

DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-7-503-507

Отказ от табакокурения в пожилом и старческом возрасте

О.Н. Титова¹, О.А. Суховская^{1,2}, В.Д. Куликов¹¹НИИ пульмонологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия²ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Потребление табака остается основной модифицируемой причиной преждевременной смертности во всем мире, с которой связаны 12% смертей среди взрослых в возрасте 30 лет и старше. Обзор посвящен проблеме отказа от табакокурения пациентов старшего и пожилого возраста. Отмечены особенности курильщиков пожилого возраста, заключающиеся в меньшей зависимости от никотина, но при этом и меньшей готовности отказаться от курения, а также гендерные различия в отказе от табакокурения пожилых людей: мужчины реже бросают или сокращают табакокурение, реже пользуются лекарственными препаратами или любыми услугами по оказанию помощи в прекращении табакокурения, реже разговаривают с врачами о табакокурении. Особое внимание уделено проблемам, с которыми сталкиваются пожилые люди при попытках бросить курить. В частности, отмечено, что потенциальные возможности для успешного отказа от табакокурения пожилых людей упускаются из-за того, что врачи реже предлагают им вмешательства или дают конкретные советы по отказу от табакокурения. При этом крупномасштабные проспективные когортные исследования показали, что продолжительность жизни людей, отказавшихся от табакокурения в возрасте старше 65 лет, была больше. Отдельно рассмотрено влияние табакокурения на течение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и обоснована целесообразность инициирования пожилых курильщиков к отказу от табакокурения в условиях пандемии COVID-19.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: табакокурение, смертность, продолжительность жизни, пожилой возраст, лечение.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Титова О.Н., Суховская О.А., Куликов В.Д. Отказ от табакокурения в пожилом и старческом возрасте. *РМЖ. Медицинское обозрение.* 2021;5(7):503–507. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-7-503-507.

Smoking cessation in the elderly and senile age

O.N. Titova¹, O.A. Sukhovskaya^{1,2}, V.D. Kulikov¹¹Research Institute of Pulmonology of the I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation²St. Petersburg Research Institute of Phthiopulmonology, St. Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Tobacco smoking remains the main modifiable cause of premature mortality worldwide, which is associated with 12% of fatal outcomes among adults aged 30 years and older. The review is devoted to the problem of smoking cessation in elderly and senile patients. Less dependence on nicotine, but at the same time, less willingness to give up smoking are noted as patterns of elderly smokers. Also, there are gender differences in smoking cessation: men are less likely to quit or reduce smoking, to use medications or any services to help stop smoking and to talk to doctors about smoking. Special attention is paid to the problems that elderly people face when trying to quit smoking. In particular, it was noted that the potential opportunities for successful smoking cessation in elderly people are being missed due to the fact that doctors are less likely to offer them interventions or give them specific advice on quitting smoking. At the same time, large-scale prospective cohort studies have shown that the life expectancy of people who gave up tobacco smoking over the age of 65 was longer. The impact of smoking during the COVID-19 course is considered separately, and the expediency of initiating elderly smokers to quit smoking in the conditions of the COVID-19 pandemic is substantiated.

KEYWORDS: tobacco smoking, mortality, life expectancy, senile age, treatment.

FOR CITATION: Titova O.N., Sukhovskaya O.A., Kulikov V.D. Smoking cessation in the elderly and senile age. *Russian Medical Inquiry.* 2021;5(7):503–507 (in Russ.). DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-7-503-507.

Потребление табака остается основной модифицируемой причиной преждевременной смертности во всем мире, с которой связаны 12% смертей среди взрослых в возрасте 30 лет и старше [1]. В 2017 г. с табакокурением (ТК) (вторым по значимости фактором риска смертности) было связано 7,1 млн (6,83–7,37) смертей и 182 млн (173–193) DALY [2]. Аналогичные данные были получены и ранее, при анализе в период с 1990 по 2015 г.: ТК также было вторым по значимости фактором риска смертности, хотя в целом в период с 1990 по 2017 г. распространен-

ность ТК сократилась [3]. Почти все взрослые курильщики в РФ (90,8%) знают, что ТК приводит к развитию серьезных заболеваний: раку легкого (93,6%), инфаркту миокарда (83,0%), инсульту (81,1%); большинство (94,1%) полагают, что ТК вызывает никотиновую зависимость [4]. ТК может быть одним из факторов риска и инфекционных заболеваний, в том числе новой коронавирусной инфекции (COVID-19). В систематических обзорах было показано, что курильщики были подвержены более высокому риску серьезных осложнений, среди них отмечается более

высокая смертность от COVID-19 по сравнению с никогда не курившими [5–9]. Пожилые люди и пациенты с сопутствующими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия и сахарный диабет, имеют большую вероятность неблагоприятного прогноза после заражения вирусом SARS-CoV-2 [10].

Продолжаются исследования течения и прогноза коронавирусной инфекции у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Так как большинство больных ХОБЛ являются курящими в настоящее время или курившими в прошлом [11], во многих исследованиях группы больных ХОБЛ формируются по статусу ТК. Исследование с участием 1099 пациентов с COVID-19 показало, что 12,7% курящих больных ХОБЛ имели неблагоприятное течение и исход по сравнению с 4,7% никогда не куривших [12]. Согласно результатам метаанализа данных 5 исследований с общим числом больных 1399 только в одном исследовании было обнаружено, что активное ТК является значимым предиктором тяжести COVID-19, в то время как в остальных работах эта связь не была статистически значимой [10].

Несмотря на отсутствие убедительных данных о влиянии ТК на течение и прогноз коронавирусной инфекции у больных ХОБЛ, доказано, что табачный дым пагубно влияет на иммунную систему, ухудшает мукоцилиарный клиренс, изменяет гуморальный ответ на антигены, снижает число и цитотоксическую активность естественных киллеров, влияет на чувствительность альвеолярных макрофагов, повышая, таким образом, восприимчивость к респираторным инфекциям [10]. В исследованиях гриппа, пневмонии было продемонстрировано увеличение смертности среди курящих [13, 14].

Планомерная борьба с ТК в РФ, усилившаяся после принятия в 2013 г. закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», привела к отказу от ТК многих курильщиков, включая лиц пожилого и старческого возраста. Распространенность потребления табака среди взрослых в РФ заметно снизилась с 2009 г.: с 39,1% в 2009 г. до 30,3% в 2016 г. (с 60,1% до 50,9% среди мужчин и с 21,4% до 14,5% среди женщин). Тем не менее, по данным последнего глобального опроса, в России в 2016 г. продолжало курить около 36 млн человек: 49,5% среди мужчин и 14,4% среди женщин [4, 15]. Однако еще в 2009 г. распространенность ТК среди взрослых в возрасте старше 65 лет составляла только 14,8% (при этом среди мужчин — 40,7% и только 2,9% среди женщин), для сравнения: в возрасте от 45 до 64 лет — 38,0%, в возрасте от 19 до 24 лет — 49,8%, в возрасте от 25 до 44 лет — 49,6% [15]. Таким образом, можно констатировать, что в пожилом и старческом возрасте проблемы ТК имеют ярко выраженный гендерный характер и касаются в основном мужского населения. Этот вывод подтверждается обследованием лиц старше 60 лет, обратившихся в центры здоровья г. Тюмени: активных курящих было 3,9% среди женщин и 39,1% среди мужчин [16].

Большинство исследований связи ТК и заболеваемости, смертности были сосредоточены на группах населения среднего возраста, при этом меньшее количество исследований изучало влияние прекращения потребления табака на риск заболеваний и смертности среди пожилых людей. Крупномасштабные проспективные когортные исследования показали, что продолжительность жизни людей, отказавшихся от ТК в возрасте старше 65 лет, была больше у мужчин на 1,4–2,0 года, у женщин на 2,7–3,7 года [17].

Для оценки связи смертности с возрастом прекращения ТК, возрастом начала ТК и потреблением табака в США в рамках исследования NIH-AARP Diet and Health было обследовано 160 111 участников. Установлено, что курильщики старше 70 лет имели более высокий риск смертности по сравнению с некурящими (отношение рисков (ОР) 3,18, 95% доверительный интервал (ДИ) 3,04–3,31), а бывшие курильщики имели более низкий риск, чем нынешние курильщики (ОР для бросивших курить в возрасте 60–69 лет составляет 0,77, 95% ДИ 0,73–0,81) [18]. Среди курильщиков старше 70 лет смертность коррелировала с возрастом начала ТК (обратная корреляционная связь) и с числом выкуриваемых в день сигарет. Таким образом, история ТК на протяжении всей жизни является ключевым фактором смертности после 70 лет [18]. Этот вывод согласуется и с данными других исследований. В частности, бывшие курильщики в возрасте 70–79 лет и 80 лет и старше имели более низкий риск смертности от всех причин, чем нынешние курильщики, и риск смертности снижался с увеличением времени воздержания от табака [17]. Подобные закономерности наблюдались и в возрасте 60 лет и старше [18].

Исследование в США ассоциированной с ТК смертности за периоды 1959–1965, 1982–1988 и 2000–2010 гг. показало, что для женщин, которые курили, по сравнению с женщинами, которые никогда не курили, относительный риск смерти от рака легких составлял 2,73, 12,65 и 25,66 в когортах 1960-х, 1980-х годов и в 2000–2010 гг. соответственно. Для мужчин риски составили 12,22, 23,81 и 24,97 соответственно. В 2000–2010 гг. курящие мужчины и женщины также имели схожие относительные риски смерти от ХОБЛ (25,61 для мужчин и 22,35 для женщин), ишемической болезни сердца (2,50 для мужчин и 2,86 для женщин), инсульта (1,92 для мужчин и 2,10 для женщин) и всех причин вместе (2,80 для мужчин и 2,76 для женщин) [19]. Смертность от ХОБЛ среди курящих мужчин продолжала расти в современных когортах почти во всех возрастных группах, представленных в исследовании. Среди мужчин в возрасте от 55 до 74 лет и женщин от 60 до 74 лет смертность от всех причин среди нынешних курильщиков была в три раза выше, чем среди никогда не куривших [19].

Пожилые люди сталкиваются со многими проблемами успешного прекращения ТК: длительная продолжительность ТК и, соответственно, более высокая степень зависимости (собственно никотиновой и психологической), вероятность социальной изоляции, еще большего снижения уровня физической активности. Согласно исследованиям [20–22] предикторы успешного прекращения ТК в возрасте 60 лет и старше включают: жизнь совместно с другими людьми, воздержание от алкоголя, более короткую историю ТК, отсутствие нарушений когнитивных функций, при этом длительность ТК и психологические особенности человека являются важными факторами и для курящих любого возраста. Наличие диагностированного нового хронического заболевания было важным триггером прекращения ТК в возрасте 61–75 лет, но не в возрасте 50–60 лет [23]. Отмечается недостаточность знаний о прекращении ТК у лиц старше 75 лет и о причинах рецидивов ТК в пожилом возрасте [23].

В нескольких исследованиях изучались факторы, определяющие отказ от ТК в период пандемии COVID-19. Показано, в частности, что в целом в популяции города на 32,1%

увеличилось количество выкуриваемых сигарет и на 11,9% увеличилось число бросивших курить, однако в старшей возрастной группе (в возрасте ≥ 65 лет) отмечались более высокие шансы отказа от ТК (коэффициент распространенности (КР) 2,45, 95% ДИ 1,92–3,12) и значительно более низкие риски увеличения числа выкуриваемых в день сигарет (КР 0,38, 95% ДИ 0,29–0,49) [24].

Пожилые люди понимают вред ТК и пользу отказа от табака, однако часто считают, что «ущерб уже нанесен», не видят смысла для себя в попытках отказаться от ТК [25]. Медицинские работники могут иметь такие же представления о пожилых курильщиках, которые препятствуют их доступу к услугам по прекращению ТК [26, 27]. В рамках большого национального исследования в Англии было обнаружено, что пожилые люди (75 лет и старше) гораздо реже поднимали тему ТК во время консультации врача общей практики, и врачи общей практики реже обсуждали отказ от ТК, назначали лечение и направляли на консультирование по отказу от ТК, чем при обсуждении этого вопроса с более молодыми курильщиками [28]. В условиях стационара медицинские работники также реже советовали пожилым пациентам отказаться от ТК [25] и реже назначали лекарственные препараты для прекращения ТК лицам старше 60 лет [25, 29]. Вместе с тем показано, что «триггерные события», такие как эпизод плохого состояния здоровья, советы членов семьи и медицинских работников, могут приводить к попыткам отказаться от ТК [25].

Имеются гендерные различия в отказе от ТК пожилых людей: мужчины реже бросают или сокращают ТК, реже пользуются никотин-заместительной терапией или любыми услугами по оказанию помощи в прекращении ТК, реже разговаривают с врачами о ТК [28].

Кроме того, не все вмешательства одинаково доступны людям всех возрастов. Например, пожилые курильщики могут неохотно пользоваться помощью через интернет, обменом текстовыми сообщениями, программами по отказу от ТК для смартфонов [29]. Предпочтительными для лиц пожилого и старческого возраста, по-видимому, являются рекомендации врача, групповые консультации в районе их проживания, телефонное консультирование. Исследования показывают, что использование целевых приглашений для прекращения ТК увеличивает посещаемость во всех возрастных группах, включая людей в возрасте 65 лет и старше [30].

Всемирной организацией здравоохранения для медицинских работников рекомендованы принципы 5А для оказания помощи при отказе от ТК: Ask (спросить, курит ли пациент); Advise (дать совет по прекращению курения); Assess (определить готовность к отказу от ТК, степень никотиновой зависимости); Assist (оказать помощь, назначить лечение); Arrange (составить график посещений врача для проведения поддержки и коррекции назначений) [31]. В Великобритании выпущено руководство по стандартам качества при прекращении употребления табака, однако, учитывая занятость врачей, принципы 5А модифицировали в принципы ААС: спросить о ТК, посоветовать отказ от ТК и направить (подключить к программе) для помощи в отказе от ТК [32].

В Российской Федерации для врачей терапевтических специальностей разработаны методические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», организована бесплатная телефонная горячая линия помощи в отказе от табака, есть групповое и индивидуальное консультирование в центрах здоровья, что позво-

ляет врачам предлагать курящим пациентам самые эффективные методы лечения, сочетание поведенческих методик и фармакологической терапии [33, 34].

Таким образом, исследования показывают, что продолжительность ТК, а также возраст его начала и прекращения являются важными предикторами смертности среди взрослого населения в возрасте 70 лет и старше. Лица, отказавшиеся от ТК, имеют сниженный риск смертности после 70 лет по сравнению с курящими. Пожилые курильщики, как правило, менее зависимы от никотина, однако с меньшей вероятностью прекращают или сокращают ТК. Потенциальные возможности для облегчения отказа от ТК пожилых людей упускаются из-за того, что врачи реже предлагают им вмешательства или дают конкретные советы по отказу от ТК.

Особое внимание к побуждению пожилых курильщиков к отказу от ТК должно быть уделено в период пандемии COVID-19, так как они относятся к группе высокого риска тяжелого течения и неблагоприятного исхода COVID-19.

Литература

1. WHO. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2012. WHO global report: mortality attributable to tobacco. (Electronic resource.) URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44815>. (access date: 05.14.2021).
2. 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.
3. 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. *Lancet*. 2016;388(10053):1659–1724. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.
4. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: Краткий обзор, 2016 г. (Электронный ресурс.) URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/349997/Global_exspress_int_VOZ-2509.pdf (дата обращения: 04.06.2021).
5. Alqahtani J.S., Oyelade T., Aldhahir A.M. et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: a rapid systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15:e0233147. DOI: 10.1371/journal.pone.0233147.
6. Vardavas C.I., Nikitara K. COVID-19 and smoking: a systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. 2020;18:20. DOI: 10.18332/tid/11932.
7. Zhao Q., Meng M., Kumar R. et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2020;92(10):1915–1921. DOI: 10.1002/jmv.25889.
8. Patanavanich R., Glantz S.A. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1653–1656. DOI: 10.1093/ntr/ntaa082.
9. Karanasos A., Aznaouridis K., Latsios G. et al. Impact of smoking status on disease severity and mortality of hospitalized patients with COVID-19 infection: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1657–1659. DOI: 10.1093/ntr/ntaa107.
10. Olloquequi J. COVID-19 susceptibility in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur J Clin Invest*. 2020;50(10):e13382. DOI: 10.1111/eci.13382.
11. Суховская О.А., Куликов В.Д. Курение: современное состояние проблемы в РФ. Астма и аллергия. 2016;(4):3–7.
12. Guan W., Ni Z., Hu Y. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708–1720. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
13. Титова О.Н., Куликов В.Д., Суховская О.А. Табакокурение и грипп (обзор). Медицинский альянс. 2020;8(1):90–92. DOI: 10.36422/23076348-2020-8-1-90-92.

14. Lina B., Georges A. Burtseva E. et al. Complicated hospitalization due to influenza: results from the Global Hospital Influenza Network for the 2017–2018 season. *BMC Infect Dis.* 2020;20:465. DOI: 10.1186/s12879-020-05167-4.
15. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация, 2009: страновой отчет. М.; 2010.
16. Карамова Ф.А., Фролова А.К., Зуйкова Т.Г. Особенности никотиновой зависимости и мотивации к отказу от курения у лиц пожилого возраста. *Тюменский медицинский журнал.* 2014;16(2):50–51.
17. Taylor D.H., Hasselblad V., Henley S.J. et al. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health.* 2002;92:990–996. DOI: 10.2105/AJPH.92.6.990.
18. Nash S.H., Liao L.M., Harris T.B., Freedman N.D. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: results from the NIH-AARP cohort. *Am J Prev Med.* 2017;52(3):276–283. DOI: 10.1016/j.amepre.2016.09.036.
19. Thun M.J., Carter B.D., Feskanich D. et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368(4):351–364. DOI: 10.1056/NEJMsa1211127.
20. Abdullah A.S.M., Ho L.M., Kwan Y.H. et al. Promoting smoking cessation among the elderly: what are the predictors of intention to quit and successful quitting? *J Aging Health.* 2006;18(4):552–564. DOI: 10.1177/0898264305281104.
21. Brega A.G., Grigsby J., Kookan R. et al. The impact of executive cognitive functioning on rates of smoking cessation in the San Luis Valley Health and Aging Study. *Age Ageing.* 2008;37(5):521–525. DOI: 10.1093/ageing/afn121.
22. Суховская О.А., Смирнова М.А., Кузнецова Д.Н., Куликов В.Д. Медико-социальные и психологические факторы, связанные с успешностью отказа от курения. *Профилактическая медицина.* 2015;18(3):12–16. DOI: 10.17116/profmed201518312-16.
23. Margolis R. Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans. *J Health Soc Behav.* 2013;54(3):353–368. DOI: 10.1177/0022146513489312.
24. Koyama S., Tabuchi T., Okawa S. et al. Changes in smoking behavior since the declaration of the COVID-19 state of emergency in Japan: a cross-sectional study from the Osaka Health App. *J Epidemiol.* 2021;31(6):378–386. DOI: 10.2188/jea.JE20200533.
25. Kerr S., Watson H., Tolson D. et al. Smoking after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking, and smoking cessation resources and services. *Health Soc Care Community.* 2006;14:572–582. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2006.00659.x.
26. Twigg L., Moon G., Szatkowski L. et al. Smoking cessation in England: intentionality, anticipated ease of quitting and advice provision. *Soc Sci Med.* 2009;68:610–619. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.11.032.
27. Huang Y., Britton J., Hubbard R. et al. Who receives prescriptions for smoking cessation medications? An association rule mining analysis using a large primary care database. *Tob Control.* 2013;22:274–279. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050124.
28. Jordan H., Hidayat M., Payne N. et al. What are older smokers' attitudes to quitting and how are they managed in primary care? An analysis of the cross-sectional English Smoking Toolkit Study. *BMJ Open.* 2017;7(11):e018150. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018150.
29. Yong H.-H., Borland R., Siahpush M. Quitting-related beliefs, intentions, and motivations of older smokers in four countries: findings from the international tobacco control policy evaluation survey. *Addict Behav.* 2005;30:777–788. DOI: 10.1016/j.addbeh.2004.08.023.
30. Gilbert H., Sutton S., Morris R. et al. Effectiveness of personalised risk information and taster sessions to increase the uptake of smoking cessation services (Start2quit): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2017;389:823–833. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32379-0.
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 (Electronic resource.) URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs82> (access date: 06.04.2021).
33. Клинические рекомендации. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. 2018 (Электронный ресурс.) URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/907> (дата обращения: 04.06.2021).
34. Титова О.Н., Суховская О.А., Козырев А.Г. и др. Опыт оказания медицинской помощи при отказе от курения больным заболеваниями органов дыхания. *Академический журнал Западной Сибири.* 2015;11(3):35–38.

References

1. WHO. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2012. WHO global report: mortality attributable to tobacco. (Electronic resource.) URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44815>. (access date: 05.14.2021).
2. 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.
3. 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. *Lancet.* 2016;388(10053):1659–1724. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.
4. Global Adult Tobacco Survey: An Overview, 2016 (Electronic resource.) URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/349997/Global_express_int_VOZ-2509.pdf (access date: 06.04.2021) (in Russ.).
5. Alqahtani J.S., Oyelade T., Aldhahir A.M. et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: a rapid systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15:e0233147. DOI: 10.1371/journal.pone.0233147.
6. Vardavas C.I., Nikitara K. COVID-19 and smoking: a systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis.* 2020;18:20. DOI: 10.18332/tid/11932.
7. Zhao Q., Meng M., Kumar R. et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: a systemic review and meta-analysis. *J Med Virol.* 2020;92(10):1915–1921. DOI: 10.1002/jmv.25889.
8. Patanavanich R., Glantz S.A. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(9):1653–1656. DOI: 10.1093/ntr/ntaa082.
9. Karanasos A., Aznaouridis K., Latsios G. et al. Impact of smoking status on disease severity and mortality of hospitalized patients with COVID-19 infection: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(9):1657–1659. DOI: 10.1093/ntr/ntaa107.
10. Olloquequi J. COVID-19 susceptibility in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur J Clin Invest.* 2020;50(10):e13382. DOI: 10.1111/eci.13382.
11. Sukhovskaya O.A., Kulikov V.D. Smoking: the current state of the problem in the Russian Federation. *Asthma and Allergy.* 2016;(4):3–7 (in Russ.).
12. Guan W., Ni Z., Hu Y. et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382:1708–1720. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
13. Titova O.N., Kulikov V.D., Sukhovskaya O.A. Tobacco smoking and influenza (review). *Medical Alliance.* 2020;8(1):90–92 (in Russ.). DOI: 10.36422/23076348-2020-8-1-90-92.
14. Lina B., Georges A. Burtseva E. et al. Complicated hospitalization due to influenza: results from the Global Hospital Influenza Network for the 2017–2018 season. *BMC Infect Dis.* 2020;20:465. DOI: 10.1186/s12879-020-05167-4.
15. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Russian Federation, 2009. М.; 2010 (in Russ.).
16. Karamova F.A., Frolova A.K., Zuykova T.G. Features of nicotine addiction and motivation to quit smoking in the elderly. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal.* 2014;16(2):50–51 (in Russ.).
17. Taylor D.H., Hasselblad V., Henley S.J. et al. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health.* 2002;92:990–996. DOI: 10.2105/AJPH.92.6.990.
18. Nash S.H., Liao L.M., Harris T.B., Freedman N.D. Cigarette smoking and mortality in adults aged 70 years and older: results from the NIH-AARP cohort. *Am J Prev Med.* 2017;52(3):276–283. DOI: 10.1016/j.amepre.2016.09.036.
19. Thun M.J., Carter B.D., Feskanich D. et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368(4):351–364. DOI: 10.1056/NEJMsa1211127.

20. Abdullah A.S.M., Ho L.M., Kwan Y.H. et al. Promoting smoking cessation among the elderly: what are the predictors of intention to quit and successful quitting? *J Aging Health*. 2006;18(4):552–564. DOI: 10.1177/0898264305281104.
21. Brega A.G., Grigsby J., Kookan R. et al. The impact of executive cognitive functioning on rates of smoking cessation in the San Luis Valley Health and Aging Study. *Age Ageing*. 2008;37(5):521–525. DOI: 10.1093/ageing/afn121.
22. Sukhovskaya O.A., Smirnova M.A., Kuznetsova D.N., Kulikov V.D. Sociomedical and psychological factors associated with successful smoking cessation. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2015;18(3):12–16 (in Russ.). DOI: 10.17116/profmed201518312-16.
23. Margolis R. Educational differences in healthy behavior changes and adherence among middle-aged Americans. *J Health Soc Behav*. 2013;54(3):353–368. DOI: 10.1177/0022146513489312.
24. Koyama S., Tabuchi T., Okawa S. et al. Changes in smoking behavior since the declaration of the COVID-19 state of emergency in Japan: a cross-sectional study from the Osaka Health App. *J Epidemiol*. 2021;31(6):378–386. DOI: 10.2188/jea.JE20200533.
25. Kerr S., Watson H., Tolson D. et al. Smoking after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking, and smoking cessation resources and services. *Health Soc Care Community*. 2006;14:572–582. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2006.00659.x.
26. Twigg L., Moon G., Szatkowski L. et al. Smoking cessation in England: intentionality, anticipated ease of quitting and advice provision. *Soc Sci Med*. 2009;68:610–619. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.11.032.
27. Huang Y., Britton J., Hubbard R. et al. Who receives prescriptions for smoking cessation medications? An association rule mining analysis using a large primary care database. *Tob Control*. 2013;22:274–279. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050124.
28. Jordan H., Hidajat M., Payne N. et al. What are older smokers' attitudes to quitting and how are they managed in primary care? An analysis of the cross-sectional English Smoking Toolkit Study. *BMJ Open*. 2017;7(11):e018150. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018150.
29. Yong H.-H., Borland R., Siahpush M. Quitting-related beliefs, intentions, and motivations of older smokers in four countries: findings from the international tobacco control policy evaluation survey. *Addict Behav*. 2005;30:777–788. DOI: 10.1016/j.addbeh.2004.08.023.
30. Gilbert H., Sutton S., Morris R. et al. Effectiveness of personalised risk information and taster sessions to increase the uptake of smoking cessation services (Start2quit): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;389:823–833. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32379-0.
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 (Electronic resource.) URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs82> (access date: 06.04.2021).
33. Clinical guidelines. Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. 2018 (Electronic resource.) URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/907> (access date: 06.04.2021) (in Russ.).
34. Titova O.N., Sukhovskaya O.A., Kozyrev A.G. et al. Experience of providing medical care in smoking cessation to patients with respiratory diseases. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri*. 2015;11(3):35–38 (in Russ.).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Титова Ольга Николаевна — д.м.н., директор НИИ пульмонологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России; 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Рентгена, д. 12; ORCID iD 0000-0003-4678-3904.

Суховская Ольга Анатольевна — д.б.н., руководитель отдела НИИ пульмонологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, руководитель Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России; 191036, Россия, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр-т, д. 2–4; ORCID iD 0000-0003-3938-2061.

Куликов Валерий Дмитриевич — к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела экологической и социальной пульмонологии НИИ пульмонологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России; 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Рентгена, д. 12; ORCID iD 0000-0002-1551-9038.

Контактная информация: Куликов Валерий Дмитриевич, e-mail: vdkulikov@mail.ru.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 14.05.2021.

Поступила после рецензирования 08.06.2021.

Принята в печать 02.07.2021.

ABOUT THE AUTHORS:

Olga N. Titova — Dr. Sc. (Med.), Professor, Director, Research Institute of Pulmonology of the I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University; 12, Roentgen str., St. Petersburg, 197022, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-4678-3904.

Olga A. Sukhovskaya — Dr. Sc. (Bio.), Head of the Department of the Research Institute of Pulmonology of the I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Head of the Consultative Telephone Center for Assistance in Quitting Tobacco Use, St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology; 2–4, Ligovsky Ave, St. Petersburg, 191036, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-3938-2061.

Valery D. Kulikov — C. Sc. (Med.), Leading Researcher of the Department of Environmental and Social Pulmonology, Research Institute of Pulmonology of the I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University; 12/44, Roentgen str., St. Petersburg, 197022, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-1551-9038.

Contact information: Valery D. Kulikov, e-mail: vdkulikov@mail.ru.

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Received 14.05.2021.

Revised 08.06.2021.

Accepted 02.07.2021.