

e 57480



EUROPE

ТАБАК И ЗДОРОВЬЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Д-р Г.Б. Ткаченко
Министерство здравоохранения Российской Федерации

при финансовой поддержке Health Canada

Европейское региональное бюро ВОЗ
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17
Факс: +45 39 17 18 18
Телекс: 12000
Стр. в сети Интернет: <http://www.who.dk>

EUR/ICP/LVNG 03 01 01
ОРИГИНАЛ: РУССКИЙ
НЕОТРЕДАКТИРОВАННЫЙ ТЕКСТ
задача 17 ЗДВ ВОЗ
1997 г.
E57780R

Lifestyles
and Health

ЗАДАЧА 17

ТАБАК, АЛКОГОЛЬ И ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА

К 2000 г. во всех государствах-членах должно быть значительно сокращено потребление таких причиняющих ущерб здоровью и вызывающих зависимость веществ, как алкоголь, табак и психотропные средства.

РЕЗЮМЕ

Степень распространенности курения является наиболее высокой в Российской Федерации в сравнении с другими странами Европейского региона Всемирной организации здравоохранения.

Около двух третей мужчин и одной четверти женщин являются регулярными курильщиками. Уровень распространенности курения высок и продолжает возрастать среди подростков. Данные свидетельствуют о том, что половина мальчиков и около двух пятых девочек в возрасте от 13 до 16 лет курят по меньшей мере раз в неделю.

Более 40% случаев смертности среди мужчин в возрасте от 35 до 69 лет и 7% среди женщин в возрасте от 35 до 69 лет связано с курением.

В целях снижения уровня распространенности курения и связанной с курением смертности в Российской Федерации разработан План действий по борьбе с курением на 1997–2001 гг., предусматривающий следующее:

- совершенствование законодательства;
- создание и поддержку организационных структур, осуществляющих политику, направленную на борьбу с курением;
- совершенствование гигиенического воспитания детей и подростков, включающего раннюю профилактику курения;
- вовлечение средств массовой информации в информирование населения о вреде табака и формирование негативного отношения к курению;
- совершенствование системы профессиональной медицинской и психологической помощи курильщикам, желающим расстаться с вредной привычкой;
- расширение объема научных исследований по проблемам курения и здоровья населения.

© Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). На использование эмблемы ВОЗ необходимо получить соответствующее разрешение от Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод должен включать слова: *Переводчик данного документа несет ответственность за точность перевода.* Региональное бюро будет признательно, если ему будут предоставлены три экземпляра любого перевода данного документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

I. Введение

Ситуация в стране в переходный период

В России за короткое время, начиная с 1991 г., произошли и продолжают происходить такие серьезные социально-экономические перемены, каких не знала и не испытывала ни одна страна в мире.

Естественно это не могло не сказаться на состоянии здоровья населения страны, находящегося в состоянии постоянного эмоционально - психологического и физического напряжения, тем более, что 34 % россиян находятся в настоящее время за чертой бедности (21). К сожалению, забота о здоровье сегодня отодвинута на второй план, и невнимание к этой наиважнейшей национальной ценности не пройдет для страны бесследно, причем расплачиваться придется будущим поколениям.

Необходимо признать, что здравоохранение в России находится сегодня в очень тяжелом положении. Из-за нерешенных социально-экономических проблем рождаемость в России уменьшилась до 9,2 на 100 человек, а смертность возросла до 14,6 на 100 человек, в результате чего население только за 1993 год уменьшилось почти на 1 миллион человек (21).

Естественное воспроизводство населения характеризуется интенсивным ростом смертности и снижением средней продолжительности предстоящей жизни. Данный показатель, выступая в качестве одного из интегральных индикаторов социальных процессов, стал падать в начале 90-х годов, составив в 1980 — 67,5, в 1990 — 69,2, в 1991 — 69,0, в 1992 — 67,9, в 1993 — 66,0, в 1994 — 58,4. Судя по этому показателю, в 1995 году общество оказалось отброшенным на 20–25 лет назад, т.е. к началу 70-х годов, и главный фактор здесь — устойчиво растущая смертность во всех возрастных группах.

Стремительное увеличение смертности произошла за счет значительного роста алкоголизма, травматизма, нервных стрессов, самоубийств и ухудшения криминогенной обстановки. По своей абсолютной величине от отравления алкоголем, его суррогатами, наркотиками и возникающими вследствие этого убийствами и самоубийствами за один только 1994 год погибло больше чем за 11 лет войны в Афганистане. Неестественные причины обусловили смерть каждого третьего в трудоспособном возрасте. Масштабы смертности по этим причинам есть безусловный показатель социального нездоровья общества.

По продолжительности жизни в итоге мы отстаем от развитых стран на 10–15 лет, а по детской смертности “обгоняем” в 2–2,5 раза (5). Конечно, при сегодняшнем состоянии дел в экономике невозможно быстро решить все проблемы, но необходимо сосредоточить силы и средства на ключевых направлениях.

Сейчас в России в структуре смертности первое место (около 55%) занимают сердечно-сосудистые заболевания, второе (20%) — новообразования, третье — травмы и отравления, четвертое — болезни системы пищеварения (5).

Естественно, для снижения показателя смертности, не говоря уже об уровне заболеваемости, необходимы эффективные меры терапии и профилактики. Однако, из-за экономических и организационных трудностей переходного периода обеспечение

населения и медицинских учреждений лекарственными средствами резко ухудшилось. Потребности здравоохранения в лекарствах в прошлом году удовлетворены за счет отечественных производителей лишь на 30%. Впервые за всю историю России исчерпаны запасы ряда жизненно важных лекарственных средств — противораковых, противоастматических, а также средств для наркоза.

Естественно, в столь сложной ситуации необходимо выбирать только решаемые задачи. В частности, одной из сложных и важных проблем профилактики многих заболеваний, являющихся причиной высокой заболеваемости и преждевременной смертности является уменьшение распространения курения табака. Решение этой проблемы в нашей стране крайне сложно из-за следующих причин.

При распаде СССР 50 табачных фабрик были закрыты, в результате чего возникла нехватка табака в стране и так называемые “табачные бунты курильщиков”. А число их в этот момент нарастало из-за постоянного стресса, распространения курения среди молодежи, подражающей новым формам жизни с “сигаретой в одной руке и бокалом вина в другой”.

В этих условиях нехватки в стране изделий из табака Правительство широко открыло двери для импортных табачных изделий. Естественно, при отсутствии контроля за качеством, наплывом контрабандного товара, страна наводнилась сигаретами низкого качества, без предупредительных надписей на пачках.

Одновременно в средствах массовой информации получила распространение реклама табачных изделий, ставшая источником наживы для рекламодателей - представителей международных табачных компаний.

Вся эта ситуация стала неуправляемой в условиях:

- отсутствия законодательных актов;
- обширности территории страны;
- разрушения привычных межсекторальных связей;
- отсутствия новой системы контроля за качеством табачных изделий;
- отсутствия системы пропаганды здорового образа жизни в новых условиях.

МЗ РФ хорошо известно, что одной из главных причин преждевременной смертности, ранней инвалидности и высокой заболеваемости злокачественными новообразованиями, болезнями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания является эпидемия курения табака в России. В результате у курильщиков значительно снижается продолжительность жизни.

Эти и многие другие факты влияния курения на здоровье, особенно детей, подростков и женщин известны медицинским работникам, которые по мере сил ведут работу, направленную на уменьшение распространенности курения. Однако эту государственную задачу должны решать не только медицинские работники, но и представители других специальностей.

II. Организация работы и источники информации

Перед нами стоит задача описать ситуацию нынешнего периода и сравнить ее с данными предыдущего периода. В этом способе оценки имеются определенные трудности, т.к. лишь в последнее время появились объективные данные, непосредственно относящиеся именно к России. В этом немалая заслуга ЕРБ ВОЗ, уделяющего большое внимание решению проблем табакокурения в Центральной и Восточной Европе.

В отчете представлены данные по следующим важным темам:

1. Распространенность курения и связанных с ним заболеваний.

Наиболее свежие данные, представленные в отчете, основаны на исследованиях, проведенных в Государственном Научно-Исследовательском Институте Профилактической Медицины Минздрава Российской Федерации (ГНИЦ ПМ МЗРФ), Онкологическом Научном Центре РАМН и в НПО МЕДСОЦЭКОНОМИНФОРМ Минздрава Российской Федерации.

2. Производство и импорт табачных изделий

Данные по производству и импорту табачных изделий лишь недавно стали доступны для организаций, ученых, занимающихся борьбой с курением. Это произошло благодаря последним законодательным актам, открытости многих статистических данных.

3. Законодательная деятельность

В отчете приведены конкретные названия, даты принятия и наиболее важные статьи законов, имеющих отношение к рекламе и потреблению табачной продукции, а также направления законодательной деятельности и связанные с этим трудности. Указаны до сих пор действующие законодательные акты, которые, по мнению многих специалистов, устарели и должны быть пересмотрены.

4. Деятельность МЗ РФ и других организаций, направленная на борьбу с курением

В отчете обсуждаются следующие виды деятельности:

- проведение "Дней без табака" и других международных акций;
- деятельность МЗ РФ и других организаций, направленная против рекламы табачных изделий;
- конференция "Актуальные вопросы гигиенического воспитания"
- создание федеральной программы "Табак или здоровье" в рамках плана ЕРБ ВОЗ "Европа без табака" и другие.

В указанных разделах представлены материалы (приказы, информационные письма МЗ РФ), а также данные, получаемые из регионов по осуществлению мероприятий против распространения курения.

5. Основные структуры, осуществляющие борьбу с курением

В отчете проанализирована структура и формы работы различных правительственных и неправительственных организаций, занимающихся борьбой с распространением табакокурения и оказанием медицинской помощи лицам, страдающим никотиновой зависимостью.

III. Деятельность Минздрава России и государственных и негосударственных структур, занимающихся проблемами профилактики, в т. ч. и профилактикой распространения курения

После распада СССР произошла реорганизация государственной структуры здравоохранения России. Впервые было создано в составе МЗ РФ Управление профилактической медицины, которое взяло на себя задачи по организации медицинской профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Основные направления деятельности сводились к тому, чтобы усовершенствовать и приспособить старую систему к новым условиям и внедрить новые формы работы, взаимоотношений, межсекторальных связей в деятельности государственных структур.

Следует отметить, что прежняя система профилактической службы имела свои положительные черты, т.к. была приспособлена к работе на больших территориях и позволяла осуществлять оперативную связь с территориями. Но, с другой стороны, все эти структуры существовали на государственные средства и по приказам сверху, что сковывало их инициативу и заставляло действовать шаблонно; отсутствие же инициативы без учета местных особенностей и мизерные средства, а также запрет на любую коммерческую деятельность приводили к созданию малоинтересных программ, которые не были убедительными для населения.

Безусловно, существовали организации, были специалисты, создававшие хорошие образцы программ, которые и сейчас пользуются успехом. В этой связи с необходимо было сохранить старое и вдохнуть новое в те структуры, которые существуют и сегодня, как учреждения профилактики.

К государственным учреждениям системы профилактики относятся:

- Минздрав России, (Координационный Совет при МЗ РФ),
Научно — исследовательские учреждения:
- ГНИЦ ПМ МЗ РФ;
- ОНЦ РАМН;
- ФНИИМПФЗ МЗ РФ.

Сеть практических учреждений:

- Федеральный центр медицинской профилактики;
- областные центры медицинской профилактики;

- городские центры медицинской профилактики;
- кабинеты медицинской профилактики (при поликлиниках, МСЧ).

В 1993 г. создан Координационный совет по профилактике заболеваний и формированию здоровья при Управлении медицинской профилактики МЗ РФ. Координационный совет включает в состав около 40 специалистов различных институтов, учреждений, министерств и ведомств. Это позволяет решать вопросы межсекторальных связей более оперативно.

Основные научно – исследовательские учреждения, участвующие в разработке профилактических программ, проводящие научные исследования и организующие внедрение различных мероприятий профилактики:

- ГНИЦ ПМ МЗ РФ;
- ОНЦ РАМН, имеющий в своем составе 3 НИИ; именно один из них — НИИ канцерогенеза — занимается проблемой курения;
- ФНИИМПФЗ МЗ РФ.

Основными функциями практических учреждений являются распространение гигиенических знаний, знаний о здоровье, о профилактике заболеваний, а также в последние годы непосредственное оздоровление населения.

В стране всего в 89 регионах имеется 247 центров, из них 66 областных центров, остальные центры — городские. Имеется 55 кабинетов санитарного просвещения, 420 кабинетов медицинской профилактики. Всего в регионах работают по пропаганде здоровья 1200 врачей и свыше 1000 среднего медперсонала. Во многих центрах работают врачи-энтузиасты, которые квалифицированно и умело организуют работу по пропаганде здорового образа жизни.

В 1993 г. был издан приказ МЗ РФ о расширении функций центров медицинской профилактики. В связи с этим было разрешено заниматься практической деятельностью на хозрасчетной основе по оказанию услуг населению по укреплению здоровья.

Вместе с тем, руководители некоторых регионов по-прежнему недопонимают значения вопросов пропаганды здоровья, в свою очередь не предлагая взамен других форм их реализации, препятствуют работе этих центров. В ряде случаев негативное отношение к центрам вызвано отсутствием профессионализма и неэффективностью работы. Но причина этих явлений устранима при условии реальной поддержки этих центров экономически и создании новых занимательных и информативных программ с использованием средств массовой информации.

В декабре 1995 г. издан Приказ Министра здравоохранения и медицинской промышленности РФ “О развитии профилактической службы в России”, который позволит укрепить существующие структуры, совершенствовать и адаптировать их деятельность к новым социально – экономическим условиям.

IV. Объем производства табака и табачных изделий в СССР и России, закупка по импорту

В России в настоящее время имеется 26 табачных фабрик, 8 из них являются компаниями с участием иностранного капитала. 17 фабрик объединены в АО "Табакпром", который является по сути представительством в Москве сообщества российских табачных производителей. По данным АО "Табакпром" производство табачной продукции, начиная с 1986 года снижалось как в СССР, так и в России. Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Количество сигарет и папирос, производимых в СССР и в России (млрд. штук)

Годы	СССР	Россия
1986	383,4	179,5
1987	378,5	175,5
1988	357,8	169,0
1989	349,3	162,0
1990	313,1	151,0
1991	238,0	144,4
1992	—	148,4
1993	—	146,9
1994	—	136,4
1995	—	141,6

Одной из причин этого снижения, наряду с отсутствием современного оборудования на фабриках, явилось и прогрессирующее снижение площадей, на которых культивировался табак (Таблица 2).

Таблица 2. Площади, на которых выращивается табак (млн. га)

Годы	СССР	Россия
1986	165	9,2
1987	158	8,3
1988	127	7,0
1989	121	7,0
1990	102	4,3

Следует отметить, что уже несколько лет ведутся исследования по изучению возможности расширения площадей посадок табака в традиционных и новых районах России. По предварительным данным, освоение новых регионов в несколько раз увеличит валовые сборы табака (примерно до 35–40 тыс. тонн), и тем самым существенно повысит обеспеченность промышленности сырьем собственного производства, значительно сократив объем недостающего сырья, которое нужно будет по-прежнему завозить по импорту.

По имеющимся данным, потребность табачных изделий в России в настоящее время примерно равна 300 млрд. штук в год. В 1994 году 24-мя фабриками России произведено 143 млрд. штук табачных изделий. Остальная часть восполнялась импортными табачными изделиями. Данные по объему импорта табачных изделий представлены в таблице 3, а по импорту табачного листа - в таблице 4.

Таблица 3. Объем закупок импортных сигарет (млрд. штук)

Годы	СССР	Россия
1986	67,2	35,5
1987	58,0	27,5
1988	54,6	32,6
1989	55,1	32,9
1990	62,1	45,9
1991	-	93,0
1992	-	55,0
1993	-	58,0
1994	-	68,0
1995	-	66,0

Таблица 4. Объем закупок импортного табачного листа (млн. тонн)

Годы	СССР	Россия
1986	67,0	30,0
1987	53,8	25,0
1988	48,7	21,7
1989	35,9	15,4
1990	50,0	16,8
1991	50,0	28,2
1992	-	114,0
1993	-	138,0
1994	-	125,0
1995	-	143,6

Номенклатура табачных изделий, производимых в нашей стране следующая (1993):

- сигареты с фильтром (31,4 млрд. штук или 21,1%);
- сигареты овальной или круглой формы без фильтра (84,7 млрд. штук или 56,8%) — наиболее распространенный вид табачных изделий в России;
- папиросы (32 млрд. штук или 22,1%) — вид изделия, не имеющий аналогов и распространения за рубежом.

На производство табачных изделий расходуется 150–158 тыс. тонн ферментированного табака. Российская сырьевая база удовлетворяет лишь небольшую часть потребности табачной промышленности страны (5,4–6,8 тыс. тонн). Недостающий объем перерабатываемого в курительные изделия сырья импортируется из стран ближнего зарубежья (90,7–112,4 тыс. тонн) и дальнего зарубежья (23,4–25,6 тыс. тонн). По данным

АО "Табакпром" намечается увеличить объем производства табачных изделий до 215 млрд.штук в 1995 г. (в числе 30% сигарет с фильтром) и до 300 млрд.штук в 2000 г., в т.ч. сигарет с фильтром до 200 млрд.штук.

В настоящее время на российский рынок поступает большое количество табачной продукции из других стран по различным каналам – от мелкооптовых до крупных партий на контрактной основе. Это затрудняет достоверную оценку объема импорта и создает условия для ввоза низкокачественного табачного сырья и изделий, которые не удовлетворяют общепризнанным зарубежным критериям безопасности и качества. Россия закупает листовый табак в странах СНГ. Молдова является лидирующим экспортером среди республик бывшего СССР. На втором месте находится Кыргызстан. Третье место по продаже табачного сырья удерживает Азербайджан. Из республик Восточной Европы Болгария по-прежнему является крупнейшим поставщиком листового табака России.

По данным зарубежной печати все больше увеличиваются закупки высококачественного табачного листа в США. Россия ввозит около 125 тыс. тонн табачного листа в год. По данным журнала "Тобассо world" Россия становится все более обширным рынком сбыта для сигарет, производимых в Европе и США. В 1994 г. Россия импортировала около 40 млрд. (почти вдвое больше, чем в 1993 г.). Эти данные учитывают объемы, проходящие через транзитные пункты в Бельгии и Финляндии. Продажа американских сигарет в России в 1994 году возросла на 36% по объему и на 57% по стоимости.

Несмотря на снижение производства сигарет в США, их продажа за границей возрастает, уменьшаясь в собственной стране. Такой рост спроса на американские сигареты объясняется улучшением рекламы (по данным корреспондентов "Тобассо world", 1995).

В табачной промышленности России происходят серьезные перемены. По материалам, подготовленным к Парламентским слушаниям "Проблемы и перспективы развития табачной промышленности в России" табачная промышленность переживает глубокий кризис: снижается выпуск курительных изделий, снижаются производственные мощности. Оборудование табачных фабрик не позволяет повысить качество табачных изделий, снизить содержание вредных веществ и нуждается в модернизации.

Хотя производимая отечественными предприятиями продукция имеет относительно низкую стоимость, она значительно уступает мировым стандартам по качеству, вследствие чего растет спрос на импортные сигареты (их потребление составляет 150 млрд. шт. в год на считая контрабандного ввоза табачных продуктов). Однако, качество импортных сигарет и данные о стране-производителе далеко не всегда соответствуют надписям на пачках, следовательно, надежды российских потребителей не вполне оправдываются.

АО "Табакпром", объединяющее большинство отечественных производителей, предполагает объединить всех производителей табачной продукции на территории России в некоммерческую ассоциацию. Эта ассоциация будет разработчиком единой политики всех производителей табачной продукции на территории России, которая заключается в необходимости модернизации, отмене ввозной таможенной пошлины на табачное сырье, ускорении использования выделенных иностранных кредитов, разработке мероприятий, направленных на предотвращение широкомасштабной контрабанды иностранных табачных изделий на территории России.

V. Контроль качества табачных изделий.

До настоящего времени в России отсутствовала надежная система независимого контроля табачных изделий. В настоящее время в стране существуют три лаборатории, осуществляющие контроль качества табачных изделий:

- Лаборатория Российского НИИ Табака и Махорки в Краснодаре;
- Лаборатория ОНЦ в Москве;
- Лаборатория контроля качества табака в Москве.

В декабре 1993 года впервые на коллегии Госстандарта России с участием МЗ РФ было принято Постановление "О сертификации табака и табачных изделий", в котором четко сформулированы правила сертификации табачных продуктов.

В 1991 году Минздрав СССР утвердил следующие нормативы (Сан ПиН 5320-91 "Максимально допустимые уровни содержания смолы и никотина в табачных изделиях") содержания в дыме сигарет, вырабатываемых в нашей стране и поступающих по импорту:

- смолы — не более 25 мг/сигарету;
- никотина — не более 1,3 мг/сигарету.

Эти показатели подтверждены коллегией Госстандарта (декабрь 1993 г.), как этап к дальнейшему приближению этих показателей к принятым в западных странах (таблица 5). Также были приняты следующие стандарты для импортных сигарет:

- смолы — не более 15 мг/сигарету;
- никотина — не более 1,3 мг/сигарету.

Таблица 5. Содержание токсичных компонентов табачного дыма в странах ЕС и США согласно принятым законодательным актам

Страна	Смола (мг\сиг)	Никотин (мг\сиг)	СО (мг\сиг)
Бельгия	12-15	1.2-1.5	-
Финляндия	10-15	0.7-1.2	8-12
Франция	12-15	-	-
Страны ЕС	15	1.2	15
США	14	1.0	-
Россия	25	1.3	-

Примечание: 12мг\сиг смолы с 31.12.97 для стран ЕС

Для отечественных табачных изделий предусмотрен плавный переход на новые стандарты. До 1 января 1997 г. было разрешено содержание смол в сигаретах с фильтром - до 20 мг, без фильтра - до 24 мг. После 1 января 1997 г. сигареты с фильтром должны содержать до 15 мг смол, а сигареты без фильтра - до 22 мг на сигарету.

Процедура сертификации табачных продуктов сформулирована в приложении к Постановлению от 18 декабря 1993 г. Право на контроль качества табачных продуктов было предоставлено 2 лабораториям:

1. Лаборатория НПО "Табак", Краснодар, Россия;
2. Лаборатория ОНЦ РАМН.

Вместе с тем, табачные фабрики имеют собственные лаборатории контроля качества табачной продукции.

Данные НПО "Табак" по качеству табачных изделий.

По данным НПО "Табак" на 1991–1993 гг. всю продукцию можно также охарактеризовать как "очень высокосмолистую", а именно:

- сигареты с фильтром (содержание смолы 19–26,4 мг/сиг);
- сигареты без фильтра (содержание смолы 24–29,2 мг/сиг);
- сигареты с фильтром (содержание никотина 1,19–1,75 мг/сиг);
- сигареты без фильтра (содержание никотина 1,5–2,03 мг/сиг);

Сложнее обстоит вопрос с характеристикой "Папирос" поскольку мировая практика не имеет аналогов подобных табачных изделий. Папиросы выпускаются только в России и других суверенных государствах (республиках) бывшего СССР. Требуется проведение исследовательской работы для создания нового российского стандарта на определение содержания смолы никотина, монооксида углерода в этих табачных изделиях, т.к. полностью запретить их выпуск не представляется возможным даже в ближайшем будущем.

Однако, после исследований лаборатории НИИ канцерогенеза стало очевидным, что практически все табачные изделия (в том числе и импортные) относятся в своем большинстве либо к "высокосмолистым", либо к "очень высокосмолистым", (таблицы 6 и 7), а также табачные изделия, производимые в России, относятся к категории с повышенной канцерогенной опасностью, а также с превышением содержания в табаках металлов (таблица 8) и пестицидов (таблица 9). Возможно, высокое содержание токсических веществ характерно прежде всего для контрабандных продуктов, происхождение и характеристики которых неизвестны.

Таблица 6. Содержание смолы, никотина и монооксида углерода в наиболее популярных марках отечественных сигарет.

Название	Характеристика	Смола	Никотин	СО, %
		(мг\сиг)	(мг\сиг)	
		мин-макс	мин-макс	
Ватра	3;70;БФ;ТУ	28.2-30.2	1.0-1.2	2.7-3.0
Верховина	5;70;БФ;ТУ	27.6-33.6	1.2-1.3	2.7-3.9
Астра	3;70;БФ;ТУ	29.1-34.6	1.0-1.4	2.7-3.8
Рейс	2;70;БФ;МУ	24.2-29.3	1.0-1.1	3.4-3.7
Полет - овал	2;70;БФ;ТУ;	28.3-37.8	1.0-1.3	2.7-3.7
Прима	5;70;БФ;ТУ	22.5-31.9	1.1-1.6	2.9-3.8
Дымок	5;70;БФ;ТУ	26.5	1.0	3.9
Космос	1;80;18Ф;ТУ	17.8-24.5	0.9-1.7	2.5-3.6
Столичные	3;85;15Ф;ТУ	19.0-26.8	0.6-1.2	2.7-3.5
Пегас	4;80;15Ф;МУ	18.7-21.9	0.7-1.0	3.4-3.5
Тройка	2;85;15Ф;ТУ	19.4	0.9	3.4
Визит	2;85;15Ф;МУ	21.8	0.9	3.2
Новость	5;70;15Ф;МУ	20.9	1.1	3.7
Дюбек	3;80;18Ф;МУ	21.9-27.1	0.8-1.2	3.1-3.3
Галлинн	2;85;15Ф;ТУ	22.2	1.0	3.1
Медео	4;80;18Ф;ТУ	22.6	1.1	2.9
Экспресс	4;80;15Ф;ТУ	20.8-22.0	1.0	2.9-3.5
С-Петербург	1;80;18Ф;ТУ	26.8	0.7	2.9
Ленинград	2;85;15Ф;ТУ	22.4	1.0	2.9
Ростов	2;85;15Ф;МУ	22.9	1.3	2.7
Лира	3;80;18Ф;ТУ	22.1-22.7	1.0	3.2-3.5
Сабантуй	1;80;18Ф;ТУ	21.9	0.9	3.1
Киргизстан	1;85;15Ф;ТУ	33.1	1.3	3.0
Комуз	4;85;15Ф;ТУ	28.1	1.2	3.1
Прилуцкие	4;80;18Ф;МУ	28.1	1.0	3.2
Флуераш	2;85;15Ф;ТУ	15.8-18.7	1.0	3.5
Темп	1;80;18Ф;МУ	16.9-23.9	0.9	3.2
Дайна	4;80;18Ф;МУ	18.6-22.3	1.1	3.2
Курс - мен.	4;80;18Ф;ТУ;	18.9	0.7	2.7
Ереван	2;85;15Ф;ТУ	25.3	1.1	НО
Арин-Берд	2;85;15Ф;ТУ	26.1	1.0	НО
Гонио	4;80;18Ф;ТУ	28.8	1.2	3.1
Ява	2;85;18Ф;ТУ	17.2-19.0	0.7-1.2	2.7-3.4

Примечания: характеристика:

1-5-класс сигарет; овал.-овальные сигареты;
 70-85-длина сигареты; мен.-сигареты с ментолом
 БФ-без фильтра; 15-18Ф — длина фильтра;
 ТУ — твердая упаковка; МУ-мягкая упаковка;
 НО — содержание СО не определялось

Таблица 7. Содержание смолы, никотина и окиси углерода в импортных сигаретах (московские табачные кноски, 25.06.93 г.)

Название	Смола (мг\сиг)	Никотин (мг\сиг)	СО (мг\сиг)
Магна, США	22,9	1,4	17,0
Палас, СШАбленд	24,7	1,6	13,8
БуррусиСонз, Англия	21,5	1,2	14,3
АполлоСайз, США	17,8	1,2	15,2
Соверейн, Англия	14,2	1,0	13,0
Форбес, СШАбленд	19,2	1,3	16,7
Ротманс, Англия	20,2	1,1	13,5
Кент, США	20,2	1,0	15,8
Империял, Колумбия	26,9	1,2	16,3
Галлант, США	17,6	1,0	14,8
Винстон, США	19,0	1,2	12,3
Бой, США	26,2	1,4	14,8
Вест, США	21,3	1,0	15,6
Ковбой, США	15,5	1,2	18,1
Астор, США	17,0	0,9	13,9
ГолдБонд, Англия	16,5	1,1	14,3
Матч, США	19,3	1,2	13,8
Смок, США	15,6	0,9	12,0
Монтана, США	17,0	1,1	14,1
Кемел, США	19,2	1,0	16,7
Мальборо, США	21,5	1,1	15,8
ЛМ, США	16,7	1,7	18,3

Система сертификации табака и табачных изделий.

Исходя из принятых в Системе сертификации ГОСТ РФ критериев формирования систем сертификации однородной продукции с учетом вышеизложенного, предлагается создать систему сертификации табака и табачных изделий. Постановлением Коллегии Госстандарта №23 от 08.12.93 г. в России введена обязательная сертификация всех табачных изделий. Систему возглавляет Госстандарт России как национальный орган по сертификации.

Все табачные предприятия России должны получить сертификат соответствующего содержания в дыме сигарет смол и никотина, принятые как временные в России (смола — 25 мг/сиг, никотин — 1,3 мг/сиг).

Таблица 8. Содержание металлов в табаках СНГ (мкг/г)

Элемент	А	Б	В	Г	Д	Е	Ж
Al	1895.0	230.5	193.5	209.0	374.0	394.0	425.0
Mn	213.0	118.5	855.0	62.0	115.5	47.0	58.1
Co	27.5	9.5	9.5	10.0	12.0	14.5	16.5
Cu	8.0	3.6	18.0	5.0	6.05	11.0	5.0
Zn	58.5	64.0	68.0	34.0	44.0	38.0	26.0
Mo	5.1	1.3	5.4	3.95	3.6	0.1	0.2
Pb	70.0	33.0	51.5	54.0	66.0	65.5	58.5
Cr*	1.9	8.7	12.4	1.2	9.5	9.3	8.7
Ni*	15.0	9.0	14.0	8.0	12.0	10.5	8.5
As*	12.5	6.36	8.19	7.98	8.7	6.48	7.62
Cd*	1.1	1.9	3.15	1.55	1.95	1.45	1.25

А - махорка, Брянская обл. Д - Юбилейный-8, Молдова

Б - Тропезонд-219, Краснодар.край Е - Тропезонд-538, Грузия

В - Самсуг-155, Абхазия Ж - Дюбек 44-07, Киргизия

Г - Дюбек-50, Крым

* - доказан или вероятн.канцероген для человека

Таблица 9. Характеристика загрязнения табачного сырья остаточными количествами пестицидов

Район выра- щивания	Доля образцов, содержащих остатки пестицидов					
	ХОП		ФОП		Дитиокарбаматы	
	всего	МДУ	всего	МДУ	всего	МДУ
Киргизия	92.3	7.7	93.2	-	15.4	-
Молдавия	93.7	43.8	93.7	-	6.3	-
Азербайджан	100	6.7	100	-	6.7	-
Узбекистан	100	25.0	91.7	-	66.7	16.7
РСФСР	63.6	18.2	63.6	-	-	-
Болгария	94.4	33.3	88.9	5.6	27.8	5.6

Примечания: всего — процент исследованных табаков, содержащих остаточные количества пестицидов; МДУ — процент исследованных табаков, в которых превышен максимально допустимый уровень; ХОП — хлорорганические пестициды; ФОП - фосфорорганические пестициды.

VI. Реклама табачных изделий

Рекламирование табачной продукции представляет собой тщательно организованные, хорошо спланированные, построенные на научной основе мероприятия, цель которых - способствовать распространению курения. Рекламирование табака ведется в направлении создания в сознании людей ассоциаций, связанных с представлениями о

сексуальной привлекательности, расслаблении, роскоши и другими положительными человеческими эмоциями (20).

Производители табачной продукции и их доходы прямо зависят от распространения курения, т.е. от привыкания к курению значительного количества людей.

В эпоху административно-командной системы хозяйствования вопрос о рекламе вообще, и табачных изделий в частности, остро не стоял (18, 19), поскольку реклама табака не носила агрессивно-наступательного характера. В то время реклама если и существовала, то, скорее, в непрямой форме (например, курение на телевизионном экране). Из-за недоступности импортных сигарет подавляющее большинство курильщиков употребляло отечественные табачные продукты.

Однако, с началом демократизации общественной жизни и усилением воздействия западного образа жизни, потребность в сигаретах резко возросла, и уже в 1990 г. в СССР и особенно в России стало ощущаться несоответствие между производством и потреблением табачных изделий. Начались табачные забастовки, была введена талонная система, а позднее для срочного уменьшения дефицита сигарет были широко открыты ворота ввозу табачных изделий на необъятный российский рынок и распространению зарубежной рекламы. Сегодня табачные продукты, ввозимые в Россию, сопровождаются массивной рекламой "западного образа жизни".

Зарубежные производители табачной продукции, покупая наиболее удобное эфирное время, когда у телевизоров и молодежь, и взрослое население, конечно, продолжали достигать своей цели по вовлечению в курение новых сотен, тысяч детей, подростков, обеспечивая и расширяя российский рынок сбыта для своей продукции, не находящей, кстати, спроса в самих странах-производителях сигарет.

Транснациональные корпорации нашли в России огромный рынок для распространения своей продукции. Представитель компании "Рейнолдс Табакко" Бренда Холмер в интервью "Вашингтон Пост" заявила, что Восточная Европа — это "колоссальный рынок курильщиков и, когда двери начали открываться, мы, естественно, захотели там оказаться". "Это гигантский рынок, открывающий перед нами большие возможности для роста" — сообщил в "Вашингтон пост" Майкл Парсонс — представитель фирмы "Филип Моррис", производящей сигареты "Мальборо".

На завоевание российского рынка зарубежные производители табачных изделий средств не жалели. На рекламирование сигарет только в 1993 году приходилось не менее 40% всей зарубежной рекламы в России. 23–25 ноября 1995 г. проходил международный фестиваль рекламы. Бюджет его составил более 150 тыс. долларов. Большую часть расходов взяла на себя фирма "Филип Моррис".

Телевидение встало на сторону производителей табачной продукции и создало условия, делающие анти-табачную рекламу малоэффективной. Различные программы: "Здоровье", "Медицина для вас" и другие, хотя периодически и освещали эту проблему, но, как правило, в отличие от рекламы табака демонстрировались только в дневное время, когда основная часть населения, находясь на работе, в школах, ВУЗах, такие передачи смотреть не имела возможности. Только постоянные усилия МЗ РФ и некоторых общественных организаций позволяют уменьшить влияние рекламы табака на население. Кроме того на экране стали появляться отечественные анти-табачные клипы, созданные российскими центрами медицинской профилактики. В то время как на пропаганду

здоровья МЗ РФ имеет мизерные средства, что не позволяет ему противостоять в области рекламы производителям табачной продукции.

В результате активной позиции общественности и неоднократных обращений в Правительство РФ в 1993 году наконец вступили в силу "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", в статье 19 которых было сформулировано следующее требование: "в интересах здоровья граждан реклама алкоголя и табачных изделий в средствах массовой информации запрещается". Это было большим достижением, однако средства массовой информации и не собирались выполнять эти законодательные решения, предпочитая получение прибыли нравственным аспектам. Тем более, что законодательного акта, предусматривающего ответственность за невыполнение статьи 19 "Основ", в это время еще не существовало.

Вместе с тем, МЗ РФ осуществлял активную деятельность по прекращению запрещенной рекламы. Множество аргументированных документов, писем было направлено руководителям средств массовой информации, Правительству. В результате этой деятельности 5 мая 1995 г. состоялось заседание Судебной палаты по информационным спорам при Президенте Российской Федерации, на котором от МЗ РФ были представлены доказательства, с использованием отечественных исследований и данных ВОЗ, о негативном влиянии курения и рекламы табачных изделий на здоровье населения.

После опубликования решения Судебной палаты, материалы о незаконной рекламе были направлены в Генеральную прокуратуру для принятия мер. Однако в связи с тем, что все средства массовой информации ссылаются на отсутствие в законе о рекламе четких мер, предусматривающих наказание за нарушение этой нормы, последовала рекомендация ускорить разработку закона о рекламе.

В то же время международные табачные компании продолжали наводнять страну своей продукцией.

МЗ РФ принимало участие в работе над Законом о рекламе, настаивая на запрещении всех видов рекламы алкоголя и табачных изделий. Осознавая всю важность принципиальной позиции МЗ РФ в отношении предупреждения распространения курения в России до принятия Закона о рекламе, Президент Российской Федерации подписал Указ "О гарантиях права граждан на охрану здоровья при распространении рекламы" от 17.02.95 г. №161, в подготовке которого приняло участие МЗ РФ.

Однако в июле 1995 года был принят Федеральный Закон о рекламе и действие Указа утратило силу.

При этом рассматривались 2 версии Закона: первая, предложенная МЗ РФ, содержащая полный запрет рекламы табака и алкоголя, и вторая, предложенная Государственным Комитетом по антимонопольной политике, ограничивающая, но не запрещающая подобную рекламу. В окончательном варианте была утверждена компромиссная формулировка, полностью запрещающая с 1 января 1996 г. рекламу табачной и алкогольной продукции в электронных средствах массовой информации и ограничивающая (статья 16) другие формы рекламы.

Кроме того, Российский парламент принял законодательный акт, в соответствии с которым нарушители Закона о рекламе подлежат административной ответственности, а за

повторное нарушение - тюремному заключению на срок до 2 лет или крупному денежному штрафу.

Таким образом, в законодательной сфере следует отметить 4 наиболее важных события :

1. Принятие статьи 19 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.
2. Проведение специального заседания Судебной палаты по информационным спорам при Президенте Российской Федерации (12).
3. Указ Президента Российской Федерации "О гарантиях права граждан на охрану здоровья при распространении рекламы".
4. Принятие Федеральным Законом о рекламе (статьи 16 и 33, соответственно ограничивающие и запрещающие рекламу табака).

Однако, вызывает тревогу тот факт, что в 1997 г. планируется внесение в Федеральный Закон о рекламе изменений в соответствии с которыми может быть снят полный запрет на рекламу табачных изделий в электронных средствах массовой информации.

VII. Влияние курения на здоровье населения

Исследования влияния курения на здоровье, проведенные в России и за рубежом, показали, что большинство хронических неинфекционных заболеваний (таких, как онкологические, сердечно-сосудистые заболевания и болезни органов дыхания) возникают и прогрессируют во многом под влиянием курения. Необходимо отметить, что заболеваемость и смертность от рака и сердечно-сосудистых заболеваний в России непрерывно возрастает (таблицы 10 и 11), и одной из причин этого является курение табака.

Таблица 10. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России (всего тыс. человек)

Годы	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
	866	1318	1665	1707	1749	1789	1823	1870

(Российский статистический ежегодник, 1996)

Таблица 11. Заболеваемость населения (число заболеваний, зарегистрированных у больных с диагнозом, установленным впервые).

	Всего тыс.				На 1000 населения			
	1990	1993	1994	1995	1990	1993	1994	1995
Новообразования	820	910	954	974	5,5	6,1	6,5	6,6
Болезни системы кровообращения	1661	1752	1900	1960	11,2	11,8	12,9	13,3

(Российский статистический ежегодник, 1996)

В России в 1989 году под редакцией Д.Г.Заридзе и Р.Пето (9) опубликована монография "Курение и здоровье", в которой обобщены многолетние исследования, посвященные этой проблеме. До настоящего времени эта монография является единственной на русском языке, наиболее полно освещающей вопросы влияния курения на здоровье, такие, как токсикология табакокурения, связанная с курением заболеваемость и смертность и т.д.

Многие лоббисты табачной промышленности утверждают, что прямых доказательств влияния курения на заболеваемость и смертность не существует. Этим высказываниям могут верить только малоосведомленные люди, т.к., в частности, в упомянутой монографии и других работах приведены многочисленные научно-обоснованные доказательства, полученные исследованиями ученых многих стран об огромном вреде, наносимом курением здоровью ныне живущего населения, будущих поколений, окружающей среде, экономике.

В указанной монографии "Курение и здоровье" обобщены научно-обоснованные доказательства влияния курения на здоровье, главные из которых:

- высокая степень взаимосвязи между продолжительностью курения и частотой рака (прежде всего легких),
- трехкратное увеличение продолжительности регулярного курения увеличивает ежегодную частоту случаев развития рака легких примерно в 100 раз. Эта цифра получена на основе многолетних детальных эпидемиологических исследований (22),
- люди, начинающие курить в подростковом возрасте будут подвергаться гораздо большему риску смерти от курения в среднем и пожилом возрасте,
- установлена причинная связь курения сигарет с развитием сердечно-сосудистых заболеваний на основе многочисленных и многолетних наблюдений и величина степени риска умереть от этой причины на 58% выше у курильщиков, чем у некурящих.

Эти и многие другие аспекты влияния на организм токсических продуктов, образующихся при курении, постоянно пополняются новыми данными.

Многолетние исследования влияния курения табака на здоровье, проводимые за рубежом и в нашей стране, показали, что большинство наиболее распространенных хронических неинфекционных болезней обусловлены, либо прогрессируют под влиянием курения.

К таковым в первую очередь относятся:

- онкологические;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания и другие.

Обращает на себя внимание тот факт, что заболеваемость и смертность в России от этих болезней нарастает одновременно с увеличением числа курильщиков (за последние 10 лет на 14%).

Исследования, проведенные ГНИЦПМ МЗ РФ в течение 10 лет в Москве среди мужчин 40–59 лет показали, что смертность среди лиц, интенсивно курящих в 4 раза выше смертности от всех причин и в 2 раза выше смертности от сердечно–сосудистых по сравнению с лицами никогда не курившими (таблица 13).

Таблица 12. Смертность от онкологических заболеваний различных локализаций в Российской Федерации (на 100 тыс. населения)

	Абсолютное число	Всего на 100 тыс.	Пищевод	Желудок	Прямая кишка	Легкие	Молочная железа	Шейка матки	Лимфо-гемопэт. система
1980	223,453	163.5	5.6	41.5	7.5	30.7	15.2	9.3	7.9
1985	248,272	175.5	5.4	38.6	9.0	36.1	17.6	8.5	8.6
1986	257,385	180.6	5.5	38.2	9.2	37.9	18.5	8.2	9.0
1987	264,062	181.0	5.8	38.0	9.3	38.9	18.6	8.1	9.1
1988	271,204	187.0	5.8	37.5	9.4	40.6	19.1	7.9	9.7
1989	277,481	187.9	5.9	36.8	9.4	41.6	20.0	8.0	9.6
1990	284,403	191.8	6.0	36.7	9.5	42.5	20.4	7.8	9.6
1991	290,488	195.5	6.1	36.1	9.5	43.3	21.3	7.7	9.8

Таблица 13. Смертность (на 1000 человек в год за 10–летний период наблюдения за мужчинами 40–59–летнего возраста). Данные ГНИЦПМ МЗ РФ.

Отношение к курению	Смертность (число случаев на 1000 чел\год)		
	общая	онкологические заболевания	сердечно–сосуд. заболевания
Никогда не курили	4,9	1,1	3,0
Курили в прошлом	8,6	2,2	5,6
Курят в наст. время, всего:	12,7	4,1	5,3
в том числе курят:			
1–10 сиг.в день	11,8	3,8	5,9
11–20 сиг.в день	11,7	4,2	4,8
более 20 сиг.в день	19,1	4,9	6,8

Ущерб, наносимый здоровью курением подтверждается и показателями заболеваемости с временной утратой трудоспособности, которые у курильщиков на 40% выше.

Обращают на себя внимание данные о смертности от злокачественных новообразований за последние 10 лет, причем отмечено наиболее существенное увеличение смертности от рака легкого и пищевода. Эти данные в значительной степени подтверждают роль курения в ухудшении здоровья населения. И, наконец, преобладание курильщиков среди мужчин коррелирует с более высокой смертностью у них от болезней, зависящих от табака (таблица 12).

В соответствии с исследованиями Peto, Lopez et al. (24), в 1990 году 52% всех смертей от рака среди мужчин и 5% среди женщин были связаны с курением (таблица 14)

Таблица 14 **Отношение смертности, связанной с курением к общей смертности в России, % 1990**

	Мужчины	Женщины	М + Ж
Все случаи рака	52	5	31
Все случаи курильщиков	30	4	17

Представляют большой интерес недавние исследования канцерогенного действия табачного дыма, проведенные группой ученых, возглавляемой акад. Д.Г. Заридзе (1). Н.И. Русанова с соавторами (14) проанализировали 138 случаев гемобластозов в областном детском гематологическом центре Челябинска. В качестве изучаемых параметров были взяты состояние здоровья матери к моменту рождения ребенка, количество выкуриваемых сигарет. Исследования проводились методом case-control. Контрольная группа состояла также из 138 детей и была стандартизирована по возрасту, полу, месту жительства. У потомства курящих женщин относительный риск развития лейкоза оказался в 1,84 раза выше. Относительный риск зависел от количества сигарет, выкуриваемых в день и отцом, и матерью. Риск развития заболевания был также связан с длительностью курения родителей. Курение женщин как фактор риска развития гемобластозов у детей, является, таким образом, более значимым, чем курение мужчин, а отказ от курения может снизить опасность возникновения этой патологии.

Изучалось влияние курения одного или обоих родителей на здоровье их потомства (17). В качестве одного из критериев состояния здоровья взяты показатели физического развития: масса, длина тела, окружность головы и груди новорожденных и детей первого года жизни. Определение параметров физического развития проводилось стандартными методами антропометрии с использованием параметрического способа статистической обработки у 450 здоровых детей первого года жизни. Установлено, что масса новорожденных, родившихся от курящих родителей достоверно ниже, чем у детей контрольной группы. Так, средняя масса девочек контрольной группы составила 3,5±0,04 кг, а девочек, рожденных от курящих родителей — 2,82±0,04 кг (P<0,05). Аналогичная ситуация выявлена у новорожденных мальчиков обеих групп — 3,58±0,04 и 2,93±0,04 соответственно. Длина тела новорожденных основной группы на 2 см меньше длины новорожденных контрольной группы. Разница в длине тела годовалых мальчиков составляет 1,5 см. Наиболее значимой является разница в окружности головы, которая к 9 месяцам доходила до 1 см. Таким образом, курение родителей оказывает неблагоприятное воздействие на показатели физического развития, начиная с периода новорожденности, вызывает его задержку на первом году жизни, приводя также к задержке нервно-психического развития и иммунного статуса у детей раннего возраста.

VIII. Распространенность курения среди взрослых

СССР и Россия в 80-е годы относились к числу самых "курящих" стран мира (7, 13). Так по данным Е.И.Чазова с соавт. (9), в СССР было 70 млн. курильщиков, т.е. 26% населения.

Исследования распространенности курения в 80-е годы показали, что наиболее высокий процент курящих мужчин - 62,6 и женщин — 19,0 был в возрасте 30–39 лет (9). Этими же авторами представлен материал по городу Москва о распространенности курения в зависимости от уровня образования - (Таблица 15, данные С.П.Олейникова с соавт. (1983 г.) и Е.И.Чазова с соавт. (1984 г.).

Таблица 15. Распространенность в СССР курения среди мужчин возрастной группы 30–39 лет с разным уровнем образования (Д.Г.Заридзе; Р.Пето, 1989)

Регион	Образование (число обследуемых)	Процент курящих
Москва	1. Начальное (298)	64,8
	2. Незаконченное среднее (1059)	59,7
	3. Среднее (459)	50,1
	4. Высшее (1693)	37,2
Шесть городов	1. Начальное	64,8
	2. Среднее	59,7
	3. Высшее	37,2

Эти данные свидетельствуют о том, что среди менее образованных людей курение распространено в большей степени.

На протяжении ряда лет ГНИЦЦМ МЗ РФ (в прошлом ВНИИ МЗ СССР) занимался изучением распространенности привычки курения среди населения в Москве и других городах России, а также разработкой мероприятий по борьбе с этой вредной привычкой.

В 1985–86 гг. сотрудниками этого института было опрошено 12275 человек в 20 городах из 6 регионов страны: из них 3576 школьников, 3317 учащихся ПТУ, техникумов, ВУЗов и 5382 человека в возрасте от 20 до 60 лет.

Анализ полученного материала показывает следующее. Доля курящих мужчин с учетом школьников составляла 45,1%, а среди лиц женского пола — 7,6%, т.е. курящих мужчин в 6 раз больше, чем женщин.

По данным опроса наибольшее число курящих мужчин было выявлено среди взрослого населения — 64,7%, среди курящих школьников — от 13,5% до 31,3%.

Результаты этого исследования показывают, что многие курильщики приобретают эту привычку в подростковом возрасте. Большинство начинают курить в возрасте от 13 до 18 лет, то есть в период интенсивного физического и психического развития.

В различных регионах количество курящих колеблется от 26% до 62,3%. По данным ГНИЦ ПМ, примерно 50% населения Москвы употребляют табачные продукты (дети дошкольного возраста в исследовании не учитывались) (Таблица 16).

Таблица 16. Распространение курения среди населения Черемушкинского района г. Москвы (Данные ГНИЦПМ МЗ РФ)

Возраст, лет	Пол	1979 (%)	1983 (%)
20 - 29	м	60.4	62.0
	ж	16.9	16.8
30 - 39	м	62.6	57.4
	ж	19.0	19.0
40 - 49	м	48.5	48.2
	ж	8.5	9.5
50 - 59	м	45.1	45.3
	ж	8.9	8.6
20 - 59	м	54.0	53.2
	ж	13.0	13.5

Как показали исследования, проведенные среди взрослого населения Черемушкинского района г. Москвы, число курящих среди мужчин 20 - 59 лет составляет от 45 до 62 %, а среди женщин того же возраста - от 5,5 до 19 %. Наиболее высокий процент курящих наблюдался в возрастной группе 20 - 29 лет, составляя для мужчин 57,4 - 62,6 %, а для женщин - 16,8 - 19%. В этой же возрастной группе количество выкуриваемых сигарет было выше у мужчин (17,3 в день), чем у женщин (8,6 в день).

Распространенность курения в России в 90-е годы.

По данным многочисленных исследований в 90-е годы отмечено увеличение числа курящих в более молодом возрасте при незначительном снижении числа курильщиков среди лиц старших возрастных групп.

Так, по данным *отчета ГНИЦ ПМ*, в Черемушкинском районе в 1991 г. наибольший рост отмечался среди лиц 25-34 лет, а наибольшее сокращение процента курящих в возрасте 55-64 лет. Последнее возможно было связано с временным дефицитом табачных изделий, повышением относительной их недоступности именно для людей этой возрастной группы.

Таким образом, в начале 90-х годов отмечено умеренное уменьшение числа курящих среди мужчин, преимущественно за счет лиц предпенсионного и пенсионного возраста, при увеличении числа курильщиков среди молодых.

Распространенность курения среди женщин относительно увеличилась, преимущественно за счет самой молодой группы и лиц предпенсионного возраста. Аналогичные тенденции наблюдаются и в некоторых странах мира (4).

После 1991 г. анализ косвенных данных (рост потребления табачных изделий, увеличенные закупки табачных изделий, расширение собственного производства) свидетельствуют о том, что негативные тенденции, обнаружившиеся в 1991 г., продолжают нарастать и количество курящих в России увеличивается (за последние 10 лет в среднем на 14%).

Отчеты регионов.

В последнее время из различных регионов получены данные о нарастании количества курильщиков. Так, в Якутии среди мужчин из коренного населения курят 49,8%, а среди женщин — 14,8%. Рабочие же рудников в Якутии курят в 85% случаев (1995 г.). При обследовании в Челябинской области из 102 машинистов-мужчин, работников локомотивных бригад 60,9% были постоянными курильщиками.

В 1995 году распространенность курения среди неорганизованного населения г. Челябинска была следующей: среди мужчин — 60,2%, среди женщин — 8,4%, в Челябинской области (село) — 57,8% и 0,4% соответственно. Но среди мужчин города в возрасте 25–49 лет — 85,8%.

Исследования распространения курения в г. Томске, проведенные в 1993 году НИИ сердечно-сосудистых заболеваний показали, что число курильщиков среди студентов в возрасте 17–25 лет равно 41,2% у мужчин и 7,3% у девушек. Среди неорганизованной популяции города в возрасте 20–59 лет курят 79% мужчин и 18% женщин, рабочие ПО "Контур" соответственно 58% и 8%; среди жителей малых городов Томской области в возрасте 20–59 лет курят 71% мужчин и 7% женщин.

Распространенность курения в г. Твери по исследованиям 1994–95 гг.: постоянных курильщиков 63% мужчин и 8,6% женщин.

По данным опроса областного центра медицинской профилактики г. Мурманска курят 70,7% мужчин и 20,5% женщин. Среди старших школьников (8–11 классов) курят 30,1%.

В таблице 17 приведены данные МЗ РФ по распространенности курения в некоторых крупных городах России (1991–1993).

Таблица 17. Доля курящих мужчин в возрасте 20–54 лет (данные МЗ РФ)

Новосибирск	62%
Норильск	62%
Уфа	60%
Санкт-Петербург	56%
Якутск	56%
Москва	55%

В рамках программы СИНДИ (8) проводилось изучение распространенности курения среди рабочих и служащих предприятий тяжелого машиностроения гг. Москвы и Электростали.

В связи с тем, что сотрудники ГНИЦ ПМ изучали эти же показатели и в 80-е годы, представляло интерес сравнить эти данные.

Результаты обследования 80-х годов свидетельствовали о том, что число курящих мужчин, работающих в Электростали больше, чем в Москве (таблица 18). Следует иметь в виду, что большинство мужчин в Электростали рабочие и, следовательно, имеют более низкий образовательный уровень. Что касается характера труда, то в обоих городах изучались предприятия тяжелого машиностроения. Репрезентативные случайные выборки были взяты в г. Москве из 3,5 тысяч и в г. Электростали из 12 тыс. работающих.

Сравнение этих данных со сведениями, полученными в 90-е годы в тех же популяциях выявило рост курящих как среди мужчин, так и женщин в среднем на 6,2%.

Таблица 18. Распространенность курения среди рабочих и служащих городов Москвы и Электростали (данные 1986г. в %)

Возраст	Мужчины	Женщины
20-29	58,2\65,6	7,2\9,5
30-39	53,4\65,6	12,6\7,6
40-49	40,9\55,5	2,4\2,2
50-59	40,0\38,8	5,0\4,0

Изучение распространенности курения показало, что курит большой процент женщин детородного возраста. К сожалению, часть из них продолжают курить и во время беременности. При опросе беременных (371 чел.) в возрасте от 16 до 35 лет в одной из женских консультаций, 99 чел. (26%), указали на то, что они курили до беременности, 10 чел. (2,6%) продолжают курить и в период беременности. Между тем, имеются достоверные данные о том, что курение будущей матери отрицательно сказывается на здоровье ее ребенка. Дети, родившиеся от курящих матерей, как правило весят меньше, чем дети, родившиеся у некурящих. Кроме того, у курящих значительно чаще наблюдаются осложнения беременности. Как отмечается в документах ВОЗ, последствия курения женщин в период беременности продолжают сказываться на здоровье ребенка первых 7-9 лет жизни, выражаясь в отставании в психическом и физическом развитии, а также в области эмоциональной сферы.

В 1995 году на базе Ростовского Государственного Медицинского Университета (РГМУ) были проведены исследования, направленные на изучение степени никотинозависимости и отношения к табакокурению студентов РГМУ (109 женщин и 72 мужчины), юридического факультета РГУ (48 мужчин), факультета математики Ростовского высшего командного училища (129 мужчин). Были получены следующие результаты:

Распространенность курения среди студентов: из опрошенных студентов-юристов ежедневно курят 75%, из студентов, получающих специальность инженер-математик — 57%. Среди студентов-медиков курение распространено меньше — мужчины 44%, женщины 24%. По методике Фагерстрема выделены следующие степени никотинозависимости: несущественная, небольшая, средняя, сильная, очень сильная. Большинство курящих студентов-юристов (67%) имеют несущественную

никотинозависимость, 11% — небольшую, 9% — среднюю, 7% — сильную, 6% — очень сильную.

Среди курящих студентов-математиков 48% имеют несущественную никотинозависимость, 43% — небольшую, 9% — среднюю. Сильная и очень сильная никотинозависимость не встречается у этой группы студентов, что очевидно связано с высокими требованиями к физической подготовке в военном ВУЗе и высокой интенсивностью физических нагрузок.

Степень никотинозависимости курящих мужчин студентов-медиков глубже, чем в двух других группах студентов, несмотря на то, что курение распространено меньше. Всего 34% имеют несущественную никотинозависимость, 28% — небольшую, 6% — среднюю. Сильная и очень сильная никотинозависимость встречается в сумме у 32% курящих студентов-медиков.

Из курящих женщин-студенток РГМУ 75% имеют несущественную никотинозависимость и курят только за "компанию", отказ от курения у них мог бы пройти без трудностей. Имеют небольшую никотинозависимость 11 % студенток, среднюю — 7%, сильную и очень сильную — в сумме 7% курящих студенток.

Обращает на себя внимание взаимосвязь между степенью никотинозависимости и качеством учебы. В группе с несущественной никотинозависимостью на "хорошо" и "отлично" учатся 48% студентов, в группе с небольшой никотинозависимостью — 24% , со средней — 18%, с сильной и очень сильной — 14% студентов. Посредственно и плохо в группе с несущественной никотинозависимостью учатся 52% студентов, с небольшой-76%, со средней — 82%, с сильной и очень сильной никотинозависимостью — 86% студентов.

В соотношении относительного количества курящих в России и развитых странах мира важно видеть роль активной пропаганды табачных изделий путем рекламирования их в средствах массовой информации в течение последних нескольких лет. В качестве одного из негативных последствий этого периода может рассматриваться следующий результат анкетирования. Из курящих студентов-юристов 6% безразличны к тому, будут ли курить их супруги и дети. Из мужчин студентов-медиков безразличие к возможности курения жены и детей высказали 16%, а из курящих студенток — каждая третья! На фоне этого контрастен факт, что все 129 опрошенных студентов-математиков высказались против возможности курения их жен и детей. В процессе опроса выяснилось, что в будущем хотели бы бросить курить 82% студентов-математиков, 50% юристов, 66% мужчин и 57% женщин студентов-медиков. Причем половина опрошенных курящих студентов уже делала попытки бросить курить.

IX. Распространенность курения среди детей и подростков в 90-е годы в России.

Отчет ГНИЦПМ МЗ РФ.

В 90-е годы ГНИЦ ПМ периодически продолжал проводить в Черемушкинском районе г.Москвы выборочные исследования по оценке распространенности курения среди школьников. С этой целью использовалась хорошо зарекомендовавшая методика — опрос представителей класса. Суть ее состоит в том, что два представителя каждого класса дают сведения о количестве курящих школьников, не называя конкретных фамилий. А.Прохоров с соавт. впервые опубликовали этот метод(2).

В 1992 году было проведено выборочное исследование, охватившее более 3000 школьников 11–17 лет. Анализ полученных данных показал значительный рост распространенности курения как среди мальчиков, так и среди девочек. За истекшие 6 лет произошло статистически значимое увеличение количества курящих школьников обоего пола, особенно резко увеличилось число регулярно курящих девочек (минимум 1 сиг\нед) — с 5,4 до 12,3% случаев.

Повторные исследования ГНИЦ ПМ в г. Москве в 1992-93 гг. свидетельствуют о неуклонном нарастании числа курящих школьников (таблица 19).

Таблица 19 Частота курения среди школьников 11–16 лет (в%)
(отчет ГНИЦ ПМ, 1993)

Возраст, лет	Пол		Всего
	М	Ж	
	1992 год		
11–14 лет	22,9	11,5	17,1
13–16 лет	40,5	24,5	31,5
	1993 год		
11–14 лет	27,2	14,9	20,7
13–16 лет	48,6	37,7	42,5

Более того, было выяснено, что каждый 10-й подросток имеет зависимость от табака. Причем, одновременно эта группа чаще болеет бронхитом, имеет одышку при физических нагрузках, что свидетельствует о признаках или явном заболевании бронхо-легочной системы.

Отчет НПО "Медсоцэкономинформ"

На основании репрезентативных исследований НПО "Медсоцэкономинформ" (11) представило данные о распространении курения среди школьников в 21 городе России в возрасте от 15 до 17 лет (табл. 2.9.1-2.9.2, стр. 20-22) (распространенность курения среди мальчиков — от 25 до 48%; среди девочек — от 13 до 29%) (таблица 20).

Таблица 20. Распространенность курения, в т.ч. ежедневного, среди выпускников общеобразовательных школ крупных городов Российской Федерации (в %) (данные отчета НПО "Медсоцэкономинформ")

Районы	Города	М		Д	
		всего	ежедн	всего	ежедн
Северный	Архангельск	42,3	39,2	19,9	11,7
	Петрозаводск	29,8	28,3	19,6	15,8
Северо-Западный	Санкт-Петербург	34,0	29,2	25,0	19,4
Центральный	Владимир	34,7	33,1	17,5	15,5
	Тверь	26,2	24,1	19,8	14,3
	Орел	32,3	28,4	20,7	18,2
Волго-Вятский	Киров	25,0	19,4	17,3	8,9
	Н.Новгород	42,0	38,3	20,7	15,4
Центрально-Черноземный	Воронеж	42,0	37,1	26,4	16,6
	Липецк	27,7	27,6	21,7	18,6
Поволжский	Астрахань	33,9	33,8	16,4	16,4
	Волгоград	37,5	35,0	26,6	14,3
Северо-Кавказский	Краснодар	42,1	39,1	29,0	22,4
	Ставрополь	42,6	40,7	27,4	24,8
Уральский	Пермь	37,6	33,6	27,7	22,2
	Ижевск	24,7	22,6	13,5	11,1
Западно-Сибирский	Кемерово	36,2	32,6	22,6	17,3
	Томск	36,4	34,1	28,4	19,4
Восточно-Сибир.	Иркутск	48,2	43,2	13,1	9,8
Дальне-Восточ.	Хабаровск	39,0	37,8	28,1	24,4
	Москва	43,7	42,4	27,6	23,4

С уровнем распространенности курения как среди мальчиков, так и среди девочек высоко коррелирует число ежедневно курящих, отличаясь от общего числа курящих всего на 2-5%.

На вопрос: "Что заставляет курить?" — подавляющее большинство (90%) курящих отвечают: "по привычке", "не могу бросить". Следовательно, у 90% курящих можно констатировать, как минимум, психическую зависимость от курения, которая неизбежно перейдет в физическую, и с привычкой курить можно будет расстаться только прибегнув к медицинской помощи.

Отчет ОНЦ РАМН.

Одной из причин увеличения курящих школьников, несомненно, явилось ослабление антитабачной пропаганды и отсутствие систематической работы в школах по проблемам здорового образа жизни. Об этом со всей убедительностью говорят данные сотрудников ОНЦ РАМН, которые наряду с внедрением антикурительной программы (АП) в средней школе (23) проводили исследования на базе 5 школ г.Москвы с 1988 по 1992 годы. Распространение курения среди школьников изучалось до внедрения АП и периодически на протяжении всего периода исследования. Данные, представленные в

таблице, показывают, что уже после первого года (1990) внедрения АП в школах было отмечено заметное снижение распространенности курения.

В то же время в контрольных школах распространение курения оставалось на прежнем уровне или даже увеличивалось. Однако, данные по последующим годам указывают на ослабление эффекта АП, что, видимо, связано с менее качественным выполнением антикурительных мероприятий, с одной стороны, и привыканием к ним школьников с другой (таблица 21).

Таблица 21. Распространенность курения среди школьников общеобразовательных школ

Год обследо- вания	О1(581)		О2(878)		К1(578)		К2(579)		К3(886)	
	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д
1989	36,7	18,6	32,2	19,5	29,8	12,4	25,4	15,0	30,5	10,7
1990	24,5	12,1	16,8	9,2	40,2	23,4	28,5	12,4	33,9	12,8
1991	28,9	9,3	36,7	21,8	47,8	25,9	24,9	6,7	35,9	23,0
1992	29,3	11,4	33,8	16,3	37,4	18,4	28,0	13,6	40,5	20,2

О - школы, в которых осуществлялось профилактическое вмешательство

К - школы без вмешательства (контроль)

Наряду с приведенными исследованиями среди школьников сотрудниками ОНЦ РАМН изучалось распространение курения среди учащихся ПТУ и ВУЗов. Так, среди учащихся ПТУ курят 69% юношей и 14% девушек. Среди студентов химического ВУЗа употребляют табак 47% юношей и 13% девушек; на 5 и 6 курсах медицинского ВУЗа курят 65% мужчин и 31% женщин (23).

Таким образом, особую тревогу вызывает увеличение числа курящих детей и подростков в стране. Без немедленных мер, направленных на прекращение эпидемии, здоровье населения обречено на ухудшение в ближайшие годы.

Х. Вопросы лечения табачной зависимости

В 80-х гг. в ряде областных центров были организованы специализированные лечебно-профилактические кабинеты помощи желающим отказаться от курения. В задачу таких кабинетов, кроме консультативной и квалифицированной медицинской помощи с использованием методов психотерапии, рефлексотерапии и медикаментов, входила организация необходимых мер для предотвращения рецидивов у лиц, отказавшихся от курения в первые 6-12 месяцев.

Накопленный с 1988 года опыт показал высокую эффективность работы таких кабинетов (16). Данные ГНИЦ ПМ свидетельствуют о том, что среди 759 пациентов процент бросивших курить непосредственно после курса лечения составил в среднем 79%, причем наилучшие результаты (94%) были получены при использовании

акупунктуры, а наименьший эффект имело применение гамибазина (отечественная жевательная резинка, содержащая гидрохлорид анабазина), и лишь немногим больший - применение жевательной резинки с никотином "Никоретте" - 61%.

Через 3 месяца процент бросивших курить снизился, хотя и оставался достаточно высоким - 74%. Более существенное снижение отмечалось через 6 месяцев. Однако, в группе леченных иглоукалыванием процент бросивших оставался высоким (78%), тогда как в группе пользовавшихся гамибазином - 34,7%, а "Никоретте" - 51,4%.

Через 1 год в группе из 759 пациентов только 42,9% остались некурящими, причем наилучшие результаты по-прежнему были в группе лиц, леченных акупунктурой и остававшихся под наблюдением - 64%. Среди пациентов, не находившихся под наблюдением, процент не возобновивших курение составлял от 43%, причем у получавших "Никоретте" - 38%, а у использовавших Гамибазин - 17%. Таким образом, можно сделать вывод, что постоянное наблюдение, медицинская и психологическая помощь повышают эффективность соответствующей терапии. В то же время количество таких кабинетов явно недостаточно и они существуют лишь в крупных городах.

ГНИЦ ПМ собраны и проанализированы материалы за 1993 год о результатах лечебного воздействия на желающих бросить курить. Так, С.И.Сарсенова, Л.И.Чазова (15) проводили в условиях специализированного кабинета исследования по сравнительной оценке эффективности различных методов лечения зависимости от табака. Авторами показано, что население 24-64 летнего возраста в 1986-1991 гг.: 46,9% мужчин и 57,0% женщин хотят бросить курить. Обратилось в кабинет 64% от общего числа желающих.

Проведенные исследования показали, что чаще отказывались от курения лица, имеющие хронические заболевания с меньшим стажем и интенсивностью курения.

Л.А.Зыряева с соавторами (1) изучали личностные особенности, влияющие на срок отказа от курения. Проведен анализ причин возврата к курению 156 человек, из которых 15% бросили, 45% пытались бросить и 40% не бросали. При этом установлено, что ведущую роль в результативном лечении играет ригидность — один из психологических механизмов, участвующих в формировании поведения курящих и обуславливающих жесткость форм поведения в отношении привычки к курению.

В.Ю.Александрова, С.И.Сарсенова (3), изучая эффективность лечения от табакокурения через год после прохождения курса лечения у лиц с различной степенью готовности отказаться от курения, нашли, что у лиц с низкой степенью готовности не курили 2,9%, со средней - 48,8%, а с высокой - 83,3%.

В ГНИЦ ПМ разрабатываются методы лечения и психологической помощи бросающим курить, а также методические рекомендации для практических врачей. Так, апробирован новый метод лечения табакокурения с помощью препарата АУРИКМ-01 Модель "Стоп-сигарета", представляющий собой одну из модификаций аурикулярного стимулятора АУРИКС. Непосредственная эффективность этого метода 74%, хотя через год она снизилась до 35,4%.

В рамках программы СИНДИ (ГНИЦ ПМ) (10) была разработана и внедрена система лечения от никотинозависимости. Эта система позволила снизить число выкуриваемых сигарет в сутки.

Было проведено сравнительное изучение результатов комплексного лечения 311 мужчин (средний возраст 37,6 лет) и 51 подростка (14,4 года) с использованием метода анкетирования (1). Обследование и анкетирование проводились в специализированном кабинете профилактики курения. Методами, используемыми для лечения были следующими: медикаментозные, иглорефлексотерапия, психотерапия, нейролингвистическое программирование (НЛП). При этом взрослые пациенты были разделены на 2 группы:

- 1) 115 человек, лечившиеся с применением НЛП;
- 2) 195 человек, лечившиеся без применения НЛП.

Было показано, что использование всей системы мер позволило снизить количество выкуриваемых сигарет. Так, группа лиц, которые выкуривали $14,5 \pm 5,6$ сигарет, после лечения стали выкуривать $10,8 \pm 5,5$. В то же время лица, которым не оказывалась помощь в отказе от курения, до начала наблюдения выкуривали $15,0 \pm 8,4$, после наблюдения $11,9 \pm 8,0$. Причем, в группе лиц, которым оказывалась медицинская помощь бросили курить 33,9%, без медикаментозного вмешательства 26,7%.

Вместе с тем, крайне недостаточен объем доступной лечебной помощи, несмотря на то, что в последние годы проводится обучение медработников этим методам. Использование фармакологических методов лечения также затруднено из-за отсутствия в стране достаточных производственных мощностей для выпуска достаточного количества никотин-содержащих препаратов.

XI. Организация и проведение международных акций, направленных против курения.

Минздрав России является координатором всех структур, принимающих участие в работе по формированию здорового образа жизни, в т.ч. отказу от вредных привычек и проведению международных акций под эгидой ВОЗ, осуществляя связь с другими учреждениями, например, с Минобразованием России - с ВУЗами, школами, РАМН. Характер участия сотрудников этих учреждений в международных акциях различен.

Сотрудники НИИ сочетают свою научную работу с пропагандой отказа от курения. ГНИЦ ПМ и ОНЦ РАМН, кроме того, имеют кабинеты по оказанию помощи желающим бросить курить.

Государственные учреждения — центры медицинской профилактики регионов, Московский центр здоровья осуществляют пропагандистскую деятельность, сочетая ее с профилактической деятельностью. В настоящее время единственной организацией, способной объединить усилия различных отечественных и международных организаций, направленные на борьбу с курением в России, является Минздрав России.

С 1992 года в России ежегодно проводятся 2 Дня отказа от курения:

- мая под эгидой ВОЗ — Всемирный День без табачного дыма;
- в ноябре (последний четверг) — по предложению Международного онкологического общества.

Минздрав России считает необходимым участвовать в организации и проведении этих мероприятий, с тем, чтобы постоянно напоминать людям о вредном и опасном влиянии табака на здоровье.

По материалам и опыту учреждений МЗ РФ, г. Москвы и ряда регионов были составлены информационные письма в т.ч. и об итогах проведения в РФ очередного "Дня без табачного дыма" — 19 ноября 1992 г.

Эти письма отправлены в 89 регионов России и являются планом действий для регионов при организации подобных международных акций.

Специалистами МЗ РФ, ГНИЦ ПМ, ОНЦ, ФЦМП и Московским центром здоровья постоянно организуется и проводится работа с использованием средств массовой информации.

Так, Минздравом России был организован круглый стол по проблеме курения совместно с журналистами газеты "Федерация", американскими коллегами и учеными центров, занимающихся проблемой курения.

14 мая 1993 года в программу московского телевидения "Добрый вечер, Москва!" была включена специальная передача — конкурс "Медикус" по вопросам преодоления курения, итоги которой были подведены 28 мая 1993 года. Победители конкурса отмечены специальными призами (организаторы-сотрудники ГНИЦ ПМ).

31 мая 1993 проводился Всемирный день без табака под девизом: "Здравоохранение — окно в мир без табачного дыма". В этой акции принимали участие многие регионы страны (6, 7).

В этот же день (31.05.93) программа телеканала "Останкино" (рубрика "Новости") подготовила спецвыпуск, посвященный "Дню без табака- 93", радиовещание, другие каналы организовали с помощью ГНИЦ ПМ, Московского центра здоровья, республиканского центра медицинской профилактики ряд актуальных и интересных передач.

Сотрудники ГНИЦ ПМ в Юго-Западном округе (бывшем Черемушкинском районе) на протяжении ряда лет проводят мероприятия по борьбе с табакокурением.

В последние годы ряд мероприятий был организован при участии Республиканского Центра Медицинской Профилактики. Так, в 1993 году 31 мая День без курения был организован в 49 ЛПУ (24 взрослые поликлиники и 25 других учреждений).

Международный день отказа от курения организовывался также среди школьников Москвы 18.11.93 г. На базе московского департамента образования было проведено совещание представителей школ. Было предложено наряду с мероприятиями, согласно сценарию, разработанному и внедренному в 1992 году, провести конкурс на лучший плакат по анти-табачной пропаганде.

Проведение Дня было затруднено в связи с отсутствием централизованного финансирования антитабачной пропаганды на городском и окружном уровнях.

Медицинские работники высказывают предположение о целесообразности оплаты усилий по профилактике табакокурения из федеральных фондов.

Многие регионы страны постоянно направляют в Минздрав России информацию о проведении подобных Дней. Так, была получена информация из Новосибирска, Челябинска, Тулы, Читы, Нижнего Новгорода, Липецка, Ярославля, Костромы, Кемерово, Иркутска, Пскова, Вологды, Рязани, Калининграда и др.

В регионах России в настоящее время существует много проблем, связанных с курением:

- недостаточная информированность населения о конкретных неблагоприятных воздействиях на здоровье, о масштабах курения, о воздействии курения на детей;
- отсутствие достаточной квалифицированной помощи, желающим бросить курить и другие.

Мы надеемся, что в ближайшее время в России будет принята федеральная программа борьбы с курением.

XII. План действий по борьбе с курением в Российской Федерации на 1994-96 гг.

Группой ученых под руководством Г.Б. Ткаченко была разработана Федеральная Программа борьбы с курением, фактически являющаяся планом практических действий по борьбе с курением на 1994-96 гг. Этот план был одобрен Координационным Советом и распространен среди глав отделов здравоохранения в регионах Российской Федерации (89 регионов). Его осуществление финансировалось за счет средств федерального и региональных бюджетов. В соответствии с этим планом, в Москве и других регионах России было проведено множество конкретных мероприятий, направленных на борьбу с курением, в том числе:

- Законодательные акты, направленные на запрещение рекламы табака по телевидению и ограничение других форм его рекламы.
- Вовлечение средств массовой информации в борьбу с курением: проведение пресс-конференций, дискуссий за круглым столом, создание анти-табачных видеоклипов, пропаганда в популярных телевизионных и радиопрограммах (по центральным и местным каналам), публикация печатной продукции для различных групп населения.
- Научно-исследовательская работа в области борьбы с курением и разработки мер профилактики.
- Организация выставок и дискуссий, посвященных борьбе с курением.
- Организация в рамках сотрудничества с ВОЗ таких акций, как Всемирные Дни без табака, кампания "Quit and Win" и др.

- Публикация практических руководств для учителей младших и старших классов по проведению занятий, направленных на разъяснение вреда курения.
- Публикация серии научных статей о наркотической зависимости, в том числе об употреблении табака.

Следует подчеркнуть, что несмотря на происходящие перемены, документы Минздрава России являются основополагающими в формировании политики здоровья в России.

XIII. План действий по борьбе с курением в Российской Федерации на 1996-2000 гг.

Федеральная Программа борьбы с курением на 1996-2000 гг. является продолжением предыдущей программы и полностью разработана Минздравом России (координатор - Г.Б. Ткаченко). Одно из принципиальных отличий новой программы заключается в том, что Минздрав России будет настаивать на финансировании предложенных мероприятий за счет средств от акцизного сбора, полученного с продаж табачных продуктов. В Программе сформулированы следующие основные принципы государственной политики в области борьбы с курением и задачи, направленные на их реализацию:

1. Совершенствование законодательства

- добиться полного запрещения рекламы табака и алкоголя;
- на основании Закона о правах потребителей возложить на производителей ответственность за качество табачной продукции;
- принять законодательные акты о зонах, свободных от курения;
- запретить продажу сигарет без фильтра;
- добиться обязательного наличия на всех пачках предупредительных надписей и указания содержания смол и никотина;
- организовать необходимый контроль за исполнением вышеуказанных требований.

2. Создание и поддержка организационных структур, осуществляющих политику, направленную на распространение курения.

- создание федерального и 15 региональных центров для контроля ситуации с табакокурением и осуществления превентивных мер в различных регионах Российской Федерации; оснащение эти центров компьютерным и модемным оборудованием.

3. Совершенствование гигиенического воспитания детей и подростков, включающего раннюю профилактику курения.

- разработка программ, направленных на формирование негативного отношения к курению табака;
- создание видеоклипов, фильмов и публикаций о табаке и здоровом образе жизни для детей и подростков.

4. Вовлечение средств массовой информации в информирование населения о вреде табака и формирование негативного отношения к табакокурению.

- ознакомление населения с материалами ВОЗ по проблемам курения и его влиянию на здоровье через средства массовой информации;
- участие в общественных мероприятиях, публикация материалов по табаку и здоровью в популярных газетах и журналах;
- организация и проведение при участии средств массовой информации Дней без табака, соревнований "Quit and Win" и других мероприятий, направленных на борьбу с курением.

5. Совершенствование системы профессиональной медицинской и психологической помощи курильщикам, желающим расстаться с этой вредной привычкой.

- разработка положения о специализированных кабинетах для осуществления помощи бросающим курить и расширение их сети в регионах России;
- внедрение новых методов освобождения от табачной зависимости.

6. Расширение объемов научных исследований по проблемам курения и здоровья населения.

- поиск и изучение новых методов освобождения от табачной зависимости (фармацевтических и поведенческих);
- поиск и изучение новых подходов к проблемам борьбы с курением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные вопросы профилактики неинфекционных заболеваний (научно-практическая конференция 14-16 дек. 1993 года, тезисы докладов.
2. Александров А.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с детства.
3. Александрова В.Ю., Сарсенова С.Н. Оценка психологической готовности пациента к отказу от курения . Актуальные вопросы профилактики неинфекционных заболеваний (научно-практическая конференция 14-16 дек. 1993 года, тезисы докладов. Том 1, стр.103).
4. "Женщины и табак" Женева, 1994.
5. "Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения (статистический материал)" 1992 , 1993, 1994.
6. Информационное письмо "Об итогах проведения в Российской конференции Дня отказа от курения 1992 г." (ОИЦ РАМН).
7. Информационное письмо ГНИЦ ПМ "Проблема курения и здоровья в России", Москва, 1996 год.
8. Камардина Т.В. с соавт. "Опыт проведения международной антитабачной кампании в России". Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Москва, 1995, с.1191.
9. "Курение и здоровье ред. Д.Г.Заридзе, Р.Пето, Москва, 1989 год.
10. "К здоровой России" , Москва, ГНИЦ ПМ Минздрава России.
11. Отчет "Факторы риска" НПО Медсоцэкономинформ, 1995.
12. "О заседании Судебной Палаты по информационным спорам при Президенте Российской Федерации 04.05.94" "Российская газета от 22.05.94.
13. Прохоров А.В., Александров А.А., Исакова Г.Л. и др. Распространенность курения среди учащихся 5-10 классов (Советское здравоохранение 1988, N 4, с.38-42.
14. Русанова Н.Н. с соавт. Табакокурение как один из факторов риска развития гемобластозов у детей . Акт. вопросы профилактики неинфекционных заболеваний, научно-практическая конференция, Москва, 1993, т.11, с.227.
15. Сарсенова С.И., Чазова Л.В, Сравнительная оценка эффективности различных методов воздействия на прекращение табакокурения . Акт. вопросы профилактики неинф. заболеваний, научно-практ. конф, т.1, с.153, Москва, 1993.
16. Смирнов В.К. Табачная зависимость и курение табака. Москва, 1993.

17. Тарасова И.С. с соавт. Влияние курения родителей на показатели физического развития детей .Акт. вопросы профилактики неинф. заболеваний, т.11, с.234.
18. Собрание Постановлений Правительства РСФСР 1980 г. N 22, статья 131.
19. Собрание Постановления Правительства РСФСР 1980 г. N 20, статья 162.
20. "Освобождение Европы от рекламирования табачных изделий" ЕРБ ВОЗ, 1997.
21. " Росийский статистический ежегодник " Госкомстат России, Москва,1996.
22. Doll R., Peto R. Причины рака. - Киев - Наукова думка - 1984 - перевод.
23. Левшин В.Ф. и соавт. Некоторые данные по эпидемиологии табакокурения. - Впервые в медицине. - 1995 - N 2 - 3, стр. 98-99.
24. R.Peto, Alan D.Lopez, J.B.Michael Thun "Mortality from smoking in developed countries 1950-2000" Oxford, New York, Tokyo, 1994.