

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК УПРАВЛЯЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

А. Завельская¹,

В. Левшин², доктор медицинских наук,

Б. Ладан²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

²Российский онкологический центр им. Н.Н. Блохина, Москва

E-mail: zavelskayaaya2012@yandex.ru

Устранение табакокурения (ТК) – эффективный метод профилактики табакозависимых заболеваний, включая рак шейки матки. Представлена методика квалифицированной помощи в отказе от ТК, пригодная для применения врачами первичного звена системы здравоохранения.

Ключевые слова: рак шейки матки, табакокурение, табачная зависимость, помощь в отказе от курения.

В России рак шейки матки (РШМ) в структуре онкологической заболеваемости женщин занимает 6-е место, его доля в ней – 5,3% [2], а в мире РШМ в структуре онкологической заболеваемости органов репродуктивной системы женщин занимает 3-е место. При этом в России заболеваемость РШМ продолжает расти: только за 2007–2012 гг. прирост абсолютного числа больных составил 12,4% [9, 10].

По результатам многочисленных аналитических эпидемиологических исследований достоверно установлены факторы, которые в той или иной степени могут увеличивать риск развития РШМ [8]. Один из наиболее значимых факторов риска развития РШМ – табакокурение (ТК) [3–6]. В частности, установлено, что связь ТК с развитием дисплазий шейки матки может быть обусловлена экспрессией фактора роста эндотелия сосудов, участвующего в ангиогенезе [12]. Можно предполагать как прямой механизм воздействия ТК – локальное влияние табачных канцерогенов и их метаболитов, так и эффект локальной иммунодепрессии: ТК как промотор процесса канцерогенеза в шейке матки, инфицированной вирусом папилломы человека [13].

Частота ТК в нашей стране – одна из самых высоких в мире. По данным специальных глобальных обследований населения разных стран, Россия занимает 4-е место в списке самых «курящих» стран и 1-е место по потреблению табака на душу населения [1]. Хотя курящих мужчин больше, чем женщин, в последние годы отмечается заметный рост распространения ТК среди женщин и прежде всего – среди молодых. Специальное обследование, проведенное в Москве, показало, что среди женщин 20–29 лет доля курящих – 33%, а среди женщин старше 60 лет – 4% [7, 8].

Увеличение частоты ТК среди женщин может вести к росту заболеваемости табакозависимыми болезнями, включая РШМ [11, 14]. Поэтому одно из важных направлений профилактики РШМ и других табакозависимых заболеваний – меры по снижению частоты ТК среди населения.

Мы поставили перед собой цель разработать алгоритм и стандарт оказания квалифицированной помощи в профилактике ТК и его прекращении женщинам, обращающимся к врачам первичного звена здравоохранения.

В зарубежной и отечественной литературе описаны разные методики помощи в отказе от ТК и лечения табачной зависимости [6]. Наиболее широко применяются те из них, которые адаптированы к определенным условиям лечебно-профилактической деятельности или адресованы определенным специалистам. Нашей задачей было разработать, апробировать и оценить эффективность методики квалифицированной помощи в отказе от ТК, пригодной для условий стандартного гинекологического приема или консультации специалиста-гинеколога. Помощь в профилактике ТК и отказе от него должна быть доступной для освоения врачом-гинекологом и легко реализуемой в рамках времени, имеющегося у врача-гинеколога на приеме.

При создании методики использовались методы и приемы, изложенные в других известных пособиях и руководствах для врачей по оказанию помощи в отказе от ТК и адаптированные для специфики и условий гинекологического приема.

Данная методика предлагается для применения в:

- женской консультации;
- профилактических кабинетах (смотровой кабинет);
- кабинете гинеколога в поликлинике;
- гинекологическом отделении в стационаре.

МЕТОДИКА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВРАЧОМ-ГИНЕКОЛОГОМ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТК ИЛИ ОТКАЗУ ОТ НЕГО

Квалифицированная консультация врачом-гинекологом по профилактике ТК или отказу от него должна решать следующие задачи:

- уточнение курительного статуса и анамнеза женщины (скрининг на ТК);
- выяснение отношения пациентки к курению и мотивации к отказу от ТК (для курящих);
- оказание квалифицированной помощи по профилактике ТК или отказу от него в соответствии с индивидуальными показаниями.

Методика предусматривает 2 основных этапа общения с пациенткой:

- выяснение курительного статуса и анамнеза и отношения курящей пациентки к своему курению и возможности отказа от него;
- оказание помощи в отказе от ТК, включающей в себя элементы профессиональных рекомендаций, рациональной и поведенческой психотерапии, назначение медикаментозной терапии по показаниям.

Опрос в отношении курительного статуса и анамнеза должен быть коротким и включать в себя следующий перечень вопросов с ожидаемыми вариантами ответов (табл. 1).

Основные данные, полученные при опросе, следует записать в сокращенном виде в амбулаторной карте или истории болезни пациентки. Результаты опроса определяют потребность и объем консультации врача в отношении ТК.

Тактика медицинской помощи в отношении ТК зависит от курительного анамнеза и отношения пациентки к своему ТК. В этом отношении пациентки подразделяются на следующие основные категории:

- никогда не курившие;
- курившие в прошлом;
- курящие, но желающие бросить ТК;
- курящие, не желающие бросать ТК.

В отношении *никогда не куривших* можно уточнить наличие пассивного курения, т.е. возможной экспозиции табачного дыма из окружающей среды при длительном нахождении поблизости от курящих лиц дома или на работе, при необходимости дать информацию о значении пассивного курения для здоровья и рекомендовать избегать его.

В отношении *куривших в прошлом* следует уточнить, как давно пациентка действительно полностью не курит. Если она бросила курить <1 года назад, необходимо дать рекомендации по профилактике рецидива ТК.

В отношении *курильщиков, не желающих бросать ТК*, следует, как минимум, уточнить причину нежелания. Если это так называемые убежденные курильщики, которые обычно уверены в том, что ТК не вредит их здоровью или их недуги никак не связаны с ТК, следует ограничиться короткой, но твердой рекомендацией типа: «*Вы, конечно, сами распоряжаетесь своим здоровьем и судьбой, но как врач я обязан Вас предупредить.....*». Кроме того, лицам отказывающимся бросить ТК, уместно предложить уменьшить его интенсивность, т.е. сократить по возможности число выкуриваемых за день сигарет. Успешное сокращение числа выкуриваемых сигарет может в последующем мотивировать таких курильщиков к полному отказу от ТК.

В отношении *курящих, высказывающих желание бросить ТК*, следует по результатам опроса определить характер мотивации к отказу от ТК и степень табачной зависимости (ТЗ). Мотивация к отказу от ТК оценивается по ответам пациентки на вопрос, хочет ли она бросить курить. Можно задать дополнительные вопросы: как она хочет бросить курить? Когда готова приступить к отказу от ТК?

Для определения характера медицинской помощи, в частности целесообразности назначения специфической медикаментозной терапии, надо оценить наличие и степень ТЗ. По ответам на 2 из перечисленных ниже вопросов можно оценить степень ТЗ. Эти вопросы представляют собой укороченный вариант известного теста Фагерстрема по оценке уровня ТЗ. 1-й вопрос: через сколько минут после того, как Вы проснулись, Вы закуриваете 1-ю сигарету? Ответы: менее чем через 5 мин (3 балла); от 5 до 30 мин (2 балла); от 31

Таблица 1 Опрос в отношении курительного анамнеза	
Вопрос	Варианты ответов
Курите ли Вы или курили в прошлом?	Курю; курила в прошлом; никогда не курила
<i>Последующие вопросы адресуются только курящим пациенткам:</i>	
Сколько в среднем сигарет Вы выкуриваете за день?	Указывается число
Когда Вы обычно выкуриваете 1-ю сигарету после сна?	Сразу после сна; в первые полчаса; позже
Пытались ли Вы в прошлом бросать курить и каковы результаты этих попыток?	Не было таких попыток; пыталась, но ничего не получилось; удалось сократить число выкуриваемых сигарет; прекращала курить полностью на срок....
Вы хотите бросить курить?	Мне это необходимо, я готова к любым трудностям; я готова попробовать бросить курить; не уверена, надо ли мне бросать курить

до 60 мин (1 балл). 2-й вопрос: сколько сигарет Вы выкуриваете ежедневно? Ответы: >30 сигарет (3 балла); от 21 до 30 сигарет (2 балла); от 11 до 20 сигарет (1 балл).

Оценка ТЗ по сумме баллов: 1–2 балла – легкая ТЗ; 3–4 балла – средняя ТЗ; 5–6 баллов – сильная ТЗ.

Курящим пациенткам, желающим бросить курить, необходимо оказать доступную квалифицированную помощь в отказе от ТК.

Помощь в отказе от ТК должна включать в себя следующие основные компоненты: *обеспечение знаниями о ТК*, его последствиях для здоровья; **мотивация** – развитие и закрепление установки курильщика на отказ от ТК; **терапия ТЗ**. Большинство пациенток-курильщиц нуждаются во всех 3 компонентах помощи в отказе от ТК; при этом потребность в разных компонентах помощи у пациенток может существенно варьировать в зависимости от уровня их мотивации и готовности к отказу от ТК.

ТЕРАПИЯ ТЗ

ТЗ страдают большинство регулярно курящих лиц. ТЗ – это прежде всего болезнь сознания и поведения; формируются неадекватное ложное отношение к своему курительному поведению и его восприятие: «*мне от курения хорошо*», «*курение мне помогает расслабиться*», «*я без курения не смогу жить*» и т.п.

Непосредственно терапевтическая помощь при отказе от ТК имеет целью:

- закрепить установку на полный отказ от ТК;
- изменить курительное поведение;
- устранить или существенно снизить ТЗ;
- снять симптомы синдрома отмены.

Основные методы лечения ТЗ, эффективность которых доказана, это методы психоповеденческой терапии и медикаментозные методы. Наиболее доступная и достаточно эффективная форма психоповеденческой терапии – **рациональная психотерапия** в форме целенаправленной беседы с пациентом-курильщиком. В результате такой беседы пациент должен осознать как пользу отказа от ТК, так и собственные возможности в избавлении от табачного плена.

Рациональная психотерапия – это соответствующие беседы и общение с пациентом, которые строятся с учетом индивидуальных особенностей и анамнеза курильщика, что определяет объем и содержание психотерапевтического воздействия. Одному пациенту достаточно 2–3 фраз рекомендательного характера, другому требуются более подробные разъяснения и беседа. В зависимости от личности курильщика, ситуации и возможностей врача рациональная психотерапия может занимать от 2 до 10 мин.

Поведенческая терапия. Определенные поведенческие расстройства – один из основных компонентов ТЗ. Поведенческая терапия имеет целью перестройку курительного поведения пациента, устранение и минимизирование факторов, ситуаций, вызывающих позывы к ТК, и освоение приемов, помогающих устранять или преодолевать эти позывы. Поведенческая терапия направлена на обучение пациента технике и приемам самоконтроля и саморегуляции, освоив которые он легче и эффективнее перестраивается с поведения курильщика на поведение некурящего человека. В частности, с помощью поведенческих приемов происходят замещение или компенсация привычки к ТК; рефлекс на сигарету заменяются на другие. Поведенческая терапия требует времени, определенных усилий пациента. Но применение подобранных с участием врача поведенческих приемов облегчает процесс перестройки поведения и повышает его эффективность.

Медикаментозная терапия. Сразу следует подчеркнуть, что роль медикаментозной терапии в лечении ТЗ существенна, но второстепенна. Без необходимой психоповеденческой подготовки пациента эффект от препаратов будет, как правило, временным. Специальные препараты назначаются только как один из компонентов общей программы перестройки поведения курильщика.

В комплексном лечении ТК медикаментозная терапия способствует решению 3 задач:

- укрепление мотивации к отказу от ТК и веры в возможность освобождения от ТЗ;
- помощь в успешном преодолении ТЗ и прекращении ТК;
- устранение или смягчение синдрома отмены или абстинентного синдрома.

Характер и объем медикаментозной терапии при лечении ТЗ определяются индивидуально, с учетом характера ТК, выраженности ТЗ, особенностей развития абстинентного синдрома, общего состояния здоровья и сопутствующих заболеваний. Так, при легкой степени ТЗ (1–2 балла) большинству курящих женщин медикаментозная терапия не показана. При средней и сильной степени ТЗ она может назначаться и иметь разную продолжительность.

Для лечения ТЗ следует применять только препараты, прошедшие клинические испытания, эффективность которых в устранении или подавлении ТЗ доказана. На отечественном фармацевтическом рынке зарегистрированы препараты никотин-заместительной терапии и антеникотинные препараты.

При апробации методики профилактики и помощи в отказе от ТК была проведена оценка курительного статуса 508 пациенток, обратившихся по разным причинам в обособленное лечебно-диагностическое подразделение №1 Городской клинической больницы №57 Департамента здравоохранения Москвы в период с января по июнь 2014 г. Из 508 женщин, посетивших отделение за это время, 106 (20,9%) курили на момент визита в отделение. Всем курящим пациенткам была дана рекомендация прекратить ТК и предложена помощь в отказе от него. Только 15 (14,2%) курящих пациенток по разным причинам отказались от консультативной помощи в отказе от ТК, а 91 (85,8%) высказала желание прекратить курить и получить консультацию по отказу от ТК. Таким образом, наши данные подтверждают уже отмечавшийся в литературе факт, что большинство, а в некоторых группах – подавляющее большинство курящих в той или иной степени мотивированы к отказу от ТК и нуждаются в квалифицированной помощи по преодолению ТЗ и прекращению ТК. Все курящие пациентки были персонально опрошены по унифицированной анкете, представленной ниже, для уточнения статуса курения и характера курительного поведения: интенсивность (число сигарет, выкуриваемых за день) и длительность ТК; возраст начала ТК; время выкуривания 1-й сигареты после сна; причины, по которым женщины решили бросить курить; результаты прежних попыток отказа от ТК, если такие были; оценка мотивации к отказу от ТК и готовности к отказу к моменту обследования.

Средний возраст курящих пациенток, желающих бросить курить, – $42,02 \pm 12,58$ года, средний возраст начала ТК – $22,95 \pm 7,53$ года, средняя продолжительность (стаж) курения – $18,93 \pm 10,43$ года, среднее число сигарет, выкуриваемых за день, – $15,41 \pm 5,90$.

Основными причинами, по которым женщины решили отказаться от ТК, были желание избавиться от вредной привычки (у 50%), болезнь или плохое самочувствие (у 24%; рис. 1).

На рис. 2 представлены результаты прежних попыток бросить курить. Характерно, что большинство (58%) курящих женщин уже делали в прошлом попытки прекратить ТК, но только 18% удалось полностью прекратить ТК на разные сроки. Это еще раз показывает, что самостоятельно преодолеть ТЗ большинству курящих не удается и они нуждаются в квалифицированной помощи.

На рис. 3 представлены данные о степени ТЗ у пациенток, обратившихся за помощью в отказе от ТК. Степень ТЗ (в баллах) оценивалась по 2 показателям: времени выкуривания 1-й сигареты после сна и общему числу сигарет, выкуриваемых за день. По данным оценки, значительная доля (95%) куривших имели среднюю или сильную степень ТЗ и нуждались в квалифицированной помощи в отказе от ТК.

Все пациентки, получившие помощь в отказе от ТК, были прослежены на протяжении от 1 до 9 мес и более с момента консультации с целью оценки эффективности оказанной помощи. Контроль лиц, получивших консультативную помощь в отказе от ТК, осуществлялся при их повторных визитах, а также путем контактов по телефону. При контактах выяснялось, была ли сделана попытка отказаться от ТК и, если была, что из полученных при консультации рекомендаций выполнялось и каковы результаты попытки.

Согласно результатам оценки эффективности квалифицированной помощи в отказе от ТК (табл. 2), 20,9% пациенток

не изменили свое курительное поведение из-за недостаточных мотивации и готовности к отказу от ТК и невыполнения рекомендованных методов прекращения ТК. Удалось сократить число выкуриваемых сигарет на $\geq 30\%$ 23,1% пациенток. Полностью прекращали ТК на несколько дней 12,1% женщин, на несколько недель – 12,1%, на несколько месяцев – 17,5%. В целом полностью прекращали курить на разные сроки 41,7% пациенток, получивших квалифицированную помощь в отказе от ТК.

ТК является управляемым фактором риска. Поэтому организация и внедрение в систему здравоохранения методов профилактики и отказа от ТК может существенно снизить заболеваемость табакозависимыми видами патологии, в частности РШМ.

Представленная методика квалифицированной помощи в отказе от ТК при относительно небольшой затрате времени врача достаточно эффективна, может быть рекомендована для внедрения в практическое здравоохранение и прежде всего – в практику врачей-гинекологов. Такую помощь в отказе от ТК и сравнительно легко организовать в любом лечебно-профилактическом учреждении.

Осуществление помощи в отказе от ТК по представленной методике не требует какой-либо специальной подготовки врачей, дополнительных затрат и ставок. Для ее организации и успешной работы необходимы только понимание ее важности, актуальности и добрая воля врача.

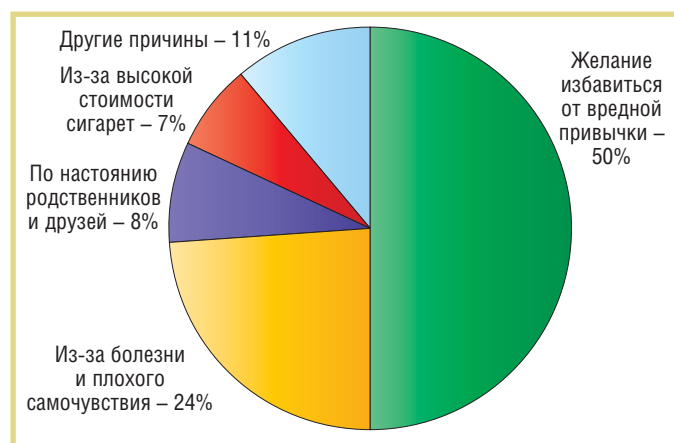


Рис. 1. Причины, по которым женщины хотели бросить курить

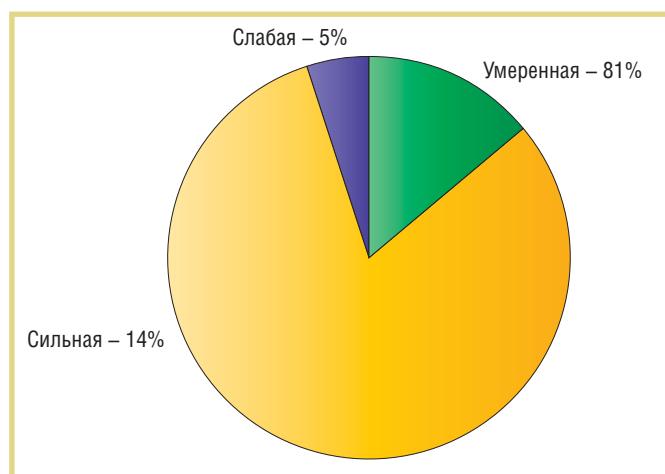


Рис. 3. Степень ТЗ у женщин, обратившихся за помощью в отказе от ТК

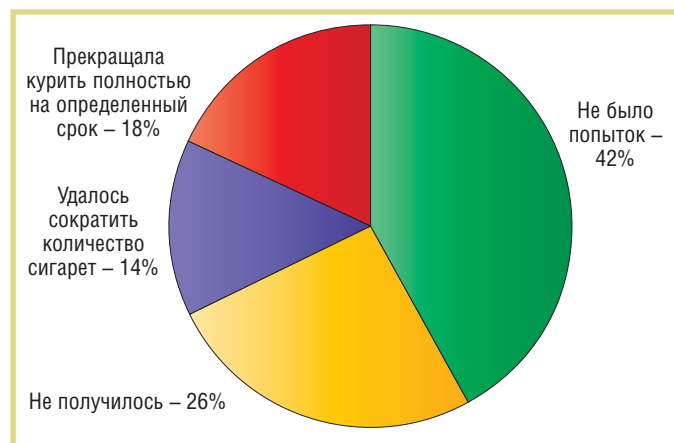


Рис. 2. Результаты прежних попыток бросить курить

Таблица 2	
Эффективность помощи в отказе от ТК в 2014 г.; абс. (%)	
Результаты помощи в отказе от ТК	Число пациенток
Продолжают курить в прежнем режиме	19 (20,9)
Была (без эффекта) попытка бросить курить	13 (14,3)
Снизили число сигарет	21 (23,1)
Бросили курить на срок:	38 (41,7)
от 2 до 7 дней	11 (12,1)
от 7 дней до 1 мес	11 (12,1)
от 1 до 3 мес	7 (7,7)
≥ 3 мес	9 (9,8)
Всего	91 (100)

Литература

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS). Российская Федерация, 2009. Страновой отчет.
2. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой / М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015; 250 с.
3. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Рук-во для врачей / М.: ИМА-ПРЕСС, 2009; 224 с.
4. Заридзе Д.Г. Табак – основная причина рака / М.: ИМА-ПРЕСС, 2012; 208 с.
5. Ильницкий А.П. Первичная профилактика рака / ООО «Инфомедиа Паблшерз». СМЭ Эл № ФС77-43715. ONCOLOGY.RU, 2007.
6. Левшин В.Ф., Заридзе Д.Г. Табак и злокачественные новообразования // *Вопр. онкол.* – 2003; 4: 391–9.
7. Левшин В.Ф. Табакизм: патогенез, диагностика и лечение / М.: ИМА-ПРЕСС, 2012; 128 с.
8. Левшин В.Ф. Радкевич Н.В. Исследование курительного поведения женщин // *Обществ. здоровье и профилакт. заболеваний.* – 2007; 4: 34–40.
9. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг. Практическая онкогинекология: Избранные лекции. Под ред. У.Ф. Урманчевой, С.А. Тюляндина, В.М. Моисеенко / СПб: Центр ТОММ, 2008; 101–15 с.
10. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель / М.: Издательская группа РОНЦ, 2014; 226 с.
11. Allen S. Cigarette smoking among women: how can we help? // *Minn Med.* – 2014; 97 (3): 41–3.
12. Fonseca-Moutinho J. Smoking and cervical cancer // *ISRN Obstet. Gynecol.* – 2011; 2011: 847684. Epub 2011 Jul 14.
13. Inamine M., Nagai Y., Mitsuhashi A. et al. Cigarette smoke stimulates VEGF-C expression in cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 1 and 2 lesions // *Int. J. Clin. Oncol.* – 2012; 17: 498–504.
14. Suwała M., Gerstenkorn A., Wesołowska R. Knowledge about tobacco smoking as a cervical cancer risk factor among economically active nurses from Lodz region // *Przegl. Lek.* – 2012; 69 (10): 965–8.

TOBACCO SMOKING AS A CONTROLLABLE RISK FACTOR FOR CANCER OF THE CERVIX UTERI

A. Zavel'skaya¹; V. Levshin², MD; B. Ladan²

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

²N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow

Tobacco smoking (TS) abatement is an effective method to prevent smoking-dependent diseases, including cancer of the cervix uteri. The paper presents a qualified-care procedure for TS cessation, which is suitable for use by primary healthcare physicians.

Key words: cancer of the cervix uteri, tobacco smoking, tobacco dependence, help for quitting smoking.