



ЕВРОПА

Европейская стратегия ВОЗ в области политики по прекращению курения

Пересмотренный вариант 2004 г.

РЕЗЮМЕ

Европейская стратегия в области политики по прекращению курения ставит своей целью обеспечение стран-членов Европейского региона ВОЗ рекомендациями и поддержкой для развития национального потенциала и усиления деятельности в этой области. Это первое издание новой серии стратегических документов, последовавшее за принятием Европейской стратегии по борьбе с табаком. Хотя основное внимание данного документа сосредоточено на методах вмешательства, которые работают в рамках системы здравоохранения и помогают желающим бросить курить, эти методы также должны быть включены в комплексную стратегию по борьбе с табаком, включающую в себя широкий спектр подходов.

Документ показывает эффективность мер, влияющих на спрос на табачную продукцию, и различных методов вмешательства, ставящих своей целью изменение отношения или поведения курящих. Документ предлагает приоритетные направления в политике по прекращению курения для стран, находящихся на начальной и промежуточной стадиях политики по борьбе против табака, а также для стран, уже имеющих или развивающих всесторонние программы по борьбе против табака. В документе представлены различные элементы формирования национального потенциала в области политики по прекращению курения, в также подчеркнута необходимость оценки политики и международного сотрудничества, описывая, в частности, роль ВОЗ.

Ключевые слова

SMOKING – prevention and control
SMOKING CESSATION
TOBACCO – legislation
PUBLIC POLICY
TOBACCO DEPENDENCE – treatment
STRATEGIC PLANNING
GUIDELINES
NATIONAL HEALTH PROGRAMS
INTERNATIONAL COOPERATION
EUROPE

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу: publicationrequests@euro.who.int ; разрешить их перепечатку – по адресу: permissions@euro.who.int ; и разрешить их перевод – по адресу: pubrights@euro.who.int . По всем этим вопросам вы можете также связаться с отделом публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц

используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Резюме	i
1. Введение	1
Цель и новейшие достижения	2
Обоснование и целесообразность стратегии по прекращению курения	4
2. Эффективность политики по прекращению курения	7
Подходы, направленные на широкий круг населения	7
Вмешательства, помогающие желающим бросить курить преодолеть зависимость	8
3. Экономическая целесообразность и рентабельность политики по прекращению курения	11
4. Расстановка приоритетов в политике по прекращению курения, в зависимости от различных методов борьбы против табака	15
Страны на начальной и переходной стадиях политики по борьбе против табака	16
Страны, в которых имеются или развиваются комплексные программы по борьбе против табака	18
Великобритания, анализ конкретного примера	20
5. Формирование потенциала для политики по прекращению курения	21
Люди и организации: развитие человеческих ресурсов ..	21
Разработка стратегии: что может быть сделано (и кем)? ..	22
Ресурсы для обучения	23
Приоритетные группы	24
Гендерная направленность политики по прекращению курения	25
Внедрение лечения в систему здравоохранения	25
Регулирование	26
Основополагающие исследования	26
Возможности и задачи	26
6. Оценка политики по прекращению курения	29
7. Международное сотрудничество и роль ВОЗ	31
Ссылки и дополнительные источники	33
Ссылки	33
Дополнительные источники	37
Благодарности	39

Резюме

Европейская стратегия в области политики по прекращению курения ставит своей целью обеспечение стран-членов Европейского региона ВОЗ рекомендациями и поддержкой для развития национального потенциала и усиления деятельности в этой области. Это первое издание новой серии стратегических документов, последовавшее за принятием Европейской стратегии по борьбе с табаком. Хотя основное внимание данного документа сосредоточено на методах вмешательства, которые работают в рамках системы здравоохранения и помогают желающим бросить курить, эти методы также должны быть включены в комплексную стратегию по борьбе с табаком, включающую в себя широкий спектр подходов.

Прекращение курения является одной из важнейших частей комплексной стратегии по борьбе против табака, которая, согласно Варшавской декларации «За Европу без табака» и Европейской стратегии по борьбе против табака, в значительной мере способствует уменьшению распространенности курения. Рамочная конвенция по борьбе против табака определяет основные обязательства по разработке и распространению рекомендаций, основанных на научном опыте и наилучшей практике, а также по внедрению эффективных программ и служб по лечению табачной зависимости.

Основной причиной создания политики по прекращению курения является то, что подавляющее большинство прогнозируемых смертей, вызванных употреблением табака, в последующие 25 лет предполагается среди людей, которые употребляют табак или табачные продукты в настоящее время. Следовательно, число смертей будет возрастать, если взрослые не бросят курить, и снижение числа курящих будет происходить только за счет снижения числа начавших курить. Таким образом, для сравнительно

быстрого улучшения состояния общественного здоровья является важным прекращение курения среди взрослого населения.

Документ показывает эффективность мер, влияющих на спрос на табачные продукты (в частности, налогообложение и законодательство) и различных методов вмешательства (кампании в средствах массовой информации, конкурсы «Брось и победи», телефонные линии и лечение табачной зависимости), ставящих своей целью изменение отношения или поведения курящих.

Если говорить о рентабельности, то данные показывают, что налогообложение является наиболее сильным средством. Основываясь исключительно на вопросах здоровья: чем выше уровень налогов, тем больше сокращение распространенности курения. Сочетание налогообложения, законодательства и информированности является доступным и высокоэффективным средством для достижения еще больших результатов в различных типических группах смертности в Европейском регионе ВОЗ. Внедрение никотинзаместительной терапии повышает стоимость стратегии по борьбе с табаком, но и повышает ее эффективность.

Документ предлагает приоритетные направления в политике по прекращению курения для стран, находящихся на начальной и промежуточной стадиях политики по борьбе против табака, а также для стран, уже имеющих или развивающих всесторонние программы по борьбе против табака. В документе представлены различные элементы для развития национального потенциала, основанные на опыте таких стран как Великобритания, где ресурсы для проведения политики по прекращению курения давно и хорошо развиты. Документ освещает такие важные вопросы как развитие человеческих ресурсов, обучение, направленное на приоритетные группы, усиление гендерной направленности политики по прекращению курения, внедрение лечения в системы здравоохранения, научные исследования, регулирование в области никотина, возможности и задачи.

И, наконец, документ в очередной раз поднимает вопрос необходимости оценки политики и международного сотрудничества, описывая, в частности, роль ВОЗ. Целевая аудитория данного документа – законодатели, специалисты в области здравоохранения, руководители системы здравоохранения, профессиональные организации.

1

Введение

Цель данного документа - обеспечить страны-члены ВОЗ рекомендациями и поддержкой в формировании условий для усиления деятельности по прекращению курения. Борьба с курением является одной из важнейших частей комплексной стратегии по борьбе против табака, которая, согласно Варшавской декларации «За Европу без табака» (1) и Европейской стратегии борьбы против табака (2), в значительной мере содействует уменьшению распространенности курения. Рамочная конвенция по борьбе против табака устанавливает общие обязательства по разработке и распространению рекомендаций, основанных на научных доказательствах и передовом опыте, и внедрению эффективных программ и служб по лечению табачной зависимости (3).

На мотивацию курильщиков бросить курить и успех этой попытки влияют несколько подходов. Такие меры по борьбе против табака, как налоги, запрет рекламы, создание зон, свободных от курения, информационные и обучающие программы повышают мотивацию курильщиков, поощряют их сделать попытку бросить курить и обратиться за лечением, при его наличии. Эти меры также создают особый климат, который помогает бросившим курить легче перенести абстиненцию.

Хотя основное внимание данного документа сосредоточено на методах вмешательства, которые работают в рамках системы здравоохранения и помогают желающим бросить курить, эти методы также должны быть включены в комплексную стратегию по борьбе против табака, включающую в себя широкий спектр подходов. В противном случае, они останутся невостребованными, так как перед тем как обратиться за помощью, курящие должны быть мотивированы.

Кроме того методы вмешательства должны основываться на убедительных доказательствах их эффективности в целях использования ограниченных ресурсов с максимальным результатом. Таким образом, решая какой метод вмешательства использовать, страны должны учитывать доказательную базу в пользу именно этого метода, а также специфические культуральные особенности при внедрении их в существующие системы. Например, скорее всего, импортированная рекламная кампания может оказаться неадекватной без предварительной проверки на действенность и соответствующей адаптации.

ЦЕЛЬ И НОВЕЙШИЕ ДОСТИЖЕНИЯ

Основная задача данного документа – обеспечить законодателей на национальном и местном уровне, руководителей системы здравоохранения и врачей новыми возможностями разработки эффективной политики, направленной на прекращение курения и действий, ведущих к уменьшению заболеваемости и смертности, связанных с курением.

В данном документе описываются препятствия на пути разработки и внедрения эффективных методов и действий – в основном, из-за недостатка знаний об эффективности и рентабельности различных подходов и методов, соответствующей структуры и поддержки внедрения методов и мероприятий по прекращению курения.

Анализируются вмешательства, направленные на курящих и в особенности осуществляемые через систему здравоохранения (такие как, информационные кампании в средствах массовой информации, конкурсы «Брось курить и победи», телефонные линии поддержки для желающих бросить курить и лечения табачной зависимости). Дополнительное внимание уделяется вмешательствам, в целом влияющим на потребление табачных изделий (в частности, налогообложению и законодательству).

Европейская стратегия ВОЗ по прекращению курения учитывает как существующий опыт, так и новейшие разработки:

- Положения Рамочной конвенции по борьбе против табака, касающиеся табачной зависимости и прекращения курения (3).
- Рекомендации Европейской стратегии борьбы против табака, которая была принята на 52 сессии Европейского

регионального комитета (2). Документ по стратегии в области работы по прекращению курения был рекомендован в качестве первого в серии стратегических публикаций ВОЗ в свете Европейской стратегии по борьбе с табаком.

- Научно обоснованные рекомендации ВОЗ по лечению табачной зависимости, опубликованные Европейским региональным бюро ВОЗ в 2001 (4,5).
- Новейшие исследования в области эффективности существующих методов лечения (6), а также рекомендованные стратегии снижения риска для здоровья, представленные во Всемирном отчете по здравоохранению за 2002 год (7).

Разработка стратегии прошла долгий процесс планирования, проверки и обсуждения. Мартин Роу и Энн МакНейл, хорошо известные в этой области международные эксперты, подготовили проект, в дальнейшем рассмотренный группой национальных координаторов ВОЗ и экспертов. После внесения поправок и предложений второй проект был представлен на рассмотрение сотрудничающему Центру ВОЗ и экспертам. Окончательный вариант был рассмотрен обновленной сетью национальных координаторов Европейского регионального бюро ВОЗ, действующей в качестве международного совещательного органа Европейской стратегии борьбы против табака. Процесс создания и утверждения документа проходил под общим руководством программы Европейского регионального бюро ВОЗ «Европа без Табака», при содействии других подразделений.

Сила доказательств различалась согласно градиенту шкалы значений - от веских доказательств до консенсуса экспертов или конкретных примеров.

Нижеследующая терминология использована в документе:

Табачная зависимость – хроническое рецидивирующее состояние. Только малая часть курильщиков или употребляющих табак в иной форме достигают стабильной абстиненции при первой попытке бросить курить. Большинство желающих бросить курить переносят многочисленные периоды ремиссии и рецидива. Люди с табачной зависимостью, так же как и с другими хроническими заболеваниями, должны получать эффективное и адекватное лечение.

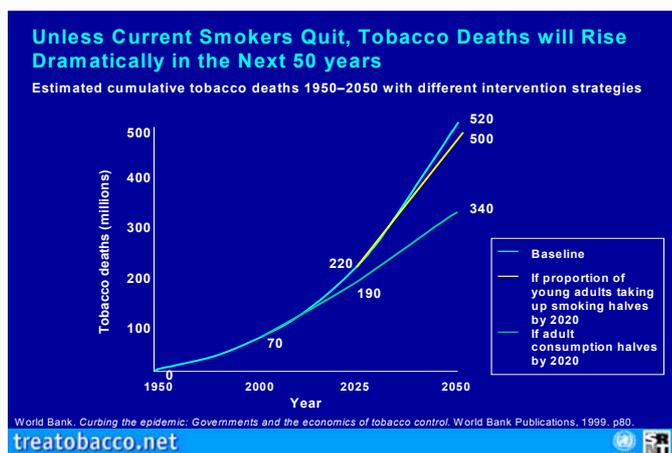
Лечение табачной зависимости включает в себя (самостоятельно или в сочетании) поведенческое и медикаментозное вмешательства, такие как советы и консультации, интенсивная поддержка и прием лекарств, которые ведут к снижению или прекращению табачной зависимости отдельных лиц и населения в целом (4,5). Описанные вмешательства относятся к различным формам употребления табака (курение, и т.д.).

ОБОСНОВАНИЕ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ СТРАТЕГИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ

Почти треть мирового бремени болезней, связанных с употреблением табака, приходится на Европейский регион ВОЗ, в котором проживает всего 15% населения Земли. Всемирный отчет по здравоохранению за 2002 год (7) представляет новые цифры, относящиеся на счет табака - 1,6 миллионов смертей в 2000 г. - существенное повышение за последние годы. Подавляющее большинство прогнозируемых смертей, вызванных употреблением табака, в последующие 25 лет предполагается среди людей, которые употребляют табак или табачные продукты в настоящее время. Согласно Peto и Lopez (8), сокращение вдвое к 2020 году мирового потребления сигарет среди взрослого населения предотвратит около трети смертей, связанных с употреблением табака, в 2020 году и почти вдвое сократит во второй четверти 21 века. К 2025 году эти изменения позволят избежать 7-10 миллионов смертей, вызванных употреблением табака в Европейском регионе.

Снижение потребления табака среди взрослого населения чрезвычайно важно для улучшения общественного здравоохранения в ближайшей и среднесрочной перспективе. Причиной этого служит то, что курящие умирают от болезней, связанных с употреблением табака, в среднем возрасте (определяемом эпидемиологами как 36-69 лет) после 25-30 летнего периода между началом курения и развитием серьезного заболевания. Таким образом, меры, направленные на убеждение молодых людей не начинать курить, не имеют эффекта, пока поколение не достигнет среднего возраста – около 30-50 лет. По сравнению с молодежью, курящие взрослые более подвержены болезням, связанным с употреблением табака. Следовательно, число смертей будет возрастать, если взрослые не бросят курить, и снижение числа курящих будет происходить только за счет

снижения числа начавших курить. Прекращение употребления табака взрослым населением имеет большое значение для сравнительно быстрого улучшения здоровья населения. Это проиллюстрировано на рис. 1, который показывает, насколько возрастет количество смертей в первой половине настоящего века, если за последующие 20 лет ни один взрослый не бросит курить, и снижение числа курящих будет происходить только за счет снижения числа начавших курить.



Совокупность международных исследований показывают результативность и рентабельность мер и вмешательств по прекращению курения (9). Они включают две широких сферы деятельности:

- меры и действия среди широких слоев населения, направленные на убеждение курящих бросить курить – более высокая стоимость из-за налогообложения, запрет на курение в общественных местах и образовательные программы в СМИ;
- меры и действия, направленные на оказание помощи курильщикам, уже мотивированным, чтобы бросить курить.

Эти подходы не должны исключать, а дополнять друг друга, так как они нацелены на различные слои населения, а без подходов, охватывающих больший круг населения, мотивация бросить курить достигнута не будет.

Первая категория вмешательств обеспечивает важный вклад в поощрение курящих бросить курить. Эти подходы помогают превратить немотивированных курящих в заинтересованных (10).

Подходы, предлагающие лечение, помогают курильщикам преодолеть свою зависимость. Употребление табака, в первую очередь, это путь введения никотина, который ВОЗ (11) и Американская психиатрическая ассоциация (12) определяют, как состояние зависимости, спровоцированное употреблением никотина, что является хронической рецидивирующей болезнью. Это главная причина того, что ежегодно только малый процент курящих (0,5-5%) достигает длительной абстиненции без помощи и поддержки, даже в странах, где хорошо развита политика по борьбе с табаком, и население осознает последствия употребления табака для здоровья (13).

Эффективность политики по прекращению курения

Собранные данные показывают, что вмешательства, призванные помочь курящим, наиболее эффективны, когда они включены в комплексную стратегию по борьбе против табака, включающую в себя широкий круг средств и мер.

ПОДХОДЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ШИРОКИЙ КРУГ НАСЕЛЕНИЯ

Повышение налогов на табачные изделия является одним из наиболее эффективных компонентов всесторонней политики по борьбе с табаком. Постоянное повышение реальных цен сокращает потребление и распространенность табачных изделий. Согласно данным Всемирного Банка, в среднем, повышение стоимости пачки сигарет на 10 % уменьшит потребление сигарет примерно на 4 % процента в странах с высоким доходом, и примерно на 8% в странах со средним и низким доходом на душу населения. Исследователи подсчитали, что половина результатов от повышения цен могут быть отнесена на распространенность курения, которая сократится на 2% в странах с высоким доходом, и на 4% в странах со средним и низким доходом. Вторая половина положительного эффекта относится к снижению числа сигарет, выкуренных продолжающими курить лицами (9).

Регулирование подверженности пассивному курению также может сократить в среднем употребление и распространение табака и курения. Тем не менее, результативность запретов на курение зависит от их строгого соблюдения и мобилизации общественного мнения посредством всесторонней информационной кампании. В Соединенных Штатах различные исследования показывают, что развитие законодательства на запрет курения в общественных местах и его строгое соблюдение

может снизить употребление табака на 4-10% и стимулировать значительное количество курящих бросить курить (9).

Кампании в средствах массовой информации могут повысить информированность населения по вопросам влияния табака на здоровье и преимущества отказа от курения, изменить и усилить отношение к прекращению курения, усилить политическую поддержку стратегических мер (таких как налогообложение и запрет на курение в общественных местах) и обеспечить стимулы к простым действиям (14). Кампании в средствах массовой информации также помогают пропагандировать и поддерживать создание служб, направленных на прекращение курения и доступа к ним.

Широко распространенные среди общественности антитабачные конкурсы, такие как «**Брось курить и победи**», направленные на мотивацию курящих бросить курить, проходят в отдельных странах мира. В Европейском регионе в кампании 2000 года приняли участие 33 страны. Контрольные исследования показали, что в среднем после одного года воздержания 20% участников не возобновляют курение, хотя стратегии набора, уровень участников, степень абстиненции, и, соответственно, влияние на население значительно отличаются от страны к стране (15).

ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ПОМОГАЮЩИЕ ЖЕЛАЮЩИМ БРОСИТЬ КУРИТЬ ПРЕОДОЛЕТЬ ЗАВИСИМОСТЬ

Телефонные линии поддержки используют два основных подхода: реактивный, при котором курящие просто звонят по указанному номеру, и проактивный – когда консультанты перезванивают и оказывают длительную консультативную поддержку по телефону. Консультации по телефону могут быть более результативными по сравнению с вмешательствами без личного контакта. Некоторые исследования предполагают, что телефонные линии поддержки являются полезной частью лечебных услуг для курящих (16).

Лечение табачной зависимости

Научно обоснованными считаются три основные категории вмешательств: краткие своевременные рекомендации специалистов здравоохранения по прекращению курения, личная

поведенческая поддержка и медикаментозное лечение, особенно, никотинзаместительная терапия (НЗТ) и бупропион.

С точки зрения перспективы общественного здравоохранения краткие своевременные рекомендации от врача чрезвычайно результативны и оправданы. Есть веские доказательства того, что личная поведенческая поддержка, индивидуальная или в группах, эффективна как сама по себе, так и с точки зрения фармакотерапии. Данные показывают корреляцию между объемом лечения и степенью достигнутого успеха (долгосрочная абстиненция). В широком смысле, менее интенсивное вмешательство обеспечивает меньший результат. Накопленные к настоящему времени данные показывают, что индивидуальная и групповая поддержка имеют схожую эффективность (5, 17, 18). Таблица 1 показывает эффективность основных видов вмешательств.

Таблица показывает результаты мета-анализов различных групп населения и/или различной длительности их продолжения в течение не менее 5 месяцев. Уровень абстиненции следовательно может дать лишь приблизительную оценку относительной эффективности каждого вида вмешательства при их сравнении. Однако разница величин во второй колонке более наглядна с точки зрения относительной эффективности вмешательств.

Последний отчет по международным данным показывает, что все коммерчески доступные никотинзаместительные препараты (НЗТ) являются эффективными, будучи частью стратегии по прекращению курения, повышая среднее количество шестимесячных ремиссий примерно в 1,5-2 раза (19, 20).

Таблица 1. Абстиненция при использовании основных форм вмешательств

Вмешательства/ контрольная группа	Оценка разницы (95% доверительный интервал)	Уровень абстиненции в соотв. группах различных вмешательств %	Уровень абстиненции в контрольных группах, %
Интенсивная консультация врача (более 10 мин.) в сравнении с отсутствием личного контакта	2.3 (2.0, 2,7)	22.1 (19.4, 24.7)	10.9
Бупропион в сравнении с плацебо	2.1 (1.5, 3.0)	30.5 (23.2, 37.8)	17.3
Никотиновые пластыри в сравнении с плацебо	1.9 (1.7, 2.2)	17.7 (16.0, 19,5)	10.0
Комбинация 2-х НЗТ в сравнении с одной НЗТ	1.9 (1.3, 2.6)	28.6 (21.7, 35.4)	17.4
Никотиновая жевательная резинка в сравнении с плацебо	1.5 (1.3, 1.8)	23.7 (20.6, 26,7)	17.1
Групповое консультирование в сравнении с отсутствием такового	1.3 (1.1, 1.6)	13.9 (11.6, 16.1)	10.8
Совет врача бросить курить (ср. продолж. консультации.3 мин) в сравнении с отсутствием совета	1.3 (1.1, 1.6)	10.2 (8.5, 12.0)	7.9
Активное консультирование по телефону	1.2 (1.1, 1.4)	13.1 (11.4, 14.8)	10.8
Самостоятельная помощь или отсутствие ее	1.2 (1.02, 1.3)	12.3 (10.9, 13,6)	10.8

Данные взяты из: Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.

Разница определена как соотношение вероятности абстиненции субъектов в группах, использовавших вмешательства, и вероятности абстиненции субъектов в контрольных группах.

Экономическая целесообразность и рентабельность политики по прекращению курения

Методы и вмешательства по прекращению курения имеют положительные результаты, но их внедрение в систему здравоохранения все же требуют инвестиций. Борьба за финансирование между общественными и частными системами здравоохранения приводит к тому, что внедрение новых методов во многом связано с их рентабельностью. В каждой стране будет необходимо обсудить преимущества лечения курения с точки зрения рентабельности. Таким образом, очень важно объяснить разницу между эффективностью и рентабельностью тем, кто финансирует медицинскую помощь. Приведенные ниже исследования показывают рентабельность проведения лечения табачной зависимости.

В отчете главного хирурга Соединенных Штатов за 2000 год подчеркивается, что прекращение курения - одно из наиболее экономически выгодных из всех видов медицинского лечения (21). Данные показывают, что прекращение курения значительно рентабельнее многих других медицинских вмешательств. Это, в свою очередь, означает, что внедрение прекращения курения в систему здравоохранения позволит перераспределить ресурсы на другие нужды.

Анализ рентабельности внедрения клинических рекомендаций *Smoking cessation* of the US Agency of Health Care Policy and Research показали, что расходы, приходящиеся на каждый качественно измененный спасенный год жизни составляют от 1100 до 4500 долларов США по сравнению с 23 300 долларами, приходящимися на скрининг гипертензии среди 40-летних

мужчин и 61 700 долларами, приходящимися на ежегодное маммологическое обследование 40-49-летних женщин.

Аналогичные исследования в Великобритании показали, что стоимость внедрения комплексной системы лечения табачной зависимости в расчете на каждый дополнительный год жизни колеблется от 210 (315 долларов США) до 870 фунтов стерлингов (1300 долларов США). Эти данные были сопоставлены с данными из международных источников по 310 методам медицинского вмешательства, что дало в среднем выгоду 25 500 долларов США за «выигранный» год жизни (22). Кроме того, в некоторых частях Великобритании уже на протяжении трех лет работают лечебные службы для курящих, финансируемые государством, и их фактическая рентабельность была подсчитана. По скромным подсчетам, рентабельность новых услуг была определена как более 600 фунтов стерлингов (960 долларов США) прибыли за «выигранный» год жизни пролеченных курящих в возрастной группе 35-44 лет и 750 фунтов стерлингов (1200 долларов США) - в возрастной группе 45-54 года (23). Оценка эффективности в Российской Федерации показала, что развернутые программы по прекращению курения могут повысить уровень средней продолжительности жизни на три года и сократить риск преждевременной смертности (24).

Всемирный Банк подсчитал рентабельность НЗТ, финансируемой государством на 25% на каждый рассчитанный по показателю DALY год как 250 долларов США в год в восточной Европе и Центральной Азии, и до 300 долларов США в странах со средним и низким доходом на душу населения (9).

Проект ВОЗ CHOICE (25) был разработан с целью обеспечения стандартизированного набора методов и инструментов, которые можно использовать для анализа стоимости и эффективности для здоровья населения существующих и новых вмешательств, направленных на большинство факторов риска. Были подсчитаны преимущества вмешательств, направленных на прекращение курения, для трех типических групп смертности в Европейском регионе. В таблице 2 представлены данные по рентабельности в международных долларах США (установленных для паритета покупательной способности) как прибыль от вмешательств в расчете на каждый «выигранный» благодаря вмешательству год жизни, рассчитанной по DALY.

Таблица 2. Анализ рентабельности и экономической целесообразности вмешательств по предотвращению курения для типических групп смертности^а в Европейском регионе ВОЗ (в долларах США в расчете на каждый «выигранный» благодаря вмешательству год жизни, рассчитанный по DALY).

Вмешательство	EURO A	EURO B	EURO C
A1 Мировой средний налог 44% от окончательной розничной цены	44	70	43
A2 Повышение налогов до 75% от окончательной розничной цены	18	37	22
A3 Повышение налогов до 75% от окончательной розничной цены	13	31	18
A4 Принятие закона о чистом воздухе в помещениях	358	283	201
A5 Всесторонний запрет на рекламу	189	198	129
A6 Распространение информации	337	327	243
A7 Никотинзаместительная терапия ^б	2 164	2 476	3 689
A8 Сочетание 1 (A3+A6)	45	91	55
A9 Сочетание 2 (A3+A4+A6)	79	135	84
A10 Сочетание 3 (A3+A5+A6)	58	108	64
A11 Сочетание 4 (A3+A5)	28	60	34
A12 Сочетание 5 (A3+A4+A5)	63	112	67
A13 Сочетание 6 (A3+A4+A5+A6)	90	146	90
A14 Сочетание 7 (A3+A4+A5+A6+A7)	274	453	488

Источник: база данных WHOSIS 2000 года.

^аТипические группы смертности: согласно уровню смертности среди населения до 5 лет и 15-59 лет страны-члены ВОЗ делятся на различные типические группы. В европейском регионе, страны-члены ВОЗ сгруппированы следующим образом:

ЕВРО А (очень низкая детская и взрослая смертность): Андорра, Австрия, Бельгия, Хорватия, Чешская Республика, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Исландия, Ирландия, Израиль, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Великобритания.

ЕВРО В (низкая детская и взрослая смертность): Албания, Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Болгария, Грузия, Киргизстан, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Бывшая Югославская республика Македония, Турция, Туркменистан, Узбекистан.

ЕВРО С (низкая детская и высокая взрослая смертность): Белоруссия, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина.

^b Никотинзаместительная терапия: 20 мг/день никотиновой жевательной резинки в течение трех месяцев, плюс регулярные посещения семейного врача или центров здоровья (1 раз в месяц) и консультирующей медицинской сестры (1 раз в три недели).

Модель ВОЗ SNOICE показывает, что налогообложение имеет большое влияние с точки зрения вмешательств по предотвращению курения. Таблица 2 показывает рентабельность разных уровней налогообложения, повышающихся в следующем порядке: 44%, 75% и 89% от окончательной розничной стоимости табачных изделий. Принимая во внимание исключительно соображения здоровья - чем выше налоги, тем лучше.

Чтобы добиться еще большего улучшения, в различных типических группах смертности в Европейском Регионе ВОЗ приветствуется и является высоко рентабельным сочетание налогообложения, законодательства и информированности. Добавление НЗТ повышает стоимость мер по прекращению курения, но и повышает эффективность. Дополнительные расходы оправданы исключительно по причине их рентабельности (7).

Все эти цифры подчеркивают рентабельность и экономическую целесообразность стратегий и вмешательств по прекращению курения и показывают, что система здравоохранения может сэкономить значительные средства, избежав в будущем расходов на лечение рака легких, сердечных заболеваний и других болезней, связанных с табаком. Как показывает опыт, доказательства рентабельности и эффективности очень важны в деле убеждения правительств выделять фонды на политику и меры по прекращению курения.

Расстановка приоритетов в политике по прекращению курения, в зависимости от различных методов борьбы против табака

Рамочная конвенция по борьбе против табака содержит конкретные обязательства, касающиеся табачной зависимости и прекращения курения. Она обязывает страны-участницы Конвенции предпринять усилия:

- a) по разработке и внедрению эффективных программ, направленных на пропаганду прекращения употребления табака, в таких местах как образовательные и медицинские учреждения, рабочие места и спортивные сооружения;
- b) по включению диагностики и лечения табачной зависимости, а также консультирования по прекращению курения в государственные программы по здравоохранению и образованию, планы и стратегии, с участием соответствующих медицинских, общественных и социальных работников;
- c) по созданию в медицинских учреждениях и реабилитационных центрах программ по диагностике, консультированию, профилактике и лечению табачной зависимости;
- d) по сотрудничеству с другими сторонами в целях увеличения доступности, в том числе и финансовой, лечения табачной зависимости, включая фармацевтическую продукцию согласно Статье 22. Такая продукция может включать лекарственные препараты, средства для введения лекарственных препаратов и диагностики.

Европейская стратегия по борьбе против табака подразделяет методы по борьбе против табака в странах-членах ВОЗ по: их ясности и доступности для понимания, непрерывности, прогрессивности, длительности и истории их применения и воздействия на снижение

распространенности курения. Чтобы значительно снизить распространение употребления табака среди всех слоев населения, большинству стран рекомендуется выйти за рамки своих сегодняшних подходов по борьбе против табака: странам, в которых используются методы неактивного вмешательства, следует использовать более эффективные переходные меры. Странам, находящиеся в данный момент в переходной фазе, следует применять более строгие подходы, которые, как показывает практика, приводят к уменьшению употребления табака, а странам, значительно продвинувшимся в деле борьбы против табака – продолжать и увеличивать свои усилия.

В общих чертах можно сказать, что для того, чтобы мотивировать курящих бросить курить, страны на переходной стадии должны развивать или усиливать всестороннюю программу по борьбе против табака методами, направленными на население, (включая налогообложение, запрет на курение в общественных местах, информационные и обучающие программы) до того как они организуют комплексные службы по лечению табачной зависимости. Когда лечебные службы будут организованы, они должны быть поддержаны рекламными кампаниями в средствах массовой информации, которые «подтолкнут» курильщиков навстречу помощи, которую они могут получить в таких службах.

СТРАНЫ НА НАЧАЛЬНОЙ И ПЕРЕХОДНОЙ СТАДИЯХ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

Первоначальной задачей правительств стран, находящихся на начальной и переходной стадиях политики по борьбе против табака, должно стать повышение налогов и запрет на рекламу табачных изделий. Эти средства сравнительно недороги для внедрения и отражают стремление правительства развивать политику по борьбе против табака. Такие средства также помогают подчеркнуть для широких масс населения серьезность воздействия курения на здоровье.

Чтобы прекратить курение, страны должны начать с образовательных программ и проектов на местном уровне в целях повышения информированности о риске курения. Пока этого не будет сделано, курящие вряд ли обратятся за помощью. Если позволяют ресурсы, можно использовать сочетание коммерческой рекламы с бесплатными пропагандистскими методами, с т.ч. в средствах массовой информации. Это поможет информировать население об опасности курения и стать своего рода проводником для таких действий, направленных на

прекращение курение как телефоны доверия и конкурсы «Брось курить и победи».

Одной из первых задач должно стать обучение медицинских работников и других специалистов здравоохранения, которые потенциально будут проводить или, по крайней мере, станут инициаторами кампании по борьбе против табака. Это может осуществляться с помощью таких профессиональных организаций как медицинские ассоциации. Программа обучения работников здравоохранения должна включать в себя вопросы, связанные с курением и прекращением курения; курящим медицинским работникам должна быть оказана поддержка в прекращении курения. Во многих странах врачи пользуются уважением и доверием, и поэтому особенно важно, чтобы они служили примером. Это относится и к другим специалистам здравоохранения, число курящих среди которых очень высоко во многих странах. В середине 90-х г.г. 35% семейных врачей в странах Европейского Союза были курильщиками (26). Специалисты здравоохранения должны получать полную информацию о рисках, связанных с курением, помощь и поддержку по отказу от курения с помощью соответствующих рекомендаций (27), например, через свои профессиональные организации, хотя это может различаться от страны к стране. Их нужно поощрять спрашивать своих пациентов о курении по крайней мере один раз в год и давать курящим советы по отказу от курения.

Медицинские учреждения должны быть зонами свободными от курения: это должно быть приоритетной задачей, выполнение которой, однако, может быть затруднительно. Мобилизация неправительственных организаций также является весьма важной задачей.

Дебаты и представление доказательств того, что курение является зависимостью (11, 12), играет важную роль в привлечении работников здравоохранения на ранних стадиях проведения политики, направленной на прекращение курения. Это поможет специалистам и общественности понять, что предложенное курящим лечение должно стать повседневной реальностью, и что курящие, обратившиеся за лечением – не слабовольные люди. В некоторых странах может помочь сопоставление никотиновой зависимости с другими формами наркотической зависимости, так как многие страны предлагают лечение людям с алкогольной и наркотической зависимостью через свои системы здравоохранения.

СТРАНЫ, В КОТОРЫХ ИМЕЮТСЯ ИЛИ РАЗВИВАЮТСЯ КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

В таких странах, по мере того как мотивация курящих бросить курить возрастает, важна возможность предоставления поддержки в отказе от курения. В зависимости от ресурсов и опыта стран, могут быть использованы различные способы вмешательства по прекращению курения.

Поощрение к действиям и обучение специалистов первичного звена здравоохранения Работники здравоохранения должны поощряться и мотивироваться задавать пациентам вопросы о курении при любой возможности и советовать курильщикам отказаться от курения.

Доступность медицинских препаратов. НЗТ почти удваивает шансы на успех в прекращении курения и должны быть доступны для курящих. НЗТ безопасны и предлагают безопасную для курящих форму введения никотина. По этим причинам НЗТ должны быть по меньшей мере также широко доступны, как и сигареты. В дополнение к сказанному, страны могли бы предусмотреть субсидирование стоимости медицинских препаратов из государственных фондов. Это было предпринято в странах, где курение распространено в основном среди населения с низким доходом, например в Великобритании, хотя направленность данной стратегии только на бедных – проблема для любой страны. Это еще одно направление, по которому требуется проведение исследования по рентабельности НЗТ в странах со средним и низким доходом. Привлечение законодателей к обсуждению данного вопроса и поощрение принятия мер, направленных на как можно более широкое распространение и доступность НЗТ должна стать одной из приоритетных задач.

Организация специализированных служб. Специализированные службы играют важную роль, оказывая интенсивную и необходимую поддержку курильщикам с относительно высокой степенью зависимости, решившим бросить курить. Управление и вмешательства осуществляются преданными своему делу работниками, которые получают оплату за эту работу как за основную. Доступность таких служб также означает, что те, кто предлагает рутинные советы, знают, к кому они могут направить пациентов, нуждающихся в получении дальнейшей помощи. Такая форма может быть особенно полезной для загруженных врачей первичного звена здравоохранения, которым трудно найти время для оказания длительной поддержки. Интенсивные специализированные службы могут также действовать как исследовательские и обучающие центры.

Телефонные линии поддержки для желающих бросить курить. Создание телефонных линий поддержки (28) сравнительно просто и недорого, но по мере повышения спроса требуется оказание профессиональных услуг, что повышает стоимость.

Проведение конкурсов «Брось курить и победи». Организация таких общественно-направленных конкурсов по прекращению курения может быть сравнительно недорогой, и различается по стратегии подбора участников. Конкурс «Брось курить и победи» поддерживается ВОЗ и другими международными партнерами (29).

Обеспечение того, чтобы обучения было доступно и проводилось на основе доказательств. Такие индустриально развитые страны, как Великобритания, фокусируют свои усилия в этом направлении. Другие страны могли бы изучить этот опыт и создавать собственные основанные на доказательствах обучающие сети (30).

Проведение исследований. Вероятно, нет нужды проводить в каждой стране исследования, отражающие влияние курения на определенные болезни или доказывающие зависимость результатов от интенсивности вмешательства (хотя, необходимость их проведения может варьироваться от страны к стране). Тем не менее, первоочередной задачей во многих случаях остается проведение исследований по новым методам лечения табачной зависимости, доступности и популяризации их среди курящих, особенно среди женщин и молодежи. Также необходимо продолжить исследования по целесообразности и рентабельности бесплатного лечения (интенсивная поддержка и НЗТ) для бедных слоев населения.

Внедрение лечения никотиновой зависимости в национальные системы здравоохранения. Лечение никотиновой зависимости должно быть включено в национальные стратегии по прекращению курения, с целевым финансированием служб и внедрением обязательного опроса пациентов врачами первичного звена на предмет курения.

Предложенные первоочередные задачи должны решаться достаточно гибко, каждая страна должна оценить собственные программы по борьбе против табака и принимать меры в соответствии с этой оценкой.

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, АНАЛИЗ КОНКРЕТНОГО ПРИМЕРА

Исторически, в Великобритании программы, помогающие отказаться от курения, начались раньше национальных образовательных кампаний. Они не были включены в систему здравоохранения до тех пор, пока длительные образовательные программы не повысили осознание важности этих вопросов, и группа экспертов не разработала научно обоснованные рекомендации по прекращению курения, которые были горячо поддержаны специалистами (22, 31). Образовательные программы начались только после нескольких лет активной кампании, проводимой медицинскими работниками (особенно Королевским колледжем врачей). В упрощенном виде, последовательность была следующей:

- публикация материалов о курении и раке легких (1950-е гг.);
- открытие первой клиники для курящих (1956 г.);
- опубликование первого отчета Королевского колледжа врачей в 1962 г. (32);
- создание Королевским колледжем врачей «Action on Smoking and Health» (1971 г.);
- опубликование исследований, отражающих результаты советов семейных врачей (1979 г.);
- Британская медицинская ассоциация присоединилась к движению против табака (1984 г.);
- утверждение правительством повышения цен посредством налогов как меры по укреплению здоровья (начало 1990-х гг.);
- разработка правительством официальной политики по борьбе против табака (1998 г.);
- опубликование одобренных профессионалами научно-обоснованных рекомендаций по лечению (1998 г.);
- разработка правительством официальной политики лечения табачной зависимости (1998 г.);
- организация и финансирование правительством национальной службы лечения от табачной зависимости (2000 г.);
- всесторонний запрет на рекламу (2003 г.).

Формирование потенциала для политики по прекращению курения

ЛЮДИ И ОРГАНИЗАЦИИ: РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

Основываясь на опыте стран, в которых ресурсы для проведения политики по прекращению курения давно и хорошо развиты, можно выделить следующие группы людей и организаций, играющих важную роль во внесении вопросов о прекращении курения в политическую повестку (список не является исчерпывающим и зависит от местных особенностей).

Руководство. Руководство стратегией исключительно важно, хотя может осуществляться коалицией преданных делу организаций. Во многих странах руководство осуществляется правительственными организациями, в некоторых случаях медицинским звеном, неправительственными организациями, исследовательскими центрами или отдельными лицами. Руководство стратегией жизненно важно и, предпочтительно, в первую очередь должно осуществляться министерством здравоохранения.

Научные работники. На законодателей можно оказывать влияние путем опубликования результатов авторитетных исследований. Наличие исследований недостаточно, нужно, чтобы отдельные лица и организации доводили их до сведения законодателей и общественности и аргументировали их влияние на формирование политики. Опубликование собственных исследований отдельными странами может быть полезным, но не обязательным, и такой ресурс как GLOBALink обеспечивает простой путь получения данных исследований других стран для опубликования в собственной стране. Очень важны исследования по целесообразности и рентабельности на местном уровне, а внешняя поддержка может помочь развить практические навыки (например, обучение экономистов) и исследования.

Центры передового опыта. При наличии ресурсов, может быть полезным организация центров передового опыта, таких как центры по исследованию табачной зависимости, или центры или рабочие группы по исследованию вопросов, связанных с прекращением курения. Вероятно, что одного заинтересованного и преданного дела человека будет достаточно, чтобы начать такую работу.

Врачи и другие медицинские работники. Медицинские работники должны принимать непосредственное участие в проведении или финансировании исследований, обнародовании результатов и лоббировании в законодательных органах.

Профессиональные организации. Профессиональные организации играют важную роль в обучении и поддержке медицинских работников, так же как и в пропаганде политики по прекращению курения.

Неправительственные, квазиправительственные организации и средства массовой информации. Радикальные, предпочтительно с независимыми источниками финансирования, организации могут быть чрезвычайно эффективны не только при вынесении проблемы на обсуждение, но и в пропаганде новейших мер.

Правительственные органы. Политическая воля правительства чрезвычайно важна. Правительственные органы могут распределять и выделять значительную часть доходов от налогов, включая налоги от продажи табака, в целях повышения, стимуляции и поддержки национальных и местных программ по прекращению курения. Министерством здравоохранения следует организовать систему контроля и оценки для мониторинга результатов этих программ и контроля финансовой отчетности.

РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ: ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ СДЕЛАНО (И КЕМ)?

Программы по борьбе против табака и внесение стратегии по прекращению курения в политическую повестку требуют осуществления широкого спектра мер. Ниже перечислены действия (которые, однако, не должны восприниматься в качестве «рецепта»), играющие важную роль, в скобках указаны возможные исполнители или сторонники:

- национальная образовательная кампания о здоровье в средствах массовой информации (правительство и ассоциации общественного здравоохранения);
- общественно-направленные кампании, включая конкурсы «Брось курить и победи» (органы местного самоуправления и неправительственные организации, под руководством местных служб здравоохранения и других общественных организаций);
- пропаганда и бесплатная реклама (неправительственные организации и медицинские организации);
- прекращение курения и лечение на рабочих местах (компании и организации);
- запрет на курение в общественных местах (правительство и неправительственные организации);
- запрет на курение в медицинских учреждениях (правительство, администрация органов здравоохранения и медицинские работники);
- печатные материалы для курящих (правительство, медицинские работники и частные компании);
- телефонные линии поддержки (правительство и неправительственные организации);
- специализированные службы интенсивной помощи специалистов, организованные в целях усиления и поддержки действия обычных своевременных советов медицинских работников (заинтересованные медицинские специалисты, органы здравоохранения и правительство); а также
- обучающие материалы (правительство, местные службы здравоохранения и частные компании).

РЕСУРСЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ

Для развития лечебной службы по прекращению курения необходимо обучить специалистов-консультантов оказывать поддержку представителям первичного звена здравоохранения и другим работникам здравоохранения в освещении проблемы курения, оценки заинтересованности в прекращении курения и затем, в предложении кратких рекомендаций и/или направлении

на лечение к специалисту. В противовес специфической для каждой страны информации, такой как системы лечения, обучение включает в себя стандартные навыки, и, таким образом, страны с хорошо развитой системой оказания лечебной помощи могут оказать помощь в развитии ресурсов для обучения в других странах. Для каждой страны необходимо сформулировать основные стандарты и подготовить соответствующие условия для обучения, прежде чем организовывать службы. US Public Health Service (33) предлагает на регулярной основе проводить лекции, семинары и тренинги по лечению табачной зависимости - на рабочих местах, в сочетании с последипломным медицинским образованием и/или другими формами обучения.

Выделяют три фактора, которые будут способствовать обучению клиницистов методам анитабачного вмешательства:

- включение информации и лечения табачной зависимости во все обязательные программы обучения по всем клиническим дисциплинам;
- включение вопросов по эффективному лечению табачной зависимости в лицензионные и сертификационные экзамены по всем клиническим дисциплинам;
- принятие специализированными обществами унифицированных стандартов компетентности в лечении табачной зависимости для всех их членов (32).

Европейское региональное бюро ВОЗ разработало пакет документов для преподавателей по прекращению курения. Опытные преподаватели могут адаптировать эти материалы и использовать их в своих странах (30).

ПРИОРИТЕТНЫЕ ГРУППЫ

Многие страны имеют значительный социально-экономический уклон распространенности курения в сторону увеличения среди населения с низким уровнем дохода. Действенность программ по прекращению курения среди курящих с низким уровнем дохода еще исследована недостаточно, однако базирующиеся на доказательной основе службы по прекращению курения должны внедряться гибко, чтобы быть доступными для данной группы курящих, а также для курящих всех возрастных групп и обоих полов.

ГЕНДЕРНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ПОЛИТИКИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ

Некоторые данные показывают, что одно и то же лечение помогает одинаково мужчинам и женщинам, хотя исследования предполагают, что некоторые виды лечения менее действенны для женщин, чем для мужчин.

Беременные и собирающиеся иметь ребенка женщины могут быть особенно восприимчивы к лечению. Тем не менее, важен уровень рецидива в послеродовой период, даже если сохранялась длительная абстиненция в течение шести и более месяцев в период беременности (34).

Необходимо сделать политику по прекращению курения более избирательной в зависимости от пола курящего. Требуется провести дальнейшие исследования с целью усиления действенности лечения табачной зависимости среди женщин, особенно во время беременности, и предотвращения рецидива.

ВНЕДРЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Внедрение лечения табачной зависимости в систему здравоохранения, вероятно, потребует времени, неоднократных обсуждений и убеждения лиц, ответственных за финансирование. Так как системы здравоохранения стран Европейского региона отличаются друг от друга, невозможно предложить единую модель внедрения лечения табачной зависимости в здравоохранение. Но как показывает опыт, доказательства целесообразности и рентабельности чрезвычайно важны, и вероятно потребуется их неоднократное повторение, чтобы финансирующие здравоохранение органы их признали. Большинство систем здравоохранения ориентированы в основном на лечение, а не профилактику, и необходимо подчеркивать важность и преимущества помощи желающим бросить курить во всех сферах здравоохранения. В любой системе с ограниченными средствами и конкурирующими приоритетами данный процесс, скорей всего, займет годы. Процесс также во многом зависит от приверженности правительства - в области финансирования и разработки механизмов обеспечения интеграции. Хорошим примером процесса интеграции является Великобритания (35).

РЕГУЛИРОВАНИЕ

Регулирование играет важную роль в создании системы лечения табачной зависимости, в том числе и медикаментозного, которое должно быть как можно более доступным для курящих. Медикаментозное лечение должно быть, по меньшей мере, таким же доступным как наиболее опасная форма употребления табака - сигареты.

Тем не менее, структура регулирования медикаментозных видов лечения, в частности НЗТ, на данный момент неадекватно отражает преимущества и недостатки использования НЗТ в случаях, когда их употребление ограничено, запрещено или имеет противопоказания. Нормативная база рассматривает риски, связанные с употреблением таких препаратов, но не риски, связанные с неудачей при попытке бросить курить (36,37). Органы управления должны осознать, что использование курящими НЗТ может увеличить шансы бросить курить и во многом сократить или устранить многие из рисков, связанных с курением.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Не все страны располагают достаточными ресурсами и средствами для проведения исследований, поэтому важным является использование, по возможности, исследований, проведенных в других странах. В некоторых странах исследования по целесообразности и рентабельности могут оказаться решающим фактором убеждения правительства в значимости прекращения курения. Среди прочего, исследователи определили никотин как вызывающий зависимость, что имело огромное влияние на лечение пациентов с табачной зависимостью, и продемонстрировало, почему образовательные и популяционные методы не приводят к широкому распространению прекращения курения. Очень полезны опросы, показывающие, понимают ли люди последствия курения, преимущества отказа от курения для своего здоровья, хотят ли курящие бросить, получают ли они соответствующие советы, и т.п.

ВОЗМОЖНОСТИ И ЗАДАЧИ

Системы здравоохранения многих стран имеют необходимые начальные ресурсы – людей, которые поднимают данную проблему, но часто нуждаются в поддержке со стороны международной общественности, чтобы начать. При поощрении курильщиков бросить курить медицинские работники разных стран могут

использовать обширные международные данные и исследования. Основной задачей для международной общественности, борющейся с табаком, на пути внедрения политики по прекращению курения является как раз оказание такой начальной поддержки. Для неправительственных и других организаций важен вопрос финансирования (рассматривается ниже).

Во многих странах Европейского региона ресурсы, отведенные на борьбу против табака, ограничены, и включение деятельности по прекращению курения в политическую повестку дается с трудом. Ключевой задачей является привлечение партнеров внутри и за пределами страны, которые могут оказать помощь в разработке политики по прекращению курения.

В конечном счете, вняв доказательствам рентабельности, правительства смогут отдать приоритет финансированию из собственных средств. Одним из путей является ассигнование или отведение определенного процента средств, поступающих от налогов на продажу сигарет, на поддержку желающих бросить курить.

Другая задача – это вовлечение законодателей в дебаты о доступности медикаментозного лечения.

Оценка политики по прекращению курения

Оценка предоставления лечебного вмешательства очень важна, так как она обеспечивает доказательства для дальнейшего инвестирования ресурсов в прекращение курения. Исследования среди населения важны для определения первоначального состояния, по отношению к которому изменения будут измеряться. Метод случайной выборки достаточно дорог, но при ограниченных ресурсах можно использовать сравнительно недорогие регулярные опросы общественного мнения, в частности, добавляя вопросы к уже существующим анкетам.

В исследованиях должны оцениваться: знания о влиянии курения на здоровье, понимание риска, мотивация курильщиков бросить курить, частота попыток бросить курить и используемые при этом методы. При широком охвате могут быть использованы физиологические параметры, например, проба на котинин, как показатель распространенности табачной зависимости среди населения.

Исследования на национальном уровне могут помочь оценить политику, проводимую на национальном уровне, как например, доступность медикаментозного лечения. Чтобы оценить абстиненцию, методы, предусматривающие интенсивное вмешательство, должны длиться, по крайней мере, три месяца, предпочтительней один год.

Лица, руководящие службами по прекращению курения, должны проводить мониторинг эффективности их деятельности. Были предложены стандарты для оценки методов прекращения курения (38). В идеале, они должны включать оценку пропорции между людьми, которые начали лечение и не возобновили курение после шести месяцев или одного года после лечения, с людьми, бросившими лечение, или теми курящими, которых нельзя отследить как курильщиков. Предпочтительно не использовать краткосрочную оценку, как опросы после курса лечения. Биохимические методы оценки такие, как ручные

карбоновые монооксидные мониторы могут использоваться для подтверждения всех заявленных показателей абстиненции (39).

Важен мониторинг осуществления политики по прекращению курения на национальном уровне. Как подчеркивалось выше, для оценки кратких рекомендаций можно проводить опросы курящих или оценку деятельности медицинских работников в области прекращения курения. US Public Health Service (33) рекомендует анализ данных статистики, электронных историй болезней и компьютерных баз данных пациентов, чтобы оценить степень, с которой клиницисты выявляют, документируют и лечат пациентов с табачной зависимостью. Рекомендуется, чтобы клиницисты получали отклик по результатам своих действий. Предлагается также включение вмешательств по борьбе с табачной зависимостью в должностные инструкции и формы оценки работы штатных врачей и специалистов.

Для оценки внедрения служб по прекращению курения можно использовать следующие индикаторы:

- количество доступных специализированных служб;
- географический и демографический охват такими службами;
- процент служб, оценивающих свою эффективность;
- число специалистов, обученных методам прекращения курения; а также
- средства, выделенные на оказание услуг по прекращению курения.

Международное сотрудничество и роль ВОЗ

В 1999 г. начал работу Европейский партнерский проект ВОЗ по снижению табачной зависимости - WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence (1999-2002), целью которого являлось сокращение смертности, связанной с табаком, и заболеваемости среди курящих. Партнерами в данном проекте были правительства и неправительственные организации на международном, европейском и национальном уровнях, представители профессиональных и научных организаций, независимые советники и фармацевтический сектор. За три года работы были разработаны несколько методов для улучшения лечения табачной зависимости, в том числе: рекомендованные ВОЗ анкеты и методы исследований для отслеживания намерений курящих изменить поведение; рекомендации ВОЗ по наилучшей практике в Европе и руководство по регулированию лечебной продукции для лечения табачной зависимости (36); анализ существующего регулирования производства табачной продукции в Европе; рекомендации ВОЗ по внедрению политики запрета курения на рабочих местах в Европе (40, 41); рекомендации ВОЗ по лечению табачной зависимости в Европе (4); пакет обучающих документов ВОЗ «Помоги курящим измениться» (30).

В марте 2000 г. ВОЗ основал Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation, с целью обеспечения доступа к научной информации и руководства разработкой международной политики по регламентированию табачных изделий (42). Среди прочего, Комитет осуществляет мониторинг и дает рекомендации по продукции для лечения табачной зависимости.

Европейская стратегия по борьбе против табака, принятая Европейским региональным комитетом ВОЗ в 2002 году, обеспечивает стратегическую основу для действий в Европейском регионе, которые должны осуществляться посредством национальной политики и международного сотрудничества. В частности, Стратегия определяет действия, которые необходимо предпринять в области прекращения

курения, подчеркивая необходимость достаточного финансирования и финансовой доступности лечения для слоев с низким доходом.

В дополнение к инициативе «За Европу, свободную от табака», международному сотрудничеству в области политики и вмешательств по прекращению курения содействуют следующие программы Европейского регионального бюро:

- Программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI);
- Проект ВОЗ «Здоровые города»;
- Европейская сеть школ, содействующих укреплению здоровья;
- the WHO Health Promoting Hospitals project;
- the EuroPharm Forum.

ВОЗ будет продолжать оказывать поддержку странам-членам в усилении их политики, в частности, направляя и координируя разработку инструментов и механизмов для поддержания международного сотрудничества в области политики и мер по прекращению курения. Это включает следующие механизмы, действия и инструменты:

- координация обмена информацией и обеспечение материалами по технической, политической и законодательной сторонам политики и вмешательств по прекращению курения, на регулярной основе;
- пропаганда исследований по влиянию различных методов вмешательств на использование и уровни прекращения, особенно в долгосрочной перспективе и среди молодежи, женщин и людей с низким социально-экономическим статусом;
- пропаганда наилучшей практики и скоординированных действий в целях обеспечения международного стандартизированного обучения и разработки научно-обоснованных рекомендаций для Европейского региона, в особенности для женщин, молодежи и групп населения с низким социально-экономическим статусом; а также
- разработка Европейской системы мониторинга, включая стандартизированные инструменты для контроля использования, определяющих факторов и воздействия лечения табачной зависимости.

Ссылки и дополнительные источники

ССЫЛКИ

1. *Warsaw Declaration for a Tobacco-free Europe: WHO European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe, Warsaw, 18–19 February 2002* (<http://www.euro.who.int/document/e76611.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (accessed 14 March 2003).
2. *European strategy for tobacco control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/02/5041354).
3. *Art 14 Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation*. Framework Convention on Tobacco Control. WHA 56.8 (2003)
4. *WHO evidence-based recommendations on the treatment of tobacco dependence* (<http://www.euro.who.int/document/e73285.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (accessed 14 March 2003).
5. RAW, M. ET AL. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tobacco control*, **11**: 44–46 (2002).
6. Cochrane tobacco addiction review abstracts (http://www.dphpc.ox.ac.uk/cochrane_tobacco). Oxford, Cochrane Tobacco Addiction Review Group (accessed 14 March 2003).

7. *The world health report 2002: reducing the risks, promoting healthy life* (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241562072.pdf>). Geneva, World Health Organization, 2002 (accessed 14 March 2003).
8. PETO, R. & LOPEZ, A. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop, C.E. et al., ed. *Critical issues in global health*. San Francisco, Jossey-Bass, 2000.
9. *Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999.
10. PROCHASKA, J.O. ET AL. *Changing for good*. New York, William Morrow and Company, 1994.
11. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th revision. Geneva, World Health Organization, 1992.
12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1995.
13. *Nicotine addiction in Britain*. London, Tobacco Advisory Group, Royal College of Physicians, 2000.
14. SCHAR, E.H. & GUTIERREZ, K.K. *Smoking cessation media campaigns from around the world. Recommendations from lessons learned* (<http://www.euro.who.int/document/e74523.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (accessed 14 March 2003).
15. INTERNATIONAL QUIT AND WIN 2000. *Campaign evaluation and one-year follow-up survey*. Helsinki, National Public Health Institute, Finland.
16. STEAD, L.F. ET AL. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane review). *Cochrane database of systematic reviews*, (1): CD002850 (2003).
17. WEST, R. ET AL. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, **55**: 987–999 (2000).

18. LANCASTER, T. ET AL. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*, **321**: 355–358 (2000).
19. SILAGY, C. ET AL. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane review). *Cochrane database of systematic reviews*, (4): CD000146 (2002).
20. HUGHES, J.R. ET AL. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tobacco control*, **12**: 21–27 (2003).
21. *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Atlanta, US Department of Health and Human Services, 2000.
22. RAW, M. ET AL. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ*, **318**: 182–185 (1999).
23. STAPLETON, J. *Cost effectiveness of NHS smoking cessation services* (<http://www.ash.org.uk/html/cessation/ashcost.html>). London, Action on Smoking and Health UK, 2001 (accessed 14 March 2003).
24. S.A MARTYNCHIK, S.A ET AL. *Evaluation of the effectiveness of a prophylactic programme for giving up smoking*. Moscow, Profilac Zabol Ukrep Zdor, **5**: 38–42 (2002).
25. *WHO-CHOICE cost-effectiveness analyses: results* (http://www3.who.int/whosis/cea/cea_data.cfm?path=evidence,cea,cea_results&language=english). Geneva, World Health Organization (accessed 14 March 2003).
26. SIMPSON, D. *Doctors and tobacco: medicine's big challenge* (http://www.tobacco-control.org/tcrc_Web_Site/Pages_tcrc/Resources/tcrc_Publications/Publications_Other_Languages/English/English_DT_Publication-Download_Page.htm). London, Tobacco Control Resource Centre, British Medical Association, 2000 (accessed 14 March 2003).

27. *Treatment of tobacco dependence and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Methodological recommendations.* Moscow, National Institute of Pulmonology, Ministry of Health of the Russian Federation, 2002; and, *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.* Paris. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Mai 2003.
28. European Network of Quitlines: <http://www.quit.org.uk>.
29. *International Quit and Win 2002 handbook.* Helsinki, National Public Health Institute, Finland, 2002.
30. MASON, P. *Helping smokers change. A resource pack for training health professionals* (<http://www.euro.who.int/document/e73085.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (accessed 14 March 2003).
31. RAW, M. ET AL. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* **53** (Suppl. 5, Part 1): 1–17 (1998).
32. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *Smoking and health.* London, Pitman Medical, 1962.
33. *Treating tobacco use and dependence – a systems approach. A guide for health care administrators, insurers, managed care organizations, and purchasers* (<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/systems.htm>). Washington, DC, US Public Health Service, 2000 (accessed 14 March 2003).
34. *Treating tobacco use and dependence.* Washington, DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
35. RAW, M. & MCNEILL, A. *Tobacco dependence treatment in England.* Geneva, World Health Organization, in press.

36. MCNEILL, A. & HENDRIE, A. *Regulation of nicotine replacement therapies: an expert consensus* (<http://www.euro.who.int/document/e74522.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (accessed 14 March 2003).
37. MCNEILL, A. ET AL. Regulation of nicotine replacement therapies (NRT): a critique of current practice. *Addiction*, 96: 1757–1768 (2001).
38. WEST, R. *Getting serious about stopping smoking. A review of products, services and techniques*. London, No Smoking Day, 1997.
39. JARVIS, M. ET AL. Low cost carbon monoxide monitors in smoking assessment. *Thorax*, 41: 886–887 (1986).
40. GRIFFITHS, J. & GRIEVES, K. *Why smoking in the workplace matters: an employer's guide* (<http://www.euro.who.int/document/e74820.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (accessed 14 March 2003).
41. BATES, C. *Workplace smoking policies: why employers should act*. WHO European Partnership Project and ASH workplaces document. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
42. WHO SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE ON TOBACCO PRODUCT REGULATION (SACTOB). *SACTob statement on nicotine and its regulation in tobacco and non-tobacco products* (<http://tobacco.who.int/page.cfm?sid=82>). Geneva, World Health Organization, 2002 (accessed 14 March 2003).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ

База данных WHO/SRNT на сайте www.treatobacco.net суммирует данные по эффективности, безопасности, экономичности, политики и демографии лечения табачной зависимости. Независимый редакторский совет пересматривает содержание базы данных, основываясь на авторитетных источниках, которые включают рекомендации по прекращению курения, разработанные в США, Великобритании, а также Европейским

региональным бюро ВОЗ, отчеты Кохрановского общества и другие важные источники.

База данных по борьбе против табака Европейского регионального бюро ВОЗ предлагает для стран Европейского региона ВОЗ информацию по различным вопросам, связанным с прекращением курения.

(<http://cisid.who.dk/tobacco/Consolidated/TCP16.asp?TS=16&PY=2001>).

Другие публикации выпущены в рамках WHO Europe Partnership Project и доступны в Европейском региональном бюро ВОЗ:

WHO EUROPE PARTNERSHIP PROJECT AND SMOKEFREE LONDON.

The case for commissioning smoking cessation services

(<http://www.ash.org.uk/html/cessation/servicescase.html>). London, Action on Smoking and Health UK, 2001 (accessed 14 March 2003).

A draft WHO European template of the business case for smoking cessation services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document).

И, наконец, следующие полезные Web-сайты:

GLOBALink tobacco control network (<http://www.globalink.org>)

Action on Smoking and Health UK (<http://www.ash.org.uk>)

Tobacco control on-line (<http://www.tobaccocontrol.com>)

British medical journal on-line (<http://www.bmj.com>)

Society for Research on Nicotine and Tobacco (<http://www.srnt.org>)

Благодарности

Данная стратегия основана на проекте документа, написанном Martin Raw and Ann McNeill. Работой руководила группа, в которую входили Haik Nikogosian, Claude Vilain and Philip Lazarov. Комментарии и предложения были получены от Gérard Dubois, Patsy Harrington, Martina Poetschke Langer, Margaretha Haglund, Hana Sovinova, Maria Ellul, Margret Ploum, Ulla Skovgaard Danielsen, Gelena Kriveliene, Chinara Bekbasarova, Rita Lindbak, Isabel Yordi, Leena Eklund, Ainna Fawcett-Henesy. Европейское региональное бюро ВОЗ также благодарит сеть национальных координаторов по Европейской стратегии по борьбе против табака за значительный вклад и содействие в разработке данного документа.