


Фармакоэкономика

теория и практика



www.pharmacoeconom.com

- О ВОЗМОЖНОСТЯХ СОВМЕЩЕНИЯ АНАЛИЗА «ВЛИЯНИЯ НА БЮДЖЕТ» И АНАЛИЗА «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» - СОЗДАНИЕ «3D» ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ
- ФАРМАКОЭКОНОМИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА, РАКА ПОЧКИ, ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ
- СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ

№3^{Том2}
2014

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Рашид М.А.¹, Угрехелидзе Д.Т.²

¹Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН

²Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России

DOI: <https://doi.org/10.30809/phe.3.2014.1>

Резюме. Статья освещает различные аспекты табакокурения как в России, так и во всем мире. Показана высокая распространенность табакокурения и сложности в борьбе с ним. Представлены научные теории, объясняющие возникновение никотиновой зависимости и сложности в ее преодолении. Широкое распространение бездымных табачных изделий и электронных средств доставки никотина диктует необходимость выработки новых нормативов и законодательных подходов, учитывающих возможность снижения вреда здоровью и предоставления дополнительной мотивации к отказу от курения.

Ключевые слова: курение, никотин, зависимость, табачные продукты, анти-никотиновое законодательство

Курение – основной предотвратимый фактор преждевременной смертности в РФ и мире.

Зависимость от табака является одной из крупнейших угроз здоровью человечества, когда-либо возникавших в мире. Это серьезная медико-социальная проблема и одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. В России распространенность регулярного курения по данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака достигла 39,4%: 60,7% среди мужчин и 21,7% среди женщин [1]. Ежегодно от курения умирают шесть миллионов людей, из которых более пяти миллионов являются потребителями и бывшими потребителями табака, и более шестисот тысяч – некурящими людьми, которые подвергались воздействию вторичного табачного дыма. Курение табака является причиной смерти каждого десятого взрослого человека. Каждые шесть секунд из-за табака умирает примерно один человек. Прогнозируется, что смертность людей, вызванная курением табака, к 2030 году будет составлять более 8 миллионов человек в год, причем примерно 80% случаев смерти будут происходить в странах с низким и средним уровнем дохода [2].

По данным ГНИЦ профилактической медицины доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30% для мужчин и 4% для женщин, – сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) – 2,1% для мужчин и 3% для женщин, злокачественных новообразований (ЗН) – 52,1% для мужчин и 5,2% для женщин. Риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) среди курящих мужчин в возрасте 40 – 59 лет и женщин в возрасте 30 – 69 лет в три раза превышает аналогичный показатель среди некурящего населения [3].

По данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS), проводившегося в 2008–2010 годах, в России курят почти 44 миллиона человек, и практически каждый третий россиянин подвергается пассивному курению. Курение убивает половину курильщиков. По данным опроса каждый год табакокурение в России является причиной смерти от 330 до 400 тысяч человек. При этом трое из четырех умирают в возрасте 35 – 69 лет [1]. Курение способствует высокому уровню смертности населения России, который в 2,5 раза выше, чем в странах Европы и низкой продолжительности жизни, которая в России самая низкая среди 53 стран Европейско-

го региона ВОЗ. Курение – единственный модифицируемый фактор риска ряда социально-значимых болезней, как сердечно-сосудистые заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), и другие хронические неинфекционные заболевания, которые можно предотвратить. Многие из этих болезней, закладываясь в детстве или в юности в силу наследственно-конституциональных причин, впоследствии реализовываются под воздействием внешних факторов, из которых курение самое распространенное, агрессивное, но в то же время предотвратимое [4]. Прекращение курения приводит к снижению риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 50%, в то время как пожизненный прием дорогостоящих гипотензивных препаратов или статинов – только на 25 – 35% и 25 – 42% соответственно. В целом более 39% (43,9 миллиона человек) взрослого населения РФ являются постоянными курильщиками табака, что ставит нашу страну на одно из первых мест по потреблению табака в мире [5]. В Российской Федерации 0,6% (0,7 миллиона) взрослого населения употребляют бездымный табак. В целом около 34% взрослых курили ежедневно, причем их доля среди мужчин (55,0%) значительно отличалась от числа среди женщин (16,3%). В среднем постоянный взрослый курильщик табака выкуривал 17 сигарет в день; мужчины выкуривали 18 сигарет в день, женщины – 13 сигарет в день. Из всех постоянных потребителей табака 59,0% употребляли табачное изделие (для курения и/или бездымное) в течение 30 минут после пробуждения, что свидетельствует о высокой степени никотиновой зависимости. Одна треть (32,1%) всех куривших в течение прошедших 12 месяцев делала попытку бросить курить. У 11,2% из них попытка оказалась успешной, тогда как 88,8% потерпели неудачу. [2] Тем самым, существующие на данный момент меры по борьбе с курением не приносят желаемого результата.

Международные и национальные усилия по снижению потребления табачных изделий

В феврале 2008 г. на 56-ой сессии ВОЗ была принята Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. Ее целью является снижение смертности из-за употребления табака и сокращение использования табака во всем мире. Положения Конвенции устанавливают международные стандарты и руководящие принципы борьбы с табаком в следующих областях: цены и налоги на табак, продажа табака несовершеннолетним и несовершеннолетними, реклама и спонсорство, маркировка, незаконная торговля и курение. Для снижения уровня курения ВОЗ предлагает осуществление комплекса из шести подходов под названием «MPOWER» [6].

- Monitor — отслеживание потребления табака и стратегий предупреждения табакокурения.
- Protect — запрет курения в общественных и рабочих местах.
- Offer — предложение помощи в целях прекращения употребления табака
- Warn — предупреждение об опасностях, связанных с табаком.
- Enforce — введение запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий.
- Raise — повышение налогов на табачные изделия. [3]



Особое внимание уделяется изучению различных аспектов потребления табака в разных странах. Совместная группа разработала примерные опросники, опубликованные на сайте ВОЗ и других тематических сайтах, которые в себя включают ряд обязательных положений, включающих распространенность курения, объемы потребления табачных изделий, использование бездымного табака, подверженность пассивному курению, возможности для курильщиков отказаться от привычки, анти сигаретную информацию, рекламу табачных изделий, а также экономические аспекты табакокурения, индивидуализированные для каждой страны [7].

3 июня 2008 г. Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ и приступила к реализации основных положений Конвенции и осуществлению государственной политики против потребления табака на 2010 - 2015 годы, утвержденной в 2010 году. Это применение ценовых и неценовых мер по сокращению спроса на табак, защита от воздействия табачного дыма, регулирование состава и раскрытия состава табачных изделий, их упаковка и маркировка, запрет рекламы [8].

В 2012г. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации своим письмом направило для использования в работе методические рекомендации «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения». Указанные рекомендации разработаны коллективом специалистов (Кривонос О.В., Бойцов С.А., Гамбарян М.Г., Калинина А.М.) ФГБУ «Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины» Минздрава России [3]. Авторы подчеркивают, что «для разработки и реализации эффективной профилактики болезней, связанных с курением среди населения, необходимо комбинирование политических мер и индивидуальных и популяционных стратегий, а также формирование приоритетов, направленных на управляемые факторы риска. Несомненно, важнейшее значение для профилактики возникновения и прогрессирования этих болезней имеет прекращение потребления табака, предупреждение закуривания и снижение риска пассивного курения. Своевременное выявление и предупреждение факторов риска, способствующих формированию болезни, в частности курения, требует широкого спектра мер с вовлечением различных секторов общества. Профилактические меры должны быть дифференцированными в разных группах риска». Целевыми группами в таких программах должны стать не только сами курящие, но и их окружение, а также группы лиц, наиболее чувствительные (с низкой толерантностью) к неблагоприятному воздействию табака. Разработка и оптимизация комплексных подходов к решению проблемы особенно важны в условиях реформирования службы здравоохранения в нашей стране.

Важной датой для борьбы с курением в России является 1 июня 2013 года, когда вступил в силу Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» — закон, вводящий полный запрет курения во всех закрытых общественных местах в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака [9]. Также, согласно этому закону вводятся ограничения на места продажи табачных изделий (с 2014 запрет на продажу в ларьках и киосках), вводится полный запрет на рекламу табачных изделий, стимулирование их продажи и спонсорства, ценовые, налоговые и организационные меры по сокращению спроса на табачные изделия и ограничению торговли ими. Также должны быть проведены образовательные программы и информационные кампании в средствах массовой информации, направленные на просвещение и информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии табачного дыма.

Никотиновая зависимость – основные положения

Согласно регулярным отчетам Центра по контролю за заболеваниями (CDC, США) более 2/3 курильщиков хот бросить курить, однако удается это далеко не всем. Так лишь половина из тех, кто высказывал желание отказаться от привычки, попытался это сделать на практике и только 6 % достигли желаемого результата. Менее 30% курильщиков прибегает к помощи психологов или использует медикаментозные средства. В то же время общеизвестно, что комбинирование психологической поддержки с лекарственной терапией удваивает, а иногда и утраивает вероятность положительного результата. Менее 50% курильщиков слышат рекомендацию бросить курить от врача, которая могла бы послужить очевидным мотивирующим стимулом. В настоящее время уровень положительной мотивации в отношении отказа от курения не превышает 20% и хотя он выше, чем 10 лет назад, праздновать успех слишком рано [10].

Во многом механизмы возникновения никотиновой зависимости, ее характер и последствия остаются неизученными и нередко служат поводом для спекулятивных утверждений [11]. Следует выделить несколько моментов:

- Никотин не является официально зарегистрированным канцерогеном. Данные о его возможном канцерогенном действии получены в

150 лабораторных исследованиях, но не подтверждены в клинических исследованиях.

- В отношении заболеваний легких пагубное влияние оказывает не сам никотин, а продукты горения табака. Также касается и онкологических заболеваний ротовой полости.
- По изучению результатов никотин заместительной терапии, неблагоприятного влияния никотина на частоту сердечнососудистых заболеваний не получено. Также отрицательное влияние никотина на возникновение и прогрессирование атеросклероза оказалось на грани статистической погрешности.
- Зависимость от никотина является сложной и преимущественно психологической, по-видимому, связана с историческими и социальными факторами.

В работах ведущих специалистов по лечению зависимости от курения, среди причин невозможности отказа от потребления табака, указываются личностные установки и убеждения – «есть люди, которые просто не могут отказаться от курения», «я убежден, что смогу контролировать эту привычку», «мне нужно как то бороться со стрессом», «я просто не могу так сразу взять и бросить курить» [12]. Такому поведению в настоящее время получено физиологическое объяснение. В опытах на животных было показано, что никотин имеет прямое воздействие на зоны головного мозга, отвечающие за память и способность к обучению. При этом налицо эпигенетическое воздействие, то есть не изменение структуры гена (мутация), а нарушение генного равновесия – активация одних и подавление других генов [13]. Это обстоятельство обуславливает сложные поведенческие изменения личности. Тем самым сама зависимость не является «простой активацией зон удовольствия», как было принято думать раньше. Также указанные процессы создают порочный круг, в котором «зависимость фиксирует и поддерживает саму себя». Последующая боязнь синдрома отмены лишает курильщиков уверенности в себе, необходимого условия успешного и долгосрочного отказа от курения [14].

Новые формы табачных изделий – как альтернатива привычному курению сигарет

Среди различных форм табачных изделий принято выделять воспламеняемые (combustible tobacco products), включающие сигаретные и несигаретные продукты, а также бездымные табачные формы (noncombustible tobacco products) и различные продукты и средства, содержащие никотин (nicotine containing products). Пагубное влияние продуктов горения табака (как и других биологических субстанций) широко известно и доказательно задокументировано. К несигаретным воспламеняемым изделиям относят сигары, трубки, биди, кретеки, кальян. При их использовании характерно зажигание табака и вдыхание табачного дыма или удерживание его в ротовой полости. В странах Юго-Восточной Азии практикуют «обратное курение», когда зажженный конец сигареты оказывается непосредственно в ротовой полости. Данные виды табачных изделий по мнению большинства ученых и работников здравоохранения представляют большую опасность для здоровья человека. Исследования, посвященные изучению влияния курения сигар на здоровье человека показали, что в сигарах содержится в 2 раза больше мутагенных частиц по сравнению с сигаретами, а общий объем мутагенных твердых частиц, попадающих в организм человека при курении трубки, на 44% больше на единицу никотина по сравнению с курением сигарет [15]. Вследствие различий в ритуале и частоте курения сигар и сигарет причиной смерти у курильщиков сигар становятся не болезни легких или сердечно-сосудистой системы (как у курильщиков сигарет), а рак ротовой полости и пищевода. Также к другим курительным формам относят кретеки (сигареты из индонезийских сортов табака и гвоздики) и биди (небольшие азиатские сигареты, представляющие собой нарезанные листья необработанного табака с примесью трав, завернутые в лист коромандельского черного дерева). Исследования, посвященные реакции организма на употребление кретеков и биди, показали, что уровень смертности при употреблении данных видов табачной продукции по сравнению с сигаретами примерно одинаков [16]. В эту же категорию относят и потребление табака с помощью кальяна. По заявлению Всемирной организации здравоохранения, кальян не является безвредной альтернативой сигаретам. Вдыхаемый дым содержит токсические вещества, приводящие к раку легких, заболеваниям сердца, и другим заболеваниям [17]. Под понятием бездымные табачные изделия подразумевают группу табачных продуктов, предназначенных для употребления способом, отличным от курения (сосание, жевание и нюханье). К ним относят жевательный табак, нюхательный табак (снафф), американский влажный снафф, сосательный табак (шведский снюс), насвай, бетель, гудакху (пасту, состоящую из табака, мелассы и других веществ), шаммах (смесь порошко-

образного табака, углекислой извести и золы, закладываемой в полость рта) и другие. Так как термин «бездымные табачные изделия» включает широкий список продуктов, дать общее эпидемиологическое заключение о вреде данных продуктов представляется проблематичным.

Наибольшей научной базой обладает шведский снюс. Исследования, проведенные в США, показали связь употребления жевательного и нюхательного табака с образованием рака горла и ротовой полости, а также с появлением сердечно-сосудистых заболеваний. Главный санитарный врач США и Международное агентство исследований рака пришли к выводу, что бездымный табак, особенно нюхательный и жевательный, вызывает ретракцию десен, злокачественные повреждения ротовой полости, а также рак ротовой полости, пищевода и поджелудочной железы [18]. Следует отметить, что состав бездымных табачных изделий кардинально разнится. Например, было выявлено, что самые высокие концентрации табакоспецифических нитрозаминов (4-(метилнитрозамино)-1-(3-пиридил)-1-бутанол (NNK), N-нитроэтанорнитин (NNN), N-нитроэтанабин (NAB) и N-нитроэтанатабин (NAT) определены именно в бездымных табачных продуктах. Например, содержание NNK в северо-американских и европейских бездымных продуктах достигает 17,8 мкг/г, индийских – 245 мкг/г, суданском тумбаке – 7870 мкг/г. Концентрации NNN в них на перечисленных территориях доходят до 135 мкг/г, 1356 мкг/г и 3085 мкг/г соответственно. При изучении шведских потребителей снюса, в двух работах было обнаружено двукратное увеличение риска развития рака поджелудочной железы среди некоторых подгрупп участников эксперимента [19], но при этом не наблюдалось стабильного увеличения риска рака ротовой полости и других злокачественных новообразований. Причины такого явления остаются неизвестными. В то же время исследования в странах Скандинавии показали, что увеличение потребления снюса в популяции сопровождалось снижением потребления сигаретных форм табака. Практически половина (44%) потребителей была представлена бывшими курильщиками, а 32% сочетали потребление снюса с сигаретами, с целью уменьшения количества последних. Последующие законодательные меры в Швеции (1984-2009 гг.) привели к существенному снижению концентрации табакоспецифических нитрозаминов в конечном продукте до следовых. В этом смысле потребление снюса в Скандинавии на государственном уровне оценивается как «менее опасная альтернатива» табакокурению [11].

Среди никотин содержащих продуктов в настоящее время получили широкое распространение трансдермальные пластыри, жвачки, леденцы, подъязычные таблетки, ингаляторы и назальные спреи. Большинство продуктов лицензированы и используются в рамках никотинзаместительной терапии (НЗТ). Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) были одобрены три препарата для отпуска без рецепта: никотиновая жевательная резинка, трансдермальный никотиновый пластырь и никотиновые леденцы. Все эти продукты были изучены в ходе множества рандомизированных контролируемых клинических исследований, которые показали безопасность и эффективность данных средств при лечении никотиновой зависимости. Никотинзаместительная терапия одобрена в большинстве стран мира. В 2009 году ВОЗ внесла НЗТ в форме жвачки и пластырей в Список основных лекарственных препаратов. Однако по данным работ Гарвардской школы общественного здравоохранения треть пациентов использовавших НЗТ со временем возвращались к курению обычных сигарет, независимо от выраженности никотиновой зависимости на момент начала эксперимента. Тем самым в длительной перспективе НЗТ не будет столь же эффективной для курильщика как попытка бросить курить [20].

Наибольшие споры в научном и общественном мнении порождает использование электронных систем доставки никотина или электронных сигарет (ЭС). По сути они являются устройствами, предназначенными для испарения и доставки в легкие пользователя химической смеси, которая обычно состоит из никотина, пропиленгликоля и других химических веществ. Каждое устройство состоит из электронной системы испарения, перезаряжаемых батареек, электронных регуляторов и картриджей с жидкостью, которая испаряется. Отсутствие нормативной базы, регламента производства и единых стандартов качества на фоне быстро растущего рынка потребления породило закономерные сомнения и опасения. Согласно сообщениям производителей, картриджи ЭС должны содержать от 6 до 24 мг никотина, но в реальности содержание никотина может превышать 100 мг. Никотин в чистом виде и в больших количествах является ядом, который в концентрации 0,5-1,0 мг на кг массы тела может приводить к смерти. В мае 2009 года FDA опубликовало результаты мониторинга состава 19 сортов картриджей для ЭС двух производителей (NJoy и Smoking Everywhere). В ходе данного исследования во всех картриджах были обнаружены табакоспецифические нитрозамины, а в одном из картриджей был выявлен диэтиленгликоль. Также было выявлено несоответствие содержания никотина первоначально заявленным

цифрам, отмечены случаи использования никотина в картриджах, которые были заявлены как не содержащие никотин. Это послужило основанием для официального заявления с призывом отказаться от использования электронных сигарет и последующей серии судебных разбирательств [21].

Возможности государственного регулирования табачных изделий

Механизм регулирования табачных продуктов претерпел большие изменения за последние несколько лет. Большую роль в этом сыграл принятый в 2009 году Акт о контроле за табачной продукцией. В США все никотин содержащие изделия и продукты регулируются FDA. В рамках этой организации табачные изделия контролируются Центром по контролю за табачными продуктами (в рамках Акта о контроле за табачными изделиями), а препараты НЗТ - Центром оценки и изучения лекарственных препаратов (в рамках Закона о продовольствии, лекарствах и косметике).

ЭС, на данный момент выпадают из поля деятельности FDA по ряду причин. Согласно разделу 911 «Акта о контроле за табачной продукцией» модифицированные табачные продукты – это табачные продукты, которые продаются и распространяются в целях снижения вреда или риска здоровья от заболеваний, связанных с продуктами, реализуемых на рынке табачных изделий [22].

Упаковка, маркировка или рекламы указанных продуктов может содержать информацию о том, что:

- продукт является менее вредным или представляет меньший риск для здоровья, чем остальные табачные изделия на рынке
- продукт или его дым содержит пониженный уровень канцерогенных веществ или не содержит их вообще
- продукт считается модифицированным табачным продуктом, если его упаковка, маркировка или реклама содержит слова “легкие”, “мягкие”, “с пониженным” или похожие дескрипторы.
- производитель проводил какие-либо мероприятия после 22 июня 2009 года, направленные на распространение информации о сниженном риске появления заболеваний, связанных с употреблением табака при употреблении данного продукта по сравнению с табачными изделиями, уже имеющимися на рынке

Продукты, предназначенные для лечения никотиновой зависимости, не являются модифицированными табачными продуктами и под действие упомянутого акта не подпадают.

В основу упомянутого акта положены «Научные стандарты исследований модифицированных табачных продуктов» Института Медицины США [23]. В них говорится, что в качестве доказательств снижения риска для здоровья и улучшения общественного здоровья на уровне населения рекомендуется предоставлять результаты рандомизированных контролируемых клинических испытаний и продольных когортных исследований. Данные исследования должны быть посвящены изучению состава содержащихся в продукте веществ, а также воздействию продукта на здоровье человека, изучению вероятности появления зависимости, исследованию восприятия и понимания продукта обществом. Результаты исследований должны не только объяснять механизмы действия продукта, но и должны достоверно прогнозировать влияние продукта на общественное здоровье в реальных условиях. При этом, риски появления заболеваний, связанных с употреблением табака при приеме модифицированных табачных изделий, должны быть сопоставимы с результатами отказа от курения. Только при данном условии, регулирующий орган может быть уверен, что данный продукт будет полезен для общественного здравоохранения.

Предоставление таких доказательств является серьезной проблемой для табачных компаний. С одной стороны временные рамки проведения исследований должны быть не менее 5 лет, для получения результатов с достаточной «статистической силой». С другой стороны в акте отсутствуют «жесткие конечные точки» исследований, а применяются расплывчатые фразы. Последующие судебные разбирательства лишь обострили проблему и способствовали поддержанию конфронтации. Первоначальный иск FDA был отклонен, поскольку компания, производящие ЭС доказали, что доставка никотина в указанных приспособлениях, не связано с горением табака и тем самым потребление электронных сигарет не подпадает под ограничительные рамки табачного законодательства. С начала 2014г. в судах США рассматривается повторный иск FDA к производителям ЭСДН. Подчеркиваются два обстоятельства. С одной стороны никотин в ЭСДН получают привычным способом из табака, а не путем генно-инженерных технологий. С другой, ЭСДН нигде не зарегистрированы и не имеют доказательной базы в качестве вспомогательных средств отказа от курения или облегчения никотиновой зависимости. Указанное обстоятельство диктует необходимость применения к ним тех же законодательных ограничений. В конце апреля 2014 года



FDA вынесло на общественное рассмотрение список из новых правил в рамках «Акта о предотвращении курения в семьях и контроля за табачными изделиями» (Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act), в которых вновь приравнивало ЭС к привычным табачным изделиям [24]. В основном это касалось рекламы, продвижения, упаковки изделий и возрастных ограничений в их продаже. Обязательным условием явилось предоставление полного списка ингредиентов на упаковке. Любое упоминание о снижении риска заболеваний или вреда должно быть научно подтверждено и задокументировано FDA. В отсутствии подтверждения, на упаковке ЭС должно быть указано, что продукт представляет вред для здоровья. Только в случае наличия убедительных «терапевтических преимуществ» продукт регулируется как изделие, для медицинского применения и под соответствующим контролем. Неопределенность в данном вопросе повлияло на позицию ВОЗ, которая воздержалась от рекомендаций по использованию ЭС в качестве средств борьбы с табакокурением, так как ни один национальный регулирующий орган еще не признал их безопасными и эффективными.

В Европе ситуация оказалась не столь категоричной. В феврале 2014г. была опубликована согласительная директива по табачным изделиям (Tobacco Products Directive, TPD), разработанная Европарламентом и Еврокомиссией, в которой определены законодательные акты, подлежащие ратификации местными парламентами, определяющие производство, рекламу и продажу табачных и близких к ним продуктов [25]. Директива не предусматривает запрещение ЭС, но озабочена их качеством и безопасностью, а также возможностью их потребления некурильщиками и подростками. ЭС оцениваются в качестве продукта «новой категории», употребление которых напоминает классическое курение, что может подвигнуть потребителей к использованию других никотинсодержащих продуктов. Несоответствие уровней никотина, указанных на упаковке ЭС и внутри ее картриджа может представлять серьезную опасность для здоровья. Долгосрочные последствия применения ЭС для здоровья остаются неизвестными. Максимальная концентрация никотина не должна превышать 20 мг/мл, поскольку указанная концентрация является достаточной для большинства курильщиков, использующих ЭС с целью отказа от курения. В приложении к директиве указываются основные нормативные параметры для ЭС в отношении концентрации никотина, объема и состава картриджа и наполнителей, характеристики добавляемых красителей, и возможности дозирования никотина во времени.

С начала XXI века в программах общественного здоровья различных стран стала оформляться концепция «снижения вреда» (Harm Reduction, HR) [26]. Исходно она применялась в отношении различных видов зависимости, включая наркотическую. В последующем сфера ее деятельности распространилась на лекарственные препараты, общественное поведение, городскую инфраструктуру и т.д. Основным постулатом HR является невозможность немедленной и насильственной модификации всех сфер жизнедеятельности человека, включая его привычки и поведение. Концепция признает отказ от пагубных привычек в качестве ориентира, но не немедленной цели. Она базируется на доказательных принципах, а не на общественном мнении, в котором часто преобладают эмоции и политические пристрастия. С этих позиций, курение является социальным явлением, отказ от него является долгосрочной целью, а внедрение новых продуктов, способных максимально уменьшить вред и принести пользу обществу – этапом к достижению указанной цели. Концепция признает, что вложение финансовых ресурсов в отказ от курения является не только затрат эффективной, но и затрат сберегающей технологией в конечном счете. Для выработки согласованной политики государства в отношении табакокурения требуется вовлечение всех заинтересованных сторон – потребителей, производителей, регулирующих органов и общества в целом. На ранних этапах HR была делом общественных организаций, в последующем стала основной для деятельности регулирующих органов в ряде стран.

Классическим примером является Великобритания, в которой вопросами изучения табакокурения занимается негосударственная организация «Мероприятия в отношении курения и здоровья» (Action on Smoking & Health, ASH), созданная в 1971 году Королевским колледжем врачей и включающая специалистов различных сфер здравоохранения [27]. Спонсорами организации являются Британская ассоциация сердца (British Heart Foundation) и Исследовательский центр рака Соединенного королевства (Cancer Research UK). С одной стороны ASH входит в состав общественного совета рамочной конвенции по борьбе против табака ВОЗ (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) [28]. С другой, является экспертным советом по данному вопросу для национального регуляторного агентства по лекарственным препаратам и продуктам здравоохранения Соединенного Королевства (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency UK, MHRA) [29]. Непосредственно внедрением концепции HR в политику государства в области здравоохранения ASH занимается в течение 10 лет. Бла-

годаря ее усилиям на законодательном уровне серьезную поддержку и широкое распространение получила никотин заместительная терапия. Анализ научных работ, проведенных под эгидой ASH показал неуклонный рост потребления ЭС в Великобритании (18% населения по состоянию на 2013 год). Большинство пользователей использовали ЭС в качестве средства, позволяющее бросить курить или предотвратить возврат к привычке. Данных об увеличении потребления ЭС подростками и/или детьми не получено. С началом потребления ЭС отмечено прогрессирующее снижение числа курильщиков. В этой связи ASH обратилось к регуляторному агентству MHRA с рекомендацией зарегистрировать ЭС и другие никотинсодержащие продукты по отдельному регламенту, как медицинские изделия для помощи в борьбе с табакокурением и к национальному институту клинического качества и экспертизы (NICE) для разработки соответствующих алгоритмов и нормативных документов. В настоящее время 2 изделия проходят соответствующую экспертизу. Наряду с этим предлагаемый регламент предусматривает снижение НДС до 5% (вместо 20%, рекомендованных TRD в Европе), выписка средств по рецепту, но с возможностью покупки в общей торговой сети, возможность проведения рекламной кампании, жесткие требования в отношении красителей, отсутствие предупреждающих надписей на упаковке о содержании никотина. Целью всех мероприятий должно стать снижение вреда (стимулировать переход к ЭС от обычных сигарет, поддержка в отказе от курения, предотвращение возврата к курению) и максимизация пользы (ограничение потребления табака молодежью и предотвращения начала курения в любом возрасте).

Возможности оказания помощи в отказе от курения на современном этапе

Курильщикам, которые пытаются бросить курить и не могут этого сделать требуется применение комплекса мероприятий, включающих как меры психологической поддержки, так и лекарственную терапию. В рекомендациях Минздрава РФ к первой группе относят мотивационное консультирование по программе 5П – причины отказа от курения, последствия курения, преимущества отказа от курения, препятствия для отказа от курения, повторение попыток [30]. В зарубежной практике хорошо себя зарекомендовали интервенционные краткосрочные программы Национального института рака (США), мотивационные циклы программ ведущих мировых специалистов, когнитивно-поведенческая терапия [31–33].

Современная фармакотерапия табакокурения сводится в основном к применению трех групп препаратов лекарственных препаратов, действие которых направлено на облегчение абстинентного синдрома у курильщиков [30]. Это: 1. препараты, содержащие никотин – никотин заместительная терапия (НЗТ); 2. антагонисты и частичные агонисты никотиновых рецепторов; 3. психотропные препараты/антидепрессанты.

Никотин заместительная терапия (НЗТ): Согласно современным международным рекомендациям по лечению табачной зависимости, к препаратам первого ряда относятся никотин содержащие жевательная резинка, ингалятор и пластыри – трансдермальная никотин содержащая система. Препараты никотин заместительной терапии в нашей стране зарегистрированы и допущены к свободной продаже в формах жевательной резинки, ингалятора и пластырей. Средняя частота успешных попыток бросить курить при применении НЗТ составляет 35–37%.

Среди антидепрессантов в мировой практике используется Бупропион («Зибан», «Nosпоq», «Бупрон») — антидепрессант второго поколения, селективный ингибитор обратного захвата катехоламинов. Его эффективность как антиникотинового препарата основана на подавлении психологической зависимости от никотина, а также на непосредственном антидепрессивном эффекте, который снижает негативные проявления, появляющиеся в процессе отвыкания от курения. Однако этот препарат в нашей стране не зарегистрирован и не допущен к применению. Как и любой другой антидепрессант он имеет значительное число противопоказаний и нежелательных лекарственных взаимодействий.

Вторая группа представлена одним препаратом – Варениклином (Varenicline). Препарат связывается с $\alpha 4\beta 2$ нейронными никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами мозга, в отношении которых он является частичным агонистом, т.е. одновременно проявляет агонизм (но в меньшей степени, чем никотин) и антагонизм в присутствии никотина. Однако анализ опыта его 12 летнего применения (1998–2010гг.) выявил большую частоту суицидальных попыток, случаев самоповреждения и развернутых депрессивных эпизодов, достигавших 90% случаев. Для сравнения таковых на фоне НЗТ отмечено 3% и бупропиона – 7% соответственно. По данным фирмы производителя эффективность применения препарата в течение 12 недель достигала 44%. Другие исследователи изучавшие опыт применения варениклина в течение 1 года отмечали более низкие значения – около 22%. Официально FDA (США) варениклин был зарегистрирован в 2006 году, в 2009г. выпущено дополнительное предупреждение о побочных эффектах препарата [34]. Несмотря на протесты фирмы

производителя большинством национальных медицинских организаций варениклин исключен из препаратов первого ряда лечения табачной зависимости и оставлен для пациентов, у которых когнитивно-поведенческая терапия, НЗТ и бупропион не способствовали отказу от курения. В конце 2011г. ряд экспертов описали в медицинской литературе кардиальные проблемы, связанные с приемом варениклина, а также развитие синкопальных состояний. Последнее послужило поводом для Федерального авиационного комитета, Пентагона и национального союза грузовых перевозчиков (США) для введения запрета на применение варениклина их служащими во время трудового дня. Второрное заключение FDA от октября 2011г. о том, что «преимущества от использования препарата превышают возможные риски» подверглось широкой критике медицинского сообщества. Согласно клинической практике в США такие случаи как суицидальные попытки, депрессивные эпизоды, агрессивные действия и нападения редко служат причиной госпитализаций в стационар. В тоже время именно частота госпитализаций была принята FDA в качестве критерия для оценки безопасности варениклина.

История с варениклином отчетливо демонстрирует «белые пятна» в наших знаниях в области химических и биологических процессов, ассоциированных с возникновением и развитием никотиновой зависимости, а также сложности и нерешенные проблемы в ее лечении. По-видимому, в будущем, спектр средств психофармакологического воздействия будет существенно расширен и займет свое место в арсенале лекарственных препаратов.

Отдельной темой является эффективность борьбы с курением и возможность ее адекватной оценки. Как было сказано ранее, доля курильщиков с положительной мотивацией на отказ от привычки не превышает 20%, а реально бросивших курить, при самых смелых предположениях – не более 6%. Судьба остальной, подавляющей части курильщиков, остается туманной. Как правило, это лица с большим стажем курения, взрослого и пожилого возраста, с высокой степенью никотиновой зависимости и исходно низкой мотивацией к отказу. В ряде рекомендаций (включая российские) указывается на необходимость минимизации вреда от привычки для данной группы курильщиков [33]. Однако как количество, так и качество предполагаемых мер явно недостаточно. Обсуждаются различные виды долгосрочного психологического консультирования с привлечением всех доступных средств фармакотерапии. Однако если первое несколько стабилизирует психологическое состояние реципиента (уменьшает тревожность, усиливает самооценку), то в случае фармакотерапии, длительность применения напрямую связана с развитием побочных эффектов и фиксацией «неблагоприятных изменений психики» непосредственно обусловленных приемом психоактивных препаратов. В недавно опубликованном обзоре, посвященном особенностям никотиновой зависимости, на медицинском образовательном портале MEDSCAPE, предполагается возможность проведения долгосрочной никотин заместительной терапии (свыше 6 месяцев) у лиц с высоким риском рецидива (возврата к курению) после успешно оконченного основного курса. Однако доказательной базы целесообразности такого подхода пока не получено [14].

В общеклинической практике принято оценивать эффективность модификации факторов риска путем регистрации изменений в числе поражённых «органов-мишеней» или частоте «ассоциированных клинических состояний». Классическим примером являются сердечнососудистые заболевания. Увеличение двигательной активности, снижение потребление насыщенных животных жиров и сложных углеводов, нормализация уровня артериального давления доказательно приводит к снижению частоты инфарктов миокарда, ишемических инсультов, сердечной недостаточности и внезапной смерти. Однако выраженность такой зависимости в каждом случае различна. Надежда на линейную взаимосвязь не оправдалась и побудило к развитию персонализированной медицины, в которой индивидуально поставщика и получателя медицинских услуг придаётся основное значение.

23 мая 2014г. в министерстве здравоохранения РФ состоялась конференция «Специалисты здравоохранения и российские города в борьбе против табака», на которой обсуждались вопросы реализации Федерального закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» в преддверии вступления в силу 01.06.2014 дополнительных мер, запрещающих курение в барах, ресторанах, поездах дальнего следования, общежитиях и гостиницах, прекращением открытой выкладки табачной продукции в магазинах и торговли табачными изделиями в киосках [35]. Было доложено, что «Минздравом России организуются все виды медицинской помощи и психологической поддержки для желающих отказаться от потребления табака: открыты 3700 отделений и кабинетов медицинской профилактики в поликлиниках, функционирует более 700 центров здоровья, во всех регионах создаются кабинеты медицинской помощи по отказу от курения, организована работа наркологических диспансеров и психоневрологических диспансеров».

Позднее, на ряде новостных порталов российского интернета появилась более детальная информация. Со слов главы «департамента охраны здоровья граждан и санитарно-эпидемиологического благополучия человека», М. Шелывревой, «за год действия запретов на курение, исследованиями установлено снижение потребления табака на 16–17%» [36]. По данным департамента, антитабачный закон привел к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Так, в январе 2014 года от этих болезней умерло на 15,7% меньше граждан РФ, чем в том же месяце годом ранее. (В то же время по итогам февраля 2014 года этот показатель оказался ниже лишь на 7,6%). В департаменте высказали надежду, что Минздрав в течение трех лет сможет отчитаться о «снижении госпитализированных пациентов с инфарктами, инсультами, астматическими приступами» и «что число граждан в больницах с этими заболеваниями через три года может снизиться на 20%». Ранее экс-глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко приводил данные, что в России от табака и заболеваний, вызванных курением, ежегодно умирают 400 тыс. человек.

Остается неясным, каким образом естественное колебание показателей заболеваемости и смертности было соотнесено с законодательным актом, продолжительность действия которого не превысила один год. Несмотря на стабилизацию показателей частоты сердечнососудистых событий в последнее десятилетие в развитых странах, их обвальное снижение на 20% за три года не было зафиксировано ни в одной стране. В отношении хронической обструктивной болезни легких (заболеванием, причинно ассоциированным с курением) отмечается обратная тенденция к увеличению заболеваемости и смертности во всем мире. Достигнутое снижение потребления табачных изделий на 16-17% превышает в разы самые смелые ожидания ведущих мировых центров.

В ранее упомянутой европейской директиве TPD (Tobacco Products Directive) было констатировано, что принятые в ряде стран ЕС законодательные акты привели к рекордному росту объема нелегальных сигарет, достигшего к концу 2012 года в абсолютном выражении 65,5 млрд. штук, что составило 11,1% от общего и привело к потере 12,5 млрд. евро налоговых поступлений в бюджет союза [25]. Число лиц отказавшихся от курения не указано. Целевым показателем эффективности законодательных мер на ближайшие 5 лет является снижение потребления табака на 2%, что приведен к уменьшению числа курильщиков на 2,4 млн. человек в странах ЕС.

Социальные опросы и антитабачное законодательство – проблемы и возможности

Научным сообществом давно доказано, что табакокурение является разнообразно «зависимости от психоактивных веществ» со всеми вытекающими последствиями. В силу нейрофизиологических особенностей человека, закуривание сигареты или табачной трубки является лишь частью сложного ритуала [11-14]. Образующаяся в последующем «доминанта удовольствия» в головном мозге имеет мало общего с самой сигаретой, а формирует новое поведение человека с формированием своеобразного представления о себе и мире, образованию группы единомышленников и существенному изменению стиля жизни. Описаны физиологические изменения в организме человека под воздействием табака – увеличение выброса катехоламинов, энкефалинов, повышение артериального давления, увеличения частоты пульса и т.д. Также известно, что длительное существование указанных изменений ведет к истощению нервной системы и прогрессирующему дистрофическому поражению органов и систем.

В марте 2014г. управление здравоохранения и человеческих ресурсов США (U.S. Department of health and human services) в содружестве с центром по контролю заболеваний (CDC) опубликовали отчет, посвященный 50 летнему опыту изучения последствий курения [37]. Исторически, первый подобный отчет был опубликован Американским обществом хирургов в 1964г. и призывал к отказу от курения с целью снижения частоты рака легких. В результате слаженных действий государства, профессиональных медицинских и общественных организаций удалось снизить распространенность табакокурения у взрослых с 43% (в 1965г.) до 18% (в 2013г.). Смертность от рака легких, ведущей онкологической причины смертности в стране, прогрессивно снижается. Большинство курильщиков регулярно обращаются к медицинским работникам за помощью в попытке бросить курить. В то же время курение сигарет остаётся главной предотвратимой причиной смертности и охватывает более 40 миллионов жителей. Каждый день, более 3 200 молодых людей (моложе 18 лет) закуривают свою первую сигарету, из которых 2 100 становятся ежедневными курильщиками. Высказываются опасения, что увеличение числа табачных изделий торпедирует антитабачные усилия государства и усугубляет состояние здоровья населения. Последние 3 года отмечается обратная тенденция к увеличению числа курильщиков и снижению частоты отказов от курения в отдельных популяциях, включающих отдельные регионы страны, людей с умственными расстройствами, низким



уровнем образования и социально-экономическим статусом. На основании ассоциативного анализа в настоящее время к перечню заболеваний, так или иначе связанных с табакокурением добавлены: колоректальный и печеночный рак, сахарный диабет, туберкулез, эректильная дисфункция, ревматоидный артрит, внематочная беременность, ишемический инсульт вследствие пассивного курения, челюстно-лицевые дефекты у новорожденных, возрастная дегенерация сетчатки, различные нарушения иммунитета. Всего список включает около 30 патологических состояний.

Курение издавна является социальным явлением [38,39]. В средние века оно отчетливо отражало высокий социальный статус и практиковалось служителями культа (жрецы и шаманы) и аристократией. В англосаксонской и российской исторической литературе, курительные комнаты нередко служили местом распространения новых знаний, заключения судьбоносных договоров между государствами, а также разработки конституций и кодексов. Позднее, благодаря большей доступности табака, в новейшей истории нашей страны курение нередко символизировало протест рабочего класса и способствовало продвижению его прогрессивных идей, что отчетливо показано в кинокартинах того времени. В большинстве европейских стран, места привычного проведения досуга ассоциируются с курением и потреблением алкогольных напитков. Пабы в Англии и пивные в Германии являются неотъемлемой частью национальной традиции и нередко служили местом исторически значимых событий. Курение во время обеденных перерывов долгое время было (и является сейчас) частью распорядка рабочего дня практически у всех слоев населения, как в нашей стране, так и за рубежом. Все вышеупомянутое определяет курение как сложный феномен, состоящий не только из физиологических, психических, но и социальных составляющих. В то же время именно данные обстоятельства больше всего игнорируются при разработке опросников и законодательных мер. Эти можно объяснить цикличность череды успехов и провалов в борьбе с курением во многих странах.

В упомянутом опроснике GATS социальный аспект лишь частично затронут в рамках изучения пассивного курения [7]. В нашей стране, в доступных источниках ВЦИОМ и Левада-центра изучалась лишь распространенность курения и готовность бросить курить [40,41]. Однако достоверность, а точнее обобщаемость полученных результатов оставляет желать лучшего. Несмотря на наличие методических рекомендаций по указанной проблеме, до настоящего времени доказательно не изучены два основных параметра: выраженность никотиновой зависимости и степень мотивации к отказу от курения. Хотя изучение этих факторов в рамках широкомасштабных опросов населения трудности не представляет.

Отказ от курения это всегда разрушение привычного образа жизни и приобретение нового паттерна поведения. Как и отказ от любой зависимости он приводит к депрессии, увеличению агрессии и нарастанию протеста против ущемления собственных прав и свобод. Удачный опыт США в антитабачной компании был во многом обусловлен широкой общественной поддержкой. В ней принимали участие известные политические лидеры, актеры, певцы, музыканты, художники, мнение которых имело значение для большей части населения. Группы поддержки активно внедряли модели «жизни без сигарет» в общественное сознание и повседневную жизнь. Все это снижало риск развития и выраженность неприятных последствий отказа от курения. Медицинскими работниками закреплялось убеждение в безальтернативности такого перехода. Курение определено как «привычка, неизбежно приводящая к смерти».

В то же время отношение к антитабачным законам всегда было осторожным. Во многом это обусловлено репрессивным характером закона как такового, что делает его по восприятию сходным с уголовным законодательством. Любое усиление мер всегда приводило к обратным результатам. Отсутствие мотивации является ахиллесовой пятой любого законодательства в данной сфере. Это отмечают не только зарубежные, но и отечественные специалисты. По словам главного нарколога России Евгения Брюна «бороться с курением в стране нужно не только запретами и штрафами, но и определенными поощрениями». По его словам, треть населения страны нельзя никуда деть, отказывающиеся от курения должны быть каким-либо образом поощрены, им нужно давать бонусы. Например, возмещать стоимость занятий спортом [42]. Именно положительная мотивация определяет не только решение человека бросить курить, но также и способ, каким ему можно помочь – одномоментный отказ, постепенное снижение числа сигарет (переход из группы ежедневных в группу случайных курильщиков), назначение заместительной никотиновой терапии или альтернативных методов лечения, психологические консультирование или включение в группы поддержки. Особенности личности учитываются при комбинации видов помощи. В ряде европейских стран делаются попытки мотивировать людей на отказ от курения путем финансовых поощрений. В основном это касается снижения стоимости медицинского страхования, что вряд ли является для пациентов бонусом по своей сути, поскольку отражает

реальные выгоды и затраты лишь самих страховых компаний.

Делать выводы об эффективности антитабачного законодательства в Европейских странах пока рано по причине кратковременности периода существования самих законов. Однако предварительный анализ отдельных сообщений позволяет сделать предположение, что законодательные меры облегчают уже мотивированным на отказ от курения людям (вне зависимости от закона) существовать в общественных местах. В Испании, благодаря ужесточению законодательства официанты ресторанов и кафе стали курить меньше. В Британском медицинском журнале опубликовано исследование, предлагавшее исследуемым определить количество мест, в которых следует запретить курение (Nagelhout G.E. et al., 2014) [43]. Больше количество мест запреты выбирали лица, которые ранее предпринимали попытки бросить курить. При этом общее число поддержавших любые запретительные меры не превысило 30%. Однако ни в одном из сообщений нет указаний на то, что репрессивные меры побудили, кого либо, предпринять попытку к отказу от курения.

Много критических замечаний к антитабачному законодательству высказывают известные общественные организации, занимающиеся помощью курильщикам. В их опросниках в качестве аксиомы и дополнительной мотивации предлагается утверждение о том, что «практически любая государственная организация, целью существования которой является помощь в борьбе с табакокурением, на практике торпедирует все усилия пациента бросить курить» [44].

Гораздо большей силой обладают практические психологические программы, состоящие из нескольких этапов: Сделайте ваши дни отказа как можно более приятными; Будьте готовы к сильному желанию закурить; Отложите удовольствия на день отказа; Обязательно поощряйте себя тогда, когда нужно; Поощряйте себя малым; Поощрения очень важны. Не забывайте о них!; Если вам тяжело, остановитесь; Проведите день отказа вместе со своей семьей; Вы слишком заняты, чтобы думать об удовольствиях?; Будьте готовы к препятствиям и т.д. [45]. Не случайно на сайтах государственных медицинских организаций США и Канады повсеместно стал использоваться метод «информационного поощрения» [31.46]. В частности указываются на возможность достоверного снижения риска сердечнососудистых заболеваний и рака легких через определенные периоды воздержания от курения, показывается, что каждая последующая попытка отказа от курения оказывается на практике более эффективной, чем предшествующая, даются координаты сертифицированных центров, оказывающих помощь курильщикам в различных сферах жизни.

К сожалению, ничего подобного нет не только в законодательных актах нашей страны, но и в специализированных методических рекомендациях.

На последней тематической конференции Минздрава, вновь говорилось о важности «административного ресурса» в борьбе с курением. «Кроме того, для достижения позитивных результатов мы должны привлекать средства массовой информации, а также большой потенциал имеет активная позиция работодателей»; «Очень многое зависит от политической воли и решения руководителя города или муниципального образования». Руководители лучших проектов, реализованных в рамках деятельности Ассоциации «Здоровье города, районы и поселки», в городах, где еще до принятия федерального закона начали приниматься меры по снижению количества потребления табака, получили благодарственные письма от Министерства здравоохранения Российской Федерации (М. Швырева) [35.36].

Мировой опыт в борьбе с табакокурением показывает, что законодательство в данной сфере должно показывать преимущества жизни без табакокурения, поощряя отказ от него различными способами. И тогда Минздрав РФ сможет отправить «благодарственные письма» потребителям медицинских услуг, а именно гражданам собственной страны, бросившим курить и продолжающим оплачивать из своих налогов различные законодательные инициативы собственного парламента.

Заключение

Потребление табака является важнейшей проблемой национального здравоохранения. Результаты многочисленных научных исследований показывают, что курение является физиологической привычкой, имеющей выраженный социальный аспект. Отказ от курения должен быть существенно мотивирован как государством, так и обществом. Мировой опыт показывает, что большая часть курильщиков несмотря на многочисленные попытки остается со своей привычкой. Возможность оказания помощи указанной группе граждан, в том числе и с помощью новых никотин содержащих продуктов является широким полем для дискуссии и законодательной инициативы, в которую должны быть вовлечены все заинтересованные стороны – курильщики, табачные компании, регулирующие органы и широкие слои населения. Отсутствие полноценного изучения медицинских и поведенческих особенностей табакокурения в РФ не позволяет качественно проводить и прогнозировать исходы антитабачных мероприятий. Для разработки адекватных мотивационных стимулов требуется организация

широкомасштабных национальных исследований в данной области.

Литература

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация, 2009. http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf [Global'ny' opros vzroslogo naseleniya o potreblenii tabaka. Rossijskaya Federaciya, 2009. http://www.who.int/tobacco/surveillance/ru_tfi_gatsrussian_countryreport.pdf].
2. Табак. Информационный бюллетень ВОЗ №339. Май 2014 г. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru/index.html> Tabak. [Informacionny' byulleten' VOZ №339. Maj 2014 g. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru/index.html>].
3. О направлении Методических рекомендаций «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Письмо Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 14-3/10/1-2817. <http://law7.ru/zakonodatelstvo/legal7v/z781.htm> [O napravlenii Metodicheskix rekomendacij «Oказание medicinskoj po-moshhi vzrosloму naseleniyu po profilaktike i otkazu ot kurenija. Pis'mo Minzdravsoczrazvitiya Rossii ot 05.05.2012 N 14-3/10/1-2817. <http://law7.ru/zakonodatelstvo/legal7v/z781.htm>].
4. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/
5. Tobacco Free Initiative (TFI). Surveillance and monitoring. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/en/>
6. Новый доклад о борьбе против табака на глобальном уровне. ВОЗ, февраль 2008г. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr04/ru/> [Novy'j doklad o bor'be protiv tabaka na global'nom urovne. VOZ, fevral' 2008g. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr04/ru/>].
7. Tobacco questions for surveys. A subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). 2nd edition. <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs/en/>
8. Федеральный закон Российской Федерации от 22 декабря 2008 г. N 268-ФЗ «Технический регламент на табачную продукцию». <http://www.rg.ru/2008/12/26/tabak-dok.html> [Federal'ny'j zakon Rossijskoj Federacii ot 22 dekabrya 2008 g. N 268-FZ «Texnicheskij reglament na tabachnyu produkciju». <http://www.rg.ru/2008/12/26/tabak-dok.html>].
9. Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. <http://www.rg.ru/2013/02/26/zakon-dok.html> [Federal'ny'j zakon Rossijskoj Federacii ot 23 fevralya 2013 g. N 15-FZ. «Ob ohrane zdorov'ya grazhdan ot vozdejstviya okruzhajushhego tabachnogo dy'ma i posledstvij potreblenija tabaka. <http://www.rg.ru/2013/02/26/zakon-dok.html>].
10. Tobacco Product Use Among Adults — United States, 2012–2013. June 27, 2014 / 63(25):542–547. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6325a3.htm?s_cid=mm6325a3_w
11. First global forum on nicotine. <http://gfn.net.co/2014>
12. Seidman D. What to Do When You 'Just Can't Quit'. http://www.huffingtonpost.com/daniel-seidman/quit-smoking-techniques_b_1023871.html
13. Szalavitz M. Is Nicotine a 'Gateway' to Cocaine Addiction (and Cancer)? <http://healthland.time.com/2011/11/04/46428/>
14. Lande R.D., Dunayevich E. Nicotine Addiction. <http://emedicine.medscape.com/article/287555-overview>
15. Rickert WS, Wright WG, Trivedi AH, et al. A comparative study of the mutagenicity of various types of tobacco products. Regul Toxicol Pharmacol 2007.
16. O'Connor RJ. Non-cigarette tobacco products: what have we learnt and where are we headed? Tob Control 2012;21:181-190.
17. Water pipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators. WHO study group on Tobacco Product Regulation (TobReg). http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf
18. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. IARC Monographs Vol. 89. Smokeless Tobacco and Some Tobacco-specific N-Nitrosamines. 2007. ISBN 978 92 832 1289 8
19. Boffetta P, Aagnes B, Weiderpass E, Andersen A. Smokeless tobacco use and risk of cancer of the pancreas and other organs. Int J Cancer. 2005; 114(6): 992-995.
20. "A Prospective Cohort Study Challenging the Effectiveness of Population-based Medical Intervention for Smoking Cessation," Hillel R. Alpert, Gregory N. Connolly, Lois Biener. Tobacco Control, 2012
21. Evaluation of e-cigarettes. <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/ScienceResearch/UCM173250.pdf>
22. Modified Risk Tobacco Product Applications: Draft Guidance for Industry./ The Food and Drug Administration <http://www.fda.gov/downloads/TobaccoProducts/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/UCM297751.pdf>
23. Scientific Standards for Studies on Modified Risk Tobacco Products/Institute of Medicine of the National Academies//2011 http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/Modified-Risk-Tobacco/modifiedrisktobacco_reportbrief.pdf
24. Overview of Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act: consumer fact sheet. <http://www.fda.gov/tobaccoproducts/guidancecompliance/regulatoryinformation/ucm246129.htm>
25. Revision of the Tobacco Products Directive. <http://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/>
26. Что такое снижение вреда? Позиционный документ Международной ассоциации снижения вреда (IHRA). http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR-Russian.pdf [Chto takoe snizhenie vreda? Pozicionny'j dokument Mezhdunarodnoj associacii snizheniya vreda (IHRA). http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR-Russian.pdf].
27. Action on Smoking & Health. <http://ash.org/>
28. Guidelines for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://www.who.int/fctc/guidelines/en/>
29. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency UK. <http://www.mhra.gov.uk/>
30. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. http://www.narko23.ru/specialistu/metod/metod_otkaz_smoke/?kontrastbig=Y&kontrast=N&big=N [Oказание medicinskoj pomoshhi vzrosloму naseleniyu po profilaktike i otkazu ot kurenija. Metodicheskie rekomendacii. http://www.narko23.ru/specialistu/metod/metod_otkaz_smoke/?kontrastbig=Y&kontrast=N&big=N].
31. Spitzer J. The Law of Addiction. <http://whyquit.com/pr/072406.html>
32. Quitting Smoking - Making the First Move. <http://www.mhp.gov.on.ca/en/smoke-free/quitting-smoking.asp>
33. CDC. Quitting Smoking Among Adults. United States, 2001—2010. November 11, 2011 / 60(44):1513-1519. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6044a2.htm?s_cid=mm6044a2_w
34. Park A. Trying To Quit Smoking? Don't Start With Chantix, Say Some Experts. <http://healthland.time.com/2011/11/03/trying-to-quit-smoking-dont-start-with-chantix-say-some-experts/>
35. Специалисты здравоохранения и российские города в борьбе против табака. <http://ria-ami.ru:8000/read/29178> [Specialisty` zdavoohraneniya i rossijskie goroda v bor'be protiv tabaka. <http://ria-ami.ru:8000/read/29178>].
36. Минздрав: За год действия антитабачного закона россияне стали курить меньше на 16-17%. [http://kgd.ru/news/item/35697-minzdrav-za-god-dejstviya-antitabachnogo-zakona-rossiyane-stali-kurit-men'she na 16-17%](http://kgd.ru/news/item/35697-minzdrav-za-god-dejstviya-antitabachnogo-zakona-rossiyane-stali-kurit-menshe-na-16-17). [Minzdrav: Za god dejstviya antitabachnogo zakona rossiyanе stali kurit' men'she na 16-17%. <http://kgd.ru/news/item/35697-minzdrav-za-god-dejstviya-antitabachnogo-zakona-rossiyane-stali-kurit-menshe-na-16-17>].
37. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Executive Summary. U.S. department of health and human services, 2014. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>
38. Феномен курения. Социологические аспекты. http://knowledge.allbest.ru/sociology/3c0a65625b3ad68b5d53a89421206c26_0.html [Fenomen kurenija. Sociologicheskie aspekty`. http://knowledge.allbest.ru/sociology/3c0a65625b3ad68b5d53a89421206c26_0.html].
39. История курения. Каталог статей. http://uchitel.ucoz.ua/publ/istorija_vozniknovenija/istorija_kurenija/2-1-0-8 [Istoriya kurenija. Katalog statej. http://uchitel.ucoz.ua/publ/istorija_vozniknovenija/istorija_kurenija/2-1-0-8].
40. ВЦИОМ. Курение. Пресс выпуск. <http://wciom.ru/303/> [VCIOM. Kurenije. Press vy'puski. <http://wciom.ru/303/>].
41. Левада-центр. Курение. <http://www.levada.ru/category/tegi/kurenije> [Levada-centr. Kurenije. <http://www.levada.ru/category/tegi/kurenije>].
42. Евгений Брюн: За отказ от курения следует поощрять. <http://www.rg.ru/2013/11/14/otkaz-anons.html> [Evgenij Bryun: Za otkaz ot kurenija sleduet pooshhryat`. <http://www.rg.ru/2013/11/14/otkaz-anons.html>].
43. Nagelhout G.E., Zhuang Y.L., Gamst A., Zhu S.H. Do smokers support smoke-free laws to help themselves quit smoking? <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2014/01/10/tobaccocontrol-2013-051255.abstract>
44. Smoking survey – 10 questions. <http://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=ndr4IHGUoH%2fDNnFWUJixbA%3d%3d>
45. Успешный день отказа. <http://ebullient.ru/uspeshnyj-den-otkaza> [Uspeshny'j den` otkaza. <http://ebullient.ru/uspeshnyj-den-otkaza>].
46. American cancer society. <http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/guide-to-quitting-smoking-benefits>