

**Этот доклад отражает согласованные взгляды
международной группы экспертов и необязательно
представляет решения или официальную политику
Всемирной организации здравоохранения**

Борьба с эпидемией курения

**Доклад Комитета экспертов ВОЗ
по борьбе с курением**

Выпущено издательством «Медицина» по поручению
Министерства здравоохранения Союза Советских
Социалистических Республик, которому ВОЗ вверила
выпуск данного издания на русском языке

**Всемирная организация здравоохранения
Серия технических докладов
636**



**Всемирная организация здравоохранения,
Женева, 1980**

© Всемирная организация здравоохранения, 1980

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются положения протокола № 2 Всемирной конвенции об охране авторских прав. Заявление о разрешении на перепечатку или перевод публикаций ВОЗ частично или *in toto* следует направлять в отдел публикаций и переводов Всемирной организации здравоохранения, Женева, Швейцария. Всемирная организация здравоохранения охотно удовлетворяет такие просьбы.

Наименования, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы не выражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения об юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительстве или другом органе власти или об их государственных границах.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготавителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте. Patentovанные наименования выделяются начальными прописными буквами.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение	7
2. Вредные последствия курения для здоровья	9
2.1. Заболеваемость и сокращение продолжительности жизни	10
2.2. Рак легкого	11
2.3. Ишемическая болезнь сердца	16
2.4. Хронический бронхит и эмфизема легких	21
2.5. Влияние курения на здоровье детей и молодежи	23
2.6. Генетический риск	24
2.7. Женщины и курение	24
2.8. Курение и профессия	27
2.9. Пассивное курение	30
3. Социально-экономическое значение табака	31
3.1. Ущерб, наносимый курением	31
3.2. Роль налогообложения	35
3.3. Роль табачной промышленности	35
3.4. Проблемы, связанные с табачным производством	36
3.5. Заключение	37
4.. Динамика эпидемии курения	37
5. Стратегия борьбы с курением	42
5.1. Задачи	42
5.2. Стратегия на международном уровне	43
5.3. Стратегия на национальном уровне	44
5.4. Стратегия в отношении ведущих групп населения	46
5.5. Роль правительства	47
6. Контроль за состоянием проблемы курения на национальном уровне и оценка мероприятий, направленных на борьбу с курением	47
7. Программы информации населения и санитарного просвещения	49
7.1. Программы информации населения	51
7.2. Программы санитарного просвещения населения	53
7.3. Оценка	58
8. Законодательные и ограничительные меры для борьбы с курением	58
8.1. Борьба с торговой рекламой	60
8.2. Предупреждения о вреде курения для здоровья	62
8.3. Описание продукции	62
8.4. Верхний предел содержания вредных веществ	63
8.5. Налогообложение	64
8.6. Ограничение продажи	66
8.7. Ограничение курения в общественных местах	66
8.8. Ограничение курения на рабочем месте	68
8.9. Случай для применения законодательства	69
8.10. Осуществление законодательных мер	71
8.11. Международные аспекты законодательных мер	71
8.12. Оценка законодательных мер	72
9. Индивидуальная помощь в преодолении привычки курения	73
9.1. Бросившие курить	73
9.2. Процесс прекращения курения	73

9.3. Методы прекращения курения	75
9.4. Оценка	77
10. Рекомендации	78
Список литературы	81
Приложение 1. Рекомендации Комитета экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье от 1974 г.	85
Приложение 2. Заявление представителя Продовольственной и сельскохозяйственной организаций ООН	91
Приложение 3. Заявление представителя Международной организации труда	92
Приложение 4. Сводные данные о потреблении табака	94

КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ ПО БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ

Женева, 23—28 октября 1978 г.

Члены Комитета:

- Проф. О. О. Akinkugbe, проректор, Университет Амаду Белло, Зария, Нигерия
Д-р K. Bjartveit, председатель, Национальный совет по вопросам курения и здоровья, Осло, Норвегия (*докладчик*)
Д-р H. Coudreau, генеральный директор, Национальный комитет по борьбе с туберкулезом и респираторными болезнями, Париж, Франция
Д-р E. Crofton, медицинский директор, Шотландский комитет, Воз действие на курение и здоровье, Эдинбург, Шотландия
Сэр George Godber, Кембридж, Англия (*председатель*)
Д-р N. Gray, директор, Противораковый совет штата Виктория, Мельбурн, Австралия (*докладчик*)*
Д-р D. Hogp, Френчтаун, Нью-Джерси, США
Д-р D. Лоранский, директор, Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения, Министерство здравоохранения, СССР, Москва, СССР
Д-р L. Ramström, генеральный директор, Национальная ассоциация по влиянию курения на здоровье, Стокгольм, Швеция
Д-р J. Sulianti Saroso, Советник министерства здравоохранения, Джакарта, Индонезия (*заместитель председателя*)

Представители других организаций

Конференция ООН по торговле и развитию

Д-р F. Clairmonte, Отдел сырьевых товаров, ЮНКТАД, Женева, Швейцария

Междуннародная организация труда

Д-р D. Djordjevic, Отдел профессиональной безопасности и гигиены труда, МОТ, Женева, Швейцария

Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН

Г-жа P. Magongiu, Отдел сырьевых товаров и торговли, ФАО, Рим, Италия

Междуннародный совет по алкоголизму и наркомании

М-р Archer Tongue, директор, Междуннародный совет по алкоголизму и наркомании, Лозана, Швейцария

Междуннародный противораковый союз

М-р D. Reed, помощник директора, МПС, Женева, Швейцария

Междуннародный союз санитарного просвещения

Проф. E. Berthet, генеральный секретарь, Междуннародный союз санитарного просвещения, Париж, Франция

* Приглашен также в качестве представителя Междуннародного противоракового союза.

Международная ассоциация обществ по мутагенным факторам окружающей среды

Д-р A. Greim, Отдел токсикологии, Environmental Research Ltd, Мюнхен, ФРГ

Международный союз борьбы с туберкулезом

Д-р R. van der Lende, Отдел эпидемиологических исследований, университетская клиническая больница, Гронинген, Нидерланды

Всемирная федерация ассоциаций ООН

Д-р А. Вопарасе, Рим, Италия

Секретариат

Д-р B. Ås, руководитель исследований, Этнографический музей, Университет Осло, Норвегия (*временный консультант*)

М-р M. Daube, директор, Воздействие на курение и здоровье, Лондон, Англия (*временный консультант*)

Проф. W. F. Forbes, преподаватель статистики и декан факультета математики, Университет Ватерлоо, Онтарио, Канада (*временный консультант*)

Проф. R. Macuch, директор, Институт повышения квалификации по медицинской и фармакологической аппаратуре, Прага, Чехословакия (*временный консультант*)

Проф. M. M. Mahfouz, председатель, Центр Каэр Эль-Эйни по радиологической онкологии и ядерной медицине, Каирский университет, и вице-президент Египетского общества социального обеспечения раковых больных, Каир, Египет (*временный консультант*)

Д-р R. Masironi, научный специалист, сердечно-сосудистые болезни, ВОЗ, Женева, Швейцария (*секретарь*)

Проф. B. Raccagnella, Институт гигиены, Университет Падуи, Италия (*временный консультант*)

БОРЬБА С ЭПИДЕМИЕЙ КУРЕНИЯ

Доклад Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с курением

Совещание Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с курением проходило в Женеве с 23 по 28 октября 1978 г. Доктор Шен Вэн-Чи, Помощник Генерального директора, открывая совещание от имени Генерального директора, заявил, что задачи совещания состоят в оценке последних данных о вредном воздействии курения табака, в оценке ситуации в мире в отношении борьбы с курением (законодательные меры, санитарное просвещение и т. д.), а также в изыскании путей оказания помощи государствам — членам ВОЗ в предотвращении распространения привычки курения. Вредное воздействие курения табака сейчас хорошо установлено и медицинские доказательства были представлены на предыдущем заседании Комитета экспертов ВОЗ (1). Теперь перед Комитетом стояла более сложная задача — предложить меры по борьбе с курением, которые несомненно будут комплексными, основанными на санитарном просвещении, информации, законодательных мерах и будут включать аспекты, имеющие важное политическое и экономическое значение.

Правительства стран должны сознавать, что доход от продажи табака обычно нивелируется огромными расходами на медицинскую помощь миллионам людей, которые заболевают, и потерями в производительности труда за счет больных, а также тех, кто умирает преждевременно.

1. ВВЕДЕНИЕ

Рекомендации Комитета экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье (1), который собирался в Женеве в 1974 г., сохраняют свою силу. Они были осуществлены в различной степени в ряде стран, но ни в одной из них — в полной мере. Для удобства эти рекомендации воспроизведены в Приложении 1. На последнем заседании Комитет решил, что оценки, сделанные на предыдущем заседании, не нуждаются в пересмотре или повторении. Поэтому на заседании были одобрены ранее высказанные оценки и рекомендации, подтвержденные новейшими данными и дальнейшим распространением вредоносных факторов курения в странах, которые ранее в меньшей степени были подвержены их воздействию.

Комитет полагает, что пришло время для ВОЗ и национальных учреждений здравоохранения заново и реалистично оценить свои задачи. У компетентных людей не может быть

более никакого сомнения, что в любой стране, где курение в течение длительного времени было или остается распространенным явлением, оно представляет собой важную и, несомненно, устранимую причину плохого здоровья и преждевременной смерти. Более того, внедрение и распространение привычки курения в странах, где эта привычка еще не устоялась, приведет к подобному эффекту. Угроза для многих развивающихся стран является непосредственной и серьезной. Комитет полагает, что правительства развитых стран не осознали свою ответственность как перед своим народом, так и перед народами развивающихся стран.

Единственно правильным курсом для национальных или международных учреждений здравоохранения должно явиться стремление к устранению вредной привычки, а не просто к ее частичному ограничению. Эта точка зрения ни в коем случае не умаляет значения попыток снизить вредность имеющихся табачных изделий, потребляемых теми, кто продолжает курить, но она отвергает концепцию «безопасных сигарет». Подводя эти рассуждения к логическому заключению, Комитет настаивает на приложении максимума усилий для сведения числа курильщиков к узкому кругу взрослых людей, которые не могут отказаться от этой привычки. Комитет считает, что это можно рассматривать как цель, достижимую не позднее чем в течение ближайших двух десятилетий. Это было бы вполне совместимо с целями ВОЗ по достижению здоровья для всех к 2000 году.

Если это станет целью, декларированной правительствами, то это будет соответствовать их намерениям отдавать преимущество в программах здравоохранения профилактическому направлению. Если цель будет определена таким образом, потребуется разработать соответствующую программу и провести различные необходимые перестройки в сельском хозяйстве, промышленности и финансовой политике. Заявление представителя Продовольственной и сельскохозяйственной организаций, непосредственно касающееся этой проблемы, приведено в Приложении 2.

При отсутствии твердых и решительных мер на правительственный уровне мы столкнемся с реальной опасностью распространения эпидемии курения на развивающиеся страны в течение десятилетия и серьезная проблема здравоохранения, которой можно было бы избежать, будет угрожать странам, менее всего способным справиться с ней по причинам коммерческого предпринимательства и пассивности со стороны правительства. Комитет считает, что если не будут приняты срочные меры, то болезни, обусловленные курением, появятся в развивающихся странах прежде, чем инфекционные болезни и недостаточное питание будут побеждены и, таким образом, разрыв между богатыми и бедными странами станет еще

большим. В этом докладе сделана попытка дать рекомендации в отношении мер на уровне правительства, нацеленных на отсутствие курения в качестве нормы поведения и предотвращение распространения курения в тех странах, где это еще не превратилось в проблему.

Следует понимать, что табачная промышленность ставила и будет ставить трудно преодолимые препятствия на пути борьбы с курением. Примером этого является настойчивое уклонение от признания риска курения. Все, кто серьезно стремится сократить распространение курения, придерживаются единой точки зрения, что никакой сколько-нибудь существенный прогресс не может быть достигнут, пока правительства не будут готовы поставить интересы здравоохранения выше интересов частного табачного предпринимательства, а также обеспечить принятие соответствующих мер в государственном промышленном секторе. Безответственное отношение со стороны представителей международной табачной промышленности, их широкая рекламная деятельность и кампании по распространению табачных изделий являются, по мнению Комитета, непосредственной причиной значительного числа случаев смерти, которую можно было бы избежать. Комитет выражает особую озабоченность по поводу экспансионистского подхода представителей табачной промышленности к развивающимся странам.

Настоящий доклад не ставит задачу повторять детальный анализ проблемы потребления табака, который был сделан в ранее опубликованных работах (1—4). В предлагаемой брошюре будут отражены только наиболее важные положения, с упором на последние материалы. Среди проблем, связанных с потреблением табака, специфичными являются вредные последствия курения для здоровья (раздел 2) и социально-экономические аспекты (раздел 3).

Комитет подчеркивает, что проблема курения в настоящее время переросла в эпидемию мирового масштаба и что укоренение в стране привычки курения неизменно приводит к серьезным заболеваниям и проблемам здравоохранения. Динамика этой пандемии рассмотрена в разделе 4.

2. ВРЕДНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КУРЕНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Вредное воздействие курения табака на здоровье рассматривалось в докладе Комитета экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье (1) и не обсуждается здесь детально; этот вопрос просто будет обобщен и дополнен последними данными.

2.1. Заболеваемость и сокращение продолжительности жизни

Показатели смертности всегда выше среди курящих по сравнению с некурящими независимо от пола и возраста, в котором наступила смерть. Повышенная смертность курильщиков сигарет пропорционально выше в возрастной группе 45—54 лет, чем для более молодых или более старших возрастов (2). Некоторыми исследованиями было установлено, что избыточная смертность выше среди курящих сигареты без фильтра (5). Было показано, что сигареты с большим содержанием смолы и никотина более опасны, чем сигареты с меньшим содержанием этих веществ. Тем не менее даже среди курящих сигареты с низким содержанием смолы и никотина показатели смертности выше, чем среди некурящих (6).

Курильщики трубок и сигар, которые обычно не затягиваются, подвержены меньшему риску для здоровья, чем курильщики сигарет, которые обычно затягиваются, и поэтому в ряде стран высказывались предложения о том, чтобы курильщики сигарет, которые не могут бросить курить, переключались на курение трубок или сигар. Однако было установлено, что некоторые курильщики сигарет продолжают затягиваться, когда курят трубки или сигары. Следовательно, риск развития у них рака легкого, ишемической болезни сердца или хронических обструктивных легочных заболеваний не уменьшается, а, может быть, и увеличивается (19). Таким образом, нецелесообразно рекомендовать курильщикам сигарет, чтобы они переключались на курение трубок или сигар до тех пор, пока они продолжают затягиваться.

Курящие удваивают свой риск умереть, не дожив до 65 лет. Повышенный уровень смертности среди курящих варьирует в зависимости от количества выкуриваемых сигарет, возраста, когда началось курение (6), и того, насколько глубоко затягиваются табачным дымом.

Рак легкого, бронхит и эмфизема, ишемическая болезнь сердца и другие заболевания сосудистой системы — это болезни, которые наиболее часто сочетаются с курением сигарет. Они обусловливают до 80% повышенной смертности. Из других заболеваний наиболее часто встречаются среди курильщиков рак губы, языка, ротовой полости, горлани, глотки, пищевода и желчного пузыря. Гастродуodenальные язвы встречаются у курящих вдвое чаще, чем у некурящих (7). Было показано, что курение сигарет ускоряет опорожнение желудка (8), что может служить важным фактором в патогенезе язвы двенадцатиперстной кишки и в задержке заживления пептических язв, которая у курильщиков очевидна.

Подсчитано (9), что в странах, где курение является широко распространенной привычкой, оно ответственно за 90%

случаев смерти от рака легкого, 75% случаев смерти от бронхита и 25% случаев смерти от ишемической болезни сердца у мужчин в возрасте до 65 лет. У женщин эти пропорции могут быть несколько ниже. На основании этого было рассчитано, что около 25 000 случаев смерти в год в возрасте до 65 лет в Великобритании непосредственно связано с курением сигарет (3). Если бы не курение сигарет, вероятно, общий уровень смертности от рака мог бы снизиться на одну четверть.

Наиболее убедительным свидетельством того, что курение сигарет ответственно за избыточную смертность, является снижение смертности, которое наблюдается после прекращения курения (10).

Помимо влияния на уровень смертности, курение приводит к значительному повышению заболеваемости, с вытекающей отсюда потерей в рабочих днях, неявкой на работу и повышенной потребностью как в амбулаторном, так и в стационарном лечении (11). В странах, где привычка к курению сигарет была распространена в течение длительного времени, стоимость для общества преждевременной смертности, повышенной заболеваемости и снижения производительности труда, вызванных курением сигарет, очень велика.

Во многих развивающихся странах уже растет смертность от заболеваний, связанных с курением. По-видимому, результат курения с точки зрения его воздействия на уровень смертности, а также на уровень заболеваемости проявится полностью лишь через какое-то время, поэтому необходимы профилактические меры.

2.2. Рак легкого

Считается, что подавляющее большинство случаев рака легкого, число которых резко возросло во всех странах, где имеется достоверная статистика смертности (табл. 1), обусловлено курением сигарет. Такой рост следовал за распространением курения сигарет вначале среди мужчин, а затем среди женщин.

Эта тенденция наблюдается не только в развитых, но также и в развивающихся странах.

В настоящее время имеются убедительные данные о наличии причинно-следственной связи между курением и раком легкого. Они основаны на многочисленных ретроспективных исследованиях, проведенных в ряде стран, и широких перспективных исследованиях, проводимых в Великобритании, США и Канаде (12—15). Эти исследования выявляют постоянную и тесную связь между раком легкого и потреблением сигарет (рис. 1). Степень риска развития рака легкого тесно связана с числом выкуриемых сигарет, возрастом, в кото-

Таблица 1. Стандартизованные по возрасту показатели смертности от рака легкого на 100 000 населения

		1950	1955	1960	1965	1970	1975
<i>Америка</i>							
Канада	м	14,0	20,0	24,9	31,4	40,0	(46,1)
	ж	2,9	4,1	3,5	5,0	6,3	(8,8)
Чили	м	—	12,3	13,5	14,1	17,3	18,0
	ж	—	4,6	4,8	4,7	5,4	4,7
Коста-Рика	м	—	—	—	6,0	6,8	11,6
	ж	—	—	—	2,5	4,9	6,3
Мексика	м	—	—	6,1	7,2	7,5	(9,0)
	ж	—	—	3,5	3,8	3,9	(3,9)
США	м	17,6	24,2	30,7	37,7	45,9	51,0
	ж	3,8	4,0	4,5	6,1	9,1	12,5
Венесуэла	м	—	8,7	8,8	14,1	15,7	16,6
	ж	—	3,3	4,8	6,5	6,0	7,0
<i>Азия</i>							
Израиль	м	13,3	16,6	18,6	21,3	23,3	24,6
	ж	6,2	3,4	7,5	7,9	8,9	7,1
Япония	м	2,7	5,7	9,7	12,9	15,9	19,6
	ж	0,9	2,1	3,5	4,6	5,1	5,8
Шри Ланка	м	0,4	0,6	1,1	1,0	—	—
	ж	0,4	0,2	0,7	1,0	—	—
Таиланд	м	—	—	1,3	2,3	2,9	5,2
	ж	—	—	0,6	0,8	1,0	2,3
<i>Европа</i>							
Австрия	м	—	41,7	47,9	51,2	49,7	50,7
	ж	—	5,0	5,2	5,8	5,6	6,7
Бельгия	м	—	26,6	37,1	49,1	57,2	67,3
	ж	—	3,7	3,8	4,3	4,3	5,7
Чехословакия	м	—	33,8	45,7	56,4	60,9	(65,2)
	ж	—	5,6	5,0	5,6	5,6	(5,4)
Дания	м	—	20,9	28,3	37,1	39,6	45,7
	ж	—	4,5	5,7	6,8	8,6	10,7
Финляндия	м	—	47,0	56,5	61,3	65,5	(64,1)
	ж	—	4,5	2,8	3,8	3,9	(4,2)
Франция	м	10,4	16,0	21,2	26,9	29,3	(35,1)
	ж	3,0	3,3	3,3	3,6	3,2	(3,5)
Федеративная Республика Германии	м	—	25,6	34,0	40,4	43,4	47,3
	ж	—	4,1	4,5	5,2	4,8	5,1
Греция	м	—	—	—	30,3	30,6	38,2
	ж	—	—	—	6,2	6,0	6,6
Венгрия	м	—	20,3	26,7	35,3	39,3	47,1
	ж	—	5,3	6,2	7,2	7,5	8,0
Исландия	м	—	—	—	9,9	16,4	19,5
	ж	—	—	—	6,0	4,8	11,8
Ирландия	м	9,8	18,6	25,3	30,1	39,6	44,2
	ж	3,0	5,4	5,8	7,5	9,9	13,8
Италия	м	—	14,3	20,9	28,6	35,9	(41,8)
	ж	—	3,3	4,0	4,4	4,6	(5,1)
Нидерланды	м	22,4	30,0	40,4	51,4	63,2	71,5
	ж	2,9	2,8	3,2	3,4	3,6	4,2

Таблица 1 (продолжение)

		1950	1955	1960	1965	1970	1975
Норвегия	м	—	7,8	12,4	14,1	18,8	22,3
	ж	—	2,7	2,5	2,2	3,4	4,5
Польша	м	—	—	17,0	27,1	35,1	44,2
	ж	—	—	3,2	4,4	4,7	5,7
Португалия	м	—	7,6	8,5	10,5	13,1	15,1
	ж	—	2,0	2,1	2,0	2,8	3,3
Испания	м	—	—	16,6	18,8	21,9	(26,6)
	ж	—	—	3,8	3,6	4,0	(4,2)
Швеция	м	—	10,8	14,1	16,5	19,4	23,6
	ж	—	5,1	5,1	5,6	4,7	6,0
Швейцария	м	—	26,9	31,1	34,6	40,3	47,6
	ж	—	2,9	3,0	3,2	3,4	4,4
Соединенное Королевство Англия и Уэльс	м	37,5	51,7	61,8	68,5	72,8	71,8
	ж	5,8	6,6	7,9	10,0	12,1	14,6
Северная Ирландия	м	20,7	30,1	34,4	40,7	47,9	52,6
	ж	3,4	4,0	5,8	5,9	8,3	11,7
Шотландия	м	38,1	50,0	65,7	75,8	82,6	82,7
	ж	8,1	7,4	8,5	11,8	14,1	15,8
Югославия	м	—	—	—	21,7	27,3	32,6
	ж	—	—	—	4,0	4,7	5,5
<i>Океания</i>							
Австралия	м	13,4	20,2	26,3	34,9	42,2	46,0
	ж	2,8	2,9	3,4	4,2	6,4	7,0
Новая Зеландия	м	16,1	25,6	27,1	35,9	46,2	48,7
	ж	2,5	3,0	4,5	4,6	8,7	10,6

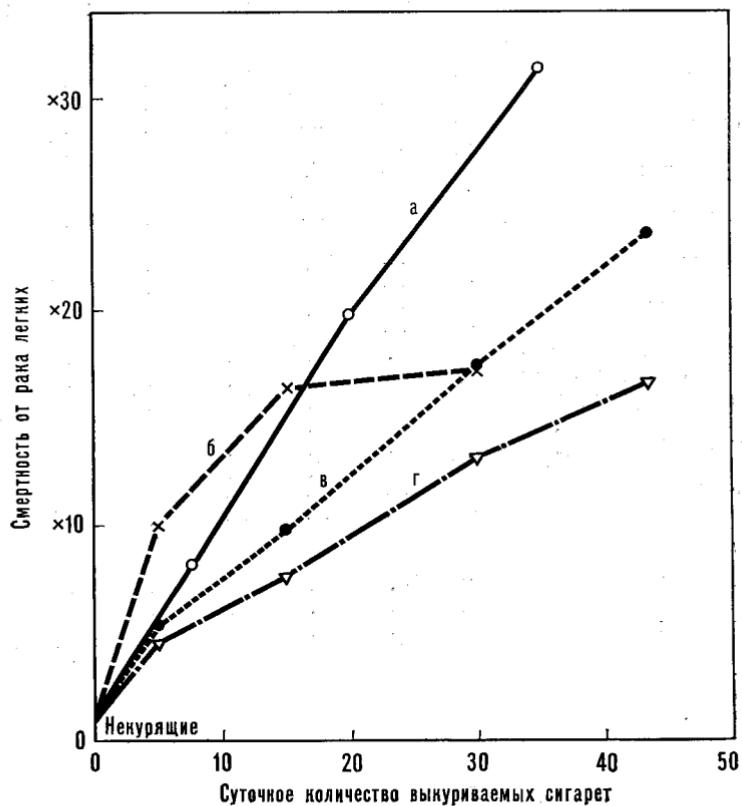
По данным Всемирной организации здравоохранения (в скобках приводятся данные за 1974 г.).

ром было начато курение (13), и привычками, которые увеличивают время воздействия составных частей табачного дыма на легкие. Эти привычки включают частые затягивания сигаретным дымом, удержание сигареты во рту между затяжками и глубокое затягивание (3).

Данные эпидемиологических исследований согласуются с данными клинических, экспериментальных и морфологических исследований.

При прекращении курения относительный риск развития рака легких постепенно снижается, и через 10 лет риск становится почти таким же низким, как у лиц, никогда не куривших (рис. 2). Из британских врачей, которые находились под наблюдением в течение 20 лет (10), половина курильщиков бросили курить, и смертность среди тех, кто не достиг 60-летнего возраста, постепенно снизилась. Среди тех, кто умер в возрасте 65 лет или старше, уровень смертности оставался неизменным. Снижение смертности среди более молодых врачей являлось разительным контрастом по сравнению с

Рис. 1. Смертность от рака легкого среди мужчин по данным четырех больших перспективных исследований.



а — британские врачи: Doll, R. и Hill, A. B., *British medical Journal*, 1: 1399, 1460 (1964); б — канадские ветераны: Best, E. W. R. A. *Canadian study of smoking and health*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1966; в — американские ветераны: Kahn, H. A. В кн.: Haenszel, W., ed. *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*. Bethesda, National Cancer Institute, 1966 (Monograph No. 19); г — американские мужчины в 25 штатах: Hammond, E. C. В кн.: Haenszel, W., ed., см. выше.

устойчивым уровнем смертности среди всего мужского населения в целом, которое не меняло своих привычек в потреблении сигарет.

Было высказано предположение, что связь рака легких и курения сигарет скорее носит генетический, чем причинно-следственный характер (16), однако имеется много фактов, с которыми эта гипотеза не согласуется (3). Они включают:

1) рост смертности от рака легкого за вторую половину столетия, который не может быть отнесен за счет имевших место ранее ошибок в диагнозе;

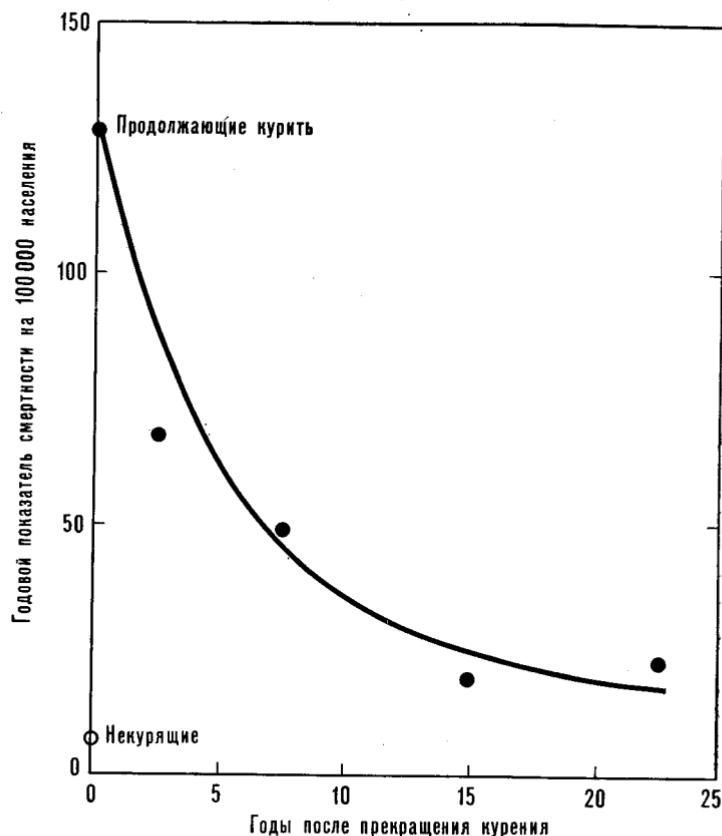
2) более поздние относительные изменения в уровне заболеваемости раком легкого у мужчин и женщин за период, когда не наблюдалось изменений в диагностических методах — то есть незначительное ее снижение среди мужчин в возрасте до 65 лет наряду с продолжающимся ее ростом среди женщин;

3) сокращение относительного риска рака легкого при прекращении курения;

4) рак легкого, возникающий вследствие воздействия других профессиональных вредностей, таких, как асбест и уран, и заметное увеличение риска, когда рабочие, подвергающиеся воздействию этих веществ, также курят (17,2).

Было высказано предположение, что рост заболеваемости раком легкого за последние 50 лет отражает возросшую спо-

Рис. 2. Стандартизованные показатели смертности от рака легкого среди курящих сигареты, бросивших курить на различные периоды времени, а также некурящих.



1. Источник: Doll, R. a. Hill, A. B. *British medical Journal*, 1: 1399, 1400 (1964).

собность справляться с другими респираторными заболеваниями, к которым больные раком легкого одинаково генетически предрасположены. Однако увеличение числа случаев, вычисленное на основе этой теории, слишком мало, чтобы принимать его за то увеличение, которое наблюдается в действительности.

Причинно-следственная гипотеза не противоречит генетическим различиям в тенденции к развитию рака легкого при воздействии внешних канцерогенов, таких, как табачный дым. В будущем, возможно, с помощью определения уровня арилгидрокарбонидроксилазы удастся установить, что подвергается особому риску (18).

Соотношение между показателем смертности от рака легкого и уровнем потребления сигарет может значительно варьировать в различных странах. Это объясняется тем, что существующий показатель смертности от рака легкого в большей степени отражает прошлый, а не нынешний уровень потребления сигарет. Из этого следует, что в странах, где курение сигарет распространено, но является сравнительно недавно приобретенной привычкой, уровень смертности значительно ниже по сравнению с такими странами, как Великобритания или США, где курение сигарет широко распространено в течение длительного времени.

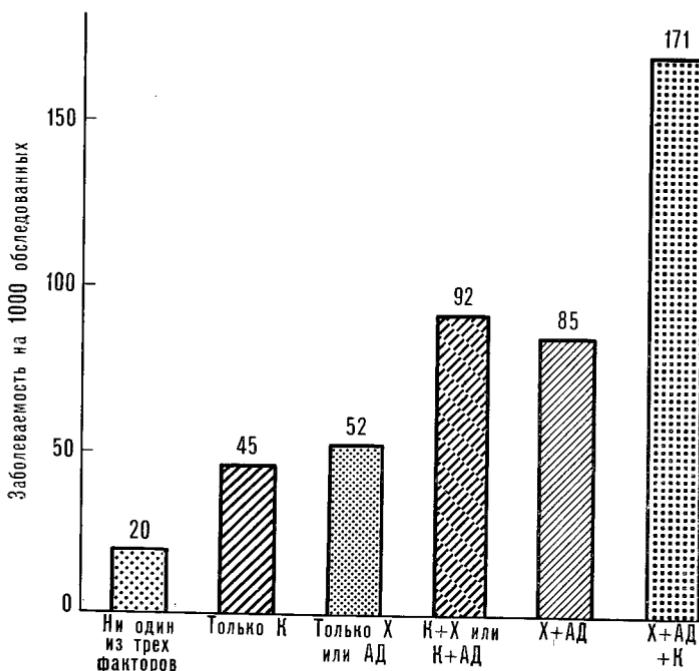
В тех развивающихся странах, где уровень потребления сигарет растет наиболее резко, чаще всего курят сигареты без фильтра или сигареты с фильтром с высоким содержанием смолы. Содержание смолы в этих сигаретах намного выше, чем в ряде развитых стран. Оба эти факта означают, что в этих странах сигареты значительно более опасны; как только пройдет соответствующий инкубационный период, можно ожидать значительного увеличения частоты случаев рака легкого.

2.3. Ишемическая болезнь сердца

В настоящее время имеются убедительные данные о том, что курение сигарет является, вероятно, одним из основных факторов риска развития ишемической болезни сердца, поддающихся коррекции. Они основываются на многочисленных широких исследованиях различного характера — клинических, экспериментальных, эпидемиологических, ретроспективных и перспективных — проведенных в ряде стран. Имеются данные о том, что влияние курения не зависит от других факторов риска, таких, как гипертония и гиперхолестеринемия, однако синергично с ними. Это означает, что курение служит более чем дополняющим фактором в этих случаях (рис. 3).

В связи с тем что частота других факторов риска ишемической болезни сердца варьирует в различных странах, отно-

Рис. 3. Частота случаев первого значительного коронарного нарушения за 10-летний период в зависимости от курения сигарет, уровня холестерина в сыворотке крови и артериального диастолического давления у белого населения мужского пола в возрасте 30—59 лет в США.



К — курение сигарет, любое количество.

Х — холестерин в сыворотке $> 2,5$ г/л.

АД — артериальное давление $> 12,0$ кПа.

Примечание. Первое значительное коронарное нарушение включает инфаркт миокарда, в том числе со смертельным исходом и внезапную смерть вследствие коронарной болезни сердца. Показатели стандартизованы по возрасту.

Источник: Inter-Society Commission for Heart Disease Resources. *Circulation*, 42: A 54 (1970).

сительное значение курения сигарет также неодинаково. Было показано (10), что относительный риск выше для лиц молодого возраста и что для курящих он возрастает с увеличением количества выкуриваемых сигарет.

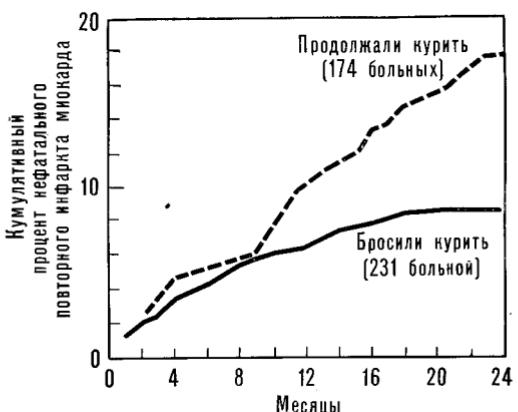
Как и в случае рака легкого, риск умереть от ишемической болезни сердца уменьшается при прекращении курения. Риск уменьшается довольно заметно в течение первого года после прекращения курения и более постепенно в дальнейшем, так что через 10—20 лет он становится таким же, как у некурящих (6). У тех, кто перенес инфаркт миокарда, риск повторного инфаркта с летальным исходом может сократиться наполовину (24) после прекращения курения (рис. 4).

Исследование, проведенное на британских врачах мужского пола (10), выявило, что сокращению показателя смертнос-

ти от ишемической болезни сердца сопутствовало уменьшение числа курящих врачей. Напротив, смертность увеличивалась в другой группе мужчин, где не наблюдалось значительного уменьшения числа курящих (рис. 5).

Атеросклероз артериол миокарда значительно более распространен среди курящих, чем среди некурящих соответ-

Рис. 4. Показатель развития второго инфаркта миокарда у курящих и некурящих.



Обследовавшиеся в Швеции в течение 24 мес 405 больных, которые курили во время развития первого инфаркта миокарда. У тех, кто бросил курить, наблюдалось значительно меньше рецидивов нефатального инфаркта миокарда, чем у тех, кто продолжал курить.

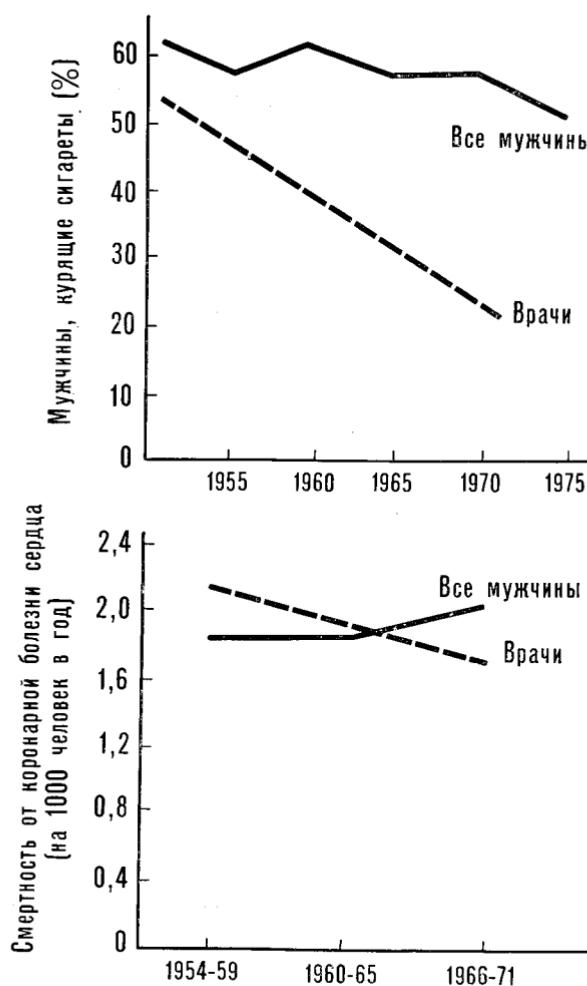
Источник: Wilhemsson, C. et al., *Lancet*, 1, 415 (1975).

вующей возрастной группы (25). Также значительно чаще наблюдается атеросклероз аорты и других артерий. Наличие заболеваний периферических сосудов тесно коррелирует с курением сигарет (26).

Хотя курение сигарет является лишь одним из многочисленных факторов риска, предрасполагающих к развитию ишемической болезни сердца, этот фактор остается одним из наиболее важных и наиболее поддающихся изменениям. Положительный эффект прекращения курения в настоящее время доказан, а наличие любого другого фактора риска должно служить дополнительным мотивом для того, чтобы бросить курить.

Значительную часть всех зарегистрированных случаев смерти от ишемической болезни сердца в возрасте до 65 лет можно отнести за счет курения сигарет. Эта пропорция значительно меньше, чем при раке легкого, однако распространенность ишемической болезни сердца настолько выше, чем распространенность рака легкого, что общее число случаев

Рис. 5. Изменения показателей смертности в зависимости от изменения привычки курения в Великобритании.



Источник: *Smoking or health: a report of the Royal College of Physicians*, London, Pitman Medical, 1977; Doll, R. a. Peto, R. *British medical Journal*, 2: 1525 (1976).

смерти, относимых за счет курения сигарет, больше. Таким образом, ишемическая болезнь сердца может считаться наибольшим риском, связанным с курением сигарет — по крайней мере, в некоторых развитых странах.

Большую роль, по-видимому, играют сигареты в генезе внезапной смерти от коронарной болезни сердца, особенно у мужчин в возрасте до 50 лет (22).

Женщины, по-видимому, менее подвержены ишемической болезни сердца по сравнению с мужчинами, но в некоторых развитых странах смертность среди женщин от этой болезни растет. В Великобритании за период с 1958 по 1971 г. смертность среди женщин в возрасте от 35 до 44 лет возросла более чем на одну треть (27). За это время потребление сигарет среди женщин увеличилось на 35% и при этом вошли в употребление контрацептивные таблетки. В настоящее время показано, что этот фактор сам по себе может оказывать определенное влияние на развитие инфаркта миокарда. Риск, однако, увеличивается при наличии любого другого фактора риска, среди которых весьма важным является курение (20, 21, 27, 28).

Среди женщин в возрасте до 50 лет, которые курили 35 или более сигарет в день и не пользовались пероральными контрацептивами, частота инфаркта миокарда была в 20 раз выше, чем среди никогда не куривших женщин (23).

Большое перспективное исследование (20) с охватом 46 000 женщин детородного возраста, выявило, что смертность от заболеваний системы кровообращения среди тех, кто пользовался пероральными контрацептивами, была в 5 раз выше, чем в контрольной группе. Показатель смертности находился в прямой зависимости от продолжительности приема контрацептивов, возраста женщин и курения сигарет. Второе исследование (21) привело к аналогичным результатам.

После изучения данных этих исследований Комитет Соединенного Королевства по безопасности лекарственных средств пришел к выводу, что эти данные отражают тенденцию, обнаруженную в более ранних исследованиях, а именно, что риск развития артериальных тромбозов при приеме пероральных контрацептивов увеличивается с возрастом — особенно в конце репродуктивного периода. Этот риск усугубляется курением сигарет (29). Рекомендация врачей может заключаться в следующем (30): более молодые (до 30 лет) женщины должны быть предупреждены об опасности курения, но могут продолжать пользоваться пероральными контрацептивами, если к этому нет противопоказаний с точки зрения других факторов риска; женщины в возрасте от 30 до 35 лет, которые курят и пользуются пероральными контрацептивами более 5 лет, могут продолжать использовать пероральные контрацептивы в случае, если они бросят курить; в противном случае для них было бы целесообразно изменить способ контрацепции; всем женщинам в возрасте старше 35 лет следует пересмотреть способ контрацепции, особенно, если они курят.

У женщин, использующих пероральные контрацептивы и курящих сигареты, средний уровень холестериновой фракции липопротеидов высокой плотности значительно ниже. Известно, что эти низкие уровни являются ведущим фактором риска

в развитии коронарной болезни сердца. Этим же может объясняться отмечаемый рост смертности от заболеваний системы кровообращения у курящих женщин, использующих пероральные контрацептивы (30а, 30б). У тех, кто пользуется пероральными контрацептивами, наблюдается увеличение наклонности к свертываемости крови, однако для того чтобы показать, являются ли таблетки с малыми дозами эстрогена безопаснее в этом отношении, данных еще недостаточно.

2.4. Хронический бронхит и эмфизема легких

Во многих странах обследования показывают, что курильщики чаще жалуются на кашель, чем некурящие, и у них выделяется больше мокроты (31, 32). Эти явления могут появиться очень скоро после начала курения, даже в том случае, когда количество выкуриваемых сигарет невелико (33). По мере увеличения количества выкуриваемых сигарет они нарастают. Инфекционные заболевания органов дыхания, включая постоперативную инфекцию, чаще встречаются у курящих, выздоровление у них протекает медленнее. Легочная функция у курящих также нарушена, и обычное снижение функции легких с возрастом усугубляется. Даже у молодых курильщиков при отсутствии симптоматики заболеваний органов дыхания может иметь место нарушение функции легких (34). Кашель, мокротоотделение и нарушение легочной функции усугубляются при усиливании затягивания табачным дымом, большой частоте затягивания, оставлении сигареты во рту между затяжками и употреблении сигарет без фильтра, а также с высоким содержанием никотина и смолы (3). Кашель и мокротоотделение уменьшаются или совсем исчезают при прекращении курения. Легочная функция может улучшиться, или же процесс ее снижения может быть замедлен в зависимости от возраста и от степени уже имеющихся нарушений. При далеко зашедшей деструкции легких улучшения функции легких может не наблюдаться или наблюдается в небольшой степени, хотя, несмотря на это, можно ожидать уменьшения выраженности симптоматики. На любой стадии хронического бронхита прекращение курения дает положительный эффект. В исследовании с охватом 800 мужчин (35) было показано, что у некурящих очень редко развиваются хронические обструктивные заболевания легких, но при этом была выявлена прямая зависимость между привычкой к курению и степенью сокращения объема форсированного выдоха, что подтверждает тот факт, что курение здесь является непосредственной причиной. В другом исследовании с охватом более чем 34 000 британских врачей (10) было установлено, что из большого числа лиц, не куривших на протяжении всей жизни,

только трое, по-видимому, умерли от хронического бронхита и эмфиземы, в то время как среди курящих были зарегистрированы сотни случаев смерти от бронхита, эмфиземы и сердечно-легочной недостаточности. Уровень смертности среди некурящих составил только 10% от уровня, наблюдавшегося у лиц, курящих сигареты.

Вероятнее всего, что наиболее тяжелые и инвалидизирующие формы бронхита развиваются при сочетании злостного курения с воздействием загрязненного атмосферного воздуха. Обследование, проведенное в национальном масштабе в Великобритании, показало, что при сочетании обоих факторов—курения сигарет и воздействия загрязнений атмосферного воздуха, распространенность хронического бронхита существенно выше, чем в случае воздействия каждого из этих факторов в отдельности (36).

Отмечается увеличение числа и размера слизистых желез в эпителии бронхов курильщиков, а защитная функция слизистой и мерцательного эпителия бронхов у них снижается. Эмфизематозные изменения чаще встречаются у курящих, чем у некурящих. Эти признаки находятся в прямой зависимости от числа выкуриваемых сигарет (37).

Курение сигарет воздействует независимо от других факторов риска развития бронхита и синергично с ними (2). В развитых странах курение является наиболее важным фактором, вызывающим развитие хронического бронхита. Роль курения сигарет в развитии бронхопульмональных заболеваний значительно важнее, чем роль атмосферного загрязнения или профессиональных вредностей. Во многих странах большой процент случаев смерти от бронхитов у мужчин в возрасте до 65 лет обусловлен курением сигарет (9). В чисто экономическом выражении бронхит, вероятно, является наиболее «дорогостоящим» заболеванием среди всех болезней, связанных с курением (38). Достигнуты успехи в идентификации лиц повышенного риска вследствие их особой чувствительности к веществам, загрязняющим атмосферный воздух, включая компоненты табачного дыма.

Хронический бронхит распространен в Великобритании в течение длительного времени. Он характеризуется частыми периодами нетрудоспособности вследствие тяжелой одышки и частыми случаями респираторной инфекции. В XIX веке значительно загрязненный атмосферный воздух промышленных городов усугублял последствия плохих социальных условий, недостаточности питания и нелеченых респираторных инфекций. В текущем столетии отмечалось постепенное устранение всех этих факторов и значительное снижение смертности от бронхита. Однако появление сигарет и рост числа курильщиков послужили новым фактором, и снижение смертности оказалось гораздо меньше ожидаемого.

Многие факторы, которые приводили к развитию бронхита в XIX веке в Англии, наблюдаются сейчас в развивающихся странах: плохие социальные условия в городских районах, плохое питание, перенаселенность, ведущая к распространению респираторных инфекций (которые часто остаются нелеченными или лечатся неадекватно), а также неконтролируемое загрязнение атмосферного воздуха в связи с быстрой индустриализацией. Увеличение заболеваемости бронхитом можно ожидать даже при отсутствии курения сигарет, но и курение сигарет быстро распространяется во многих развивающихся странах. Значительный рост заболеваемости и смертности, вероятно, будет неизбежным, если не принять срочных мер по ограничению курения.

2.5. Влияние курения на здоровье детей и молодежи

Детям в основном наносит вред дурной пример взрослых, однако некоторые исследования показали, что для них может быть вредным пассивное вдыхание табачного дыма. Риск заболевания бронхитом или пневмонией для ребенка первого года жизни удваивается, если его родители курят (39, 40). Риск еще более возрастает, если родители также кашляют и отделяют мокроту. Свистящее дыхание у детей в возрасте до 5 лет также встречается чаще, если родители курят (40).

У детей, которые в возрасте до двух лет перенесли серьезное заболевание органов дыхания любой этиологии, чаще отмечается снижение вентиляционной функции (по данным измерения уровня максимального выдоха). Этот эффект сохраняется по крайней мере до юности, и если такие дети начинают курить, у них, вероятнее всего, развивается стойкий кашель. При отсутствии курения к 20—25 годам кашель постепенно исчезает (41). Обследование около 4000 парижских школьников и студентов в возрасте 10—20 лет показало, что аденоидэктомия и/или тонзиллэктомия, рассматриваемые как показатель повторяющихся заболеваний верхних дыхательных путей в раннем детстве, были в значительной степени связаны с количеством сигарет, выкуриваемых каждым из родителей (42).

Дети курящих родителей чаще начинают курить сами, и при этом у них отмечается больше симптомов поражения дыхательных органов, чем у некурящих. В одном большом исследовании, охватывающем около 10 000 детей в возрасте 10 лет, было показано, что кашель встречается значительно чаще у тех, кто регулярно курил, по крайней мере, одну сигарету в неделю.

Другое исследование показало, что дети 12—13 лет, которые курят регулярно по крайней мере по одной сигарете в день, чаще кашляют, выделяют больше мокроты и чаще стра-

дают заболеваниями органов дыхания, чем некурящие и те, кто недавно бросил курить. Это наблюдение показывает, что в таком возрасте последствия, вызываемые курением, обратимы.

Обследование молодых людей в возрасте 17 лет и старше выявило нарушение дыхательной функции у курильщиков в сочетании с более частыми случаями кашля и простуд, «переходящих на нижние отделы органов дыхания». В этих случаях наблюдается зависимость между числом выкуриваемых сигарет и продолжительностью периода курения в годах по типу «доза—эффект». При прекращении курения дыхательная функция у 17-летних улучшается в течение нескольких недель. Дети 11—15 лет, которые курят, жалуются на одышку при нагрузке. Аналогичные жалобы отмечались у 15—19-летних в другом исследовании (44—47).

Одышку при нагрузке можно частично объяснить воздействием курения на мелкие воздухоносные пути и вентиляцию легких. При этом может наблюдаться также снижение способности крови к переносу кислорода вследствие вдыхания окиси углерода, которая имеет в 200 раз большее химическое сродство с гемоглобином, чем кислород. Это может существенно влиять на спортивные возможности.

Таким образом приводятся все новые и новые свидетельства того, что курение в детстве приводит с самого начала к усилению кашля и отделения мокроты, более частым осложнениям инфекций верхних дыхательных путей и большей степени нарушения дыхательной функции. Но на ранних стадиях курения эти нарушения обратимы. Если курение продолжается, нарушения прогрессируют, и во взрослом состоянии может проявиться хронический бронхит в обычной форме. Чем меньше возраст, в котором ребенок начинает курить, тем больше у него шансов провести менее здоровую жизнь и умереть преждевременно.

2.6. Генетический риск

В некоторых исследованиях, проведенных в последнее время, содержатся указания на то, что дым от сигарет может содержать мутагенные вещества, однако необходимы дальнейшие исследования в этой области (48—50).

2.7. Женщины и курение

Помимо того, что курение служит фактором риска развития рака легкого, сердечно-сосудистых заболеваний и других заболеваний, связанных с курением, оно вызывает целый ряд проблем, которые относятся только к женщинам.

2.7.1. Беременность и курение

Курение будущей матери во время беременности ведет к замедленному росту плода, что приводит в результате к тому, что масса ребенка при рождении у курящей матери в среднем на 200 г ниже, чем масса ребенка у некурящей матери, независимо от других факторов, которые способствуют снижению массы при рождении, таких, как плохие социально-экономические условия, многодетность и т. д. Ребенок при срочных родах может весить меньше, чем недоношенный ребенок. Курящие женщины почти в 2 раза чаще, чем некурящие, рожают детей с массой менее 2500 г. Дефицит массы зависит от количества сигарет, выкуриваемых во время беременности в большей степени, чем от количества сигарет, выкуриваемых до начала беременности. Если мать бросит курить на ранних сроках беременности, средний вес новорожденного в этом случае такой же, как у ребенка некурящей матери (2,51а).

Предполагается, что на снижение массы новорожденных могут влиять различные механизмы. Однако роль каждого механизма до конца не изучена. Снижение массы новорожденного может быть следствием непосредственного токсического воздействия окиси углерода, никотина или какого-либо другого компонента табачного дыма; нарушения плацентарного кровообращения; вторичного эффекта нарушения питания матери; выброса окситоцина, влияющего на матку; и нарушения метabolизма витамина В₁₂ и/или витамина С (содержание обоих витаминов в сыворотке у курильщиков ниже).

Высказывается также предположение о том, что у детей, чьи матери курят во время беременности, может быть повышен риск развития врожденных уродств. Это еще одна область для дальнейших исследований (42).

Перинатальная смертность включает случаи мертворождений, смерть во время родов и смерть во время первой недели после рождения. В результате обширного исследования установлено, что перинатальная смертность на 28% выше, когда матери курят (51). Влияние курения было более выраженным, когда оно сочеталось с другими неблагоприятными факторами, такими, как низкий социально-экономический уровень, неблагоприятный гинекологический анамнез, частые роды и т. д. Смертность возрастила по мере увеличения числа выкуриваемых сигарет до 10 в день и затем оставалась на том же уровне даже при увеличении числа выкуриваемых сигарет. Среди новорожденных, матери которых бросили курить на ранних сроках беременности, перинатальная смертность была такой же, как у новорожденных некурящих матерей.

Имеются опубликованные данные, свидетельствующие о том, что преэклампсия у курящих отмечается реже, чем у некурящих, однако при преэклампсии, развившейся у курящей женщины, риск для младенца выше, чем в случае, когда женщина не курит (52).

Недавними исследованиями было продемонстрировано непосредственное воздействие курения на плод — учащение сердечных сокращений плода, сокращение частоты дыхательных движений (53). Содержание окиси углерода в крови пуповины выше, чем в крови матери, взятой в то же самое время, что заставляет предположить, что соответствующее снижение способности крови плода к переносу кислорода является немаловажным фактором.

Последующие наблюдения за детьми, рожденными от курящих матерей, показали, что последствия курения продолжают сказываться даже в семилетнем возрасте ребенка. За небольшим исключением, многочисленными исследованиями подтверждается вредное для плода и новорожденного воздействие курения матери. По данным Garn et al. (54), курение матери во время беременности является наиболее важным, поддающимся предупреждению фактором низкой массы новорожденных, вероятность которой прямо зависит от количества сигарет, выкуриваемых за день. На основании обследования 12 000 больных Migrhy et al. (55) установили, что у курящих матерей чаще наблюдаются выкидыши, преждевременные роды и перинатальная смертность, чем у некурящих матерей. Эти авторы поэтому предупреждают, что гинекологи и акушерки должны настойчиво рекомендовать матерям бросить курение во время беременности.

Основной риск курения во время беременности особенно велик для тех, у кого также имеется высокий риск перинатальной смертности по другим причинам. Поскольку на исход беременности можно оказать положительное влияние путем прекращения курения по возможности сразу после зачатия, необходима особая помощь и поддержка женщине, которая хочет это сделать.

2.7.2. Самопроизвольный аборт

В литературе описана связь между курением и самопроизвольным абортом в течение первой трети беременности (56, 57), однако ряд других факторов — физических, социальных, психологических и факторов окружающей среды — затрудняют определение этой взаимосвязи и, если таковая существует, то насколько она является причинно-следственной. Многие случаи ранних выкидышей связывают с аномалиями плода, однако не установлено, что они чаще встречаются у курящих. Недавно проведенное исследование (58), учитывающее воз-

раст, число родов, семейное положение, принадлежность к этническим группам, социальное положение, предшествующие аборты и нормальные роды, позволило предположить, что среди женщин, у которых наблюдаются выкидыши, почти в два раза чаще встречаются курящие, чем среди женщин контрольной группы. Было бы интересно повторить это исследование в различных социальных условиях, для того чтобы определить, насколько курение в действительности является самостоятельным фактором, вызывающим выкидыши. Например, было высказано предположение (59), что более интенсивное курение может наблюдаться в случаях, когда беременность не была желательной, и что отсутствие желания может быть фактором в основном ответственным за самопроизвольный аборт. Связь курения с выкидышами на более поздних сроках беременности более отчетлива и, вероятно, является следствием сочетания плацентарного повреждения и гипоксии плода — факторов, которые, как полагают, являются ответственными за увеличение перинатальной смертности младенцев, рожденных курящими матерями.

2.7.3. Менопауза

Недавними исследованиями установлено, что курение приводит к более ранней менопаузе (60—62).

Эти данные могут побудить женщин к прекращению курения и обуславливают необходимость дальнейших исследований.

2.8. Курение и профессия

Различие в состоянии здоровья курящих и некурящих может значительно усугубляться профессией. Комбинированное воздействие курения и других вредных факторов окружающей среды, в основном профессиональных вредностей, явилось предметом глубокого изучения в последние годы. В большом числе исследований, посвященных профессиональным заболеваниям, была обнаружена существенная разница между курящими и некурящими. Эти результаты следует учитывать при выработке гигиенических критериев состояния окружающей среды для рабочих, мер по охране труда и медико-санитарных правил.

2.8.1. Болезни органов дыхания (кроме рака)

Многочисленными обследованиями рабочих машиностроительной, литейной, химической, горнодобывающей промышленности, гончарного, мукомольного, шинного, асбестного, цементного, резинового, пробкового и других производств, а

также рабочих-строителей установлено, что заболевания органов дыхания наблюдаются чаще у курящих, чем у некурящих, при воздействии одних и тех же профессиональных вредностей (63—68). Среди курильщиков больше распространен кашель по утрам с отделением мокроты и одышка; хронический бронхит и другие хронические неспецифические легочные заболевания у них также встречаются чаще.

Среди представителей определенных профессий более высокая распространенность различных форм пневмокониоза также отмечается у курильщиков.

2.8.2. Рак

За период с 50-х годов многочисленными исследованиями было установлено, что курение сигарет является одним из наиболее важных факторов в этиологии рака легкого у лиц, не подвергающихся воздействию профессиональных вредностей. Обследования промышленных рабочих дали основание для предположения, что курение потенцирует действие ряда канцерогенов, таких, как мышьяк, никель, хром и хроматы, кадмий, силикаты, бериллий, ионизирующая радиация и асбест (69).

Специфические профессиональные группы, в частности горняки, добывающие уран, рабочие хромовой, никелевой и асbestной промышленности, маляры и плотники, подвержены большему риску развития рака легкого, и этот риск значительно усугубляется при курении сигарет (70—72). Усиливающаяся роль курения в возникновении рака легкого у рабочих асbestной промышленности была подтверждена в исследовании по изучению смертности и заболеваемости рабочих асbestной промышленности в Финляндии (73). Была обнаружена повышенная смертность как от рака легкого, так и асbestоза. Была также установлена связь между курением и развитием рака гортани у рабочих асbestной промышленности (74). Этим наблюдениям посвящен специальный отчет представителя Международной организации труда (Приложение 3).

2.8.3. Отсутствие по болезни и несчастные случаи на производстве

Многими исследованиями было показано, что курящие рабочие более подвержены заболеваниям и чаще отсутствуют на работе по сравнению с некурящими, выполняющими ту же самую работу. Более высокая заболеваемость и более частое отсутствие на работе отмечалось в целом ряде профессий (75). Некоторые исследователи отмечали также большую частоту несчастных случаев на производстве среди курящих.

Значительные потери рабочих дней среди курящих и более частые несчастные случаи (включая пожары и взрывы), вызванные курением, создают очевидные административные проблемы и приводят к серьезным экономическим потерям. Повышенная заболеваемость и несчастные случаи также приводят к растущей потребности в медицинском обследовании. В некоторых странах была проведена оценка этих негативных экономических последствий курения.

2.8.4. Другие аспекты связи курения и профессии

В литературе часто сообщалось о связи курения табака и нелегочных заболеваний. Курение считается важным фактором риска развития коронарной болезни сердца, особенно среди служащих, водителей автобусов и шахтеров (76—78).

Исследования, проведенные для определения риска ишемической болезни сердца у пилотов, показали четкую зависимость между курением и различными патологическими изменениями по типу «доза—эффект». У 45-летнего пилота мужского пола, который курит 20 сигарет в день, риск внезапной смерти в 2,8 выше, чем у некурящего пилота, вне зависимости от других факторов риска (79—80).

Летный персонал также обследовался для определения риска патологии зрения, обусловленной курением табака, которая, по-видимому, связана с воздействием цианида, а не никотина. У курильщиков было найдено повышенное содержание тиоцианатов в моче и плазме (81). Курение табака значительно влияет на физические и умственные способности, что очень важно для пилотов. Отмечается снижение зрения, нарушение чувства времени и ритма, координации, а также замедленное принятие решений. Многие из этих нарушений возникают вследствие увеличения содержания карбоксигемоглобина в крови. Некурящие пилоты также могут иметь повышенное содержание карбоксигемоглобина вследствие пассивного курения.

Многие люди продолжают считать, что загрязнение атмосферного воздуха, в большей степени, чем их собственное курение, является основным фактором, ответственным за развитие рака легкого, болезней органов дыхания и другой патологии. Это было опровергнуто рядом исследований. В одном из них (82) определялось влияние курения на содержание фракции карбоксигемоглобина в крови у группы парижских водителей такси. Содержание этой фракции было почти в 4 раза выше у тех, кто выкуривает более 15 сигарет в день, по сравнению с теми, кто курит менее 5 сигарет в день. В другом исследовании (83) уровень карбоксигемоглобина определялся в конце рабочей смены у рабочих доменного производства. У некурящих рабочих содержание кар-

боксигемоглобина составляло 4,0—4,9% от общего уровня гемоглобина, тогда как у рабочих, выкуривающих более 20 сигарет в день, этот уровень составлял 8,5%. Это говорит о том, что если загрязнение воздуха и является патогенным фактором, его значение невелико по сравнению с курением.

2.9. Пассивное курение

Анализ дыма, образующегося от сгорания конца сигареты («побочный» дым) показал, что он содержит больше продуктов сгорания табака, чем «основной» дым, вдыхаемый через сигарету. Действительно, он содержит в 5 раз больше окиси углерода, в 3 раза больше смолы и никотина, в 4 раза больше бензопирена и в 46 раз больше аммиака, а также более высокие концентрации многих других ядовитых веществ (84). Нитрозамины, которые являются активными канцерогенами для животных, в «побочном» дыме содержатся в более высокой концентрации, чем в «основном» дыме.

Дым в накуренном помещении в основном состоит из «побочного» дыма, и этот факт дает законное основание для беспокойства по поводу вредоносного действия этого дыма на некурящих.

Было установлено (3), что в плохо вентилируемом закрытом помещении некурящий может вдохнуть за 1 час столько же дыма, сколько средний курильщик вдыхает, выкуривая одну сигарету, однако, такая интенсивность воздействия возможна лишь в исключительных случаях. Обычно воздействие табачного дыма на окружающих отличается прерывистостью и значительно меньшей интенсивностью; для нормального здорового взрослого человека риск развития серьезного заболевания практически исключается.

Когда же курение происходит в тесном, плохо вентилируемом помещении, концентрация окиси углерода может достичь уровня, превышающего предельно допустимую концентрацию на промышленных предприятиях (2). Это может иметь место в автомобилях, служебных кабинетах, а также в барах или тавернах. После пребывания в подобных условиях у некурящих может наблюдаться умеренное повышение карбоксигемоглобина (в зависимости от времени пребывания, размера помещения, уровня вентиляции и числа выкуренных сигарет), но подобный уровень, вероятно, не оказывает отрицательного физического воздействия на здоровых взрослых людей.

Однако выражается определенная озабоченность в связи с воздействием окиси углерода в результате курения в условиях, где важное значение имеет способность к восприятию и быстрой реакции (т. е. у водителей автомобилей и пилотов). Данных по этому вопросу пока недостаточно, но следует учитывать возможное взаимодействие окиси углерода с алкого-

лем, усталостью и высотой. Для лиц, страдающих сердечной недостаточностью, любое снижение способности крови к переносу кислорода может иметь существенное значение. Было показано, что под воздействием окиси углерода у больного грудной жабой снижается уровень физической нагрузки, приводящей к загрудинным болям (85). Недавно было показано (86), что под воздействием дыма от сигарет, выкуриваемых другими, значительно снижается продолжительность нагрузки, приводящей к приступу стенокардии.

Даже в хорошо вентилируемом помещении отмечалось снижение уровня нагрузки на 22%, тогда как в плохо вентилируемом помещении оно достигало 38%. Это, безусловно, влияет на политику в отношении курения не только в общественных местах, но и во всех рабочих ситуациях — в служебных кабинетах, в помещениях, на фабриках, на совещаниях и т. д.

Никотин может определяться в крови и моче лиц, подвергающихся пассивному курению, но его количество невелико. Маловероятно, чтобы это могло нанести существенный вред здоровью некурящего человека.

Дыхательные нарушения могут наблюдаться у аллергиков и астматиков (у которых табачный дым может вызывать приступ), и у лиц, страдающих хроническим бронхитом или эмфиземой.

Воздействие пассивного курения на здоровых взрослых людей сводится, в основном, к раздражению слизистой носа, глаз и горлани и «неприятному ощущению». В некоторых случаях отмечают головную боль и тошноту. Эти симптомы могут иметь место за счет воздействия формальдегида, акролеина, ацетальдегида и окислов азота. Хотя это воздействие не влечет за собой длительных нарушений здоровья, оно тем не менее приводит к плохому самочувствию и снижению работоспособности. С этой точки зрения эти моменты следует учитывать как руководителям предприятий, так и курящим. Места, где некурящие подвергаются пассивному курению, должны быть сведены до минимума, и в этих целях следует добиваться разумного сочетания законодательных и просветительных мер.

3. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТАБАКА

3.1. Ущерб, наносимый курением

Курение не является чем-то, что воздействует только на курильщика. Курильщик — причина расходов, которые распространяются как на его семью, так и на общество в целом.

Курение снижает работоспособность населения и, следовательно, валовой национальный продукт в связи с тем, что:

- среди курящих смертность в допенсионном возрасте выше, чем среди некурящих;
- нефатальные заболевания, связанные с курением, ведут к инвалидности;
- курильщики чаще отсутствуют на работе по болезни.

Курение также увеличивает потребность в медицинской помощи. Предоставляемая и оплачиваемая медицинская помощь, является реальным расходом для общества, который не может быть непосредственно компенсирован за счет увеличения налога на табачные изделия.

Производство табака в стране вносит вклад в валовой национальный продукт этой страны, однако это обычно происходит за счет снижения производства пищевых продуктов и потребления горючего для создания тепла, необходимого для сушки табака. Помимо этого возникают и другие вредные факторы экономического и экологического порядка (3, 4).

Курение увеличивает расходы как в связи со снижением производительности труда в результате роста заболеваемости и смертности, так и в связи с увеличением расходов на медицинское обслуживание.

Для подсчета подобных расходов следует установить число потерянных рабочих дней и умножить его на стоимость каждого рабочего дня (которая получается делением валового национального продукта на число всех рабочих дней).

Число потерянных рабочих дней должно подсчитываться отдельно для каждой категории — преждевременной смертности, нетрудоспособности и повышенной заболеваемости — в каждом случае учитывая как демографические данные (т. е. распределение населения по возрастам и специфические для данных возрастных групп привычки курения), так и эпидемиологические данные, касающиеся связи между воздействием курения и частотой различных видов заболеваний. Для преждевременной смертности подобная зависимость может выражаться соотношениями между показателями смертности, которые определяются для каждой причины смерти среди курящих по сравнению с некурящими. Соотношение между показателями смертности можно относить к конкретным заболеваниям, таким, как рак легкого, или к общей смертности. Подобная методика применяется для оценки уровня нетрудоспособности и заболеваемости. Следует заметить, что подобный подход несет в себе много допущений.

На основании демографических и эпидемиологических данных можно также установить число дней госпитализации и посещения врача, которые следует отнести за счет заболеваемости.

ности, связанной с курением. Сведения о стоимости этого, включая стоимость использованных лекарств, могут быть получены из национальных статистических данных. Таким образом, можно определить общие затраты на медицинскую помощь, связанную с повышенной заболеваемостью курильщиков.

При более тщательном анализе экономических последствий курения сигарет необходимо также учитывать следующие факторы:

- ресурсы рабочей силы, занятые в производстве и продаже сигарет
- передаточные платежи, связанные с налогом на сигареты¹
- размеры ущерба от пожаров, вызванных курящими
- расходы, связанные с заболеваемостью, нетрудоспособностью и преждевременной смертностью в результате курения сигарет
- расходы, связанные с необходимостью более эффективной вентиляции в связи с курением, а также с уборкой пепла и мусора за курящими
- стоимость изучения последствий курения и санитарного просвещения, направленного против курения
- снижение покупательной способности семьи в связи с расходами на табачные изделия.

Следует помнить, что, когда человек заболевает, возникают многочисленные экономические пертурбации, которые взаимосвязаны различным образом. Более того, могут возникнуть не только экономические проблемы. Например, когда увеличивается частота заболеваний, связанных с курением, увеличивается потребность во врачебной и сестринской помощи, медицинских учреждениях и фармацевтических препаратах. Там, где медицинская помощь осуществляется на платной основе, возросшие расходы должны покрываться за счет дотаций организаций, занимающихся страхованием здоровья, снижения текущих расходов на другие товары и услуги, использования накоплений или за счет средств, взятых в долг. В тех случаях, когда амбулаторная и больничная помощь оказываются «бесплатно» за счет государства, и поскольку государственные учреждения здравоохранения обычно не рассчитаны на длительный период лечения больного, это непосредственно приводит к отсрочке лечения больных с менее тяжелыми заболеваниями и сокращению средств, предназна-

¹ Выплаты налога на сигареты не следует рассматривать как создание или потерю ценностей. Это передача денег от курящих как группы населения казначейству страны.

ченных для больных, нуждающихся в длительном лечении. При длительном лечении могут потребоваться дополнительные расходы со стороны государства.

Как при платном, так и при бесплатном медицинском обслуживании на экономические условия больного могут влиять следующие факторы:

- прекращение работы вследствие ухудшения здоровья, возможно, с более ранним уходом на пенсию и сокращением ее размера;
- временная дотация по болезни, выплачиваемая нанимателем;
- выплата денежного пособия по болезни и социальное обеспечение со стороны государства.

Некоторые заболевания, связанные с курением, например хронический бронхит, часто вызывают повторные короткие периоды заболевания, которые могут нарушить рабочий порядок на предприятии и, таким образом, создать дополнительные трудности, помимо абсентеизма.

Когда человек умирает преждевременно, это приводит к следующим финансовым изменениям:

- (1) прекращается доход, кроме, возможно, уменьшенной пенсии, выплачиваемой супруге;
- (2) могут быть сделаны выплаты супруге по линии социального обеспечения;
- (3) доход оставшейся супруги обычно значительно меньше, чем доход супружеской пары.

При наличии всех необходимых данных можно использовать математическую модель для определения стоимости курения среди населения. Подобным же образом можно установить экономический эффект, ожидаемый от сокращения курения. В этой связи разумно исходить из достаточно существенного сокращения потребления табачных изделий.

Например, было бы целесообразно определить рост производительности труда при запланированном 20% сокращении курения в течение десятилетнего периода. В одном исследовании, проведенном в Великобритании, ожидалось 20% сокращение курения с 1973 по 1981 г.; расчеты, основанные на этой цифре, показали, что валовой и национальный продукт должен был возрасти на 42 млн. фунтов стерлингов по курсу 1973 г. (87).

При сокращении курения повышается средняя ожидаемая продолжительность жизни и среди населения увеличивается доля пенсионеров. Имеющиеся ресурсы приходится делить между большим числом людей и, таким образом, уменьшается средняя доля валового национального продукта, приходящая-

ся на душу населения, однако продолжительная здоровая жизнь людей пенсионного возраста должна рассматриваться как желаемая цель в любой стране.

3.2. Роль налогообложения

Хотя налоги на табачные изделия могут составлять существенный источник государственных доходов, следует иметь в виду, что такой же доход может быть получен и другими путями. Единственным специфическим преимуществом налога на табак является то, что он «политически удобен» для правительства, поскольку легко применяется и в целом приемлем для курящих. Поэтому отказываться от борьбы с курением на основании того, что это приведет к уменьшению доходов от налога, — не в интересах общества.

Налог на табак часто рассматривают как средство компенсации, однако это заблуждение, поскольку налогообложение никогда не может компенсировать потери валового национального продукта или рабочих дней, утраченных в результате употребления табака. Хотя налог на табачные изделия, как правило, устанавливается для образования дохода государству, а не как средство борьбы с потреблением сигарет, имеются убедительные доказательства, полученные при рассмотрении вопроса о колебаниях цен и свидетельствующие о том, что увеличение налогообложения в основном ведет к снижению потребления сигарет. Однако возможно, что повышение цен на табачные изделия заставляет курильщика покупать меньше сигарет, но выкуривать их более интенсивно. Несмотря на снижение потребления, обычно наблюдается общий рост дохода, поскольку общее повышение цены более чем компенсирует сокращение продажи сигарет (88). Общее налогообложение может влиять не только на потребление табака курильщиками; с помощью дифференцированного налогообложения, например облагая большим налогом сорта сигарет с высоким содержанием смолы, можно также влиять и на выбор табачных изделий.

3.3. Роль табачной промышленности

В соответствии с последним документом Конференции Организации Объединенных Наций по торговле и развитию (89) затраты в мире на рекламу «транснациональных табачных конгломератов» превышает 2 миллиарда долларов США. В документе ЮНКТАД подчеркивается, что деятельность, сопровождающая продажу табака в большинстве развивающихся стран, свободна от ограничений, которым она подвергается во многих развитых странах.

3.4. Проблемы, связанные с табачным производством

Возделывание табака и изготовление табачных изделий не всегда следует расценивать как экономически выгодную деятельность, несмотря на то что экспорт табачных изделий вносит свой вклад в валовой национальный продукт.

Возделывание табака занимает большое количество рабочей силы в короткие пиковые периоды уборки урожая — что может приводить к сезонной безработице. Эти пиковые периоды совпадают по времени с периодами, когда трудовые ресурсы остро требуются для других сельскохозяйственных работ, следовательно, от этого страдает производство продовольственных и других сельскохозяйственных культур. Особенно это проявляется в развивающихся странах, где фермеры связаны с частными компаниями и часто оказываются должниками этих компаний и, таким образом, теряют свободу в выборе того, что им выращивать.

Когда табак возделывается в развивающихся странах, большую часть дохода получают транснациональные табачные компании, а не сами страны — производители табака.

Возделывание табака способствует увеличению площадей пустынь потому, что ежегодно вырубается большая часть лесов, находящихся под угрозой истребления, для того чтобы обеспечить тепло для сушки табака.

Лишь немногие из стран, производящих табак, экспортят значительную часть своей продукции, и это особенно характерно для развивающихся стран. Таким образом следует подчеркнуть, что табак редко играет важную роль в платежном балансе страны.

Поскольку большая часть выращиваемого табака потребляется внутри самой страны, любая попытка сократить курение будет противоречить краткосрочным экономическим интересам производителей табака, зависящим от покупателей своего товара. Этот конфликт должен разрешаться с помощью мер, способствующих замене табака другими культурами. Эти новые культуры должны приносить производителю столько же денег, сколько он получал раньше за табак, или, в качестве альтернативы, это должны быть продовольственные культуры, которые прежде фермер вынужден был покупать на деньги, вырученные от продажи табака. Такая замена возделываемых культур часто служит предпосылкой для принятия мер по борьбе с курением в развивающихся странах. Это является правильной политикой и по двум другим причинам. Во-первых, замена табака другими сельскохозяйственными культурами должна способствовать борьбе с недостаточностью питания и, во-вторых, своевременная ориентация в пользу других культур могла бы предупредить экономические проб-

лемы, возникающие в связи с сокращением потребления табака во многих развитых странах.

В странах, выращивающих табак, потребление табака безусловно влечет за собой те же отрицательные последствия для экономики и здоровья населения, которые наблюдаются во всех странах, где курят табак. В равной мере и обложение налогом табачных изделий не может служить основанием для отказа от борьбы с курением.

3.5. Заключение

(1) Курение влечет за собой огромные экономические потери, которые наносят ощутимый ущерб национальной экономике.

(2) Меры по борьбе с курением должны быть прежде всего предприняты в связи с вредными последствиями курения для здоровья. Однако экономические потери также являются аргументом в пользу борьбы с курением.

(3) Сбор налога на табачные изделия не может служить основанием для задержки принятия мер по ограничению курения.

(4) Имеются основания считать, что налогообложение может быть использовано как средство для сокращения или изменения характера потребления табака.

(5) В мировой экономике табака доминируют несколько крупных компаний, которые ежегодно расходуют суммарно около 2 млрд. долл. на рекламу табачных изделий.

(6) Производство табака редко дает истинный экономический эффект для страны или отдельных фермеров и рабочих и может вести к экономически существенным отрицательным последствиям для производства пищевых продуктов.

(7) Замена табака другими сельскохозяйственными культурами является жизненно важным фактором в борьбе с курением в странах—производителях табака.

4. ДИНАМИКА ЭПИДЕМИИ КУРЕНИЯ

Распространение привычки курения происходит по типу эпидемии. Привычка распространяется от страны к стране, от континента к континенту и даже от одной группы населения к другой в пределах одной и той же страны. Некоторые примеры могут это проиллюстрировать. На рис. 6 представлены две проблемы здравоохранения, динамика которых за последние 25 лет идет в противоположных направлениях. Если заболеваемость туберкулезом снижается в большинстве стран, отмечается быстрый рост заболеваемости, связанной с куре-

нием, где наиболее ярким примером служит рак легкого. Эти тенденции варьируют от страны к стране, пересечение кривых происходит в различное время.

Тенденция к увеличению частоты заболеваний, связанных с курением, как представлено на примере рака легкого, идет параллельно с тенденцией к увеличению курения. В качестве примера на рис. 7 представлено потребление сигарет на душу населения в Норвегии и Великобритании. За последние десятилетия в обеих странах наблюдался рост, но кривая потребления сигарет в Норвегии отстает от таковой в Великобритании за период в 30—40 лет. Потребление сигарет в Норвегии все еще составляет меньше половины потребления сигарет в Великобритании. На рис. 8 показано, что увеличение смертности от рака легкого в этих странах имеет тот же градиент за 30 лет, а уровень смертности в Норвегии пока еще достиг только $\frac{1}{4}$ уровня в Англии и Уэльсе.

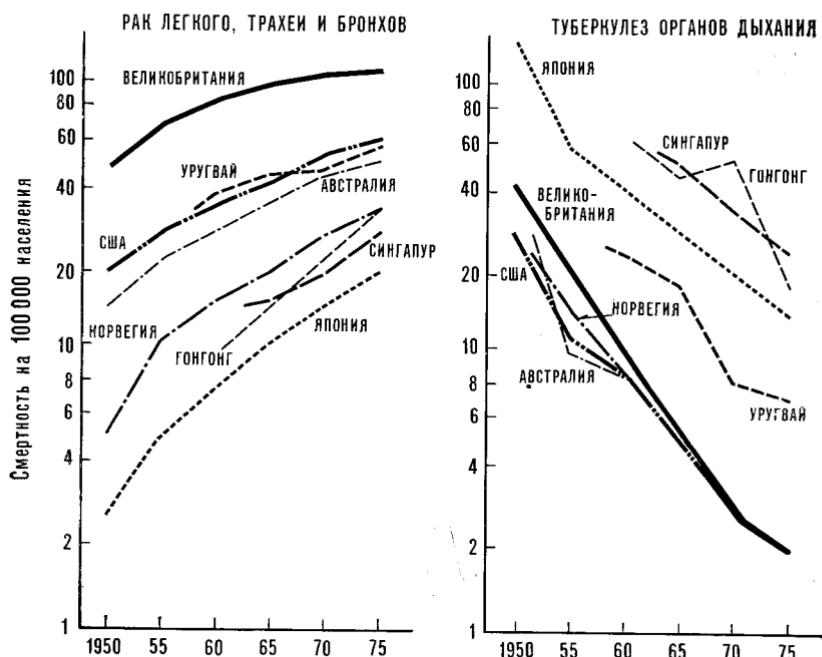
В некоторых развивающихся странах отмечается подобное увеличение потребления сигарет, но кривые также на много лет отстают от кривых для развитых стран. В 1973 г. потребление сигарет в Индонезии составило 230 штук в год на одного взрослого, в Сьерра-Леоне — 430, в Гане — 480 и в Пакистане — 760 штук (см. Приложение 4).

Прошло еще недостаточно времени для того, чтобы развивающиеся страны могли ощутить то зловещее увеличение смертности от заболеваний, связанных с курением, которое имеет место в промышленоразвитых странах, но им следует ожидать этого, если они не остановят увеличение потребления сигарет и не добьются его снижения.

Великобритания сегодня жестоко расплачивается за широкое распространение курения и только начинает сдерживать его. Преимущество Норвегии состоит в том, что она может сделать выводы из этого печального опыта и остановить рост смертности на уровне, значительно более низком, чем в Великобритании. Развивающиеся страны имеют еще большее преимущество, поскольку они могут предотвратить увеличение смертности (которое в противном случае неизбежно) путем обратного развития потребления сигарет, только недавно начавшегося в этих странах. Рассматривая эти примеры, следует помнить, что смертность от рака легкого составляет не более $\frac{2}{5}$ от смертности вследствие заболеваний, связанных с курением, и вряд ли вообще отражает избыточную смертность. Заболевания сердца и органов дыхания вместе взятые отнимают больше, а зачастую и раньше, здоровья и жизней.

Динамика эпидемии курения имеет свои отличительные особенности не только в зависимости от страны или района, но и группы населения. Различия в привычке курения в развитых странах уже находят свое отражение в тенденциях за-

Рис. 6. Приближенные показатели смертности от рака легкого и туберкулеза среди мужчин всех возрастов в отдельных странах и районах, 1950—1975 гг.

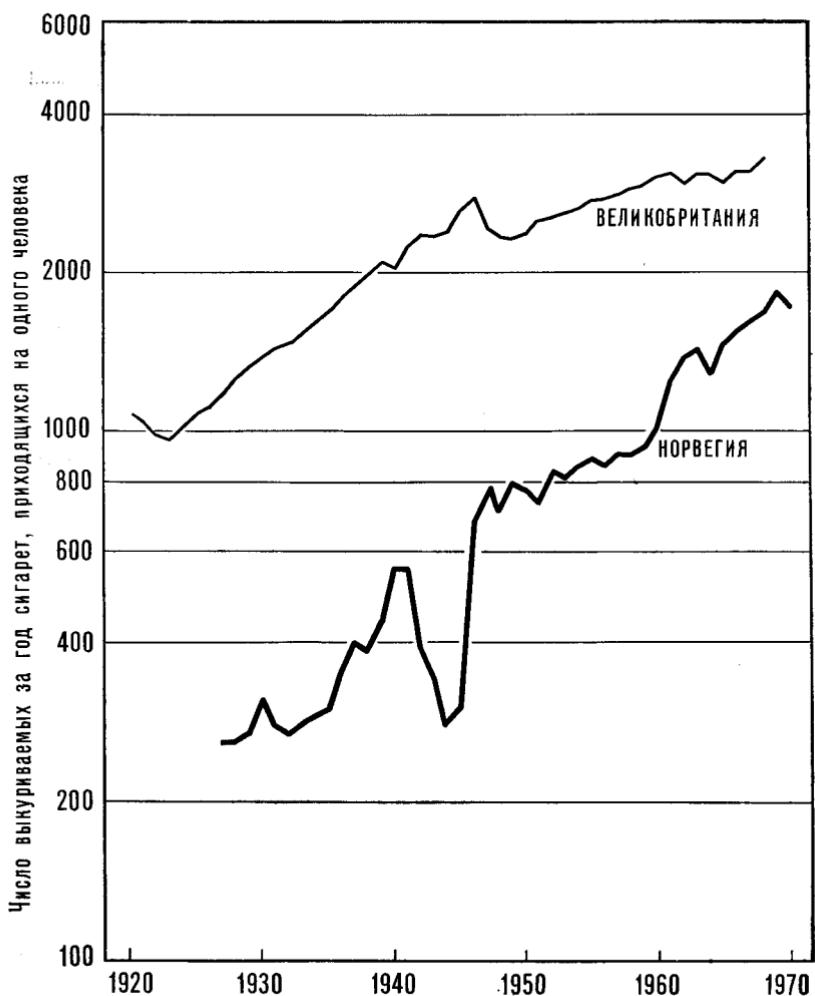


болеваемости, связанной с курением. Аналогичная картина, вероятно, будет наблюдаться и в развивающихся странах.

В развитых странах курение начинало распространяться как преимущественно мужская привычка. Женщины начали курить значительно позже. Мужчины первыми бросали курить, а среди женщин курение продолжает распространяться, хотя сейчас оно начинает выравниваться, снижаться, но в меньшей степени, чем среди мужчин, особенно в результате мер по борьбе с курением.

В развитых странах разница между слоями населения по социально-экономическому и образовательному уровню очевидна. Курение начало распространяться именно в самых высоких социально-экономических группах и, затем, на более поздней стадии эпидемия распространилась на низшие социально-экономические слои. В последние десятилетия число курящих среди самых высоких социально-экономических групп, однако, быстро снижается, тогда как в более низких социально-экономических группах все еще интенсивно курят (3, 90, 91).

Рис. 7. Годовое потребление сигарет на одного взрослого (старше 15 лет) в Норвегии и Великобритании.



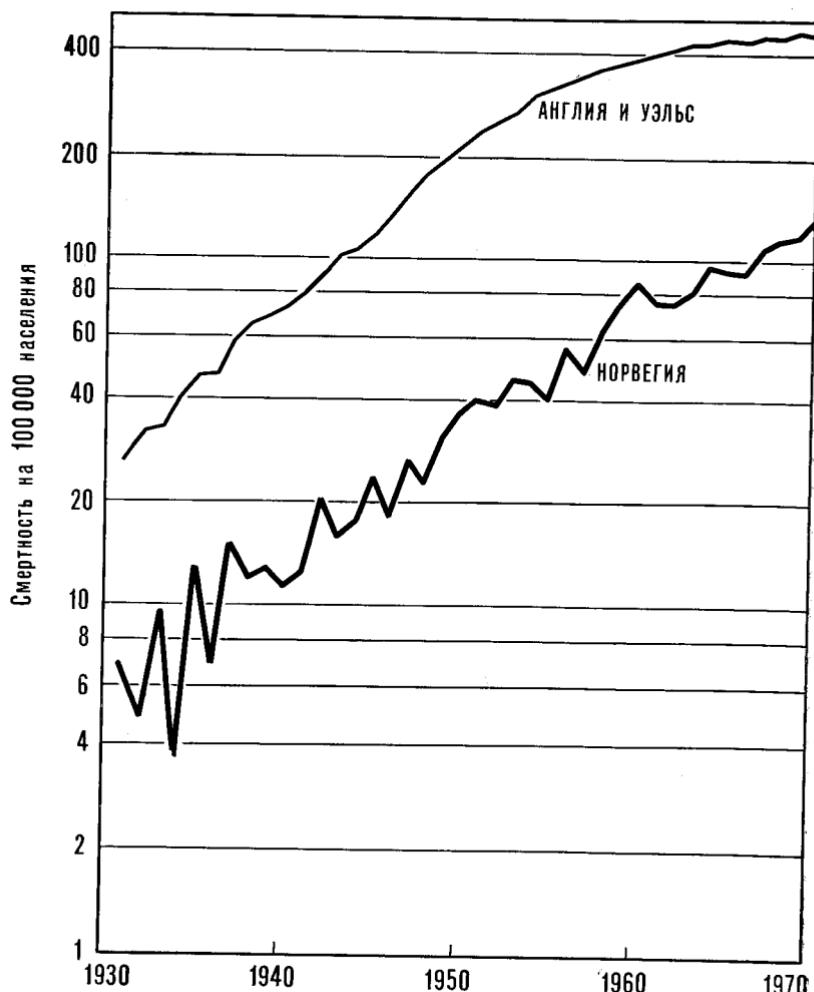
Примечание. Значения для обеих стран включают приблизительно установленное количество «самокруток», поскольку в Норвегии подобные сигареты составляют значительную часть всех выкуриваемых сигарет.

Источник: Bjartveit, K. Røyking og helse — situasjonen i dag (Курение и здоровье — ситуация сегодня). В кн.: Larsen, O., ed. Forebyggende medisin (Профилактическая медицина), Oslo, University Press, 1975, p. 55.

Урок для всех стран ясен. Опасность, которую представляют собой сигареты, должна быть уменьшена в минимально короткие сроки и следует предотвращать ее распространение.

Некоторые данные, рассмотренные Комитетом, приведены в Приложении 4. Многое из материала, собранного по

Рис. 8. Годовой показатель смертности от рака легкого среди мужчин 60—69 лет в Англии и Уэльсе и Норвегии, 1931—1970 гг.



Источник: Bjartveit, K. Røyking og helse — situasjonen i dag (Курение и здоровье — ситуация сегодня). В кн.: Larsen, Ø., ed. Forebyggende medisin (Профилактическая медицина), Oslo, University Press, 1975, p. 55.

этому вопросу, не вполне сопоставимо, но выявленные тенденции во многом сходны с тенденциями, характерными для Норвегии и Великобритании (92). Комитет подчеркивает важность стандартизации материала, который будет собран в будущем по образцу, предложенному Международным проти-

вораковым союзом (93) и предлагает, чтобы ВОЗ сотрудничала с этой организацией и Международным союзом борьбы с туберкулезом в области стандартизации данных.

5. СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ С КУРЕНИЕМ

При разработке эффективной стратегии подавления эпидемии курения следует учитывать эпидемиологические особенности проблемы курения во всех странах мира. Стратегия борьбы с курением в развитых и развивающихся странах может существенно отличаться, отчасти вследствие демографических и культурных различий.

5.1. Задачи

Упорное продолжение курения и растущее потребление табака несовместимо с задачей укрепления здоровья. Следовательно, основной задачей человечества является неуклонное сокращение рынка сбыта табачных изделий и отсутствие курения как нормы общественного поведения.

Крайне желательно, чтобы у правительственные и неправительственные организаций, работающих в сфере борьбы с курением, была скоординированная в международном масштабе политика. Комитет рекомендовал, чтобы эти организации проводили политику, которая уже принята Исполнительным Комитетом Международного противоракового союза (МПС) (94) и Научным Комитетом по нетуберкулезным заболеваниям органов дыхания Международного союза борьбы с туберкулезом союза (МСБТ). Она сводится к следующему:

(1) Снижение уровня курения во всех возрастных группах населения. Это подразумевает применение любых возможных практических мероприятий, направленных на снижение уровня курения, что может включать в себя предупреждение о вреде курения на пачках сигарет, изменения в налогообложении, ограничение возможностей для курения, поощрение прав некурящих, а также меры подобные тем, которые входят в политические, рекламные и просветительские программы.

(2) Поощрение некурящих, стремящихся оставаться некурящими. Особый упор в этой программе следует делать на молодежь.

(3) Подавление всех форм содействия распространению табака.

(4) Тех, кто еще не бросил курить и, следовательно, остается в группе высокого риска, следует побуждать к максимально возможному снижению воздействия на них вредных компонентов табачного дыма.

(5) Поддерживать тесную связь с другими организациями и органами здравоохранения для обеспечения максимальной эффективности и во избежание конфликтов в деятельности этих организаций.

(6) Добиваться контроля со стороны органов здравоохранения за вредными факторами промышленности и окружающей среды, которые способствуют развитию рака легких.

В настоящее время известна повышенная опасность курения в некоторых производственных условиях, что делает не-

обходимым в этих случаях сочетание ограничений и просветительной работы, направленной против курения.

5.2. Стратегия на международном уровне

Комитет принимает во внимание, что ВОЗ играет важную роль в содействии международной деятельности, направленной на борьбу с курением, и считает, что Организация должна преследовать следующие цели:

(1) Укрепление сотрудничества внутри системы Организации Объединенных Наций, в частности с ПРООН, ЮНКТАД, МОТ, ФАО, Юнеско и Всемирным банком. Эти организации должны проводить политику, направленную на сокращение потребления табака и сужение его рынка сбыта. В связи с этим следует учитывать экономические интересы развивающихся стран и осуществлять сотрудничество для достижения необходимой замены табака другими сельскохозяйственными культурами (см. Приложение 2).

(2) Укрепление сотрудничества со всеми заинтересованными неправительственными организациями. МПС и МПТ уже разработали соответствующие программы, и все учреждения, которые могут внести свой вклад, должны быть привлечены к этому.

(3) Сбор и распространение информации на международном уровне по борьбе с курением. Организации следует просить правительства регулярно сообщать о текущей и планируемой работе в этой области.

(4) Осуществление поддержки и координации фундаментальных и прикладных эпидемиологических исследований по влиянию курения на здоровье. Вместе с Организацией Объединенных Наций и другими международными учреждениями ВОЗ должна поддерживать соответствующие опытные проекты, связанные с борьбой против курения, учитывая необходимость преобразований в сельскохозяйственной, промышленной и социальной сферах.

(5) Созыв групп экспертов для консультаций по специальным вопросам, таким, как законодательство в области здравоохранения, политика налогообложения, просветительная работа и методы прекращения курения, а также для изучения состояния мировой табачной промышленности, включая такие темы, как выращивание табака, его производство, практика экспорта и права собственности.

(6) Техническое сотрудничество со всеми странами в организации программ борьбы с курением — то есть предоставление информации тем, кто определяет политику в этом вопросе, помочь в организации программ санитарного просвещения, обучения и обеспечение консультантами. Особенно важно

но организовывать региональные семинары для руководящего персонала, который в дальнейшем сможет продвинуть работу по борьбе с курением на национальном уровне. Мероприятия подобного рода особенно необходимы в развивающихся странах.

5.3. Стратегия на национальном уровне

Подходы на национальном уровне во многом зависят от того, насколько укоренившейся является «табачная» проблема (или насколько она представляется укоренившейся) в определенных социально-культурных условиях. В развитых странах эта проблема осознается в течение двух десятилетий и были предприняты некоторые шаги для борьбы с ней с различным успехом. Однако во многих развивающихся странах заболевания, связанные с курением, появились лишь недавно или еще должны появиться.

На какой бы стадии развития общество и проблема курения ни находились, необходима основная информация до того, как будет разработана программа по борьбе с курением. Необходимые данные включают не только уровень потребления табака и частоты сопутствующих заболеваний, но и размеры урожая табака, занятость в табачной промышленности, а также выгоды как для здоровья, так и для экономики, которые можно извлечь при замене табака на пищевые сельскохозяйственные культуры.

Национальная программа по борьбе с курением должна быть комплексной и сбалансированной, и должна включать в себя законодательные меры, санитарное просвещение и терапевтические мероприятия. Общая цель обеспечения отсутствия курения как культурной нормы потребует запрещения рекламы табака и разработки серьезных противодействующих мер. Политика борьбы с курением должна быть достаточно гибкой и учитывать изменение в социально-культурных условиях и уровне научных знаний.

5.3.1. Развитые страны

Несмотря на признание значения проблемы курения в развитых странах, попытки борьбы с ним в основном были неадекватными, а результаты, соответственно, весьма скромными. Однако можно ожидать, что последние ограничительные законодательные меры, санитарное просвещение и стратегия налогообложения принесут плоды в ближайшем будущем. Для того чтобы достичь ощутимых результатов, необходимо улучшить координацию различных подходов и увеличить ресурсы.

5.3.2. Развивающиеся страны

В некоторых развивающихся странах эпидемия заболеваний, связанных с курением, достигла уже такого уровня, что среди проблем здравоохранения они конкурируют даже с инфекционными болезнями или недостаточностью питания. Следует особо подчеркнуть, что в этих странах любые краткосрочные выгоды от внедрения табака как экономически выгодной сельскохозяйственной культуры, которую можно облагать налогом, непременно обернутся долгосрочными и весьма отрицательными последствиями. Основной задачей должно быть скорее предотвращение распространения курения как социального бедства, чем искоренение привычки, когда она уже глубоко укоренилась в обществе и начинает порождать болезни. Таким образом должно быть прекращено рекламирование табака и введено санитарное просвещение.

Крайне нежелательно, чтобы табачные изделия служили предметом двусторонней помощи, или чтобы табак, который не может использоваться в развитых странах из-за высокого содержания смолы, продавался неподозревающим или непрозорливым покупателям в более бедных странах.

Стратегия санитарного просвещения должна быть адаптирована к данной аудитории. В развивающихся странах, где уровень грамотности низок и телевизор является роскошью, зачастую более полезными могут быть радиопрограммы для сельских жителей на местном языке. Наглядные формы агитации также могут быть эффективными, если они связаны с какими-нибудь видами традиционной деятельности. Весьма ценной для профилактики курения может быть поддержка со стороны старост деревень, лидеров идеологических, религиозных групп и добровольных обществ, а также работников школ, больниц и т. д.

5.3.3. Страны, производящие табак

Подход к решению проблемы в странах (как развитых, так и развивающихся), где имеется табачная промышленность, должен включать следующее:

- поиск замещающих сельскохозяйственных культур;
- поэтапную отмену субсидий на табачное производство;
- введение соответствующих субсидий для поощрения культивирования замещающих сельскохозяйственных культур;
- рассмотрение всемирного соглашения по тарифам на табак и квотам на производство табака для того, чтобы помочь странам, экспортующим в настоящее время

- табак, перейти на замещающие сельскохозяйственные культуры;
- противодействие экспорту излишка табака;
- прекращение продажи табачных изделий, не облагаемых налогом.

Во многих странах вредно сказывается отсутствие сотрудничества между организациями, занимающимися планированием в области здравоохранения и экономики. Оппозиция борьбе с курением со стороны лиц, ответственных за сельское хозяйство, представляет собой перевес меркантильных соображений перед соображениями охраны здоровья, плохое понимание проблемы или недостаточное сотрудничество между государственными департаментами.

Экономические планы не должны благоприятствовать производству табака ради получения кратковременной выгоды. Долгосрочное планирование должно учитывать необходимость неуклонного сокращения табачной торговли и это должно быть сделано таким образом, чтобы оградить от разорения всех тех, кого это касается.

Во всем мире почти 4,5 млн. гектаров возделываемой земли используется для выращивания табака (95) и при этом развивающиеся страны должны пытаться достичь высоких уровней производства пищевых продуктов, чтобы избежать зависимости от импорта и удовлетворить потребности растущего населения (96). Комитет считает, что использование таких больших площадей обрабатываемой земли для производства табака, который не только не имеет пищевой ценности, но вреден для здоровья, не является практичным с экономической точки зрения.

5.4. Стратегия в отношении ведущих групп населения

Для достижения целей борьбы с курением очень важно заручиться поддержкой ведущих групп населения в стране, которые включают политических и религиозных лидеров, соответствующие добровольные организации, врачей, других работников здравоохранения и учителей. Эти группы должны оказывать общественное воздействие там, где это возможно, включая поддержку прав некурящих и деятельности, направленной на отсутствие курения как нормы поведения. Опыт работы членов ведущих групп населения должен быть скординирован в рамках многопрофильной программы, поскольку ни у одной из этих групп нет монополии на опыт и знания в этом вопросе. Учитывая значение примера работников здравоохранения и учреждений здравоохранения, желательно, чтобы курение не было разрешено в ВОЗ, в государственных

учреждениях здравоохранения, в больницах или центрах здравоохранения, а разрешалось лишь в специально отведенных для этих целей местах. Основные программы санитарного просвещения должны быть направлены на группы населения, которые могут подавать пример.

5.5. Роль правительства

В развивающихся странах правительства должны играть ведущую роль в борьбе с курением, учитывая необходимость в направлении общей политики и фондах. Там, где правительства не готовы признать потенциальную проблему курения, заинтересованным частным кругам следует попытаться убедить лидеров общественного мнения в необходимости действовать.

Желательно, чтобы деятельность на национальном уровне была в ведении компетентного центрального органа, занимающегося проблемой курения и здоровья. Существует много способов создания такого органа, который (вне зависимости от того, является ли он правительственным) имел бы четкие задачи, возможности к их осуществлению и достаточную независимость в своих действиях.

6. КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПРОБЛЕМЫ КУРЕНИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ И ОЦЕНКА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА БОРЬБУ С КУРЕНИЕМ

Мероприятия по борьбе с курением не должны предприниматься в вакууме. Решениям о соответствующих мероприятиях должен предшествовать анализ проблемы и за состоянием проблемы необходимо регулярно следить. Многие хорошо задуманные мероприятия, направленные на снижение курения, в прошлом не смогли дать полного эффекта в связи с отсутствием механизма, позволяющего следить за тенденциями или оценивать эффективность всей программы конкретных мероприятий. Оценку и постоянный контроль следует рассматривать как необходимые компоненты в разработке и осуществлении всех мероприятий по борьбе с курением.

Методы оценки в дальнейшем могут быть усовершенствованы. Они могут, например, использоваться для изучения влияния изменений в знаниях на изменение поведения. Если лица, отвечающие за мероприятия по борьбе с курением, примут вызов, который заложен в организации оценки и контроля, станет возможным разработка тонких исследовательских

методов, соответствующих национальным и международным потребностям.

Следует определить по крайней мере следующие параметры:

(1) изменения в уровне информации, обычно с помощью вопросников или методом обследования;

(2) изменения в отношении и мотивах — область, в которой необходима помощь психологов и социологов, поскольку отношение бывает трудно определить и оценить количественно;

(3) изменения в привычках курения, определение в этом случае следует проводить по стандартному образцу, чтобы можно было сравнивать и точно улавливать тенденции в этой области.

Потребление сигарет или табака на душу населения является легкодоступным полезным индексом оценки уровня потребления табака. Однако получаемые цифры обычно отражают уровни годовой продукции или количества, облагаемые налогом, без учета таких факторов, как избыточное производство, стимулированное перспективным увеличением налога, употребление табака детьми, продажа сигарет, не подлежащих налогообложению, продажа сигарет туристам и, в некоторых странах, контрабандные сигареты. Потребление табака на душу населения является показателем, отражающим долгосрочные тенденции; в качестве показателя для определения краткосрочных тенденций он может оказаться неудовлетворительным.

Число курящих в различных демографических подгруппах и ежедневное потребление сигарет в этих подгруппах служит наиболее ценным показателем для разработки программ борьбы с курением. Такую информацию обычно получают методом опроса, однако бывает трудно получить точные показатели уровня распространения курения, особенно среди детей и подростков, в связи с частым использованием ответов доверенных лиц. Следовательно, организациям, предполагающим провести обследование, следует рекомендовать проконсультироваться в соответствующем головном учреждении, например в ВОЗ, прежде чем приступить к опросу. Опросы и анализ их результатов требуют определенного опыта, но они служат лучшим методом оценки проблемы курения в данной группе населения. Они настолько важны, что всем странам рекомендуется проводить собственные опросы через определенные промежутки времени.

Поскольку показатель распространенности курения лишь грубо отражает фактический уровень воздействия табака, желательно регистрировать вид выкуриваемых сигарет и способ курения (с учетом длины сигареты и степени затяги-

вания). Кроме того, статистика смертности от рака легкого и ишемической болезни сердца обычно может быть получена из доступных статистических источников и служит показателем эффекта изменения привычек курения.

С целью помочь правительствам и заинтересованным профессиональным организациям осуществлять рекомендованные выше мероприятия по стандартному образцу, Региональным европейским бюро ВОЗ был подготовлен вопросник (94а), а Международным противораковым союзом было опубликовано руководство (94). Последние разработаны специально с учетом потребностей развивающихся стран. Хотя стандартизация необходима с точки зрения возможности сравнения международных данных, очевидно, что местные условия могут потребовать различных вариантов.

7. ПРОГРАММЫ ИНФОРМАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ И САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

Программы информации населения и санитарного просвещения включают в себя широкий круг мероприятий и отражают намерения правительства, учреждений здравоохранения и других организаций в плане изменения знаний, отношения и поведения населения в целом или определенных его групп. Редко существует четкое разграничение между этими двумя типами программ; они неизбежно будут частично дублировать друг друга и взаимодействовать почти на всех уровнях.

Несмотря на их взаимодействие нельзя считать, что более полная информация автоматически приведет к негативному отношению к курению или, что такое отношение непременно приведет к отказу от курения. Воздействие со стороны тех, кто может служить примером или авторитетом, определяет поведение, но при этом отношение к курению и поведение могут расходиться, то есть находиться в состоянии диссонанса. Опыт показывает, что программы информации населения и санитарного просвещения служат двумя отдельными и необходимыми компонентами программы по борьбе с курением, которые взаимно дополняют и усиливают друг друга.

Программа информации населения обычно рассматривается как метод массовой информации, направленной первично на обеспечение осведомленности о характере и значимости проблемы курения, а также на создание атмосферы, в которой программы санитарного просвещения (а также другие аспекты национальной программы по борьбе с курением) смогут успешно осуществляться.

Программы санитарного просвещения направлены на определенные контингенты населения. Использование средств массовой информации может зачастую быть значительно усилено за счет личных бесед с отдельными представителями данной группы населения.

Просветительная работа по вопросам курения должна, как правило, сочетаться с информацией и санитарно-просветительными программами, организуемыми как правительственными организациями, так и неправительственными учреждениями. Цель санитарного просвещения — довести до сведения населения информацию, которая побудит их продолжать оставаться некурящими или изменить привычки курения, а также участвовать в кампаниях по борьбе с курением и оздоровительных мероприятиях. Санитарное просвещение, когда оно направлено против курения, должно носить комплексный характер и вовлекать широкий круг работников.

Все аспекты охраны и укрепления здоровья являются взаимодополняющими и взаимозависимыми и требуют координации работы в таких областях, как здравоохранение, про-вещение и сельское хозяйство.

Международный союз санитарного просвещения играет важную роль в этой работе, устанавливая связи между организациями и отдельными лицами, содействуя обмену информацией и научным исследованием, улучшая профессиональную подготовку и внося свой вклад в осведомленность населения по всем аспектам санитарного просвещения.

Некоторые правительства сочли полезным создать специальное учреждение, занимающееся вопросами курения и здоровья, для разработки и осуществления программ по борьбе с курением. Там, где это неосуществимо, сами правительства взяли на себя ответственность за координацию деятельности по борьбе с курением или должны передать полномочия соответствующим организациям и обеспечить им, при необходимости, поддержку. Там, где ряд правительственных или добровольных организаций вовлекается в национальную программу, необходимо разрабатывать комплексный подход и обеспечивать точность всей информации и четкость санитарно-просветительной работы.

Перед разработкой и осуществлением любого компонента программ информации населения и санитарного просвещения, которые должны быть полностью интегрированы с другими компонентами национальной программы по борьбе с курением, всегда следует проводить анализ проблемы. Для подкрепления санитарно-просветительной деятельности требуются законодательные меры и заядлым курильщикам, которые испытывают серьезные затруднения при попытках бросить курить самостоятельно, может быть оказана некоторая помощь.

7.1. Программы информации населения

Настоятельно необходимо, чтобы население в любой стране было хорошо осведомлено о влиянии курения на здоровье. Это неизбежно само по себе изменит уровень распространённости курения, но будет предпосылкой для проведения дальнейших мероприятий. Применяемые методы могут широко варьироваться в зависимости от местных условий и задач.

7.1.1. Задачи

При планировании любой программы следует определить задачи. Они могут быть, к примеру, такими:

- усилить осведомленность населения о проблеме курения и ее значимости;
- усилить осведомленность среди работников, принимающих решение о необходимости борьбы с курением и о возможности действий, направленных на эту борьбу;
- противодействовать распространению неточной информации.

7.1.2. Группы населения, на которые нацелена программа

Хотя информация населения является по сути массовым подходом, можно выделить определенные группы населения для специфического подхода, выбирая соответствующую информацию или средства для сообщения этой информации.

Естественно, население можно разделить на курящих и некурящих и подразделить по полу, возрасту, состоянию здоровья (например, беременные женщины), социально-экономическому статусу и их значению для успеха кампании борьбы против курения (руководители, ответственные за принятие решений, работники просвещения, здравоохранения и т. д.). Естественно и желательно, чтобы сообщения, информация, направленные на определенные группы, неизбежно доходили и до других групп населения.

7.1.3. Разработка программы

При разработке программы информации населения необходимо помнить о традиционной модели коммуникации «отправитель, сообщение, средство информации, получатель». Каждый из этих элементов должен быть тщательно обдуман для обеспечения адекватной коммуникации и обратной связи, что приведет к усилению эффекта при повторении. Каждый

элемент должен быть адаптирован к местным культурным особенностям.

Методика разработки программы исчерпывающе описана в литературе (94, 97).

Там, где в программе задействован ряд организаций, координация действий является крайне необходимой для того, чтобы обеспечить правильное восприятие информации со стороны аудитории, на которую рассчитана программа.

Отправитель. Отправитель любого сообщения должен соответствовать группе населения, на которую рассчитана программа, целям сообщения и сообщению как таковому. Таким образом следует тщательно рассматривать авторитетность и приемлемость тех, кто служит источником сообщения, передаваемого средствами массовой информации.

Сообщение. В работе по информации, как и в просветительской работе, очень важно, чтобы сообщение было точным, тщательно продуманным и соответствовало аудитории, на которую оно рассчитано. Если существует преемственность сообщений, каждое последующее должно дополнять и усиливать предыдущее. Выбор ошибочного сообщения может вызвать отрицательный результат, и по возможности сообщения (или другие элементы программы) следует до выпуска апробировать с точки зрения их содержания и доходчивости. Сообщения должны соответствовать задачам, быть точно направленными на определенную группу населения и постоянно модифицироваться в свете изменений общественного отношения и пополняемых знаний.

Средства информации. Программа информации населения должна полностью опираться на использование средств массовой информации, которые, как правило, более эффективны в распространении знаний, чем в изменении поведения. Все средства информации имеют свои преимущества и недостатки и поэтому выбор средства информации должен осуществляться только после тщательного рассмотрения задач, характера и сложности сообщения, а также особенностей группы населения, на которую направлена информация.

Средства массовой информации могут быть использованы через платную или бесплатную рекламу, которая может быть очень полезной, когда необходимо донести информацию до населения в определенное время (например, для сообщения о новом законодательстве), однако при проведении программ борьбы с курением стоимость этого может оказаться слишком высокой, особенно если средством информации выбрано телевидение.

Эффективное использование средств информации в программах информации будет зависеть в большой степени от успеха тех, кто отвечает за сотрудничество с «работниками средств информации», такими как журналисты, издатели и

режиссеры радио и телевидения. Некоторые журналисты или режиссеры могут создавать статьи или программы по собственной инициативе, другим может потребоваться внешний импульс, например, исходящий от национального управления, занимающегося вопросами курения и здоровья, а некоторые издатели могут принять целиком или частично подготовленный материал для включения его в свои публикации. Средства информации должны в любое время располагать надежными источниками информации. Любое использование массовых средств информации должно быть гибким и приспособленным к меняющемуся характеру самих средств информации. В развивающихся странах личные контакты, пьесы и кукольные представления могут быть использованы вместо телевидения и радио.

Получатель. Результативность процесса коммуникации зависит от того, насколько получатель обращает внимание на сообщение и как оно интерпретируется им. Таким образом, совершенно ясно, что информационные мероприятия должны разрабатываться с постоянным учетом социальных укладов, жизненных ценностей, поведения и нужд получателей. Необходимо прилагать все усилия к тому, чтобы информация в той или иной форме достигала всех, кому она адресована.

7.2. Программы санитарного просвещения населения

Широкие и комплексные программы санитарного просвещения необходимы для любой страны, заинтересованной в борьбе с курением. Описания подобных программ можно найти в литературе (98, 99).

Программы санитарного просвещения обычно проводятся как в процессе обучения (в школах, колледжах и т. п.), так и в определенных ситуациях (на рабочих местах, в больницах, центрах здравоохранения, молодежных клубах, женских организациях, вооруженных силах и т. п.). Диапазон программ санитарного просвещения может, однако, быть намного шире, чем просто различные предупреждения о вреде для здоровья на сигаретных пачках, недавно появившиеся в Швеции, просветительная ценность которых широко признается.

Программа санитарного просвещения дополняет информационную программу, обязывает руководящих работников не создавать спрос, который не может быть удовлетворен. Значение программ санитарного просвещения нельзя переоценить, поскольку без них другие аспекты общей программы по борьбе с курением будут значительно менее эффективными.

7.2.1. Задачи

Поскольку задачи должны быть четко определены, следующие четыре основные цели разбиваются на ряд промежуточных задач.

- (1) Иллюстрировать оправданность действий по борьбе с курением:
- (a) обеспечивать осведомленность населения о последствиях курения для здоровья каждого курильщика;
 - (b) обеспечивать осведомленность руководителей, ответственных за принятие решений, о последствиях курения для здравоохранения и окружающей среды.
- (2) Предупреждать возникновение курения:
- (a) сокращать влияние, способствующее курению;
 - (b) усиливать индивидуальное сопротивление влияниям, способствующим курению;
 - (c) подчеркивать преимущества отсутствия курения.
- (3) Изменять привычки курения:
- (a) заставлять курящих рассматривать курение как важный фактор риска для здоровья;
 - (b) разъяснять курящим выгоды для здоровья при прекращении курения;
 - (c) убеждать курящих, что отказ от привычки курения не является невозможным;
 - (d) заставлять курящих действительно изменить привычки курения — прекратить или, по крайней мере, сократить его;
 - (e) предотвращать рецидив курения.
- (4) Установить социальный климат, ориентированный на некурящих:
- (a) создать общее мнение об отсутствии курения как о норме поведения в общественной жизни;
 - (b) обеспечить широкое понимание необходимости создания обстановки, исключающей курение в общественных местах и на работе.

Часто считают, что имеется взаимосвязь между знанием, отношением и поведением, что знание определяет отношение, а оно в свою очередь определяет поведение. Имеются некоторые доказательства в пользу этого предположения, а также и обратного, а именно, что поведение определяет отношение, а отношение влияет на приобретение знаний.

7.2.2. Группы населения, на которые нацелена программа

Общими группами, на которые нацелена программа, будут, очевидно, курящие и некурящие, при этом не следует упускать из виду необходимость проведения специальных мероприятий по санитарному просвещению для бывших курильщиков. В любой санитарно-просветительной программе пер-

вейшей предпосылкой является обеспечение поддержки со стороны определенных ведущих групп населения, которые затем будут содействовать проведению мероприятий, направленных против курения. Это в особенности относится к программам санитарного просвещения, проводимым в школах и на рабочих местах. Ведущими группами в школах являются учителя и работники школьной гигиены. Преподаватели таких дисциплин, как биология, сами по себе представляют несомненный объект программы санитарного просвещения, но вполне возможно проводить санитарное просвещение по вопросам курения и в рамках изучения других дисциплин. Молодежные организации и группы организованного досуга также служат подходящими объектами, при этом лидеры организаций составляют ведущую группу. Другим подходящим местом для санитарного просвещения служат медицинские учреждения, особенно антенatalные и детские клиники (работники здравоохранения как ведущая группа), больницы (медицинские сестры как ведущая группа), кабинеты общепрактикующих врачей (врачи и медицинские сестры как ведущая группа); организации, связанные со здравоохранением, политикой, религией, противоалкогольной работой и т. д. (организаторы как ведущая группа) и вооруженные силы. Большую часть населения можно просвещать на рабочем месте, особенно если на предприятии имеется организованная служба профессиональной гигиены, в этом случае ведущей группой будут работники профессиональной гигиены и общественные работники.

Обучение людей в ведущих группах и обеспечение их необходимыми пособиями служит необходимым компонентом этого процесса. Наибольшее значение имеют первичные ведущие группы, члены которых имеют личный контакт с населением, однако могут оказаться важными и вторичные ведущие группы, такие, как учителя, обучающие персонал. Врачи также являются важным объектом. Приведенный перечень групп, на которые нацелена программа, не является исчерпывающим и в изменяющемся обществе требует постоянного пересмотра.

7.2.3. Разработка программы санитарного просвещения населения

После анализа проблемы, определения групп населения, на которые рассчитана программа, а цели программы очерчены, следует подготовить сообщения для распространения, наметить отправителя или отправителей и выбрать средства для передачи информации.

Санитарное просвещение часто проводится в специфических условиях (например, в центрах охраны здоровья матери и школах).

Программы санитарного просвещения требуют обучения соответствующих ведущих работников, которых следует снабжать информацией как по вопросам курения, так и по методологическим аспектам их роли в качестве преподавателей, а также знакомить их с целями обучения.

Опросы показывают, что причины курения тесно связаны с рекламой и распространением табачных изделий. Содействие распространению — результат тщательного анализа социальных ситуаций; признается, что курение является поведением, которому учатся и которое дает возможность самовыражения с точки зрения половой принадлежности, социального статуса и определенной независимости.

Там, где проводятся кампании по борьбе с курением, на общественное мнение, с одной стороны, воздействует реклама табака, а с другой, — санитарное просвещение и информация населения, и все эти направления особенно сильно воздействуют на детей. В тех случаях, когда людей не удается убедить воздерживаться от курения, сообщая им о возможных последствиях, можно приводить примеры людей, добившихся успеха, или общественных ситуаций, которыми восхищаются и которые несут в себе пропаганду, направленную против курения. Для обеспечения наибольшего охвата населения кампанией (и выявления тех, кто мог быть не охвачен), следует провести опрос для выяснения того, как люди проводят свое время (100).

Не следует начинать проведение никаких программ санитарного просвещения, прежде чем не будут созданы службы, способные удовлетворять потребности населения, вызванные самой программой.

Сообщения. Сообщения должны быть четко увязаны с задачами программ санитарного просвещения и соответствовать культурным и социально-экономическим характеристикам «получателя». Перед использованием их следует тщательно проверить, чтобы убедиться в том, что они доступны и приемлемы для той группы населения, на которую рассчитаны.

Содержание подробно рассматривается в литературе (94, 97), но в целом важно в них выделять следующие факторы:

- риск возникновения серьезных заболеваний;
- воздействие курения на общее физическое состояние;
- риск частых периодов нетрудоспособности, связанной с такими заболеваниями, как хронический бронхит и кашель;
- экономическая стоимость курения;
- ответственность перед иждивенцами и другими лицами;
- развенчание курения как символа положения в обществе в противовес усилиям табачной промышленности

пропагандировать курение как символ социального успеха;

- загрязнение атмосферы табачным дымом (например, права некурящих);
- потеря ресурсов, представляемых табачным производством, включая потерю сельскохозяйственных угодий;
- особый риск курения для лиц определенных профессий.

Многие другие сообщения могут быть приемлемыми в различных контекстах, и Международным противораковым союзом были рассмотрены такие сообщения, а также вопросы использования информации, вызывающей страх перед курением (94, 97).

Поскольку санитарное просвещение значительно более целенаправленно, чем информация, выбранные средства информации будут отражать этот более узкий подход.

Средства информации. Часто самой эффективной формой санитарного просвещения являются личные беседы в классе, кабинете врача или отдельных лиц с другими членами той же группы населения. Для подобных контактов часто могут потребоваться наглядные пособия, такие, как фильмы, диафильмы и брошюры, содержащие основную информацию, на которой строит свою работу тот, кто занимается просвещением с целью изменения отношения и поведения в определенном направлении.

Каждое из доступных средств информации имеет свои конкретные особенности, которые необходимо понимать и использовать. Фильмы, телевидение и радио имеют ограничения во времени — уже увиденные или услышанные однажды программы не могут сразу же повторяться. Печатные материалы имеют меньшую силу непосредственного воздействия, зато их можно перечитывать при необходимости в любое время. Платки могут быть впечатляющими и воздействуют повторно, но они содержат ограниченное количество сведений.

Формирование небольших заинтересованных групп слушателей, подготовленных для воспитания сообщения с помощью средств массовой информации, служит эффективным средством для усиления результативности программ санитарного просвещения.

В странах с хорошо развитой телефонной сетью можно ввести систему, с помощью которой люди могут набрать объявленный номер и получить информацию о курении (и по другим вопросам, касающимся здоровья), при этом ответ получают или с предварительно записанной ленты или от постоянного консультанта.

При разработке санитарно-просветительной программы следует рассмотреть весь спектр возможных средств массовой информации и выбрать подходящее средство информации

или комбинации этих средств в соответствии с задачами, характером и степенью сложности сообщения, а также особенностями группы населения, на которую направлена программа.

7.3. Оценка

Оценка является процедурой определения того, до какой степени решены поставленные задачи. Мероприятия по оценке, следовательно, должны разрабатываться таким образом, чтобы можно было оценить все элементы информационных и санитарно-просветительных программ (поведение, отношение, знания и т. д.), которые предусмотрены в перечне задач.

Оценка должна проводиться на различных уровнях — для всей программы в целом и для каждого отдельного уровня, на котором реализовываются программы. Она должна быть непрерывным процессом, поскольку за осуществлением каждого элемента программы следует дальнейший этап деятельности.

Поскольку методики, используемые для информации и просвещения населения, будут варьировать в зависимости от возраста, пола и других демографических характеристик групп населения, на которые нацелена программа, и поскольку требуется разработка специальных программ для того, чтобы удовлетворить потребности каждой конкретной группы, методика оценки должна быть отработана для каждого отдельного комплекса задач.

Хотя оценка связана со сложным комплексом проблем, ею не следует пренебрегать. Она чрезвычайно важна для обеспечения обратной связи, т. е. осведомленности о результатах лиц, отвечающих за санитарно-просветительную работу. Обратная связь является непременным условием постоянного усовершенствования методов; только в этом случае можно обеспечить достижение долгосрочных целей программы.

8. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ДЛЯ БОРЬБЫ С КУРЕНИЕМ

Основанием для введения законодательных и других мер по борьбе с курением служит тот факт, что «заболевания, связанные с курением, являются настолько важной причиной нетрудоспособности и преждевременной смерти в развитых странах, что борьба с курением может быть более действенной для улучшения здоровья и продления жизни в этих странах, чем любая другая отдельно взятая мера в любой области профилактической медицины» (1).

Курение служит действием, которое вовлекает как некурящих, так и курящих, не только в смысле пассивного (вы-

нужденного) курения, но также в смысле того, что некурящих — родственников, коллег или налогоплательщиков — затрагивают преждевременная смерть или заболевания, часто наблюдаемые у курящих. Значение курения для экономики с точки зрения его стоимости может в некоторых случаях само по себе служить оправданием для действий правительства.

Ограничительные меры являются частью как первичной, так и вторичной профилактики. Ни одно правительство не может игнорировать такие вопросы, как необходимость защиты детей и молодых людей от опасности курения, права некурящих быть свободными от неудобств, связанных с курением других, и необходимость помочь курильщикам бросить курить (эти действия иногда описываются как первичная, вторичная и третичная профилактика). Третичная профилактика (прекращение курения среди больных при заболеваниях, связанных с курением) постоянно напоминает о необходимости дальнейших ограничительных мер. Ограничительные меры являются частью профилактики на всех стадиях — до начала курения, после начала курения и на стадии уменьшения вреда для тех, кто уже испытывает на себе последствия курения.

Правительства во всем мире берут на себя ответственность за охрану здоровья населения, иногда (как в случаях законодательства о вакцинации, карантине, принудительном содержании психически больных в определенных условиях и использовании пристяжных ремней в автомобилях) с применением принудительных мер, которые ограничивают свободу поведения в значительно большей степени, чем те, которые обычно рекомендуются для ограничения курения.

Сейчас уже нет сомнения в том, что долгосрочная стратегия, включающая законодательные меры и добровольные ограничения, а также санитарно-просветительную деятельность, могли бы значительно сократить уровень курения в тех странах, где оно уже достигло размеров эпидемии, и предупредить его распространение в других странах.

Данные из стран, где осуществлялись обширные программы по борьбе с курением, обнадеживают, хотя пройдет немало лет, прежде чем долговременный результат таких мер как Финский, Норвежский и Шведский Акты о табаке, станет ощутимым.

Законодательные и ограничительные меры для борьбы с курением проходят четыре фазы воздействия:

- (1) пропаганда, сопутствующая заявлению правительства о его намерении ввести законодательные меры;
- (2) пропаганда, проводимая при обсуждении мер по борьбе с курением в законодательных собраниях;

- (3) непосредственное воздействие законодательства (и сопутствующей пропаганды), когда оно проводится в жизнь;
- (4) долгосрочное воздействие законодательных мер как части программы борьбы с курением.

Основные категории по борьбе с курением составляют:

- (1) меры, ведущие к изменениям в практической деятельности тех, кто занят в производстве, рекламе или продаже сигарет (например, ограничения рекламы табака, снижение содержания в сигаретах смолы, никотина и окиси углерода);
- (2) меры, ведущие к изменениям в поведении курящих (например, ограничение курения в общественных местах).

Меры первой категории почти всегда требуют законодательства для удовлетворительного их осуществления, тогда как меры второй категории вполне могут выполняться с помощью добровольного контроля, поскольку общественность все больше приходит к пониманию того, что курение является социально нежелательным действием. Однако в этом случае может также потребоваться введение определенных правил, например, посредством постановлений.

Законодательные и ограничительные меры предлагаются (и часто применяются) по следующим направлениям:

- борьба с торговой рекламой;
- предупреждения о вреде для здоровья на пачках сигарет и в рекламах;
- описание товара, показывающее содержание вредных веществ;
- установление верхних пределов содержания вредных веществ в табачных изделиях;
- налогообложение;
- ограничение продажи;
- ограничение курения в общественных местах;
- ограничение курения на рабочем месте.

8.1. Борьба с торговой рекламой

Торговое рекламирование табака имеет разнообразные формы и включает прямую рекламу в прессе и на плакатах, кинорекламу, теле- и радиорекламу, распространение бесплатных образцов, выделение дотаций для спортивных и культурных мероприятий, систему купонов для получения подарков, стимулирование с помощью денег и призов, системы специальных скидок, рекламу торговой точки, распространение листовок, мероприятия в области общественных отношений и множество других систем прямой и косвенной рекламы.

Иногда представители табачной промышленности утверждают, что единственной целью рекламы табака является попытка заставить курильщика отказаться от одного сорта сигарет в пользу другого. Этот аргумент часто опровергается, иногда даже теми, кто активно занимается рекламированием табака; они соглашаются, что реклама действительно направлена и приводит к увеличению продажи или поддержанию продажи табака на уровне более высоком, чем это может быть достигнуто другим путем.

В ряде стран частичные запреты на рекламу и добровольные ограничительные меры были опробованы и найдены недостаточно эффективными, поскольку производители табака вкладывали средства в другие формы рекламы, вели переговоры в отношении ослабления существующих законов, или, по договоренности, находили лазейки для того, чтобы обойти эти законы.

По данным Комитета 13 стран уже ввели полное запрещение рекламы табака.

Для законодательства может быть желательным, чтобы информация о менее вредных формах курения была бы пока еще доступной (с помощью оповещения через специальные государственные учреждения) и чтобы какое-нибудь государственное учреждение обладало правом определять, что может составлять, например, рекламу табака.

Там, где ограничения применяются только в отношении рекламы или содействия распространению сигарет, табачные промышленники часто способствуют распространению других видов табачных изделий (сигар, малых сигар, трубочного табака) с наименованиями сортов, подобных наименованиям сигарет. Ни одно из ограничений по торговой рекламе не может быть эффективным до тех пор, пока оно не распространяется на все виды табачных изделий.

Получить доказательства конкретной эффективности запрещения рекламы табака не так легко, поскольку действующие меры обычно обеспечивают частичное запрещение и не сопровождаются санитарным просвещением или применяются в обществе, где все виды рекламы ограничены. В Норвегии, однако, запрещение рекламы табака с 1975 г., вместе с обширной программой санитарного просвещения вызвало заметное и быстрое снижение уровня курения среди мужчин (101). Эти данные являются обнадеживающими и могут указывать на то, что обширные программы, включающие запрет на рекламу, могут давать более быстрые результаты, чем органы здравоохранения ожидали в прошлом.

Запрещение рекламы может, естественно, преследовать совершенно другие цели. Оно может служить, например, средством защиты национальной табачной монополии от мировой конкуренции. Нельзя ожидать, что запрет, имеющий

такую цель и не поддерживаемый программами санитарного просвещения, сможет повлиять на уровень потребления табака.

8.2. Предупреждения о вреде курения для здоровья

Сейчас широко принято, чтобы на многих продуктах потребления, включая сигареты, имелась информация об их составе (раздел 8.3) и возможном вреде для здоровья. Хотя в нормальных условиях добровольное согласие более желательно, чем законодательные меры, опыт в отношении рекламы табака показывает, что табачные промышленники в целом не соглашаются добровольно на введение предупреждений о вреде для здоровья, которые точно отражают точку зрения органов здравоохранения, и они предпринимают все возможное, чтобы свести до минимума воздействие таких предупреждений.

В настоящее время предупреждения о вреде для здоровья на сигаретных пачках и в рекламе введены во многих странах. Продуманная система предупреждений введена в рамках Шведского Акта о табаке: на сигаретной пачке помещается один из 16 различных вариантов предупреждений. Необходимо, чтобы все 16 вариантов предупреждений появлялись примерно с одинаковой частотой — то есть отдельный промышленник не может ограничиваться одним предупреждением. Это создает гарантию того, что курильщик не будет привыкать к одному и тому же предупреждению.

Введение мандатной системы предупреждений служит еще одним доказательством озабоченности правительства по поводу проблемы влияния курения на здоровье. Крайне важно соблюдать точную спецификацию предупреждения, так чтобы его эффект не нивелировался дизайном пачки или другими средствами.

Следует позаботиться о том, чтобы любое используемое предупреждение было точным и убедительным для населения в целом, и при этом правительство должно сохранять за собой право менять текст предупреждения по желанию.

Существует мнение, что введение предупреждения о вреде для здоровья может позволить табачным промышленникам избежать законной ответственности за последствия потребления их продукции. Это не совсем так, и это не может служить убедительным аргументом против применения предупреждений о вреде для здоровья.

8.3. Описание продукции

Общепризнано, что многие продукты потребления должны нести на себе информацию об их потенциально вредных компонентах. В некоторых странах информация о содержании в

сигаретном дыме таких веществ как смола, никотин и окись углерода дается на пачках и/или рекламах.

Хотя пока еще невозможно точно установить природу связи между составными элементами сигарет и различными заболеваниями, связанными с курением, имеются убедительные данные о том, что определенные компоненты сигарет, действительно, вносят свой вклад в развитие специфических заболеваний, связанных с курением, и что сигареты с меньшим выходом таких веществ менее вредны для здоровья, хотя все-таки вредны. Поскольку точная взаимосвязь воздействия неизвестна, желательно снизить содержание всех вредных веществ в сигаретах. Цель информации об этих веществах частично состоит в предостережении курящих и частично в оказании помощи курящим в выборе менее вредных сортов.

Снабжая информацией о составных частях табачного дыма, следует позаботиться, чтобы:

(1) население не было запутано сведениями о различных веществах настолько, что оно не сможет сделать рациональный выбор — например, прежде, чем станет понятным содержание смолы, указанное на пачках, следует опубликовать возможные величины содержания этого вещества;

(2) информация о содержании вредных веществ не использовалась бы промышленниками для утверждения, что определенные сорта являются «безопасными»;

(3) тесты для определения содержания вредных веществ были стандартизованными;

(4) тип информации менялся в соответствии со знаниями населения (но не слишком часто, чтобы не запутывать курящего).

8.4. Верхний предел содержания вредных веществ

Было определено, что некоторые вещества в табачных изделиях вредны для здоровья, но промышленники разработали методики, которые позволили им регулировать содержание смолы, никотина, окиси углерода и других веществ в соответствии с требованиями. Во многих странах среднее содержание смолы и никотина было значительно уменьшено: в Австралии ни в одном из сортов содержание смолы в одной сигарете не превышает 22 мг; в Канаде — 18 мг. Имеются достаточно убедительные эмпирические данные о том, что курящие не компенсируют выкуриванием большего числа сигарет постепенное снижение содержания смолы и никотина.

В некоторых странах может быть необходимо в законодательном порядке ограничить специфический максимум содерж-

жания смолы, никотина и окиси углерода. С другой стороны, Норвежский Акт о табаке предоставляет возможность правительству в любое время издавать указы относительно состава сигарет. В развивающихся странах, возможно, применение законодательных мер будет более эффективным в снижении содержания вредных веществ, чем любые другие средства.

Важно, чтобы до принятия любого решения относительно максимально допустимых уровней, приемлемых для данной страны, оно было проконсультировано с научными и медицинскими специалистами. В Великобритании, например, Королевский колледж врачей рекомендовал установить верхний предел содержания смолы 15 мг и никотина 1 мг в одной сигарете, и эти вопросы находятся под постоянным контролем Комитета, консультирующего правительство.

Экспорт сигарет, которые не отвечают современным стандартам в экспортирующей стране, является настолько же неприемлемым, как и экспорт любого сорта лекарств, не отвечающих стандартам.

8.5. Налогообложение

Большинство стран считают, что налогообложение представляет удобную возможность для увеличения дохода. Иногда утверждают, что доход, увеличенный таким образом, оправдывает отсутствие деятельности по борьбе с курением, но этот аргумент не учитывает реальной стоимости для экономики заболеваний, связанных с курением, смерти, разрушений, вызванных пожарами вследствие курения и возможности снижения смертности и заболеваемости. Вряд ли можно допускать, чтобы вред здоровью был приемлемым побочным действием определенной финансовой политики. Системы налогообложения табака различны, однако все они должны оставаться достаточно подвижными, чтобы позволять правительствам поднимать общий уровень налогов или применять систему дифференцированного налогообложения.

Вероятнее всего, что регулярное значительное повышение цен может способствовать сокращению продажи.

Повышение цен время от времени может привести только к временному уменьшению продажи: чтобы быть эффективным, повышение цен должно быть как регулярным (ежегодным), так и значительным по уровню, чтобы заставить курящего учитывать возможные изменения в образе жизни, если он будет поддерживать прежний уровень курения.

Даже в случае роста цен и налога на сигареты общая стоимость может отставать от темпа инфляции. Тем не менее, вероятно, что в обществе, где большинство курящих знает о вреде курения, пропаганда, осуществляемая во время повышения налога на табак, имеет большее значение, чем само по

себе увеличение налога. Более того, если правительство объявляет, что политика налогообложения табака, по крайней мере, отчасти основывается на соображениях охраны здоровья, другие аспекты кампании по борьбе с курением населения будут восприниматься населением с большим доверием и, следовательно, они будут более эффективными.

В Финляндии Акт о табаке требует, что определенная часть дополнительного дохода от увеличения налогообложения табака была истрачена на рекламу против курения. Подобное законодательство похвально, хотя во многих странах конвенция запрещает подобную практику.

Имея в виду, что опыт (Великобритании, например) показывает, что регулярное увеличение налога на сигареты способствует сокращению как потребления табака, так и распространенности курения, логично рекомендовать регулярное ежегодное увеличение налога. Единственным серьезным аргументом против увеличения налога является тот факт, что при слишком высоком налоге он может иметь обратное действие в смысле возникновения черного рынка и, с этой точки зрения, увеличение его, вероятно, не должно превышать 20% в год. Опасения в отношении краткосрочных потерь дохода, обычно не обоснованы, поскольку дополнительная уплата налога теми, кто продолжает курить, компенсирует то, что является вследствие уменьшения или прекращения потребления табака (88).

Налогообложение может быть использовано для того, чтобы заставить продолжающих курить перейти на другие формы курения, возможно, менее вредные для здоровья. Трубочный табак и сигары часто облагаются меньшим чем сигареты налогом, хотя имеющиеся сейчас данные указывают, что многие курильщики сигарет, переходя на сигары, продолжают затягиваться и, в результате, риск для здоровья не уменьшается.

Дифференцированное налогообложение, которое способствует тому, чтобы курильщики сигарет переходили на менее вредные сорта, было введено в Нью-Йорке (временно), Австрии и Великобритании¹. Дополнительный налог может прямо соответствовать содержанию смолы и никотина в данном сорте или — как это принято в Великобритании и Австрии — это распространяется на сорта, в которых содержание этих веществ выше установленного уровня. Следует учитывать два очень важных фактора:

(1) дифференцированное налогообложение должно быть дополнительным, делающим более вредные сорта более дорогими;

¹ Налоги в Великобритании на сорта, содержащие 20 мг смолы или более, согласованы с Европейским Экономическим Сообществом и будут предметом специального изучения ЕЭС.

(2) законодательство должно обеспечивать постепенное снижение уровня содержания вредных веществ, при котором вводится дифференцированное налогообложение.

Другим обоснованием для регулярного увеличения налогов является то, что более высокая цена, возможно, будет препятствовать распространению курения среди молодежи.

8.6. Ограничение продажи

Обычно табачные изделия не продаются детям (до 15 или 16 лет). Законодательство по этому поводу уже существует во многих странах и необходимо, чтобы в национальных программах по санитарному просвещению и борьбе с курением уделялось этому серьезное внимание. Подобное законодательство должно обычно наказывать продавца, а не ребенка, покупающего табак — при этом не должно быть исключений. Поскольку такое законодательство является приоритетным, существует опасность, что дальнейшее ограничение может вылияться в то, что курение будет казаться привилегией, доступной только для взрослых и, таким образом, привлекательной для детей.

При идеальной программе по борьбе с курением сигареты должны продаваться в специальных торговых точках (которым, возможно, выдается лицензия на продажу). Если это неосуществимо, следует попытаться, по крайней мере, обеспечить продажу сигарет только в пачках, поскольку во многих развивающихся странах сигареты продаются поштучно, что ведет к большему распространению курения среди бедных слоев населения и молодежи. Табачные изделия не должны, конечно, продаваться с помощью торговых автоматов на улице, где они могут быть легко доступными для детей.

Правительства, а также органы здравоохранения и просвещения несут особую ответственность за обеспечение того, чтобы табачные изделия не продавались и не рекламировались в учреждениях, находящихся в их ведении.

Следует приложить все усилия к тому, чтобы сведения о содержании смолы, никотина и окиси углерода в различных сортах сигарет демонстрировались в торговых точках. Эти сведения должны контролироваться правительством и не даваться в форме, которая не способствует распространению курения.

8.7. Ограничение курения в общественных местах

Некурящие все больше заботятся о своем праве дышать воздухом, не загрязненным табачным дымом. Многие находят табачный дым неприятным и отвратительным, а для некото-

рых — особенно очень молодых — пассивное курение может стать причиной ухудшения здоровья. Многие некурящие считают невозможным сохранять «здоровье» в том определении, которое дает ВОЗ, в накуренной обстановке.

Некоторые опросы общественного мнения показали, что $\frac{3}{4}$ населения, включая большинство курящих, высказываются в пользу дальнейшего ограничения курения в общественных местах.

В некоторых странах уже прекрасно обеспечена охрана прав некурящих. В ряде стран отсутствие курения в общественных местах считается нормой поведения, что часто подкрепляется в законодательном порядке. Более чем в 30 штатах США вышли законы, охраняющие права некурящих.

Комитет экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье (1) подчеркнул, что растущая заинтересованность некурящих в обеспечении защиты своего права дышать воздухом, свободным от загрязнения сигаретным дымом, в ряде случаев приводит к установлению ограничений курения в общественных местах. Хотя основная цель таких ограничений — защита некурящих, но они могут иметь и положительный побочный эффект — уменьшение возможности курить для самих курящих и тем самым создание условий для снижения потребления табачных изделий. Хотя считается, что попытка добиться уменьшения курения сигарет с помощью накладывания ограничений на людей против их воли обречена на неудачу, опыт показывает, что необходимо усилить запрет на курение в общественном транспорте и других местах скопления народа, таких, как магазины, театры и рестораны, чтобы защитить некурящих от вредного воздействия табачного дыма. Далее, если курильщики часто сталкиваются с такими запретами, то это увеличивает вероятность понимания ими того, что их привычка не только создает неудобства, но и не столь непреодолима, как они думали.

В странах, где уровень курения снижается, количество помещений, свободных от курения, может быть вполне увеличено без законодательных мер. Те, кто отвечает за общественный транспорт и места развлечений, чутко реагируют на общественное мнение и изменяют свою политику, если видят изменения в отношении, в данном случае, к курению.

Основной целью обеспечения отсутствия курения в общественных местах является не преследование курильщика, а защита некурящего и, во многих ситуациях, следует предусмотреть наличие специальных мест только для курящих так, чтобы отсутствие курения воспринималось как норма поведения. Все места, где запрещено курение, и все ограничения должны четко определяться, пропагандироваться и строго соблюдаться.

Особенно важно, чтобы больницы и другие учреждения здравоохранения подавали пример в установлении отсутствия курения как нормы поведения, а официальные встречи по вопросам здравоохранения должны проходить в атмосфере воздержания от курения.

8.8. Ограничение курения на рабочем месте

Некоторые профессии, в частности в асбестовой промышленности, сопряжены с особенно высоким риском для курящих. Фильтрация атмосферного воздуха и другие защитные мероприятия полезны, но величина синергичного риска настолько большая, что там, где имеет место воздействие асбестовой пыли, курение должно запрещаться законом, как, например, в Норвегии. Курящие, в их же собственных интересах, не должны поступать на работу в эту отрасль. Подобные меры следует принимать в урановой и других видах промышленности, где курение может отягощать профессиональные заболевания.

Поскольку у курящих наблюдается повышенная заболеваемость и в связи с этим частое отсутствие на работе, а также повышенный риск возникновения несчастных случаев, промышленность следует нацеливать, если необходимо, с помощью законодательных мер, на осуществление программ информации, против курения и программ по прекращению курения в рамках медико-санитарной службы и охраны труда.

Некурящим особенно трудно находиться в накуренном помещении на работе и могут потребоваться определенные правила для их защиты. Государственные учреждения должны подавать пример в этом отношении¹.

Повышенный персональный риск курильщиков влечет за собой сопутствующий риск для других, за чью безопасность курящие могут отвечать в силу особенностей работы (например, пилоты самолетов). Очевидно, что курение может приводить к опасным ситуациям для курящих и всех других в условиях определенного производства (например, в горнодобывающей промышленности и при работе с легко воспламеняемыми материалами).

¹ В 1971 г. Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения США выпустило серию правил для своих сотрудников с целью защиты некурящих от необходимости работать в накуренном помещении. В течение нескольких лет подобные правила были приняты в отношении всех государственных служащих. В начале 1978 г. были приняты и готовятся к применению еще более строгие правила для всех государственных учреждений. Эти правила предусматривают, чтобы каждый работник мог работать в атмосфере, свободной от табачного дыма, чтобы в конференц-залах и классных комнатах не допускалось курение и чтобы в местах общественного питания отводились отдельные помещения для курящих и некурящих.

8.9. Случаи для применения законодательства

Жесткие меры по борьбе с курением встречают протест со стороны табачных промышленников, прежде всего на том основании, что подобные меры служат излишним ограничением свободы и что нет достаточных доказательств их эффективности.

Ни один из этих аргументов неприемлем. «Свобода» должна рассматриваться не как свобода производителя рекламировать и распространять известную угрозу для здоровья, но как свобода и способность общества принимать меры по охране здоровья населения. Пройдет много лет, прежде чем будет получено окончательное «доказательство» ценности мероприятий по борьбе с курением; при этом средства и масштаб их применения, также как и комбинация мер будут настолько варьировать в зависимости от страны, что даже тогда, как и сейчас, можно будет только утверждать, что оснований для введения подобных мер более чем достаточно, что они не ограничивают личную свободу в большей степени, чем это допустимо в организованном обществе, что существуют убедительные данные в пользу их эффективности во всем мире, что, в худшем случае, они не принесут вреда и, что любое правительство, ожидающее «доказательства» их эффективности, несет ответственность за то, что своей бездеятельностью оно способствует преждевременной смерти и заболеваниям людей. Разрешать рекламу табачных изделий, это — разрешать эксперимент, который, по мнению Комитета, уже имеет серьезнейшие последствия для здоровья и будет поддерживать на том же уровне, если не усугублять, отрицательное воздействие курения на здоровье. Эксперимент с запрещением этой рекламы не может быть вредным для здоровья. Единственные серьезные возражения возникают со стороны тех, кто защищает финансовые интересы производителей табака и лиц, занимающихся рекламой табачных изделий.

Нельзя ожидать, что любое отдельно взятое мероприятие по борьбе с курением может само по себе решить проблему курения. Рекомендуемые мероприятия должны всегда рассматриваться как часть общей стратегии, где законодательные меры служат только одним, хотя и необходимым, компонентом.

Законодательные меры в этой области преследуют следующие основные цели:

- (1) способствовать снижению уровня курения или не допускать его роста;
- (2) содействовать санитарно-просветительной работе, которая вряд ли будет эффективной без сочетания с законодательными мерами;

(3) показать озабоченность правительства, что очень важно, поскольку многие члены общества считают, что отсутствие законодательных мер показывает, что правительство не считает курение серьезной проблемой здравоохранения;

(4) влиять на отношение общества к курению; введение и применение соответствующего законодательства показывает, что правительство и органы здравоохранения рассматривают курение как нежелательное действие в социальном (и медицинском) аспекте.

(5) содействовать уменьшению вреда для здоровья тех, кто продолжает курить;

(6) ограничивать время воздействия сигаретного дыма на некурящих.

Обычно считают, что полное запрещение продажи табака невозможно в свободном обществе и создаст больше проблем, чем решит. Цель мер по борьбе с курением состоит не в том, чтобы наказывать курящих, а в признании отсутствия курения как нормы поведения.

Законодательным мерам должна оказываться поддержка со стороны населения, в противном случае их выполнение становится невозможным. В некоторых странах, по-видимому, необходимо подходить к осуществлению комплексной программы по борьбе с курением, начиная с прогрессивных мер, таких, как добровольные кодексы поведения и частичные ограничения рекламы табачных изделий. Эти меры значительно более предпочтительны, чем полное бездействие, однако необходимо сознавать, что они являются лишь промежуточными мерами. В конечном итоге их следует заменить законодательными мерами, которые продемонстрируют признание правительством серьезности проблемы.

Сотрудничество с представителями табачной промышленности иногда рассматривается как приемлемое средство снижения уровня курения, однако опыт многих стран показал, что табачная промышленность всегда стремится снизить эффект практически всех мероприятий по борьбе с курением и, вообще, без национального соглашения с законодательством или добровольными кодексами, которые могут оказаться неблагоприятное влияние на торговлю табаком. Было бы удивительно с коммерческой точки зрения, если бы это было не так.

То, что мотивом для проведения мероприятий по борьбе с курением служит охрана здоровья населения, должно быть признанным фактом. И хотя ограничение курения в общественных местах встретит полную поддержку со стороны тех, для кого курение неприятно, следует призывать правительства и местные власти защищать права некурящих в первую

очередь потому, что таким образом они будут способствовать созданию общества, в котором курение менее приемлемо в социальном смысле и тем самым менее распространено.

8.10. Осуществление законодательных мер

Законодательство, запрещающее продавать сигареты детям, существует в Великобритании давно, однако недавние опросы показали, что 86 % продавцов табачных изделий нарушают закон. Если законодательные меры и другие ограничения (например, ограничение курения в общественных местах) не выполняются должным образом, они почти теряют свое значение и могут даже приводить к обратному результату. Правительства ответственны за создание механизмов, обеспечивающих уважение к законодательным мерам, и отношение к ним не как к форме ограничения, а как к средству освобождения общества от проблем вредного воздействия курения на здоровье.

8.11. Международные аспекты законодательных мер

Статья 19 Устава ВОЗ наделяет Всемирную ассамблею здравоохранения правом принимать конвенции или соглашения. Статья 21 уполномочивает Ассамблею здравоохранения вырабатывать инструкции, касающиеся безопасности биологических, фармацевтических или подобных веществ, поступающих в сферу международной торговли, а также по поводу рекламы и этикеток этой продукции. Эти полномочия не использовались в отношении табачных изделий, и Ассамблея здравоохранения должна решить, будут ли они использованы для достижения целей ВОЗ, и если будут, то когда. Комитет полагает, что такая необходимость может возникнуть, если программа, описанная в этом докладе, не даст результатов в пределах обозримого периода времени.

Некоторые группы стран могут гармонично развивать законодательные меры по таким направлениям, как ограничение содержания вредных веществ, ограничение рекламирования табака, публикация предупреждений о вреде для здоровья (которые следует делать разнообразными и периодически менять), а также стандартизация методов определения содержания токсических веществ.

Информацию о законодательстве по борьбе с курением в различных странах можно получить в ВОЗ. Комитет не дает обзора положения в деталях, поскольку оно очень быстро меняется. Те, кто желают получить сведения о законодательстве по таким вопросам, как контроль или запрещение рекламы, курение в общественных местах, предупреждение о вреде

для здоровья, курение среди лиц определенных профессий и нормативы содержания токсических веществ, могут обратиться в ВОЗ¹.

8.12. Оценка законодательных мер

Действия по борьбе с курением традиционно — и при этом ошибочно — оцениваются по краткосрочному эффекту конкретных мероприятий, а не по отдаленным результатам комплексных программ. Необходимо как можно чаще подчеркивать, что законодательные и ограничительные меры являются лишь частью общей программы, на успех которой нельзя рассчитывать без применения либо чрезвычайно жестких мер, либо постоянного санитарного просвещения населения. Для разработки критериев оценки, при отсутствии района или страны, которые могли бы служить соответствующим контролем, следует использовать данные о тенденциях курения — например, об уровне потребления табака, о среднем содержании смолы, общем объеме продажи табака и распространенности курения в группах, на которые нацелена программа, в частности, среди детей.

Многие ограничительные меры направлены, в первую очередь, на устойчивое изменение отношения к курению, так, что любые благоприятные изменения, наблюдаемые через короткий промежуток времени (как, например, в Норвегии, Швеции, Великобритании, США) являются желательными, но они не могут быть единственным оправданием применения ограничительных мер. Эффективность этих мероприятий — даже в пределах ближайшего времени — следует оценивать не только по последним тенденциям, но в сравнении их с теми, которые ранее прогнозировались.

Некоторые исследователи неправильно пытались оценивать, например, эффективность частичного запрета рекламы без учета других факторов (таких, как цена или альтернативные формы торговой рекламы).

Любое правительство, которое в ожидании оценки эффективности долгосрочной программы законодательных мероприятий другой страны не приступает к решительным действиям, своей пассивностью способствует распространению эпидемии курения и демонстрирует неспособность понять цели подобных законодательных мер.

Хотя отдельные меры чаще всего бывают эффективными, если они осуществляются в рамках всеобъемлющей программы, тем не менее имеются доказательства во всем мире, что даже проводимые изолированно подобные меры снижают уро-

¹ Медико-санитарное законодательство, Всемирная организация здравоохранения. 1211, Женева, 27, Швейцария.

вень курения или замедляют его рост. В конечном итоге оправданность законодательных мер будет доказана изменениями в статистике смертности и заболеваемости.

9. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ ПРИВЫЧКИ КУРЕНЯ

9.1. Бросившие курить

В ряде стран, где курение было широко распространено в течение длительного времени, в последние годы наблюдаются обнадеживающие признаки снижения потребления табака, несмотря на рост его потребления во всем мире в целом. Частично это обусловлено тем, что теперь меньшее число людей начинают курить, а частично тем, что люди бросают курить.

В США в 1975 г. 38% лиц в возрасте 13 лет и старше, ранее куривших регулярно, бросили курить. Число бросивших курить резко возросло, о чем свидетельствует тот факт, что в 1955 г. они составляли 16%, а в 1965 г. — 27%. В группе лиц в возрасте 13—19 лет бросили курить 34% юношей и 35% девушек, в возрасте 20 лет и старше бросили курить 42% мужчин и 33% женщин. В Великобритании количество мужчин старше 16 лет, бросивших курить, возросло с 23% в 1972 г. до 27% в 1976 г., а количество женщин — с 10% до 13%.

Эти цифры говорят о том, что сейчас существует большое число людей, бросивших курить; всего в США они сейчас насчитывают 35 миллионов; в Великобритании — 8 миллионов. Недавние сообщения из скандинавских стран показывают, что подобные изменения наблюдаются и там, хотя они наметились недавно. Подавляющее большинство тех, кто бросил (возможно, $\frac{9}{10}$) сделали это по собственной инициативе, без какой-либо помощи со стороны учреждений или специалистов. Растущее число бросивших курить — фактор, который может помочь понять тем, кто хочет бросить курить, что это возможно, и придать им уверенности в их попытке. Там, где в социальном отношении курение становится неприемлемым и все более ограничивается в общественных местах, курящему, по-видимому, легче совсем бросить курить и найти большую поддержку в семье, у друзей и в обществе.

9.2. Процесс прекращения курения

Недавно были представлены статистические данные (102) об изменениях в процессе прекращения курения в США за три временных периода между 1964 и 1975 гг. (см. табл. 2). Эти данные отражают процесс прекращения курения, начиная с намерения и решения попробовать бросить курить, затем «отказа» от сигарет (принимаемого как прекращение курения в

Таблица 2. Процент курящих в США, успешно предпринимающих шаги к прекращению курения

	(1) Курящие, намеревающиеся бросить курить	(2) Курящие, пытающиеся бросить курить (в % от колонки 1)	(3) Некурящие в течение 1 мес (в % от колонки 2)	(4) Некурящие в течение 1 года (в % от колонки 3)	(5) Бросающие курить в % от общего числа курящих (1)×(2)	(6) Степень успеха пытающихся бросить курить (3)×(4)	(7) Уровень прекращения курения
1964—1966 гг.	56	6	45	44	37	20	7
1966—1970 гг.	86	71	65	55	61	36	22
1970—1975 гг.	84	68	84	36	57	30	17

Источник: Horn D., Who is quitting and why. В кн. *Proceedings of International Conference on Smoking Cessation, New York, June 1978*. New York, American Cancer Society, 1979.

течение одного месяца), вплоть до длительного прекращения курения (принимаемого как прекращение курения в течение одного года). На основании этих данных о «текущем» курения среди населения США автор исследования делает следующие выводы.

(1) Значительный рост с 1968 г. числа людей, «серьезно думающих о том, чтобы бросить курить», по-видимому, послужил результатом интенсивной телевизионной рекламы в 1968—1971 гг., направленной против курения. Большая озабоченность этой проблемой сохранялась и после того, как указанная информация перестала поступать в таком масштабе.

(2) Число людей, решивших попытаться бросить курить, не увеличилось заметно по прошествии нескольких лет, что говорит о значении повышения уровня общественного сознания, заставляющего большее число лиц предпринять попытки к прекращению курения.

(3) Резкое увеличение численности людей, способных бросить курить, с 45 до 84 % за 10-летний период исследования, вероятно, отражает прежде всего снижение зависимости от никотина в результате значительного «сдвига» в сторону сигарет с меньшим содержанием смолы и никотина и, во-вторых, растущую общественную поддержку тем, кто бросает курить, а также все большее ограничение мест, где люди могут курить. Удивительно, однако, что все эти факторы не привели к аналогичному прогрессивному росту числа лиц, некурящих по прошествии первого года после прекращения курения.

(4) Высокий процент лиц, воздерживающихся от курения на протяжении одного года в период интенсивной массовой информации, позволяет считать, что система массовых пере-

дач для поддержки большого числа людей, недавно пополнивших группу некурящих, может быть весьма полезной. Малый процент лиц, которые продолжают воздерживаться от курения в конце первого года, свидетельствует о том, что когда достигается уровень, при котором около 50% людей бросило курить, как это наблюдается в некоторых группах населения в США, остальные — те, кто не хочет или не может бросить курить, представляют собой особую, более резистентную группу.

Эти данные показывают, что произошло в одной стране в период настойчивых и довольно успешных усилий, направленных на изменение привычек курения. Они представлены потому, что отражают общие принципы, которые могут применяться при решении проблемы в других странах.

9.3. Методы прекращения курения

9.3.1. Клиники

Было апробировано много способов прекращения курения (103), включая использование клиник для прекращения курения, применяющих разнообразные методы. Наиболее часто применяются методы группового лечения, консультации и обсуждения. Использовались специфические лечебные меры, а новые из них (лекарственные средства, гипноз, заменители никотина, никотиновая жевательная резинка, электро-отпугивающее лечение и быстрое курение) продолжают апробироваться, однако окончательные результаты пока еще не получены. Специфические методы, по-видимому, менее эффективны, чем общее неспецифическое воздействие убеждения, решений, усилий и постоянной поддержки. Кратковременный успех может наблюдаться в 80% случаев, но обычно уровень рецидивов бывает достаточно высоким и долгосрочный успех (воздержание от курения в течение одного года) составляет 15—25%. С первого взгляда этот уровень может показаться низким, однако те, кто обращается в клиники, обычно принадлежат к группам высокого риска развития заболеваний, для которых успех приносит наиболее ценные плоды в смысле сохранения здоровья и продления жизни. Среди тех, кто обращается в клиники, есть много лиц с выраженной зависимостью от курения, которая, возможно, является следствием того, что они используют курение как метод решения проблем, чтобы ослабить нервное напряжение и уменьшить стресс. Эти люди, по-видимому, менее всего добиваются успеха самостоятельно и, как группа, они чаще всего подвержены рецидиву.

Применяя некоторые из недорогостоящих методов, обсуждаемых ниже, разумно оставлять более дорогостоящие подх-

ды с использованием клиник для тех, кто входит в группы высокого риска, а именно, злостных курильщиков, лиц с заболеваниями, обусловленными курением, тех, кому настоятельно необходимо бросить курить для проведения хирургического лечения болезней, не связанных с курением, беременных женщин и тех, кто подвергается воздействию профессиональных вредностей, таких как асbestовая пыль или разнообразные химические вещества и виды пыли, поражающие дыхательную систему. К другой группе, которой показано лечение в клинике, относятся лидеры общественного мнения, медицинские сестры и другой персонал здравоохранения, чье продолжающееся курение может оказывать неблагоприятное влияние на всю кампанию по сокращению курения.

Помимо того, что в клинике достигается определенный уровень прекращения курения, само по себе наличие таких клиник может оказывать благоприятное воздействие. Это убеждает в серьезности проблемы и тем самым усиливает действие санитарного просвещения. Это также может оказывать положительный эффект в смысле повышения уровня «спонтанного» прекращения курения.

9.3.2. Другие методы

Сейчас апробируются менее дорогостоящие методы помощи отдельным лицам в прекращении курения, хотя еще мало известно об их долгосрочной эффективности. Но если их можно будет применять в достаточно широком масштабе даже значительно более низкий уровень успеха теоретически может выльиться в более значительное число лиц, бросивших курить. Эти методы используют средства массовой информации с тем, чтобы максимально обеспечить индивидуальный подход не только с помощью информационного материала, направленного на усиление побуждения бросить курить, но также с помощью инструкций, разработанных для того, чтобы конкретно помочь в прекращении курения. Для наиболее перспективных из этих методов разработана система, стимулирующая двустороннюю связь с лицами, которые пытаются бросить курить. При этом задействованы такие средства информации, как радио и телевидение, газеты и журналы, почта и телефон. Телефонные методы включают в себя использование специальных номеров для оказания помощи в случае неотложных проблем и получения различной информации, записанной на магнитофонную пленку.

Все эти методы имеют свои преимущества и недостатки. Например, журналы являются хорошим средством для связи с особыми группами населения, такими, как женщины, профсоюзы и профессиональные группы. Они удобны для проведения продолжительных программ, но в то же время они могут

потребовать значительных усилий при, вероятно, небольшой отдаче.

Помимо этих методов очень важно помочь отдельным лицам осознать серьезность их собственной проблемы курения с тем, чтобы они приняли участие в разработке персональной стратегии, которая поможет им бросить курить и продолжать воздерживаться от курения.

Курение и прекращение курения в большой степени зависят от особенностей местной культуры, отношения общества к курению и от общего уровня развития средств информации населения. Не следует рекомендовать какие-либо специфические мероприятия для отдельных стран без тщательного изучения положения в этих странах и той роли, которую играет курение в их культуре. С точки зрения экономического эффекта эти мероприятия могут быть весьма выгодными (97).

9.3.3. Роль персонала здравоохранения

Эффективным и недорогим методом индивидуальной помощи в прекращении курения являются непосредственный совет и поддержка со стороны врача. Этот совет, естественно, будет менее весомым, если врач курит. Он может стать более эффективным, если больному дается брошюра, содержащая основные данные о привычке курения и особенностях его прекращения.

Многие рассматривают эту деятельность как прямую обязанность лиц медицинской профессии, что может потребовать специальной подготовки и проведения программ информации, направленных на врачей. В обязанности медицинских институтов входит обучение врачей в этом плане, а они в свою очередь должны обучать остальной медицинский персонал.

9.3.4. Добровольцы и добровольные организации

Когда возрастает понимание того риска, который создает курение для здоровья, часто бывает так, что отдельные лица и группы населения хотят принять меры профилактического характера. Многие добровольные организации во всем мире сыграли важную роль в осуществлении программ в этой области. Органы здравоохранения должны поощрять добровольную деятельность и решать, как наилучшим образом скоординировать ее с их собственными программами по борьбе с курением.

9.4. Оценка

Какой бы ни применялся подход к поощрению прекращения курения, важно разработать систему оценки, если это возможно. Основные данные должны быть достаточно эффективны.

тивно собраны, чтобы, по крайней мере, можно было определить основные демографические характеристики участников исследования. Желательно добавить к этому дальнейшую информацию об особенностях курения, мотивах, отношении к этому вопросу и т. д., если выбранный подход позволяет это сделать. Эти данные должны быть получены стандартным способом с тем, чтобы было возможным проведение сравнительных исследований.

Определение краткосрочных результатов следует проводить примерно через один месяц. Безусловно, определение долгосрочных результатов следует проводить как можно позднее, желательно через год после начала мероприятия. Данные о результатах должны быть, по возможности, полными. Хотя полное прекращение курения является наиболее желательным результатом, следует учитывать и частичный успех значительного снижения дозы потребления.

Помогать отдельным лицам избежать рецидива настолько же важно, насколько помогать им бросить курить, и система постоянной поддержки должна быть частью программы. Эта система поддержки должна включать механизм обратной связи для определения факторов, ведущих к рецидиву, позволяя таким образом выработать более удовлетворительные методы профилактики. В этой области еще требуется большая исследовательская работа. Опасения в отношении прибавления массы тела служат причиной, которой часто объясняют возникновение рецидива, хотя это необязательно бывает истинной причиной.

Для некоторых упомянутых методов (например, некоторых телефонных систем) организация удовлетворительной оценки может оказаться слишком дорогостоящей. Стандарты для оценки программ прекращения курения разрабатывались и совершенствовались в течение многих лет (103). В прошлом не раз делались преждевременные заявления и к этим заявлениям следует относиться с большой осторожностью, до тех пор, пока эти программы не будут тщательно оценены.

10. РЕКОМЕНДАЦИИ

Комитет разработал несколько новых рекомендаций, которые призваны изменить ситуацию, особенно в области борьбы с курением в развивающихся странах. Эти рекомендации адресованы Всемирной организации здравоохранения, правительствам (не только министерствам здравоохранения) и официальным организациям; они также служат целям информации населения во всем мире, на чью жизнь может влиять проблема курения.

Рекомендации Комитета Экспертов ВОЗ от 1974 г. воспро-

изведены в Приложении 1 этого доклада. В целом они отражают основную точку зрения Комитета и вновь одобряются.

Рекомендации, адресованные всем странам

1. Комитет рекомендует, чтобы отсутствие курения рассматривалось как норма общественного проведения и чтобы были предприняты все меры, которые могут способствовать формированию такого отношения.

2. Следует полностью запретить все виды рекламы табака.

3. Следует противодействовать расширению экспорта табака и табачных изделий. Следует как можно скорее приступить к сокращению мощностей предприятий, занимающихся выращиванием табака и производством табачных изделий.

4. Правительствам следует представлять себе серьезную опасность для курящих, занятых в некоторых видах производства, и разработать специальные программы, чтобы искоренить курение в этих отраслях производства, применяя законодательные меры, если это необходимо. Синергизм между курением и определенными профессиями обуславливает необходимость тщательного контроля в тех отраслях промышленного производства, где вдыхание токсических веществ представляет проблему и указывает на необходимость проведения исследований в этой области.

5. Следует установить верхние пределы концентрации соответствующих вредных веществ в сигаретах. Эти пределы (для смолы, никотина и окиси углерода) следует постепенно снижать и делать это по возможности быстро. Каждая пачка табачных изделий должна содержать предупреждение о вреде для здоровья и сведения о содержании вредных веществ.

Рекомендации, адресованные развитым странам

1. Следует немедленно прекратить экспорт табачных изделий, содержащих более высокий уровень токсичных веществ, чем тот, который указан на изделиях того же сорта продаваемых внутри страны.

2. На всех упаковках экспортируемого табака следует помешать предупреждения о вреде для здоровья и сведения об уровне содержания вредных веществ, принятом в стране изготовления; эта информация должна быть напечатана таким образом, чтобы она была понятна потребителю.

Рекомендации, адресованные развивающимся странам

1. Страны, где курение представляет ощутимую проблему, должны пытаться бороться с ней методами, разработанными в этом докладе, а те страны, где эта проблема пока не ощу-

щается, должны, в первую очередь, проводить политику, направленную на профилактику курения. Это предполагает разработку системы сбора данных для оценки значимости проблемы, принятие необходимого законодательства и использование методов санитарного просвещения, приемлемых в данных социальных и культурных условиях, особенно в случаях, когда связь и общение затруднены.

2. Ни одной из стран не следует допускать развития табачной промышленности. Следует отдавать предпочтение развитию других, замещающих табак, сельскохозяйственных культур при международной поддержке.

Рекомендации, адресованные системе Организации Объединенных Наций

1. Комитет рекомендует ВОЗ придавать особое значение сотрудничеству в этой области и стимулировать его, насколько возможно. Новые отклики от ФАО, МОТ и ЮНКТАД являются обнадеживающими. Комитет, однако, выражает озабоченность по поводу того, что система Организации Объединенных Наций и Всемирный банк в целом еще не осознали всей важности их вовлечения в программу борьбы с курением во всем мире.

2. ВОЗ несет особую ответственность за обеспечение разработки системы сбора данных по стандартной форме. Комитет рекомендует срочно принять соответствующие меры.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Комитет выражает свою признательность за цennую помощь во время совещания следующим сотрудникам штаб-квартиры ВОЗ: м-ру S. Fluss, Секция медико-санитарного законодательства Бюро публикаций; д-ру I. Khan, Отдел охраны психического здоровья; д-ру V. I. Grabauskas, Отдел неинфекционных болезней, а также д-ру H. E. Hansluwka и д-ру R. Krastev, Секция распространения статистической информации, Отдел санитарной статистики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. WHO Technical Report Series, No. 568, 1975 (*Smoking and its effects on health*).
2. *Smoking and health: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, Department of Health, Education and Welfare, 1979.
3. *Smoking or health: a report of the Royal College of Physicians*. London, Pitman Medical, 1977.
4. *Proceedings of the Third World Conference on Smoking and Health*, 1975. Washington, DC, Department of Health, Education and Welfare, 1977 (Publication NIH 77-1413).
5. Wynder, E. L. et al. *Journal of the American Medical Association*, **213**: 2221 (1970).
6. Hammond, E. C. et al. *Environmental research*, **12**: 263 (1976).
7. Friedman, G. D. et al. *New England journal of medicine*, **290**: 469 (1974).
8. Grimes, D. S. & Goddard, J. *British medical journal*, **2**: 460 (1978).
9. *Smoking and health now: a report of the Royal College of Physicians*. London, Pitman Medical, 1971.
10. Doll, R. & Peto, R. *British medical journal*, **2**: 1525 (1976).
11. Ashford, J. R. *British journal of preventive and social medicine*, **27**: 8 (1973).
12. Doll, R. & Hill, A. B. *British medical journal*, **1**: 1399, 1460 (1964).
13. Hammond, E. C. *National Cancer Institute monographs*, No. 19, p.127 (1966).
14. Kahn, H. A. *National Cancer Institute monographs*, No. 19, p. 1 (1966).
15. Best, E. W. R. *A Canadian study of smoking and health*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1966.
16. Burch, P. R. J. *The biology of cancer: a new approach*. Lancaster, M.T.P. Press, 1976, pp. 303—369.
17. Berry, G. et al. *Lancet*, **2**: 476 (1972).
18. *The health consequences of smoking*. Washington, DC, US Department of Health, Education and Welfare, 1974 (DHEW Publication No. 74-8704), p. 49.
19. Davies, R. F. & Day, T. D. *British journal of cancer*, **23**: 363 (1969).
20. Beral, V. & Kay, C. R. *Lancet*, **2**: 727 (1977).
21. Vessey, M. P. et al. *Lancet*, **2**: 731 (1977).
22. Spain, D. M. & Bradess, V. A. *Chest*, **58**(2): 107 (1970).
23. Sloane, D. et al. *New England journal of medicine*, **298**: 1273 (1978).
24. Wilhelmsson, C. et al. *Lancet*, **1**: 415 (1975).
25. Auerbach, O. et al. *Archives of environmental health*, **22**: 20 (1971).
26. Widmer, L. K. et al. *German medical monthly*, **14**(10): 476 (1969).
27. Oliver, M. F. *British medical journal*, **4**: 253 (1974).
28. Mann, J. I. et al. *British medical journal*, **2**: 241 (1975).
29. Committee on Safety of Medicines. *British medical journal*, **2**: 965 (1977).
30. *British medical journal*, **2**: 947 (1977).
- 30a. Arntzenius, A. C. et al. *Lancet*, **1**: 1221 (1978).
- 30b. Garrison, R. J. et al. *Atherosclerosis*, **30**: 17 (1978).
31. Boudik, F. et al. *Bulletin of the World Organization*, **42**: 711 (1970).
32. Haenszel, W. & Hougen, A. *Journal of chronic diseases*, **25**: 519 (1972).
33. Addington, W. W. et al. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, **63**: 525 (1970).
34. Peters, J. M. & Ferris, B. G. *American review of respiratory diseases*, **95**: 774 (1967).

35. Fletcher, C. M. & Peto, R. *British medical journal*, **1**: 1645 (1977).
36. Lambert, P. M. & Reid, D. D. *Lancet*, **1**: 853 (1970).
37. Auerbach, O. et al. *New England journal of medicine*, **286**: 853 (1972).
38. *Preventing bronchitis*. Luton, Office of Health Economics, 1977.
39. Colley, J. R. T. et al. *Lancet*, **2**: 1032 (1974).
40. Leeder, S. R. et al. *British journal of preventive and social medicine*, **30**: 203, 213 (1976).
41. Kiernan, K. E. et al. *Respiration*, **33**: 236 (1976).
42. Said, G. et al. *Lancet*, **1**: 797 (1977).
43. Bewley, B. et al. *British journal of preventive and social medicine*, **27**: 150 (1973).
44. Backhouse, C. I. *British medical journal*, **1**: 360 (1975).
45. Peters, J. M. & Ferris, B. G., jr. *American review of respiratory diseases*, **95**: 774 (1967).
46. Rawbone, R. G. et al. *Journal of epidemiology and community health*, **32**: 53 (1978).
47. Seely, J. et al. *Science*, **172**: 741 (1971).
48. Obe, G. & Herha, J. *Human genetics*, **41**: 29 (1978).
49. Vizcian, M. *Zeitschrift für Haut- und Geschlechts-Krankheiten*, **44**: 183 (1969).
50. Man, G. & Netter, P. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, **99**: 1113 (1977).
51. Butler, N. R. et al. *British medical journal*, **2**: 127 (1972).
- 51a. Fielding, J. E. & Russo, P. K. *New England journal of medicine*, **298**: 337 (1978).
52. Palmgren, B. et al. *Acta obstetrica et gynaecologia Scandinavica*, **52**: 183 (1973).
53. Manning, F. A. & Feyerabend, C. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **83**: 262 (1976).
54. Garn, S. M. et al. *Lancet*, **2**: 667 (1977).
55. Murphy, J. F. et al. *Lancet*, **2**: 36 (1977).
56. Russell, C. S. et al. *Journal of obstetrics and gynaecology of the British Commonwealth*, **73**: 742 (1966).
57. Underwood, P. et al. *American journal of obstetrics and gynaecology*, **91**: 270 (1965).
58. Kline, J. et al. *New England journal of medicine*, **297**: 793 (1977).
59. *British medical journal*, **1**: 259 (1978).
60. Jick, H. et al. *Lancet*, **1**: 1354 (1977).
61. Daniell, H. W. *Archives of internal medicine*, **136**: 298 (1976).
62. Bailey, A. et al. *Lancet*, **2**: 722 (1977).
63. Hadjionchev, J. et al. *Proceedings of the Sixth International Congress of the International Medical Association for the Study of Living Conditions and Health*, Varna, Bulgaria, 8–12 October 1972. Rome, Leonardo, 1973, p. 405.
64. Georgiev, L. & Karagjozova, T. *Proceedings of the Sixth International Congress of the International Medical Association for the Study of Living Conditions and Health*, Varna, Bulgaria, 8–12 October 1972. Rome, Leonardo, 1973, p. 395.
65. Femi-Pearse, D. et al. *West African medical journal*, **22**: 57 (1973).
66. Gaffuri, E. *Lotta contro la tubercolosi*, **44**: 120 (1974).
67. Lukjan, Z. et al. *Gruzlica i Choroby Pluc*, **43**: 569 (1975).
68. Fine, L. & Peters, J. M. *Archives of environmental health*, **31**: 5 (1976).
69. Berndt, H. *Internist*, **15**: 397 (1974).
70. Wynder, E. L. & Mabuchi, K. Some reflections on the epidemiology of lung cancer. In: Maltoni, C., ed., *Advances in tumor prevention detection and characterization*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1974, vol. 2 (Proceedings of the Second International Symposium on Cancer, Bologna, 9–12 April 1973), p. 146.

71. Newhouse, M. L. Cancer among workers in the asbestos textile industry. In: Bogovski, P. et al., ed., *Biological effects of asbestos*. Lyons, International Agency for Research on Cancer, 1973 (Scientific Publication No. 8), p. 203.
72. Hammond, E. C. & Selikoff, I. J. (1973) Relation of cigarette smoking to risk of death of asbestos-associated disease among insulation workers in United States. In: Bogovski, P. et al., ed., *Biological effects of asbestos*. Lyons, International Agency for Research on Cancer, 1973 (Scientific Publication No. 8), p. 312.
73. Meurman, B. O. et al. Mortality and morbidity of employees of anthophyllite asbestos mines in Finland. In: Bogovski, P. et al., ed., *Biological effects of asbestos*. Lyons, International Agency for Research on Cancer, 1973 (Scientific Publication No. 8), p. 199.
74. Shettigara, P. T. & Morgan, R. W. *Archives of environmental health*, **30**: 517 (1975).
75. Coates, E. O. et al. *Journal of the American Medical Association*, **191**: 95 (1965).
76. De Lellis, R. H. & Candiolo, B. *Revista clínica española*, **134**: 559 (1974).
77. Mindlin de Aptecar, F. R. et al. *Prensa médica argentina*, **61**: 690 (1974).
78. Costello, J. et al. *Chest*, **67**: 417 (1975).
79. Ellestad, M. H. et al. *American journal of cardiology*, **36**: 597 (1975).
80. Gifford, R. W. et al. *American journal of cardiology*, **36**: 613 (1975).
81. Durazzini, G. et al. The importance of the dosage of thiocyanates in urine and blood of flying personnel for the prevention of diseases of visual function. In: Perdriel, G., ed., *Medical requirements and examination procedures in relation to the tasks of today's aircrew: evaluation of the special senses for flying duties*. NATO Advisory Group for Aerospace Research and Development, 1975 (Conference proceedings 152), p. A7—1.
82. Boudene, C. et al. *Archives des maladies professionnelles*, **35**: 869 (1974).
83. Jones, J. G. & Sinclair, A. *Annals of occupational hygiene*, **18**: 15 (1975).
84. Hay, D. R. *New Zealand medical journal*, **86**: 526 (1977).
85. Aronow, W. S. & Isbell, M. W. *Annals of internal medicine*, **79**(3): 392 (1973).
86. Aronow, W. S. *New England journal of medicine*, **299**: 21 (1978).
87. *Smoking and health: a study of the effects of a reduction in cigarette smoking on mortality and morbidity rates, on health care and social security expenditure and on productive potential*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1973.
88. Thompson, M. E. & McLeod, L. *Mathematical scientist*, **1**: 121 (1976).
89. *Marketing and distribution of tobacco*. Geneva, United Nations Conference on Trade and Development, 1978 (Report No. TD/B/C.1/205).
90. Bjartveit, K. & Løchsen, P. M. *World smoking and health*, **4**: 27 (1979).
91. Holme, I. et al. *Lancet*, **2**: 1396 (1976).
92. Bjartveit, K. *Røyking og helse — situasjonen i dag*. [Smoking and health -- the situation today]. Larsen, Ø., ed. *Forebyggende medisin* [Preventive medicine]. Oslo, University Press, 1975, p. 55.
93. *Preventive medicine*, **7**: 260 (1978).
94. Gray, N. ed. *Lung cancer prevention: guidelines for smoking control*. Geneva, International Union Against Cancer, 1977 (Technical Report Series, Vol. 28).
- 94a. *Third survey on smoking and health in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1978 (document No. HES 78.1).

95. FAO production yearbook. Rome, Food and Agriculture Organization, 1976.
 96. WHO Technical Report Series, No. 584, 1976 (*Food and nutrition strategies in national development*).
 97. Influencing smoking behaviour. Geneva, International Union Against Cancer, 1969 (Technical Report Series, Vol. 3).
 98. Ramström, L. In: *Proceedings of the Third World Conference on Smoking and Health, New York, June 1978*. Washington, DC, Department of Health, Education and Welfare, 1977, p. 525.
 99. Gastrin, G. In: *Proceedings of the Third World Conference on Smoking and Health, New York, June 1978*. Washington, DC, Department of Health Education and Welfare, 1977, p. 603.
 100. Ås, B. *Health education journal* (in press).
 101. Bjartveit, K. *Health education journal*, 36: 2 (1977).
 102. Horn, D. Who is quitting and why. In: *Proceedings of International Conference on Smoking Cessation, New York, June 1978*. New York, American Cancer Society, 1979.
 103. *Smoking and health: Proceedings of the Third World Conference on Smoking and Health, New York, June 1975*. Washington, DC, Department of Health, Education and Welfare, 1977 (Publication NIH 77-1413), Chapter 4, Cessation activities.
-

Приложение 1

Новые рекомендации Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с курением от 1978 г. изложены в разделе 10. В некоторых случаях они подкрепляют и усиливают приводимые ниже рекомендации Комитета экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье от 1974 г., которые были полностью одобрены Комитетом.

РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИТЕТА ЭКСПЕРТОВ ВОЗ ПО КУРЕНИЮ И ЕГО ВЛИЯНИЮ НА ЗДОРОВЬЕ ОТ 1974 Г.

Правительствам следует возложить на себя ответственность за осуществление мер по борьбе с курением с помощью своих собственных учреждений, а также за стимулирование неправительственных организаций к проведению аналогичных мероприятий. Эти меры должны включать в себя распространение информации, поддержку мероприятий, направленных на то, чтобы помочь людям бросить курить, принятие законодательных мер в случае необходимости более сильного воздействия, и исследовательскую работу. Приведенные ниже конкретные рекомендации представляют собой дальнейшую разработку рекомендаций, представленных в докладах на двадцать третьей и двадцать четвертой сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения, и основаны на положениях, содержащихся в этих докладах. Совершенно ясно, что разные страны находятся в разной степени готовности к осуществлению этих рекомендаций. Поэтому можно ожидать, что одни страны смогут осуществить приведенные ниже мероприятия в ближайшем будущем, а другие пока не смогут сделать этого или смогут осуществить их до известной степени, или же сочтут, что эти цели можно достичь несколькими другими средствами, более соответствующими традиционным способам решения проблем здравоохранения.

A. Рекомендации для правительств и органов здравоохранения

1. Правительствам следует разработать методику определения, насколько серьезную проблему представляет курение для здравоохранения в данной стране, и если такая проблема имеет место, правительству необходимо рассмотреть вопрос о создании центрального комитета или другой соответствующей организации для координации и надзора за специальными программами по борьбе с курением и его профилактике. Эта

организация должна располагать соответствующими штатами и действовать самостоятельно, что необходимо для выполнения ее функций. Существует много путей создания такой организации в рамках национальных систем здравоохранения, необходимо только предусмотреть для нее четкие задачи, достаточно большой бюджет, соответствующий штат работников, которые бы непосредственно отвечали за решение вопросов, связанных с проблемой курения и здоровья, и располагали бы свободой действий.

2. Различные предпринимаемые действия должны являться взаимоподдерживающими компонентами координированной программы борьбы с курением, которую следует планировать как долгосрочное мероприятие, подлежащее непрерывной оценке и пересмотру. Цели этой программы должны быть следующими:

- добиваться, чтобы как можно меньше молодых людей начинали курить, а если начинают курить, то как можно позже;
- следует как можно большее число людей побуждать к прекращению курения и помогать им бросить курить;
- те, кто не может бросить курить, должны пытаться уменьшить степень воздействия на свой организм таких вредных компонентов табачного дыма, как смола, никотин и окись углерода.

При осуществлении этой программы органы здравоохранения должны сотрудничать в вопросах распространения сведений об опасности курения с другими государственными учреждениями, а также с организациями, способными охватить большое число людей, такими, как вооруженные силы, центры профессиональной гигиены, добровольные организации здравоохранения, объединения трудящихся, религиозные ассоциации, спортивные клубы, а также мужские и женские клубы.

3. Санитарно-просветительная работа должна планироваться по следующим направлениям:

- санитарно-просветительная деятельность, направленная против курения, хотя и является самостоятельной, должна рассматриваться как часть общей санитарно-просветительной работы и в качестве таковой должна подчеркивать значение хорошего здоровья и рассматривать курение как действие, которое находится во власти человека и он может сам решить, будет ли он укреплять или растрачивать свое здоровье;
- благоприятные аспекты отсутствия курения должны подчеркиваться в большей степени, чем неблагоприятные последствия курения;

- санитарное просвещение детей следует начинать в раннем возрасте дома и в начальной школе и оно должно становиться все более активным по мере прохождения дальнейших стадий обучения;
- сведениям о влиянии курения на здоровье следует уделять необходимое внимание и они должны всегда включаться как в подготовку перед поступлением на службу, так и в служебную подготовку лиц определенных профессий, с тем, чтобы они могли впоследствии выполнять работу по санитарному просвещению, что особенно важно для работников медико-санитарных профессий, инструкторов по физическому воспитанию и учителей, особенно преподающих биологические дисциплины;
- следует специально обучать лиц, способных наилучшим образом распространять информацию, тем самым позволяя охватить с помощью этой информации даже тех, кто хуже других поддается воздействию традиционных методов санитарного просвещения;
- органы здравоохранения должны сотрудничать с органами просвещения при подготовке программ обучения и учебного материала по вопросам влияния курения на здоровье как важной части программы санитарного просвещения в школах, педагогических институтах, университетах и других учебных заведениях;
- для расширения знаний учителей по данному вопросу их следует регулярно снабжать материалами по санитарному просвещению;
- сведения о вреде курения должны включаться как неотъемлемая часть в программы профессиональной гигиены на фабриках и других предприятиях, что требует сотрудничества с отделами охраны труда;
- программы информации населения должны подчеркивать права некурящих, особенно детей и беременных женщин на защиту от воздействия табачного дыма;
- эта форма санитарного просвещения и информации населения требует совокупности различных мероприятий, включающих сочетание индивидуального и массового подхода, для чего необходимо развивать специальные знания.

4. Для различных групп населения, на которые направлены программы, должны быть разработаны различные мероприятия. При выделении отдельных групп особое внимание следует уделять:

(а) *Женщинам*, как в связи с их специфической ролью, которую они играют в профессиональной, социальной и

семейной жизни, так и в связи с вредным воздействием курения во время беременности. Учитывая, что в большинстве стран привычка к курению у мужчин и женщин развивается по-разному, следует разработать специальные программы с целью влияния на распространение курения среди женщин. Молодых женщин, особенно детородного возраста, следует предупреждать об опасности курения для здоровья, помогать им бросить курить. Их можно также привлекать в качестве добровольцев к участию в кампании по борьбе с курением среди других женщин.

(б) *Работникам здравоохранения*, которые должны со-знавать важность своей роли в борьбе с курением и быть готовыми помочь людям, испытывающим трудности при прекращении курения. Они, в свою очередь, должны:

- (i) сами показывать пример, воздерживаясь от курения, особенно в присутствии молодых людей и больных, а также побуждая своих больных и членов их семей бросить курить;
- (ii) убеждать молодежь не начинать курить;
- (iii) обращать внимание курящих с нарушением легочной функции и риском развития ишемической болезни сердца, а также беременных женщин на особую опасность курения для них;
- (iv) призывать к тому, чтобы борьба с курением составляла часть всех программ медико-санитарного обслуживания населения, и активно участвовать в санитарно-просветительных мероприятиях, оказывая поддержку политике и программам по борьбе с курением и его профилактике.

5. Необходимо прилагать особые усилия, чтобы заручиться сотрудничеством законодательных органов и обеспечивать их информацией о влиянии курения на здоровье, об опыте других стран в этой области и эффективности мер, предпринимаемых против курения. Законодательные меры должны преследовать следующие цели:

- (а) ограничить или запретить все формы рекламы и поощрения продажи табака;
- (б) потребовать, при первой возможности, чтобы на пачках сигарет и в рекламных объявлениях указывалось содержание смолы, окиси углерода и никотина в каждой сигарете, выкуриваемой в стандартных условиях;
- (в) потребовать, чтобы на пачках сигарет и в рекламных объявлениях печатались убедительные предупреждения о вреде курения для здоровья; следует предусмотреть возможность периодического изменения информации и ее формулировок с тем, чтобы она не утрачивала своей новизны;

- (г) ввести систему дифференцированного налогообложения, чтобы препятствовать курению сигарет с относительно высоким содержанием смолы, никотина и окиси углерода;
- (д) проводить политику по отношению к потребителю, включающую периодическое увеличение налога, с тем, чтобы противодействовать потреблению сигарет;
- (е) признать противозаконным продажу или предоставление табачных изделий детям и подросткам;
- (ж) запретить использование автоматов для продажи табачных изделий в тех случаях, когда ими могут воспользоваться дети и подростки.

Следует применять дополнительные меры по обеспечению прав некурящих:

- (а) запрещение курения в больницах и других медицинских учреждениях, за исключением специально отведенных для этого мест;
- (б) введение правил по защите некурящих от воздействия табачного дыма в рабочих помещениях;
- (в) создание или расширение мест для некурящих в общественном транспорте и других общественных местах, где курение полностью не запрещено;
- (г) четкое обозначение мест для некурящих с использованием объявлений, запрещающих курить с тем, чтобы все посетители знали о том, что курение запрещено;
- (д) особое внимание к защите детей грудного возраста от контакта с курящими.

6. При проведении мероприятий, помогающих отдельным лицам бросить курить, необходимо:

- (а) нациальному органу, занимающемуся вопросами курения и здоровья, представлять материалы в помощь представителям медицинских профессий, имеющим возможность в процессе повседневной работы давать советы, помогающие бросить курить;
- (б) создать специальные клиники для обслуживания тех, кто хочет бросить курить.

7. Необходимы исследования с целью:

- (а) более точного определения социальных, психологических и фармакологических факторов, определяющих привычку курения;
- (б) лучшего понимания механизмов, с помощью которых воздействие различных компонентов табачного дыма, особенно никотина и окиси углерода, приводит к патологическим последствиям;

- (в) разработки методов планирования и периодической оценки санитарно-просветительных и информационных мероприятий, связанных с воздействием курения на здоровье;
- (г) определения значения и характера проблемы курения и оценки распространенности курения и отношения к нему со стороны широких слоев населения, работников здравоохранения и просвещения и других лидеров общественного мнения;
- (д) определения, если возможно, стоимости курения для страны путем подсчета потери рабочих дней как за счет болезни курящих, так и за счет их преждевременной смерти, а также стоимости медицинского обслуживания заболевших в связи с курением, равно как и степени снижения заболеваемости и смертности, которую можно было бы ожидать в результате сокращения курения. Эти цифры могли бы лежать в основу планирования, оценки и субсидирования программ по борьбе с курением.

В. Рекомендации для ВОЗ

ВОЗ должна подготовиться:

- к обобщению информации о привычках курения среди населения государств-членов ВОЗ и о существующих в них проблемах, связанных с воздействием курения на здоровье;
- к принятию стандартных определений и способов определения привычки курения с тем, чтобы облегчить сравнения между странами;
- к обобщению информации о мерах и методах борьбы с курением, применяемых в государствах-членах ВОЗ, а также информации о положении в отношении продажи табака, особенно в районах, где курение еще не так широко распространено;
- к подбору экспертов с тем, чтобы органы здравоохранения в странах, где курение еще не достигло серьезных масштабов или опасность его для здоровья еще не определена, могли бы при желании получить помочь в анализе ситуации и организации профилактических программ в соответствии с пунктами вышеупомянутых рекомендаций;
- к оказанию помощи и поддержки исследованиям по проблеме курения и здоровья;
- к содействию обмену технической информацией и санитарно-просветительными материалами по курению, имеющимся в различных странах;

- к содействию проведению междисциплинарных семинаров для работающих в этой области;
 - к применению рекомендаций данного Комитета в отношении своего собственного персонала;
 - ввиду многогранного характера проблемы воздействия курения на здоровье, к привлечению других членов системы ООН, таких как ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ, а также соответствующих неправительственных организаций к участию в кампаниях по борьбе с курением;
 - к установлению сотрудничества с ФАО и МОТ в изучении, на долгосрочной основе, проблемы изменений в сельском хозяйстве и экономике, которые могут произойти в ряде стран вследствие ожидаемого сокращения потребления табака;
 - к рассмотрению целесообразности созыва Комитета экспертов для анализа положения в соответствующие сроки в зависимости от состояния проблемы.
-

Приложение 2

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ И СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ООН

Продовольственная и сельскохозяйственная организация с озабоченностью отмечает все более убедительные доказательства вредоносного действия курения и растущую частоту заболеваний, связанных с курением, не только в развитых, но и, в последнее время, в развивающихся странах. Поэтому ФАО полностью поддерживает проводимую ВОЗ работу по борьбе с курением. Деятельность, направленная на сокращение производства табака вряд ли будет эффективной без дополнительных мероприятий, направленных на сокращение спроса. ФАО, таким образом, готова сотрудничать с ВОЗ в проведении анализа экономических факторов, действующих как на производство, так и на спрос табака, с тем, чтобы определить возможные направления эффективной деятельности.

Действительно, экономическое значение производства табака в ряде развивающихся стран нельзя недооценивать. Факторы, которые следует учитывать, хорошо известны и включают в себя роль сельскохозяйственной культуры как

объекта для использования рабочей силы и источника дохода, а также ее вклад в получение иностранной валюты или сокращение расходов на импорт табачных листьев и табачной продукции. К ФАО, которая проводит работу по улучшению сельского хозяйства и условий жизни сельского населения, обратились государства-члены с просьбой обеспечить техническую помощь в области выращивания и продажи табака. Однако за период, прошедший со времени принятия XXIX сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 1976 г.) резолюции по проблеме воздействия курения на здоровье, ФАО не содействовала деятельности, направленной на осуществление вышеназванных проектов. Если три года назад ФАО участвовала в осуществлении 6—8 проектов ежегодно, то сейчас она оказывает консультативную помощь лишь в двух проектах. В обоих случаях заинтересованные правительства просили о помощи в осуществлении проектов, один из которых финансировался ПРООН, а другой — за счет доверительного фонда, созданного самой страной с целью сохранить конвертируемую валюту.

Работа, проводимая ВОЗ с целью предупреждения правительства о долгосрочных неблагоприятных последствиях курения чрезвычайно важна, и было решено, что ВОЗ будет посещать все последующие совещания межправительственных групп, организуемых ФАО или другие заседания, касающиеся указанной проблемы, с тем, чтобы иметь возможность продолжать проведение своей программы привлечения внимания мировой общественности к опасности курения.

Приложение 3

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА

МОТ всегда готова поддержать деятельность, направленную на снижение воздействия профессиональных факторов риска, и тот факт, что курение может усугублять развитие ряда профессиональных заболеваний, заслуживает серьезного внимания. МОТ провела большую работу в области охраны труда, а именно, разработала стандарты и правила поведения, обеспечила распространение информации, однако конкретной программы по борьбе с курением на рабочих местах не было создано.

Обладая необходимым опытом и знаниями, МОТ могла бы предусмотреть свое участие в дальнейшем содействии осведомлению правительства, нанимателей и рабочих о неблагоприятном воздействии курения, тем самым поддерживая борьбу против курения и способствуя безопасности и охране здоровья работающего населения. Следует учитывать риск курения при установлении гигиенических критериев состояния окружающей среды для рабочих помещений; борьба с курением должна быть включена в деятельность МОТ по санитарному просвещению.

Приложение 4

СВОДНЫЕ ДАННЫЕ О ПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА

Таблица 1. Потребление табака на душу взрослого населения в год по странам или районам

	Произведено сигарет (кол-во)				Всего табачной продукции (кг)			
	1935	1950	1965	1973	1935	1950	1965	1973
Аргентина	1060 ^a	1460	1660	1940	2,0 ^a	2,1	2,0	2,2
Австралия	450	1280	2680	3080	1,8	2,9	3,4	3,4
Австрия	860	1100	1930	2550	1,7	1,5	2,2	2,7
Барбадос	—	—	1110	1620	—	—	1,2	1,7
Бельгия	790	1240	1980	2730	3,2	2,8	3,5	3,9
Бразилия	600	1140	1220	1490	2,5	2,6	2,1	2,0
Канада	700	1790	3310	3450	2,2	3,4	4,6	4,5
Чили	—	—	1220	1320	—	—	1,1	1,4
Коста-Рика	—	—	1850	2060	—	—	1,7	1,6
Дания	470	1290	1500	1850	3,0	3,7	3,7	3,6
Сальвадор	—	—	750	1020	—	—	1,7	1,5
Финляндия	1350	1640	1920	2040	1,2	1,6	2,0	2,4
Франция	530	930	1510	1920	1,7	1,9	2,4	2,7
Федеративная Республика Германии	—	630	2100	2610	—	1,9	2,8	3,1
Гана	—	—	480	480	—	—	0,5	0,6
Греция	960	1600	1930	2550	1,1	1,8	2,2	2,9
Гонконг	—	—	3310	2780	—	—	3,1	2,5
Исландия	480	1490	1840	2030	1,2	2,2	3,0	3,4
Индия	—	100	180	170	0,9	0,9	0,8	0,6
Индонезия	—	—	—	230	—	—	—	0,8
Ирландия	1210	2510	2690	3340	2,0	3,1	3,0	3,1
Италия	450	660	1540	1930	0,9	0,9	1,7	2,0
Ямайка	—	—	1270	1350	—	—	1,3	1,4
Япония	880	1220	2350	3240	1,4	1,4	2,4	3,3
Кения	—	—	390	470	—	—	0,4	0,4
Малави	—	—	150	200	—	—	0,1	0,2
Малайзия	—	—	1440	1600	—	—	1,4	1,5
Маврикий	—	—	1610	1920	—	—	1,3	1,5
Мексика	1440	1510	1510	1360	1,5	1,5	1,5	1,4
Марокко	240	510	570	690 ^b	0,4	0,6	0,7	0,8 ^b
Нидерланды	680	1120	2020	2370	3,8	3,4	4,2	4,5
Новая Зеландия	530	1420	2280	2510	2,0	3,3	3,4	3,2
Никарагуа	—	—	1140	1520	—	—	1,0	1,2
Норвегия	300	510	520	640	1,4	1,9	2,1	2,4
Пакистан	—	—	450	760	—	—	1,7	1,7
Португалия	270 ^a	620	1130	1490 ^b	0,6 ^a	0,9	1,2	1,5 ^b
Сьерра-Леоне	—	—	280	430	—	—	0,7	0,6
Сингапур	—	—	2380	2490	—	—	2,7	2,9
Южная Африка	520	1170	1080	1380	1,5	2,2	2,1	2,3
Испания	390	430	1760	2260	1,6	1,4	2,0	2,5
Швеция	380	810	1360	1580	1,6	1,9	2,1	1,8
Швейцария	540	1500	3050	3370	2,1	2,7	4,1	4,3
Турция	960	1220	1820	2050 ^b	1,2	1,4	2,0	4,8 ^b
Великобритания	1590	2180	2680	3230	2,2	2,6	2,7	2,8

Таблица 1 (*продолжение*)

	Произведено сигарет (кол-во)				Всего табачной продукции (кг)			
	1935	1950	1965	1973	1935	1950	1965	1973
США	1450	3240	3800	3850	3,5	4,6	4,9	4,2
Венесуэла	—	—	1900	2210	—	—	—	—

a — по данным 1940 г.*b* — по данным 1972 г.**Примечания.**

- Цифры потребления на душу взрослого населения в год, приведенные выше в таблице, основаны на общем объеме продажи табачной продукции и численности населения в каждой стране в возрасте 15 лет и старше (кроме Ямайки, где старше 14 лет). В некоторых странах, в частности, в Швейцарии, цифры потребления завышены в связи со значительным объемом продажи жителям пограничных районов, туристам и сезонным рабочим.
- Табак, используемый в «самокрутках», включен в графу «Всего табачной продукции». «Самокрутки» составляют существенную часть всех сигарет в Австралии, Канаде, Новой Зеландии и Норвегии.
- В некоторых случаях цифры за 1935 г. фактически являются средними за несколько лет. Например, для Бразилии (1935—1939 гг.), Италии (1931—1935 гг.) и Швейцарии (1934—1937 гг.). Аналогично этому цифры в колонке 1950 г. для Италии являются средними за 1946—1950 гг.

Источник: Lee P. N. ed. *Tobacco consumption in various countries*, 4th ed. London, Tobacco Research Council, 1975 (Research Paper 6)

Воспроизведется с разрешения Tobacco Advisory Council, London.

Таблица 2. Среднее годовое потребление табака в различных регионах мира в 1962—1977 гг.

	В среднем				
	за 1962— 1964 гг.		1975		
	в кг/души	за 1972— населе- ния/год	1975	1976	1977
Весь мир	1,12	1,17	1,17	1,16	1,15
Развивающиеся страны	0,78	0,79	0,79	0,79	0,81
Латинская Америка	1,09	1,02	1,04	1,14	1,18
Африка	0,30	0,36	0,41	0,37	0,39
Восточное Средиземно- морье	0,63	0,80	0,85	0,89	0,92
Восточная Азия	0,82	0,82	0,81	0,79	0,82
Развитые страны	1,87	2,11	2,13	2,10	2,02

Источник: Продовольственная и сельскохозяйственная организация, Рим.

Перевод с английского А. П. Юрнева
Ответственная за редактирование Р. В. Григорьева

