



# Ассоциация медицинских специалистов по модификации рисков

ИНН 7716961840 КПП 771601001  
ОГРН 1217700573771 ОКПО 73975258

Исх. № 8 от «30» мая 2024 г.

**Уважаемые коллеги!**

**29 марта 2024 г. состоялся экспертный совет  
«Возможности модификации рисков у пациентов с онкологическими  
заболеваниями органов головы и шеи»**

**В экспертном совете приняли участие эксперты:**

- Поляков Андрей Павлович - профессор, д.м.н., заведующий отделением микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦР» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры онкологии, радиотерапии и пластической хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор кафедры пластической хирургии с курсом офтальмологии РУДН, сертифицированный онколог, челюстно-лицевой хирург, пластический хирург;
- Заридзе Давид Георгиевич - член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, Президент Противоракового общества России, заведующий отделом клинической эпидемиологии НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;
- Кутукова Светлана Игоревна - д.м.н., профессор кафедры стоматологии хирургической и ЧЛХ, доцент кафедры онкологии ФПО ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, врач-онколог отделения № 10 (противоопухолевой лекарственной терапии) СПб ГБУЗ «ГКОД»;
- Гушанская Екатерина Владимировна - врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н., заведующая отделением психиатрии ГБУЗ ПКБ № 13 ДЗМ, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР Медицинского института РУДН;
- Кропотов Михаил Алексеевич - д.м.н., профессор, заведующий отделением - врач-онколог НИИ клинической онкологии им. Н.Н. Трапезникова ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России;
- Алымов Юрий Владимирович - к.м.н., врач-онколог хирургического отделения опухолей головы и шеи НИИ клинической онкологии им. Н.Н. Трапезникова ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

### **В ходе заседания обсуждались следующие вопросы:**

1. Факторы риска развития рака органов головы и шеи. Важность вопроса профилактики рецидивов в клинических рекомендациях.
2. Табакокурение у пациентов с раком органов головы и шеи: состояние проблемы. Распространенность курения, профиль пациента.
3. Роль отказа от табакокурения в концепции снижения риска развития рака органов головы и шеи.
4. Прогноз заболевания при отказе от курения после постановки диагноза рака органов головы и шеи.
5. Оказание помощи в отказе от курения:
  - a. обзор текущих клинических рекомендаций
  - b. Тактика ведения пациента: фармакотерапия, психологическая помощь.
6. Тактика ведения пациентов, не мотивированных на отказ от курения
  - a. Роль и место концепции снижения вреда от курения
  - b. Обзор применения концепции снижения вреда от курения в текущих российских и международных клинических рекомендациях.
7. Возможность внесения программ отказа от курения в текущие клинические рекомендации.

### **Основные выводы экспертов:**

В ходе заседания обсуждены стратегии модификации рисков табакокурения на лечение онкологических пациентов с диагнозом злокачественных новообразований органов головы и шеи, а также риск-ориентированный подход прекращения табакокурения, и возможность внесения программ отказа от курения в текущие клинические рекомендации в **раздел «Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики».**

1. Рак полости рта является одним из распространенных заболеваний, которое представляет собой растущую проблему здравоохранения во многих странах мира. Так, в Великобритании за последнее десятилетие показатели заболеваемости данной патологией увеличились на 49% и, по прогнозам Cancer Research UK, к 2035 году распространенность злокачественных новообразований полости рта увеличится еще на 33%. Серьезную проблему представляет плоскоклеточный рак полости рта и ротоглотки и для здравоохранения Российской Федерации. По данным отчёта А.Д. Каприна, В.В. Старинского «Состояние онкологической помощи населению России» в 2022 году выявлено 9 325 пациентов с ЗНО полости рта, из них имели IV стадию заболевания 40,3 %, состоят на учёте в онкологических учреждениях 8 515 пациентов. К факторам риска развития злокачественных новообразований полости рта относят внешние или внутренние обстоятельства, отрицательно влияющие на здоровье человека. По оценке

NCCN в 2023 году произошло около 66 920 новых случаев рака полости рта, глотки и гортани. По оценкам, за тот же период времени произойдет 15 400 смертей от рака головы и шеи (H&N). Основной причиной развития рака полости рта, гортани и глотки является употребление табака, фактор, который может быть успешно модифицирован.

2. Важными факторами риска являются стаж и интенсивность курения. При выкуривании не менее пачки сигарет в день риск рака орофарингеальной зоны увеличивается в 2,1 раза. При стаже курения более 20 лет данный показатель увеличивается еще практически в 2 раза. Тем не менее, если отказаться от этой привычки, уже через 12 месяцев риски значительно снижаются и практически соответствуют таковым среди некурящих. Статистика по данным ВЦИОМ за последние 10 лет на 7% увеличилась доля бросивших курить, но также увеличилась доля тех, кто не желает отказываться от курения - их 31%. Перечень злокачественных новообразований (ЗНО) человека, для которых доказана причинная связь с курением, включает 15 форм: рак губы, полости рта, глотки, гортани, легкого, плоскоклеточный рак пищевода, аденокарцинома пищевода, рак желудка, рак мочевого пузыря, почечноклеточный рак, рак почечной лоханки, рак печени, колоректальный рак, рак шейки матки, миелолейкоз. За последние десятилетия в большинстве развитых стран значительно снизилась распространенность курения, что привело к снижению заболеваемости раком легкого и, соответственно, смертности от него. Также снизилась заболеваемость и смертность от других ЗНО, связанных с курением. Тем не менее, дальнейшее снижение потребления табака остается одной из ключевых задач противораковой борьбы, без решения которой дальнейшее улучшение показателей заболеваемости и смертности от ЗНО представляется сомнительным.

3. Согласно статье №17 Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» от 23.02.2013 N 15-ФЗ медицинские работники обязаны проводить работу, направленную на разъяснение пациентам о вреде модифицируемых факторов, в том числе о табачной зависимости. Отказ от курения является наилучшей стратегией для пациентов.

4. Отказ от курения должен стать четвертым столбом в лечение онкологических больных наряду с хирургией, лучевой терапией и лекарственной противоопухолевой терапией. Все онкологические клиники и центры должны быть обеспечены программами по лечению курения. Внедрение в практику рекомендаций по отказу от курения на 30-35% снизит смертность от онкологических болезней и, в конечном итоге, приведёт к снижению смертности в России. Как показали результаты исследований, проведенных в последние годы, 18-27% пациентов с онкологическим диагнозом в анамнезе продолжают курить. Учитывая неблагоприятное влияние курения как на сам процесс лечения онкологического пациента, так и на его результаты, перед врачами и медицинской общественностью встала необходимость создания своего рода стандарта оказания помощи и поддержки пациентов для отказа от курения с четкими рекомендациями и обозначенными целями. В связи с этим в США разработаны новые клинические рекомендации: Отказ от курения для онкологических пациентов (New

NCCN Guidelines: Smoking Cessation for Patients With Cancer). Авторы Рекомендаций предлагают клиницистам, в первую очередь, определить статус курения конкретного пациента, оценить индивидуальный риск возврата к табакокурению и, соответственно, правильно выбрать методику отказа от курения из существующего спектра. Для врачей-онкологов отказ от курения пациентов должен стать одним из главных приоритетов в процессе их лечения.

5. Отказ от курения также имеет огромное значение у лиц с уже диагностированным онкологическим заболеванием. Необходимость отказа от курения должна освещаться на всех этапах сопровождения онкологических пациентов - от профилактики и диагностики, до лечения и паллиативной помощи. Таким образом, в клинических рекомендациях онкологической сети США (NCCN) обсуждение с пациентом важности отказа от курения указано на этапе первичной диагностики заболевания, в одном списке с наиболее важными диагностическими процедурами.

6. Для того, чтобы приблизиться к поставленной многими странами цели по снижению распространенности курения и, соответственно, снижения заболеваемости и смертности от причин, ассоциированных с курением, необходимы дополнительные действенные меры, включая применение альтернативных методов преодоления никотиновой зависимости. Электронные системы доставки никотина (ЭСДН) обеспечивают получение потребителем нужного ему количества никотина, при пониженном воздействии токсических и канцерогенных веществ, характерных для сигарет. ЭСНД - продукт, который снижает вред потребления никотина никотинзависимыми курильщиками, что соответствует концепции «снижения вреда». В настоящее время отсутствуют убедительные данные, что вейпы или ЭСДН являются более вредными, чем сигареты. Наоборот, существует обширная база исследований, показывающая, что для совершеннолетних курильщиков, не мотивированных на отказ от курения, продукция, в которой отсутствует процесс горения, может стать способом снижения вредного воздействия табакокурения на организм.

7. Клинические рекомендации NCCN по отказу от курения состоят из программ отказа от курения, включающих лекарственную и поведенческую терапию. Лечение от курения позиционируется как неотъемлемая часть онкологического лечения на протяжении всего цикла онкологической помощи, включая хирургическое вмешательство, лучевую терапию (ЛТ), системную терапию и уход на поздних этапах развития заболевания. При рассмотрении наилучшего подхода к лечению курения в период ухода в конце жизни уделяется особое внимание предпочтениям и ценностям пациента. Для пациентов, которые решили использовать электронные сигареты исключительно для прекращения курения, несмотря на рекомендации использовать фармакотерапию рекомендуется поощрять воздержание от курения и также включать поведенческие консультации. По мере того как пациент становится более уверенным в отказе от горючих табачных изделий рекомендуется поощрять отказ от электронных сигарет, но без риска рецидива курения горючих продуктов.

## УДД и УУР в клинических рекомендациях NCCN по раку полости рта:

УДД	УУР	Рекомендации
1	А	Курение сигарет связано, по меньшей мере с 30% смертностью от рака, следовательно, необходимо оценивать употребление табака или иных никотинсодержащих продуктов при каждом посещении медицинских учреждений
1	А	Пациентов следует поощрять в прекращении курения (и сохранению воздержания, в частности во время лекарственной и лучевой терапии).
1	А	Пациентам следует избегать двойное использование. Начало употребления электронных сигарет может привести к длительному употреблению и продолжающемуся двойному использованию как электронных сигарет, так и самокруток, что сопряжено с большим риском для здоровья.
2	В	Для пациентов, которые регулярно курят табак, переход на альтернативные источники доставки никотина может рассматриваться как путь к снижению риска и прекращению курения

8. Лечащий врач должен максимально понятно изложить аргументы в пользу отказа от курения, и понять основные причины, почему пациент не может или не хочет отказаться от пагубной привычки. В данном вопросе также возможна и продуктивна совместная работа с психологом [20]. Даже краткий совет бросить курить, предоставленный врачом, увеличивает частоту отказа от курения у пациентов. Для пациентов, мотивированных на отказ от курения, и/или высокой степенью зависимости можно рассмотреть применение НЗТ и Варенкилина. Никотинзаместительная терапия (НЗТ) повышает шансы пациента на успешный отказ от курения. Цель никотинзамещающей терапии – исключение или максимальное снижение проявлений симптомов отмены. НЗТ обязательно назначается пациентам, у которых степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема составляет 4 и более баллов.

### **Заключение экспертов:**

1. Прекращение курения является основным направлением профилактики онкологических заболеваний. Отказ от курения приносит пользу даже после постановки диагноза рака, независимо от локализации и стадии заболевания.

2. Никотиновая зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием и требует соответствующего лечения.

3. Планы лечения должны включать научно обоснованные мотивационные стратегии и поведенческую терапию, фармакотерапию, основанную на данных доказательной медицины с последующим наблюдением и повторным лечением по мере необходимости.

4. Рекомендации по помощи в отказе от курения должны включать сочетание фармакологической терапии и поведенческой терапии, что является наиболее эффективным подходом для достижения цели в отказе от курения и поддержания от курения или сокращения курения для тех, кто не готов бросить курить.

а. Двумя наиболее эффективными фармакотерапевтическими средствами являются комбинированная никотинзаместительная терапия (НЗТ) или варениклин.

б. Поведенческая терапия с несколькими сеансами консультирования наиболее эффективна, и настоятельно рекомендуется,

5. Статус курильщика должен быть задокументирован в медицинской карте пациента. Медицинские карты пациентов следует обновлять через регулярные промежутки времени, чтобы отмечать изменения в статусе курильщика, предпринятые попытки бросить курить и используемые вмешательства. Важно отмечать не только курение традиционных сигарет, но и использование альтернативных источников доставки никотина (системы нагревания табака, электронные сигареты)

6. После того, как в рамках беседы врач рассказал пациенту о рисках продолжения курения и способах по отказу от курения, и убедился, что в настоящий момент пациент не мотивирован на отказ от курения, врач может проинформировать пациента о стратегии модификации рисков с помощью перехода на альтернативные источники доставки никотина, исключаяющие горение табака.

7. Следует поддерживать постоянный отказ от курения у пациентов, отказавшихся от курения традиционных сигарет, но использующих исключительно альтернативные источники доставки никотина. Когда у пациента появляется больше уверенности в том, что он станет некурящим, следует поощрять отказ и от АИДН.

**Экспертами предложены следующие шаги:**

1. Расширить существующие рекомендации по раку органов головы и шеи разделом «Профилактика и помощь в отказе от курения» с применением научно-обоснованных методов и международного опыта.

2. Разработать и включить в клинические рекомендации по раку органов головы и шеи алгоритм проведения консультаций по помощи в отказе от курения или способа минимизации воздействия табачного дыма для тех пациентов, кто не мотивирован на отказ от курения:

а. Необходимо предлагать планы лечения всем курящим, независимо от готовности бросить курить.

б. Планы лечения должны включать:

- i. Основанные на фактических данных мотивационные стратегии и поведенческую терапию,
- ii. Фармакотерапию, основанную на фактических данных, и
- iii. Тщательное наблюдение с повторным лечением по мере необходимости.
- iv. Также необходимо дополнить разделом по тактике ведения пациентов, не мотивированных в настоящее время на отказ от курения.

Директор



А.В. Розанов