burden and Trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;26(4):444-457 doi: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0858.
3. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. 250 с. ISBN 978-5-85502-243-8
4. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392(10159):1923–1994 doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lan-*

- cet 2016;388(10053):1659-1724. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.
6. Walker M.S., Vidrine D.J., Gritz E.R. et al: Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 2370–2377 doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0509
 7. Duffy SA, Ronis DL, McLean S, Fowler KE, Gruber SB, Wolf GT, et al: Pretreatment health behaviors predict survival among patients with head and neck squamous cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2009; 27: 1969–1975. doi: 10.1200/JCO.2008.18.2188.
 8. Cataldo JK, Dubey S, Prochaska JJ: Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment. *Oncology* 2010; 78: 289–301. doi: 10.1159/000319937.
 9. Ehlers S.L., Gastineau D.A., Patten C.A. et al. The impact of smoking on outcomes among patients undergoing hematopoietic SCT for the treatment of acute leukemia. *Bone Marrow Transplant* 2011; 46: 285–290 doi: 10.1038/bmt.2010.113.
 10. Bassal R., Schejter E., Bachar R. et al. Risk Factors for Cervical Cancer and CIN3 in Jewish Women in Israel — Two Case Control Studies. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2016;17(4): 2067-2073 doi: 10.7314/apjcp.2016.17.4.2067
 11. Roura E., Castellsagu X., Pawlita M. et al. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and precancer: results from the EPIC cohort. *Int. J. Cancer* 2014; 135 (2): 453-466 doi: 10.1002/ijc.28666.
 12. Заридзе Д.Г. Профилактика рака: Руководство для врачей. М.: ИМА-ПРЕСС; 2009.
 13. Левшин В.Ф., Завельская А.Я. Факторы риска и профилактика рака шейки матки. *Вопросы онкологии* 2017; 63(3): 506-516.
 14. Титова О.Н., Суховская О.А., Пирумов П.А. и др. Анализ различных видов помощи при отказе от табакокурения. *Вестник Санкт-Петербургского университета, Медицина* 2011; (1): 49-55.
 15. Moyer V.A. Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014; 160: 330–338 doi: 10.7326/M13-2771.
 16. Jensen K., Jensen A.B., Grau C. Smoking has a negative impact upon health related quality of life after treatment for head and neck cancer. *Oral Oncol* 2007; 43: 187–192 doi: 10.1016/j.oraloncology.2006.02.006
 17. Romaszko-Wojtowicz A., Buciński A., Doboszyńska A. Impact of smoking on multiple primary cancers survival: a retrospective analysis. *Clin Exp Med.* 2018;18(3):391-397 doi: 10.1007/s10238-018-0498-1.
 18. Lassen P., Lacas B., Pignon J.P. et al. MARCH Collaborative Group. Prognostic impact of HPV-associated p16-expression and smoking status on outcomes following radiotherapy for oropharyngeal cancer: The MARCH-HPV project. *Radiother Oncol.* 2018;126(1):107-115 doi: 10.1016/j.radonc.2017.10.018.
 19. Mason D.P., Subramanian S., Nowicki E.R. et al. Impact of smoking cessation before resection of lung cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database study. *Ann Thorac Surg* 2009; 88: 362–371. doi.org/10.1053/ejso.2002.1308 10.1016/j.athorac-sur.2009.04.035
 20. Lugg S.T., Tikka T., Agostini P.J. et al. Smoking and timing of cessation on postoperative pulmonary complications after curative-intent lung cancer surgery. *J Cardiothorac Surg.* 2017;12(1):52 doi: 10.1186/s13019-017-0614-4.
 21. Sørensen L.T., Hørby J., Friis E. et al. Smoking as a risk factor for wound healing and infection in breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 815–820 doi: 10.1053/ejso.2002.1308
 22. Ehlers S.L., Gastineau D.A., Patten C.A. et al: The impact of smoking on outcomes among patients undergoing hematopoietic SCT for the treatment of acute leukemia. *Bone Marrow Transplant* 2011; 46: 285–290. doi: 10.1038/bmt.2010.113.
 23. Karam-Hage M., Cinciripini P.M., Gritz E.R. Tobacco use and cessation for cancer survivors: an overview for clinicians. *CA Cancer J Clin.* 2014;64(4):272-90 doi: 10.3322/caac.21231.
 24. Campling B.G., Ye Z., Lai Y. et al. Disparity in age at lung cancer diagnosis between current and former smokers. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2019;145(5):1243-1251 doi: 10.1007/s00432-019-02875-6. 000.
 25. Rabiou V., Karam-Hage M., Blalock J.A., Cinciripini P.M. “Meaningful use” provides a meaningful opportunity. *Cancer* 2014; 120: 464–468. doi: 10.1002/cncr.28436.
 26. Walker M.S., Vidrine D.J., Gritz E.R. et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 2370–2377 doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0509
 27. Martínez Ú., Brandon T.H., Sutton S.K., Simmons V.N. Associations between the smoking-relatedness of a cancer type, cessation attitudes and beliefs, and future abstinence among recent quitters. *Psychooncology* 2018;27(9):2104-2110 doi: 10.1002/pon.4774.
 28. National Comprehensive Cancer Network: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Smoking Cessation Version 1.2017. 2017. doi: 10.7326/AITC201603010.
 29. Slatore C.G., Au D.H., Hollingworth W. Cost-effectiveness of a smoking cessation program implemented at the time of surgery for lung cancer. *J Thorac Oncol* 2009; 4: 499–504 doi: 10.1097/JTO.0b013e318195e23a
 30. Warren G.W., Marshall J.R., Cummings K.M. et al. Addressing tobacco use in patients with cancer: a survey of American Society of Clinical Oncology members. *J Oncol Pract* 2013; 9: 258–262 doi:10.1200/JOP.2013.001025
 31. Fiore M.C., Jaen C.R., Baker T.B. et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008; 35: 158–176 doi: 10.1016/j.amepre.2008.04.009.
 32. National Institute for Health Care Excellence: Smoking: reducing and preventing tobacco use. 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs82> (accessed June 4, 2019).
 33. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. клинические рекомендации. *Наркология* 2018; 17(3): 3 — 21.
 34. Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T.: Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5:CD009329 doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
 35. Price S., Hitsman B., Veluz-Wilkins A. et al. The use of varenicline to treat nicotine dependence among patients with cancer. *Psychooncology* 2017; 26: 1526–1534. doi: 10.1002/pon.4166.
 36. Carroll A.J., Kim K., Miele A. et al. Longitudinal associations between smoking and affect among cancer

- patients using varenicline to quit smoking. *Addict Behav.* 2019;95:206-210. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.04.003.
37. Lancaster T., Stead L.F. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;CD001292. doi: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.
 38. Stead L.F., Hartmann-Boyce J., Perera R., Lancaster T.: Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8:CD002850. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
 39. Matkin W., Ordóñez-Mena J.M., Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 May 2;5:CD002850. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub4.
 40. Яблонский П.К., Суховская О.А. Организация консультативной телефонной помощи при отказе от табакокурения в Российской Федерации. *Здравоохранение Российской Федерации* 2014; 58(1): 30-33.
 41. Mehnert A., Brähler E., Faller H et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* 2014; 32: 3540–3546 doi: 10.1200/JCO.2014.56.0086.
 42. Duffy S.A., Ronis D.L., Valenstein M. et al. A tailored smoking, alcohol, and depression intervention for head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 2203–2208. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-05-0880
 43. Nayan S., Gupta M.K., Strychowsky J.E., Sommer D.D. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 149: 200–211 doi: 10.1177/0194599813490886.
 44. Klemp I., Steffenssen M., Bakholdt V. Counseling is effective for smoking cessation in head and neck cancer patients — a systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg* 2016; 74: 1687–1694 doi: 10.1016/j.joms.2016.02.003.
 45. Kaiser E.G., Prochaska J.J., Kendra M.S. Tobacco Cessation in Oncology Care. *Oncology* 2018;95:129–137 doi: org/10.1159/000489266
 46. Суховская О.А., Смирнова М.А. Сочетанное применение никотинсодержащей жевательной резинки и когнитивно-поведенческой терапии при отказе от табакокурения. *Профилактическая медицина* 2015; 18(5): 70-74.

*P.K. Yablonskiy¹, O.A. Sukhovskaya^{1,2},
N.V. Kulikov³*

Treatment of nicotine dependence in patients with oncological diseases

¹St. Petersburg Research Institute of Phthisiopneumology”
of the Ministry of Health of the Russian Federation

²First St. Petersburg State Medical University named
after I.P. Pavlova of the Ministry of Health of the Russian
Federation,

³St. Petersburg State University,
St. Petersburg

Worldwide, tobacco use is a major behavioral risk factor for cancer. A comparative study conducted in 2017 showed that 7.10 million deaths were associated with smoking. Tobacco consumption not only increases the risk of developing various forms of cancer, but also reduces life expectancy after suffering a cancer, and increases the risk of relapse. In patients with lung cancer who underwent lung resection, smoking increased the risk of nosocomial mortality by three times and significantly increased the incidence of pulmonary complications. In addition to the localization and stage of cancer, abstinence from tobacco consumption has been noted as the strongest predictor of survival in cancer patients. In the United States, National Recommendations for Comprehensive Cancer Treatment (NCCN) included recommendations for the treatment of nicotine addiction, including 12 weeks of behavioral therapy (including telephone counseling) in combination with smoking cessation drugs for all patients receiving treatment in oncological clinics. Treatment of nicotine addiction has proven cost-effective: in particular, it has been shown for a smoking cessation program prior to surgical resection of the lung. Principles 5 A are recommended by the World Health Organization (WHO) to assist in the smoking cessation. There are national guidelines in other countries. In the Russian Federation, clinical guidelines “Tobacco addiction syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults” were adopted. Given the significant impact of smoking on the prognosis of cancer, the treatment of nicotine addiction should be an integral part of the treatment of malignant tumors. The most effective treatment is the combination of pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy. Teaching behavioral methods to overcome the withdrawal syndrome can be conducted by calling the to Quitline, organized by the Ministry of Health of the Russian Federation.

Key words: tobacco smoking, oncological diseases, smoking cessation, treatment of nicotine dependence

Поступила в редакцию 17.06.2019 г.