

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

**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СЕРИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ ДОКЛАДОВ**

№ 568

**КУРЕНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ  
НА ЗДОРОВЬЕ**

**Доклад Комитета экспертов ВОЗ**

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



**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ЖЕНЕВА**

1976

© Всемирная организация здравоохранения, 1976

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

Наименования, используемые в настоящем издании, и представление материалов не могут рассматриваться как выражение мнения Генерального директора Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны или территории, ее правительстве или о ее государственных границах.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Во всех случаях, кроме ошибок и пропусков, наименования патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

К  $\frac{50200-265}{039(01)-76}$  БЗ-15-4-76

# СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение . . . . .	7
1. Дополнительные данные о влиянии курения на здоровье, накопленные после доклада Генерального директора в 1970 г. . . . .	8
1.1. Привычка к курению и общая смертность . . . . .	9
1.2. Сигареты как причина повышенной смертности . . . . .	9
1.3. Рак легких . . . . .	10
1.3.1. Рак легких у курильщиков трубки и сигар . . . . .	11
1.3.2. Индивидуальная восприимчивость к раку легких . . . . .	11
1.4. Прочие заболевания органов дыхания . . . . .	12
1.4.1. Бронхит и эмфизема . . . . .	12
1.4.2. Заболевания органов дыхания у курильщиков, связанные с другими факторами окружающей среды . . . . .	13
1.5. Ишемическая болезнь сердца . . . . .	13
1.6. Цереброваскулярные заболевания . . . . .	15
1.7. Пептические язвы . . . . .	16
1.8. Курение во время беременности . . . . .	16
1.9. Зависимость от никотина . . . . .	17
1.10. Пассивное курение . . . . .	18
2. Тенденции курения в мире . . . . .	19
3. Меры по борьбе с курением . . . . .	21
3.1. Изменение привычек курения . . . . .	21
3.1.1. Деятельность, направленная на помощь людям бросить курить . . . . .	21
3.1.2. Уменьшение дозы табачного дыма . . . . .	23
3.1.3. Уменьшение концентрации вредных компонентов табачного дыма . . . . .	24
3.1.4. Курение трубки и сигар . . . . .	26
3.2. Санитарно-просветительные мероприятия . . . . .	26
3.3. Законодательные меры для борьбы с курением . . . . .	27
4. Исследования . . . . .	29
5. Заключение . . . . .	30
6. Рекомендации . . . . .	32
Литература . . . . .	39
Приложение 1. Курение и здоровье . . . . .	43
Приложение 2. Ограничение курения . . . . .	86
Приложение 3. Законодательные акты, направленные на борьбу с опасностями курения. Инструкция к практическим мероприятиям . . . . .	97

## КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ ПО КУРЕНИЮ И ЕГО ВЛИЯНИЮ НА ЗДОРОВЬЕ

Женева, 9—14 декабря 1974 г.

### Члены:

- Д-р F. Beske, профессор, социальная медицина и общественное здравоохранение, министр, Министерство социального обеспечения, Киль, Федеративная Республика Германии
- Д-р J. H. de Naas, Нидерландский институт сердца, Гаага, Нидерланды
- Сэр George Godber, Кембридж, Англия (*председатель*)
- Д-р Д. Лоранский, директор Центрального научно-исследовательского института санитарного просвещения, Министерство здравоохранения СССР, Москва, СССР
- Д-р Adetokunbo O. Lucas, профессор и руководитель отдела профилактической и социальной медицины, Ибаданский университет, Нигерия (*докладчик*)
- Д-р M. M. Mahfouz, профессор, радиационная онкология и медицинская радиология, медицинский факультет, Каирский университет, и вице-президент египетского общества помощи онкологическим больным, Каир, Египет
- Д-р V. Puddu, профессор и руководитель отдела кардиологии, больница Сан-Камилло, Рим, Италия
- Д-р Sujoy B. Roy, профессор и руководитель отдела кардиологии, Всеиндийский институт медицинских наук, Нью-Дели, Индия (*докладчик*)
- Д-р Saralegui Padron, директор отдела гигиены, министерство здравоохранения, Монтевидео, Уругвай (*заместитель председателя*)
- Д-р R. Senault, профессор профилактической медицины и общественного здравоохранения, генеральный директор центра профилактической медицины, Вандёвр-ле-Нанси, Франция
- Д-р L. L. Terry, президент-директор ассоциации Университетов, Инк., Вашингтон, округ Колумбия, США

### Представители других организаций:

*Международный совет по алкоголизму и наркомании:*

Г-жа Brenda Blair, почтовое отделение 140, Лозанна, Швейцария

*Международный противораковый союз:*

Г-н Harry Milt, координатор отдела персонала, 3-я Всемирная конференция по курению и здоровью, для передачи Американскому онкологическому обществу, Нью-Йорк, США

*Международное кардиологическое общество:*

Д-р V. Puddu \*

*Международный союз попечения о детях:*

Г-жа Ariane Martley, 1 rue de Varembe, Женева, Швейцария

---

\* Приглашен на заседание как член Комитета экспертов и как представитель неправительственной организации

*Международный союз санитарного просвещения:*

Д-р R. Senault \*

*Международная организация труда:*

Д-р N. Gavrilescu, отдел профессиональной гигиены и охраны труда,  
МОТ, Женева, Швейцария

*Международная педиатрическая ассоциация:*

Д-р J. H. de Haas \*

*Международный фармакологический союз:*

Д-р H. Schievelbein, профессор клинической химии, Институт клинической химии, Немецкий кардиологический центр, Мюнхен, Федеративная Республика Германии

*Секретариат:*

Д-р М. А. Ахметели, директор отдела неинфекционных болезней, ВОЗ,  
Женева, Швейцария

Д-р Verit As, институт психологии, Университет в Осло, Норвегия (*временный консультант*)

Д-р С. М. Fletcher, профессор клинической эпидемиологии, Королевская школа усовершенствования врачей, Лондон, Англия (*временный консультант*)

Д-р K. Gibinski, профессор, внутренние болезни, директор Института внутренних болезней, Силезская медицинская школа, Катовице-Лигота, Польша (*временный консультант*)

Д-р D. Horn, директор, Национальный центр информации о влиянии курения на здоровье, Parklawn Building, 5600 Fishers Lane, Роквилл, округ Колумбия, США (*временный консультант*)

Д-р L. Kargio, региональный директор, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

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

Д-р L. M. Ramström, генеральный директор национальной ассоциации по влиянию курения на здоровье, Веннер-Грен, Центр, Стокгольм, Швеция (*временный консультант*)

---

\* Приглашен на заседание как член Комитета экспертов и как представитель неправительственной организации.



# КУРЕНИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ

## Доклад Комитета экспертов ВОЗ

### ВВЕДЕНИЕ

Комитет экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье проходил в Женеве с 9 по 14 декабря 1974 г. Д-р Tejada de Rivego, помощник Генерального директора, открыл совещание от имени Генерального директора и приветствовал членов Комитета и представителей других организаций.

Д-р Tejada de Rivego изложил цели совещания, состоящие: (i) в суммировании и обобщении данных о вредных последствиях курения для здоровья и (ii) в предложении мер, направленных против привычки к курению. Он подчеркнул, что курение в настоящее время представляет собой одну из наибольших опасностей для здоровья, причем такую, которой можно избежать. Однако борьба с курением является трудной задачей, поскольку эта проблема затрагивает не только органы здравоохранения; экономические и социальные факторы также играют важную роль, причем обычно антагонистическую по отношению к усилиям органов здравоохранения. Поэтому для того, чтобы любая кампания, направленная на борьбу с чрезмерным курением, имела шанс на успех, необходимы строгие политические решения на уровне правительства.

Д-р Tejada отметил также, что как XXIII, так и XXIV Всемирная ассамблея здравоохранения приняли резолюции, призывающие Генерального директора предпринять шаги для обеспечения участия ВОЗ в решении проблемы курения и здоровья. Европейское региональное бюро ВОЗ завершило разработку планов по проведению обследования привычек курения в Европе. Резолюция, принятая Исполнительным комитетом ВОЗ в 1974 г., призвала Генерального директора по возможности скорее созвать Комитет экспертов для изучения проблемы курения табака. Д-р Tejada отметил, что доклад этого Комитета, конечно, сыграет важную роль в связи с Третьей всемирной конференцией по проблеме курения и здоровья, которая будет проведена в Нью-Йорке в июне 1975 г.

Комитет был призван суммировать современные данные о вредных последствиях курения для здоровья и предложить мероприятия, которые Организация могла бы рекомендовать государствам-членам и заинтересованным организациям здраво-

охранения. Он рассмотрел прежние доклады, обобщающие такие данные, и старался дополнить их другими сведениями, как из сообщений своих членов и консультантов, так и из современных публикаций.

Обзор соответствующих данных был настолько тщательно сделан в 1970 г. Fletcher и Ногп, что Комитет решил представить в тексте настоящего доклада лишь дополнительные данные, накопленные с тех пор, и включить этот обзор полностью в качестве Приложения 1. Следующий доклад, подготовленный теми же авторами совместно с Ås и Ramström в 1971 г., включал опыт профилактических мероприятий и расширенный список рекомендаций, содержащихся в первом докладе. Комитет также решил воспроизвести текст этого доклада в качестве Приложения 2.

Комитет проанализировал имеющуюся информацию о привычках курения в различных странах, о путях снижения дозы табачного дыма и концентрации в нем вредных компонентов, о мерах борьбы с курением, включая отказ от этой привычки, и просветительные мероприятия, адресованные детям и взрослым, и о разделах проблемы, требующих дальнейших исследований. Было проанализировано и действующее в разных странах законоположение, направленное против курения, что нашло отражение в Приложении 3.

Как отмечалось выше, цель настоящего доклада заключается в обобщении всей этой информации и вынесении рекомендаций. Более подробное описание читатель может найти в соответствующей литературе.

## **1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ВЛИЯНИИ КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ, НАКОПЛЕННЫЕ ПОСЛЕ ДОКЛАДА ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА В 1970 г.**

Комитет экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье рассмотрел доклад, представленный XXIII Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 1970 г. (см. Приложение 1), в свете дополнительной информации относительно влияния курения на здоровье, которая поступила с тех пор, для того чтобы выяснить, нуждаются ли общие выводы этого доклада в модификации.

Новые данные никоим образом не умаляют значения вывода этого доклада о том, что «заболевания, связанные с курением, являются столь важной причиной нарушения здоровья и преждевременной смерти в развитых странах, что в деле улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни борьба с курением сигарет в этих странах могла бы дать больше, чем лю-



бое другое отдельное мероприятие в любой области профилактической медицины». Имеется ряд прямых наблюдений, подтверждающих значение этого вывода, а некоторые из них указывают на новые возможности профилактических мероприятий. Для удобства дополнительные данные, приводимые здесь, расположены примерно в той же последовательности, что и в оригинальном докладе.

## **1.1. Привычки курения и общая смертность**

За последние 4 года появился ряд сообщений о начатом в 1967 г. крупном перспективном исследовании связи смертности и привычек курения в Японии (1). Эти сообщения подтвердили, что смертность среди курильщиков сигарет в Японии, как мужчин, так и женщин, на 22%<sup>1</sup> выше, чем среди некурящих, и что опасность для жизни возрастает с увеличением количества выкуриваемых сигарет и вдыхания дыма. В отношении некоторых заболеваний коэффициенты смертности (курильщики/некурящие) отличаются от таковых, найденных в процессе крупных перспективных исследований, проведенных в США и Великобритании, но в целом эти данные подтверждают результаты прежних исследований.

## **1.2 Сигареты как причина повышенной смертности**

Существует предположение, что повышенная смертность среди курильщиков сигарет является следствием не непосредственного влияния курения, а генетической предрасположенности к разнообразным заболеваниям. Эта гипотеза продолжает разрабатываться, особенно по отношению к смертности от ишемической болезни сердца, в которой важную роль играют разнообразные наследственные факторы риска.

Она основана главным образом на исследованиях смертности, в которых монозиготные близнецы с «дискордантной» привычкой к курению сравнивались с аналогичными парами дизиготных близнецов (2). Поскольку монозиготные близнецы имеют очень сходные привычки по части курения, в большинстве пар, относимых к «дискордантным», различия в потреблении сигарет в действительности незначительны. Из-за незначительного числа обследованных пар невозможно четко продемонстрировать влияние курения на смертность. Исследования близнецов не смогут внести значительный вклад в решение проблемы до тех пор, пока они не будут проводиться в гораздо большем масштабе, чем это оказывалось возможным до сих пор.

### 1.3 Рак легких

Повсеместное увеличение смертности от рака в тех странах, в которых широко распространено курение сигарет, непрерывно продолжается. С другой стороны, в некоторых развитых странах среди лиц моложе 60 лет эта смертность стабилизировалась, а среди лиц моложе 50 лет— даже снижается. Этого и следовало ожидать в таких странах, как Великобритания и США, где потребление сигарет среди мужчин достигло среднего уровня примерно 20 лет назад (3, 4). В Великобритании снижение смертности среди мужчин молодого возраста может быть результатом постепенного уменьшения количества выкуриваемых сигарет, начавшегося после Второй мировой войны, а в обеих странах — следствием недавнего снижения процента лиц, курящих сигареты, и постепенного, имеющего место в течение последних 20 лет уменьшения количества смолы в фабричных сигаретах. Определенную роль может играть и уменьшение загрязнения воздуха в Великобритании (4). Среди женщин, потребление сигарет которыми резко возросло в течение последних 30 лет, смертность от рака легких продолжает увеличиваться по мере того, как малокурящий контингент особенно подверженной раку возрастной группы заменяется многокурящим. Однако такая опасность сократилась в связи с существующей среди женщин тенденцией курить сигареты с фильтром, благодаря чему доза смолы уменьшается (3, 5). В тех странах, где курение сигарет получило распространение лишь недавно, смертность от рака легких пока остается низкой, но можно ожидать, что вскоре она возрастет. В других странах, таких, как Польша, где сигареты начали распространяться раньше, это уже произошло. Частота рака легких в любой стране непосредственно связана с количеством выкуриваемых сигарет и продолжительностью курения.

Установлено, что риск возникновения рака легких среди курящих сигареты с фильтром, обеспечивающим получение курильщиком относительно малой дозы смолы, меньше, чем среди курящих обычные сигареты (5, 6). Получены дальнейшие доказательства того, что с прекращением курения изменения в эпителиальных клетках, часто обнаруживаемые в бронхах курильщиков сигарет, регрессируют и эпителий бронхов становится столь же свободным от атипичных клеток (часто рассматриваемых как предрак), как и у некурящих (7). Это является гистологическим подтверждением эпидемиологических данных, согласно которым риск возникновения рака легких у курильщиков уменьшается после прекращения курения по сравнению с теми, кто продолжает курить (8). Резкое снижение смертности от рака легких среди британских врачей, большинство которых

не курят или бросили курить, получило документальное подтверждение (9); за этот же период времени смертность от рака легких среди остальных жителей Англии и Уэльса того же возраста, привычка которых к курению мало изменилась, продолжала возрастать. Это указывает на возможность быстрого снижения смертности от рака легких при широком отказе от курения.

### 1.3.1 Рак легких у курильщиков трубки и сигар

Недавний обзор эпидемиологических и экспериментальных данных о меньшем риске заболевания раком легких у курильщиков трубки или сигар по сравнению с курильщиками сигарет (10a) позволяет связать это с тем, что большинство из них не затягиваются дымом. В трех европейских исследованиях были установлены исключения из низкой распространенности рака легких среди курильщиков трубки и сигар. Эти исключения в настоящее время объясняют более интенсивным курением и вдыханием табачного дыма теми, кто курит определенные виды сигар (11). Можно заключить, что в отношении рака легких курение сигар и трубки становится столь же опасным, что и курение сигарет, лишь в случае интенсивного курения и вдыхания табачного дыма.

### 1.3.2 Индивидуальная восприимчивость к раку легких

Поскольку рак легких развивается лишь у меньшинства курильщиков сигарет, можно допустить существование некоторых предрасполагающих факторов в отношении этого заболевания, которые, если бы удалось установить их природу, позволили бы идентифицировать курильщиков, входящих в группу высокого риска. Недавно было привлечено внимание к клеточным ферментам, которые метаболизируют полициклические углеводороды, способствуя образованию высококанцерогенных метаболитов (12). Одним из таких ферментов является арил-углеводород-гидроксилаза (АУГ), которую можно выделить из легочных макрофагов и лимфоцитов (13a). Активность этого фермента, как у человека, так и у экспериментальных животных может возрастать под влиянием сигаретного дыма, равно как и под влиянием многих широко распространенных лекарств (14—17). Широкие различия между отдельными лицами по активности АУГ имеют, по-видимому, генетическую природу и определяются одним геном с двумя аллелями. Таким образом, можно разделить людей на гомозиготных по высокопродуктивной аллели с высоким уровнем активности этого фермента, гомозиготных по низкопродуктивной аллели с низким уровнем

активности и гетерозиготных со средним уровнем активности АУГ. Обследование 50 больных раком легких обнаружило у 30% из них высокий и у 60% — средний уровень активности фермента, тогда как из 131 здорового человека высокий уровень имел место лишь у 9%, а средний — у 46% (18). Возможно поэтому, что среди курильщиков имеется группа лиц с повышенным риском заболевания раком легких, которую можно было бы идентифицировать таким путем. Выяснение этой возможности требует проведения длительных перспективных исследований уровня АУГ в выборках общего населения с тщательным учетом привычек курения и других имеющих значение факторов внешней среды.

## 1.4 Прочие заболевания органов дыхания

### 1.4.1 Бронхит и эмфизема

Во многих исследованиях с помощью разнообразных тестов были получены дальнейшие подтверждения того, что легочная функция у курильщиков сигарет в отношении любого из известных проявлений изменена по сравнению с таковой у некурящих. Недавно особое внимание было привлечено к пробам, позволяющим выявить небольшие функциональные сдвиги у тех курильщиков, легочная функция у которых при оценке с помощью более простых вентиляционных проб, обычно применяемых в эпидемиологических исследованиях, кажется нормальной. Предполагается, что поражение мелких бронхов, вызывающее эти сдвиги, позднее может прогрессировать, достигая резких степеней хронической обструкции бронхов, и поэтому такие пробы можно применять для выявления лиц, подвергающихся высокому риску развития тяжелых обструктивных поражений бронхов (19). Обоснованность этого предположения можно проверить лишь с помощью длительных катамнестических исследований, но уже сейчас имеются некоторые сомнения в справедливости этой гипотезы. Нарушения обнаружены у гораздо большего процента курильщиков по сравнению с тем, у которого в конце концов возникает хроническая обструкция бронхов, причем сопоставление тяжести таких нарушений и числа выкуриваемых сигарет не обнаруживает обычной зависимости реакции от дозы (13в).

С другой стороны, указывалось, что, поскольку обструкция бронхов развивается медленно и должно пройти много лет, прежде чем она достигнет тяжелой степени, начальные стадии поражения у лиц среднего возраста могут выявляться с помощью даже простых тестов задолго до того, как они достигнут патологических размеров (обычно у лиц старше 60 лет).

Поскольку установлено, что после отказа от курения прогрессирование обструктивных поражений бронхов, имеющихсся у ряда курильщиков, прекращается, то обследование лиц среднего возраста с помощью простых тестов могло бы оказаться достаточным для выявления тех курильщиков, у которых, если они не бросят курить, разовьется тяжелое заболевание (20).

#### 1.4.2 *Заболевания органов дыхания у курильщиков, связанные с другими факторами окружающей среды*

Получены дальнейшие доказательства того, что с точки зрения повышенной подверженности раку легких и обструктивным легочным заболеваниям курильщики особенно восприимчивы к вредным влияниям других видов атмосферных загрязнений, могущих оказывать сходные эффекты на легкие.

Что касается рака легких, то имеются подтверждения резкого увеличения риска заболевания у рабочих, подвергающихся облучению на урановых рудниках (21) или занятых в асбестовом производстве (22, 23), причем группу риска в основном, если не целиком, составляют курильщики сигарет.

Что же касается обструктивных поражений легких, то существует лишь немного профессий, сопряженных с несомненным риском развития хронической обструкции бронхов. Примером может служить воздействие пыли хлопка, конопли или льна, вызывающее биссиноз, и в этом случае было показано, что курильщики особенно подвержены развитию тяжелого заболевания (13с).

Учитывая повышенную опасность в случае, когда человек курит, а его специальность сопряжена с риском возникновения рака легких или хронической обструкции бронхов, следует усилить борьбу с курением среди работников соответствующих профессий.

### 1.5 **Ишемическая болезнь сердца**

Объединенные экспериментальные и эпидемиологические данные, опубликованные за последние несколько лет, подтвердили ранее нерешительно высказываемое мнение, согласно которому курение сигарет является основным фактором риска в отношении как смертельных, так и несмертельных инфарктов миокарда (10, 13). Курение сигарет действует в качестве фактора риска как само по себе, так и синергично с другими главными факторами риска, такими, как гипертония и повышенный уровень холестерина в сыворотке, причем в большинстве исследований было показано, что опасность инфаркта миокарда возрастает в прямой зависимости от числа выкуриваемых сигарет. Такой

повышенный риск заболевания ишемической болезнью сердца среди курильщиков установлен в отношении разных этнических групп во многих странах мира, и он тем больший, чем моложе курильщики, особенно среди лиц моложе 50 лет. Отказ от курения сигарет приводит к снижению смертности от ишемической болезни сердца по сравнению с таковой среди тех, кто продолжает курить.

Наиболее заметный прогресс, недавно достигнутый в наших знаниях, связан с накоплением данных о том, что главная роль в механизмах возрастания заболеваемости ишемической болезнью сердца под влиянием курения принадлежит окиси углерода (24—26). Концентрация окиси углерода в газовой фазе сигаретного дыма составляет 1—5% (27, 28). Эта концентрация колеблется в зависимости от температуры, при которой горит сигарета, а также от факторов, определяющих доступность кислорода, таких, как пористость бумаги. Количество образующейся окиси углерода возрастает к концу сигареты. Установлено, что уровень карбоксигемоглобина у курильщиков колеблется от 2 до 15% в зависимости от количества выкуриваемых сигарет, степени «затягивания» (вдыхания дыма), времени, прошедшего после выкуривания последней сигареты, и использованной лабораторной методики. Окись углерода, обладающая гораздо большим сродством с гемоглобином, чем кислород, нарушает транспорт последнего двояким путем: во-первых, она конкурирует с кислородом за связывающие места гемоглобина, а во-вторых, увеличивает сродство оставшегося гемоглобина с кислородом, что определяет освобождение меньшего количества кислорода в тканях за единицу времени.

В результате исследования (25, 29) больных со стенокардией, подвергающихся воздействию окиси углерода или курящих сигареты и имеющих сходный уровень карбоксигемоглобина в крови, было обнаружено, что средняя продолжительность эксперимента перед началом болей сокращалась. Анализ специфических сдвигов сердечной функции в этих условиях показывает, что никотин вызывает повышение систолического и диастолического артериального давления и частоты сердцебиений, а окись углерода — недостаточность сердечной деятельности со снижением ударного индекса (30).

В экспериментах на кроликах, которым скармливали холестерин (31, 32), было установлено, что у животных, подвергавшихся воздействию небольших концентраций окиси углерода, в аорте откладываются большие количества холестерина. Был сделан вывод, что низкие концентрации карбоксигемоглобина повышают проницаемость эндотелия к альбумину, что обуславливает развитие отека, который приводит к изменениям, не отличимым от ранних стадий атеросклероза. Такое объяс-

нение подтверждается данными (33) об увеличении скорости трансапиллярного исчезновения альбумина у людей, подвергающихся воздействию атмосферной концентрации 0,43% окиси углерода (20% карбоксигемоглобина в крови), но не у тех, которые находятся в условиях гипоксии на высоте 4300 м без воздействия окиси углерода.

Эти патофизиологические исследования и опыты на животных, взятые в совокупности с данными массовых эпидемиологических обследований, приводят к заключению о том, что курение сигарет является важной причиной увеличения риска возникновения ишемической болезни сердца, внося свой вклад как в развитие самого атеросклеротического процесса, так и в условия, вызывающие приступы стенокардии и определяющие их смертельный исход. У молодых людей ишемическая болезнь нижних конечностей (облитерирующий тромбоз), вызывающая перемежающуюся хромоту, встречается почти исключительно среди курящих (34—36).

## 1.6. Цереброваскулярные заболевания

Данные о том, что курение сигарет повышает риск возникновения цереброваскулярных заболеваний, противоречивы. Ни перспективное исследование 50 000 английских врачей (37), ни продолжавшееся в течение 18 лет исследование 3991 докера (38) не обнаружили сколько-нибудь значительной корреляции частоты инсультов с привычкой к курению, однако более ранние обширные перспективные исследования, проведенные в США (39, 40), выявили небольшое, но статистически значимое увеличение смертности от цереброваскулярных заболеваний среди курильщиков сигарет. Фремингемское 16-летнее катамнестическое исследование мужчин в возрасте 45—54 лет (41), обширное ретроспективное исследование смертельных инсультов среди бывших студентов колледжа (42) и исследование несмертельных инсультов среди аспирантов Гарвардского университета, проводившееся с 1916 по 1940 г. (43), также обнаружили увеличение опасности возникновения цереброваскулярных заболеваний среди курящих. В последнем из этих исследований относительная смертность составила 3,2 в тех случаях, когда курение сигарет сочеталось по крайней мере с двумя из трех факторов риска: повышенным артериальным давлением, повышенным отношением веса к росту и слабым телосложением.

В наиболее широком американском перспективном исследовании (44) было установлено, что смертность от цереброваскулярных заболеваний по отдельным возрастным группам среди курящих мужчин выше обычной вплоть до 75 лет, но постепенно это превышение снижается. Такие данные указывают на

прогрессирующее с возрастом значение других факторов риска, что маскирует небольшой, но сохраняющийся эффект курения. Особый интерес представляет недавнее сообщение (1) о проведенном в течение 8 лет катамнестическом исследовании 265 000 японцев, поскольку среди них более  $\frac{1}{4}$  летальных исходов как среди мужчин, так и среди женщин было обусловлено сосудистыми поражениями центральной нервной системы. При наличии более 6000 смертей от этих причин можно было вычислить смертность отдельно для мозговых тромбозов, кровоизлияний в мозг, субарахноидальных кровоизлияний и «прочих» сосудистых поражений. Связь с курением сигарет оказалась наиболее значительной для субарахноидальных кровоизлияний у лиц моложе 70 лет. Было отмечено также, что смертность от субарахноидальных кровоизлияний особенно велика среди тех, кто выкуривает ежедневно пачку сигарет (или больше) и каждый день употребляет алкоголь.

### 1.7 Пептические язвы

Ряд исследований (45—48), недавно проведенных в разных странах, подтвердил, что заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у курящих вдвое превышает таковую у некурящих. Последние данные (49—53) указывают на то, что курение изменяет баланс между кислой и щелочной секрецией и нарушает пилорическую активность, способствуя дуоденально-желудочному рефлюксу. Эти эффекты относят за счет содержания никотина в табачном дыме.

### 1.8 Курение во время беременности

Недавние обзоры (10) данных о влиянии курения во время беременности на плод способствуют выяснению некоторых ранее спорных вопросов. Так, в частности, анализ результатов обширного исследования перинатальной смертности в Англии (54) и более позднего исследования перинатальной смертности в Онтарио (55) показал, что меньший по сравнению с нормой вес при рождении детей, родившихся от матерей, куривших во время беременности, является следствием задержки скорости роста плода, а не укорочения периода беременности. Этот эффект связан, вероятно, с повышенным уровнем карбоксигемоглобина в крови плода, который при одновременном определении оказался гораздо большим, чем в периферической крови матери.

Предложено простое объяснение (56) того обстоятельства, что в одних исследованиях обнаруживается значительное увеличение частоты перинатальной смертности, а в других — нет. Последствия курения сигарет во время беременности весьма не-



велики в тех случаях, когда общий риск перинатальной смертности мал, однако при наличии других факторов, приводящих к увеличению риска перинатальной смертности, курение сигарет делает этот риск гораздо большим. Поэтому-то исследования, проводимые на относительно небольшом числе здоровых молодых беременных женщин с низким риском перинатальной смертности, не могут обнаружить повышения ее у курящих матерей. Отсюда весьма важно, чтобы во время беременности не курили именно те женщины, среди которых риск перинатальной смертности и без того сравнительно велик. Основные последствия курения во время беременности сводятся к задержке роста плода и повышению риска перинатальной смертности, однако имеются некоторые данные, свидетельствующие и о том, что дети, родившиеся от куривших во время беременности матерей, отстают в росте и развитии до 7-летнего возраста (57).

### 1.9 Зависимость от никотина

Недавние сообщения свидетельствуют о том, что никотин (и, вероятно, его метаболит — котинин) может быть тонизирующим агентом. Было обнаружено, что как у белых обезьян, так и у человека прием небольших количеств никотина (у человека суточная доза 0,002 мг/кг веса тела) уменьшал выраженность поведенческих сдвигов, связанных с агрессивностью, враждебностью и раздражительностью, которые наблюдались после окончания длительных периодов приема никотина (58). Это, равно как и другие (59) наблюдения, говорит о том, что никотин различными путями изменяет настроение и что именно он является тонизирующим агентом в табачном дыме. Такие данные подтверждают также точку зрения, согласно которой хроническое потребление никотина вызывает зависимость и у некоторых лиц неприятный синдром отмены никотина (беспокойство, нервозность, утомляемость, раздражительность) затрудняет отказ от курения.

Сходные наблюдения недавно были сделаны при обследовании (60) бывших курильщиков, которые после отказа от курения прибавили в весе и, пытаясь объяснить психические ощущения, ссылались на то, что именно эта прибавка в весе (а не раздражительность, нервозность и бессонница, на которые все они жаловались) явилась причиной возобновления курения.

Описаны и физические симптомы отмены при отказе от курения; они включают нарушения сна, электроэнцефалографические сдвиги, падение частоты пульса и артериального давления, а также ослабление воли (61). Отмечалось, что при курении резкое усиление социальной активности и зависимость развиваются гораздо быстрее, чем в случае алкоголя и большинства

других наркотических веществ, и что некоторые наркоманы являются заядлыми курильщиками.

Однако механизм, посредством которого никотин в мозгу вызывает психическую зависимость, остается неизвестным.

### 1.10 Пассивное курение

Положение о том, что «влияние курения на здоровье во многом ограничивается организмом самого курильщика», остается справедливым, насколько это касается тяжелых, угрожающих жизни заболеваний; однако и некурящие, подвергающиеся воздействию боковых и основных потоков табачного дыма при курении других в закрытых, плохо вентилируемых помещениях, таких, как автомобиль или небольшие конторы, могут испытывать влияние вредных концентраций этого дыма. В частности, могут встречаться уровни окиси углерода, превышающие те, которые считаются безопасными на рабочих местах в промышленности. Хотя такие концентрации и не создают немедленной угрозы здоровью, но они могут нарушать психомоторную производительность (например, у водителей автомобилей, особенно в комбинации с эффектом алкоголя) и наносить вред функции сердца у лиц с коронарными нарушениями (62а).

Воздух, загрязненный табачным дымом, может вызвать дискомфорт у некурящих, число которых во многих странах возрастает; может способствовать обострению заболеваний у больных астмой, приступы которой нередко провоцируются задымленным воздухом, и может также вызывать болезненные симптомы у других восприимчивых лиц, часто страдающих аллергическими заболеваниями (62б). В крови и моче некурящих, подвергающихся воздействию табачного дыма, обнаруживали измеримые уровни никотина (63).

Ряд исследований показал, что дети курящих родителей в большей мере подвержены заболеваниям органов грудной клетки, чем дети некурящих родителей. В недавнем исследовании было установлено, что даже после поправки на подверженность родителей респираторным инфекциям у детей курящих родителей в течение первого года жизни удваивается частота бронхитов и пневмоний (64). Дети курящих родителей не только подвергаются опасности до своего рождения, но у них повышается и риск возникновения серьезных заболеваний в течение первого года жизни.

В ряде стран усиливается движение некурящих, все более настойчиво требующих ограничения курения в местах скопления народа, чтобы сохранить свое право дышать воздухом, не загрязненным табачным дымом.

## 2. ТЕНДЕНЦИИ КУРЕНИЯ В МИРЕ

Комитет обсудил также ряд соображений, касающихся не столько объективных данных, сколько оценки психологических факторов, связанных с курением. Их необходимо учитывать, прежде чем делать какие-либо выводы относительно эффективности предполагаемых мер борьбы с этой привычкой.

Сведения, поступившие из таких стран, как Канада, Чехословакия, Федеративная Республика Германии, Франция, Ирландия, Нидерланды, Норвегия, Польша, Румыния, Швеция, Великобритания, Уругвай, США, СССР и Югославия, свидетельствуют о значительном росте понимания опасности курения для здоровья среди населения и о том, что многие хотели бы бросить курить. Во многих из этих стран возросло число некурящих, особенно среди мужчин из высокообеспеченных групп населения. Однако из-за роста распространенности курения среди молодежи и женщин уменьшается общая тенденция к снижению курения, которая была бы гораздо более выраженной. Эта тенденция за последние десять лет хотя и незначительна, но внушает определенную надежду. Так, например, сокращение потребления сигарет на 14% в Великобритании после опубликования второго доклада Королевского колледжа врачей (65) хотя и было кратковременным, но свидетельствует о том, что при более эффективном санитарном просвещении и снижении активности мероприятий, способствующих продаже сигарет, новые шаги могли бы дать более длительный эффект.

Комитет специально остановился на проблеме быстрого расширения во многих странах продажи сигарет девочкам-подросткам и молодым женщинам. Уже имеются данные об увеличении частоты случаев рака легких среди женского населения этих стран, и эта тенденция будет возрастать, если потребление сигарет женщинами не уменьшится. Быстрое расширение продажи сигарет в ряде стран, начиная с 1945 г., уже вызвало увеличение заболеваемости раком легких в этих странах. Убедительные доказательства вредного влияния курения во время беременности на плод служат дополнительным доказательством для принятия неотложных мер, направленных против этой тенденции. В одной из стран (Великобритании)  $\frac{1}{4}$  всех смертей от рака и большое число других преждевременных смертей от респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний было отнесено за счет курения. Указывалось также, что в результате курения на 1500 случаев увеличилась перинатальная смертность, а предполагаемая продолжительность жизни мужчин оказывается на 2 года меньше, чем это было бы в случае ликвидации курения. Из других стран поступили еще более удручающие сведения, и любая страна, где привычка к курению си-

гарет широко распространена, рано или поздно понесет за это расплату. Вовлечение новых стран или новых слоев общества (например, молодых женщин) в число покупателей сигарет является главным поражением сил здравоохранения. В тех странах, где разрешена широкая реклама табачных продуктов и принимаются другие меры, облегчающие их продажу, бороться с курением крайне трудно.

Комитет отметил некоторые особенности проблемы курения в развивающихся странах. В некоторых из этих стран распространенность курения все еще сравнительно низка и заболевания, связанные с курением, пока сравнительно редки. Сообщалось, например, что в Нигерии, где число курильщиков все еще относительно мало, бронхогенный рак является причиной поступления в клинику лишь двух из 58 лиц, обратившихся по поводу плеврального выпота, у которых производилась биопсия (66). Среди нигерийцев сравнительно редки и хронические бронхиты, гораздо реже встречается и ишемическая болезнь сердца. Аналогичные сообщения о низкой частоте рака легких поступили и из других стран, например Египта и Индии (67). С увеличением потребления табака школьниками в этих странах, если не будут приняты эффективные меры против курения, постепенно создается столь же значительная опасность для здоровья населения, как в Европе и Северной Америке. Особенно тревожным может оказаться тот факт, что в развивающихся странах продажа сигарет всячески облегчается, тогда как в других имеется противоположная тенденция. В ряде стран традиционный способ курения табака, заключающийся в пропускании дыма через сосуд с водой, может быть менее опасным, чем курение сигарет. С другой стороны, некоторые другие способы использования табака, например в виде жвачки, могут вызывать другие болезни, такие, как рак полости рта (67). Существуют ситуации, как, например, в гористых местностях Папуа и Новой Гвинеи, где курение, по-видимому, усиливает неблагоприятные воздействия, определяющие широкую распространенность хронических неспецифических респираторных заболеваний (68).

В ряде развивающихся, равно как и развитых, стран табак представляет собой основную прибыльную сельскохозяйственную культуру, и уменьшение потребления табака в мире вынудило бы их для сохранения своей экономики внести коренные изменения в сельское хозяйство. Переход от выращивания табака к выращиванию других, более полезных культур должен был бы также внести свой вклад в улучшение питания населения. Многие страны облагают табачные продукты большими налогами, однако другие испытывают значительную утечку своих запасов иностранной валюты в результате импорта табака.

Различия экономических и политических систем могут оказать влияние на способы осуществления приведенных в конце этого доклада рекомендаций. В Норвегии и Швеции для борьбы с курением созданы сильные независимые организации. В Норвегии назначенный правительством Совет призван действовать в соответствии с программой, разработанной группой экспертов. Поэтому он представляет собой организацию несколько иного типа по сравнению с организациями централизованной системы здравоохранения, существующими в Польше, Англии или СССР. Надежным стражем является добровольная организация «Меры по курению и здоровью» (МКЗ) в Англии. Неоценимое значение для всех стран, сталкивающихся с проблемой курения, имеет опыт работы Национального центра по сбору данных о курении и здоровье в США, однако, пока эта организация благородно предоставляет свою помощь, нет необходимости копировать ее в других странах.

Заболевания, связанные с курением, налагают тяжелое и измеримое бремя на органы здравоохранения. В различных странах предпринимались многочисленные попытки сопоставить цену последствий курения с экономической выгодой от выращивания или производства табака. Такие анализы постоянно указывают, что стоимость медицинского обслуживания заболевших в связи с курением, убытки, связанные с преждевременной смертью курящих, экономические потери от невыходов на работу из-за связанных с курением заболеваний, утраты имущества и жизней из-за пожаров, возникающих в связи с неосторожным курением, обычно превышают экономические выгоды от производства табака. Целесообразно, чтобы по образцу уже опубликованных анализов (69—75) каждая страна произвела свои собственные расчеты. Следует, однако, иметь в виду, что сравнительные исследования экономических затрат и выгод не могут дать окончательных результатов, поскольку истинная выгода от сокращения курения должна определяться критериями человечности — снижением заболеваемости и частоты преждевременных смертей, а не просто денежным выражением.

### **3. МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ**

#### **3.1 Изменение привычек курения**

##### *3.1.1 Деятельность, направленная на помощь людям бросить курить*

Значительная доля санитарно-просветительных мероприятий в рамках программы борьбы с курением имеет целью побудить людей бросить курить. Многие курильщики хотят избавиться

от этой привычки, но чувствуют себя не в силах сделать это самостоятельно. Это значит, что они нуждаются в инструктаже или в том, чтобы их усилиям по прекращению курения была оказана поддержка.

Комитет проанализировал некоторые методы и опыт, связанный с отказом от курения. Различные существующие методы лечения синдрома отмены табака могут быть грубо подразделены на фармакологические и психотерапевтические. Те, которые используются в специальных стационарах, применяются к лицам, уже имеющим сильное желание бросить курить и поэтому охотно воспринимающим лечебные программы. Однако эта категория людей представляет собой очень незначительную часть курящего населения. Это означает, что стационары для бросивших курить вряд ли могут стать средством массового изменения отношения к табаку. Тем не менее организация таких стационаров при крупных больницах могла бы оказаться полезной. Поскольку даже наиболее изощренные терапевтические методы не приносят пользы, если не обеспечено сотрудничество со стороны больного, люди, которые не хотят бросить курить, не могут быть охвачены организованными программами отказа от курения.

Имеется, однако, другая очень крупная группа курильщиков, которая заслуживает пристального внимания, а именно те, которые хотели бы бросить курить, но у которых не хватает на это решимости. Большая часть этих людей может без труда бросить курить и поэтому не нуждается в усложненных методах лечения. Во многих случаях могут оказаться достаточными простой совет и одобрение врача. Такие консультации по прекращению курения в повседневной врачебной практике могли бы быть более эффективными, если бы устные советы сочетались с информативными листовками. В некоторых странах, таких, как Финляндия, Швеция и Соединенные Штаты, для этой цели уже применяются специальные листовки. Одобрение и поддержка со стороны врача (а в нужных случаях со стороны других представителей медико-санитарной службы) могли бы оказаться весьма эффективными при охвате многих миллионов курильщиков сигарет индивидуализированными мерами санитарного просвещения.

До настоящего времени средства массовой пропаганды используются органами здравоохранения преимущественно для разъяснения населению серьезной опасности курения сигарет для здоровья. Применение этих средств для обеспечения миллионов курильщиков инструкцией и поддержкой их желания бросить курить, особенно путем самопомощи, открывает многообещающие возможности, обеспечивая население недорогими, но эффективными средствами санитарного просвещения.

### 3.1.2 Уменьшение дозы табачного дыма

Поскольку единственным средством профилактики вызываемых курением заболеваний в любой стране является полный отказ от этой привычки, именно это и должно служить конечной целью всех программ, проводимых для ограничения вредных последствий курения. Однако ни в одной из стран, в которых курение получило широкое распространение, до настоящего времени не удавалось добиться полного отказа, если не считать лишь некоторых религиозных групп, членам которых не разрешается курить. История курения знает много безуспешных попыток его запрета под угрозой тяжелых наказаний. Можно надеяться, что страны, которые примут предлагаемые в этом докладе меры борьбы с курением, сумеют немало сделать для того, чтобы многие курильщики бросили курить, а большинство детей никогда не начали курить, но, поскольку, вероятно, курение табака все же будет продолжаться, следует рассмотреть и другие способы уменьшения опасности этой привычки, помимо полного отказа от нее. Первый способ заключается в информации тех, кто продолжает курить, что с помощью перечисленных ниже приемов можно уменьшить дозу сигаретного дыма, воздействию которого они себя подвергают. Задача сводится к тому, чтобы, осуществляя этот профилактический подход, не забывать о конечной цели — убедить курильщиков отказаться от своей привычки.

Дозу табачного дыма можно уменьшить:

- выкуривая меньшее число сигарет,
- менее глубоко «затягиваясь»,
- оставляя бóльшие окурки (поскольку концентрация наиболее вредных компонентов табачного дыма возрастает к концу сигареты),
- делая меньше затяжек из каждой сигареты,
- вынимая сигарету изо рта между затяжками.

Эти советы можно было бы помещать на специальной карточке, вкладываемой в каждую пачку сигарет. Такие инструкции могли бы способствовать продвижению многих курильщиков по пути, ведущему к отказу от курения: принятие ими менее опасного способа курения означало бы, что они осознали тот риск, которому подвергают себя, а это может оказаться первым шагом на пути к отказу от курения.

### 3.1.3 Уменьшение концентрации вредных компонентов табачного дыма

Так как имеющиеся данные свидетельствуют о том, что неблагоприятные эффекты курения сигарет обнаруживают зависимость от количества вредных компонентов табачного дыма, можно заключить, что связанная с курением табака опасность для здоровья уменьшится при снижении концентрации многих потенциально вредных химических компонентов твердой и газообразной фаз табачного дыма. С наибольшей вероятностью к числу компонентов, определяющих опасность курения для здоровья, относят смолу, окись углерода и никотин. Количество смолы обычно находят по общему плотному остатку на кембриджском фильтре (СМ-113) после удаления влаги и никотина (62с): она содержит много канцерогенных веществ, наиболее важными из которых считаются полициклические углеводороды, хотя в меньших количествах в ней содержатся и другие сильные канцерогены, такие, как нитрозамины и бета-нафтиламин. Кроме того, в смоле присутствуют разнообразные раздражающие вещества, особенно акролеин, окись и двуокись азота. Имеются также и так называемые коканцерогены, включающие крезол и фенол.

Содержание смолы и никотина в сигаретном дыме можно уменьшить путем использования фильтра на конце сигареты и производства сигарет из определенных частей табачных листьев или из специальных сортов табака. Можно также изменить сам характер дыма, добавляя различные химические вещества или увеличивая пористость бумаги для повышения полноты сгорания, что должно уменьшить образование окиси углерода. Изменить характер дыма можно и с помощью модификации других процессов производства сигарет, выпуская последние с весьма низким содержанием смолы и никотина. Разработана и методика замены части табака в сигаретах на целлюлозоподобное вещество (часто обозначаемое как «новый курительный материал» или НКМ), которое при горении образует дым, лишенный никотина и содержащий сравнительно немного смолы; более того, как установлено в опытах на коже мышей, эта смола обладает низкой специфической канцерогенностью.

Вредность газообразных компонентов сигаретного дыма можно уменьшить с помощью фильтров, содержащих, например, сажу. Имеются отдельные данные, что курение сигарет с фильтром и низким содержанием смолы может снизить риск возникновения рака легких и привести к уменьшению частоты кашля курильщиков (76—78). Желательно поэтому, чтобы те курильщики сигарет, которые не в состоянии бросить курить, пользовались сортами сигарет с меньшим содержанием смолы



и никотина. Нужно подчеркнуть, однако, что изменение выкуриваемого материала или способов курения может лишь уменьшить, но не ликвидировать опасность.

В ряде стран периодически публикуются результаты официальных анализов табачного дыма на содержание смолы и/или никотина (СН), и поэтому курильщики могут, если хотят, выбрать сорта с низким содержанием СН. До сих пор не публикуются результаты анализов на содержание окиси углерода. Желательно, чтобы рутинный анализ сигаретного дыма включал определение и окиси углерода и чтобы время от времени определялось содержание и других, вероятно, вредных веществ, содержащихся в дыме сигарет. Кратковременные наблюдения показали, что, если курильщики, привыкшие к сортам с высоким СН, переходят на курение сортов с низким СН, то они увеличивают число выкуриваемых сигарет и число затяжек каждой сигаретой, что восстанавливает потребление ими вредных веществ (79). Такой процесс в данном случае относят за счет потребности курильщика сохранить ту дозу никотина, к которой он привык (80, 81); поэтому рекомендуют выпускать сигареты с меньшим содержанием смолы и окиси углерода (и других потенциально вредных веществ) в дыме, но с прежним содержанием никотина. С другой стороны, 50% снижение содержания СН в сигаретах популярных сортов, которое произошло в США за последние 20 лет, не вызвало связанного с этим изменения среднего числа выкуриваемых в день сигарет у тех, кто и раньше курил эти сорта. Отсюда видно, что постепенное уменьшение может и не сопровождаться соответствующим увеличением числа выкуриваемых сигарет.

В этой области остается еще много неясного, и многие стороны проблемы требуют дополнительной информации, например:

- Как меняется привычка курильщиков при остром или постепенном переходе на сигареты с меньшим содержанием СН?
- Существует ли некая низшая граница содержания СН, приемлемая для большинства курильщиков?
- Может ли постепенное уменьшение содержания СН в сигаретах быть методом помощи людям при отказе от курения?
- Если правительства установят верхний предел содержания СН в сигаретах, то как дать курильщикам понять, что такой официальный верхний предел ни в коем случае не означает гарантии безопасности?
- Каким образом изменение сигарет скажется на опасности для здоровья, которой подвергаются курильщики?

Для получения такой информации необходимо проводить отдельные перспективные и повторные ретроспективные исследования. Для этой цели крайне желательно, чтобы во всех странах с помощью стандартных методов производились регулярные анализы дыма основных сортов сигарет на его химический состав и публиковались результаты таких анализов. Эти измерения должны также помочь определить опасности, связанные с различием уровней отдельных компонентов дыма. В настоящее время разные методы определения карбоксигемоглобина могут давать разные результаты. В Англии пытаются стандартизовать эти методы на основе принципа Ван-Слайка (82), и если эта попытка окажется удачной, то стандартный метод следовало бы более широко использовать.

### 3.1.4 Курение трубки и сигар

Курящие трубку и сигары обычно не затягиваются и поэтому подвергают свое здоровье меньшему риску, чем курильщики сигарет, которые, как правило, вдыхают дым. В этой связи в ряде стран предлагалось, чтобы те курильщики сигарет, которые не в состоянии бросить курить, перешли на трубку или сигары. Однако было показано, что некоторые курильщики сигарет, привыкшие затягиваться, продолжают делать это и когда переходят на трубку или сигары. Таким образом, опасность возникновения у них рака легких, ишемической болезни сердца или хронических обструктивных легочных заболеваний не только не уменьшается, но, вероятно, даже возрастает. Поэтому, пока курильщики сигарет продолжают затягиваться, нецелесообразно рекомендовать им переходить на курение трубки или сигар.

## 3.2 Санитарно-просветительные мероприятия

Хотя существует необходимость дальнейших исследований в области многих аспектов проблемы курения и здоровья (83), Комитет считает, что главные мероприятия в области санитарного просвещения, направленные на борьбу с курением, должны проводиться, не ожидая результатов этих исследований. Улучшение санитарного состояния в последнее столетие, которое является основной причиной оздоровления населения развитых стран, приносило свои плоды еще до того, как были поняты механизмы инфекционных заболеваний, хотя после раскрытия этих механизмов прогресс приобрел гораздо большие темпы.

Комитет рассмотрел проблему санитарного просвещения с трех точек зрения. Во-первых, с точки зрения *знаний самих врачей*. Комитет отметил недостатки в преподавании сведений

о влиянии курения на здоровье в программах многих медицинских институтов и школ для других представителей медико-санитарной профессии. Было признано, что этот вопрос требует принятия неотложных мер соответствующими руководящими органами.

Во-вторых, с точки зрения *санитарного просвещения широких слоев населения*. Эффективные системы существуют в ряде стран, например в СССР, где имеется много местных центров санитарного просвещения, распространяющих знания среди населения с помощью непрофессионалов, прошедших специальную подготовку для кампаний по борьбе с курением, и в США, где широко используются средства массовой пропаганды. Просвещение населения о влиянии курения на здоровье требует специальных усилий и должно являться составной частью всеобъемлющей программы санитарного просвещения. В предыдущих докладах ВОЗ (см. приложения 1 и 2) обсуждались сложности этой проблемы. Очевидно, что для того, чтобы оказаться эффективным, просвещение о вреде курения для здоровья требует большего, чем интенсивные усилия; оно требует применения достаточно тонких средств, основанных на понимании позиции по отношению к проблеме курения и здоровья среди того населения, на которое направлены меры санитарного просвещения, а также тщательного выбора именно тех из этих средств, которые позволили бы охватить это население соответствующими мероприятиями.

В-третьих, с точки зрения *санитарного просвещения детей*. Нужные сведения следует излагать детям ясно и доступно и опять-таки как неотъемлемую часть программы санитарного просвещения в школах. Важно, чтобы учителя, родители и представители медико-санитарной профессии подавали детям хороший пример, воздерживаясь от курения. По крайней мере, они не должны курить в присутствии детей. Положение о том, что курение представляет собой образовательную и социальную проблему, имеющую последствия для здоровья, по-видимому еще недостаточно утвердилось. При подготовке учителей этому вопросу следует уделять больше внимания.

Комитет выразил надежду, что просветительные учреждения во всех странах пойдут навстречу этим требованиям. Следует также разработать методы оценки эффективности программ борьбы с курением.

### **3.3 Законодательные меры для борьбы с курением**

Комитет рассмотрел некоторые законодательные меры, принятые во многих странах в поддержку осуществляемых в них программ борьбы с курением (приложение 3). Существуют

различные законы, касающиеся ограничений рекламы табачных продуктов, вложения предупреждающих текстов в пачки с сигаретами и в рекламные объявления, запрета курить в некоторых публичных местах и защиты прав некурящих (83, 84). Было отмечено, что некоторые страны в настоящее время изучают вопрос о законодательном контроле за качеством табачных продуктов путем определения предельно допустимых концентраций ряда компонентов дыма, в особенности смолы, никотина и окиси углерода.

Комитет признал полезную роль законодательных мер, когда они являются составной частью кампании по борьбе с курением. Прежде всего необходимо сосредоточить внимание на обеспечении законодательных органов нужной информацией, чтобы быть уверенными в том, что эти органы правильно понимают важность проблем здравоохранения, связанных с курением. Законодательством не следует пользоваться изолированно и не нужно возлагать чрезмерных надежд на его устрашающие и карательные стороны. Упор, скорее, должен делаться на просветительную роль законодательных мер. Чтобы закон оказался эффективным, необходимо тщательное стратегическое планирование с ориентацией на постепенный прогресс без попыток сразу сделать слишком много. Законы, слишком далекие от созвучия с общественным мнением, могут вызвать нежелательные реакции или дискредитировать себя в связи с их несоблюдением. Так, например, конечной целью может являться полное запрещение всех форм прямой рекламы и других видов деятельности, способствующей распространению курения. В некоторых странах это уже достигнуто. Но в других странах попытка предпринять эту меру на первых порах может оказаться невыполнимой или нежелательной. Вначале можно принять некий кодекс рекламной практики с особым упором на исключение из рекламы положений, не соответствующих действительности, восхваляющих привычку к курению или адресованных детям. В качестве следующего шага можно ограничить количество реклам, передаваемых с помощью средств массовой информации, например запретить рекламу табачных изделий по радио и телевидению. И наконец, можно будет достичь конечной цели — полного запрета рекламы. Следует отдавать себе отчет в том, что коммерческие интересы, вероятно, будут противодействовать такому запрету.

Существует растущая уверенность в том, что обложение табачных изделий большим налогом можно с успехом использовать для сдерживания распространения курения среди взрослых, удержания детей от этой привычки и отвода потребителей от наиболее опасных форм и сортов табачных изделий (см. материалы дискуссии в Приложении 2). В качестве примера

можно указать, что в Нью-Йорке успешно функционирует система различных налогов на сигареты в соответствии с содержанием в них смолы и никотина. Так же как и другие законодательные меры, повышение налогов может оказать эффект только в том случае, если население признает вред курения и согласится с тем, что отказ от курения или уменьшение потребления сигарет — это цель, к которой следует стремиться.

Необходимо предпринять активные меры в области санитарного просвещения, чтобы способствовать одобрению законов, направленных против курения. Как и другие аспекты этой кампании, законодательные мероприятия требуют проведения непрерывной оценки.

#### 4. ИССЛЕДОВАНИЯ

Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на более отчетливое определение детерминант привычек курения: почему люди начинают курить, почему они продолжают курить, почему для некоторых людей трудно отказаться от этой привычки и почему другие, уже бросившие курить, иногда вновь возвращаются к ней. Полезно было бы также яснее представлять себе механизмы, посредством которых различные компоненты табачного дыма оказывают свои патологические эффекты. Больше сведений необходимо получить о влиянии никотина и окиси углерода на человека. В тех случаях, когда развивается зависимость от никотина или других химических веществ, перспектива успешного ее лечения намного улучшилась бы, если бы был точно известен механизм действия этих веществ. Наиболее важными являются более широкие исследования методик санитарного просвещения разных групп населения: цель заключается в разработке более эффективных методов просвещения разных групп населения и изменения их привычек курения. Все эти программы исследований требуют участия представителей многих дисциплин — клинической медицины, эпидемиологии, фармакологии, патологии, а также биохевиористских наук.

Существенной частью любой программы исследования является оценка программ борьбы с курением. Поскольку на отношение к курению влияют очень многие социальные и психологические факторы, равно как и физические эффекты самого курения, процесс оценки требует частой регистрации и анализа привычек курения и знаний о его последствиях, а также об отношении к курению со стороны совершенно различных подгрупп населения. Зная все это, можно предпринимать новые меры борьбы с курением и оценивать их эффективность.

## 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эпидемиологические данные, полученные во многих странах, указывают на курение табака как на важный причинный фактор в развитии рака легких, хронического бронхита и эмфиземы, ишемической болезни сердца и периферического облитерирующего васкулита. Эти данные говорят также о том, что курение играет роль среди причин, вызывающих рак языка, гортани, пищевода, поджелудочной железы и мочевого пузыря, и является одной из причин выкидышей, мертворождаемости и антенатальной смертности, а также язв желудочно-кишечного тракта.

Экспериментальные данные подтверждают присутствие канцерогенов и раздражающих веществ в смоле сигаретного дыма. Патоморфологические исследования обнаруживают предраковые изменения в эпителии бронхов курящих людей и подвергаемых воздействию сигаретного дыма подопытных животных. Известные вредные компоненты дыма включают смолу, никотин и окись углерода, причем снижение содержания первых двух приводит к уменьшению опасности курения.

Данные, рассмотренные Комитетом, не оставляют сомнений в том, что курение сигарет ежегодно вредно отзывается на многих миллионах жизней. Примеры варьируют от кратковременного усиления острых респираторных заболеваний у школьников до увеличения дыхательной недостаточности и длительных очень мучительных и истощающих болезней у пожилых людей, до медленного преждевременного умирания от бронхита и эмфиземы, от выкидышей или мертворождаемости у молодых женщин до тромбоза коронарных сосудов у людей среднего возраста в расцвете их сил. Длительное нарушение здоровья, которое может быть результатом курения, является столь же важным поводом для тревоги, как и преждевременная смерть. Несмотря на некоторые успехи, достигнутые в различных странах, по-видимому, трудно убедить молодых людей в возможности возникновения ранних вредных последствий курения в период юности или в реальности повышенного риска развития тяжелых заболеваний в более поздние годы. Столь же трудно убедить самоуверенных юнцов в том, что спустя некоторое время они обнаружат, что привычку к курению почти невозможно преодолеть. Курение может вносить некоторый вклад в социальное общение между людьми, а также оказывать фармакологический эффект, облегчающий некоторые стрессорные моменты, однако всего этого можно достичь и другими путями, которые не сопряжены с опасностями для здоровья.

Комитет отметил, что некоторые страны за последние несколько лет добились реальных успехов в борьбе с чрезмер-

ным курением. В настоящее время данные о вреде курения получили широкое распространение, и хотя имеющиеся сдвиги в этой области не достигли необходимых размеров, они тем не менее могут явиться прелюдией больших успехов. Дальнейший прогресс может быть достигнут лишь в том случае, если государства-члены окажутся готовыми принять более интенсивные и лучше спланированные меры, чем до сих пор. Если же они не сумеют сделать этого, то скорее всего завоеванные позиции придется вновь уступить. Выполнение некоторых рекомендаций, предложенных в этом докладе, включает меры по ограничению рынка табачных изделий и финансовые изменения, которые Комитет считает полностью оправданными исключительной необходимостью. До сих пор цена в качестве орудия борьбы с курением использовалась недостаточно, и возможности ее использования требуют дальнейших исследований (85).

Ряд стран, например Болгария, Норвегия (84), Польша (86), Сингапур, Швеция (87), США (13) и СССР, располагает согласованными программами «курение и здоровье», поддерживаемыми законодательными актами. Комитет считает, что такие программы с модификациями, определяющимися особенностями отдельных стран, могут привести к решительному улучшению и укреплению программ в других странах. Те страны, в которых уже существуют соответствующие организации и приняты необходимые законодательные меры в рамках их социальных систем, могут с большим основанием ожидать ранних результатов. Это должно побудить и другие страны принять меры, столь необходимые для удовлетворения их собственных нужд.

Результаты, полученные на сегодняшний день в ряде стран, вполне достаточны, чтобы оправдать надежды на возможность достижения существенных улучшений во всех государствах-членах, чьи правительства готовы принять на себя ответственность за необходимые мероприятия. По мнению Комитета, те страны, в которых вредные для здоровья последствия курения еще не стали полностью очевидными, конечно, сумеют убедиться в этом, если привычка к курению сигарет уже распространилась среди их населения или если она распространится в будущем.

Растущая заинтересованность некурящих в обеспечении защиты своего права дышать воздухом, свободным от загрязнения сигаретным дымом, в ряде случаев приводит к установлению ограничений курения в общественных местах. Хотя основная цель таких ограничений — защита некурящих, но они могут иметь и положительный побочный эффект — уменьшение возможности курить для самих курящих и тем самым создание условий для снижения потребления табачных изделий. Хотя считается, что «попытка добиться уменьшения курения сига-

рет с помощью накладывания ограничений на людей против их воли обречена на неудачу»<sup>а</sup>, опыт показывает, что необходимо усилить запрет на курение в общественном транспорте и других местах скопления народа, таких, как магазины, театры и рестораны, чтобы защитить некурящих от вредного воздействия табачного дыма. Далее, если курильщики часто сталкиваются с такими запретами, то это увеличивает вероятность понимания ими того, что их привычка не только создает неудобства, но и не столь непреодолима, как они думали.

Результатом всех этих мер могли бы явиться и материальные изменения в жизни многих миллионов мужчин и женщин, хотя Комитет вполне отдает себе отчет в том, что это произойдет нескоро. Тем не менее Комитет полагает, что это может произойти и, раз начавшись, такой процесс мог бы развиваться быстрее, чем ожидают многие, исходя из прошлых разочарований. Такие акции, как дальнейшее осуждение курения Всемирной организацией здравоохранения и Третьей всемирной конференцией по курению и здоровью, могли бы найти гораздо больший, чем до сих пор, отклик среди населения мира, которое в настоящее время в большей степени готово принять авторитетный совет по данному вопросу.

## 6. РЕКОМЕНДАЦИИ

Правительствам следует взять на себя ответственность за осуществление своими собственными службами мер по борьбе с курением и за стимулирование неправительственных организаций к проведению аналогичных мер. Эти меры должны включать распространение информации, поддержку мероприятий, призванных помочь людям бросить курить, издание законов, если необходимо дальнейшее усиление борьбы с курением, а также проведение исследований. Приводимые ниже рекомендации представляют собой дальнейшую разработку рекомендаций, содержащихся в докладах, представленных XXIII и XXIV Всемирной ассамблеей здравоохранения и основанных на положениях этих докладов. Естественно, конечно, что разные страны отличаются друг от друга по степени готовности к осуществлению этих рекомендаций. Можно ожидать поэтому, что если одни страны сумеют осуществить описанные ниже мероприятия в ближайшем будущем, то другие пока не смогут сделать этого или смогут осуществить их лишь в ограниченной степени, или сочтут, что тех же целей можно будет достичь несколькими иными средствами, более соответствующими традиционным способам решения проблем здравоохранения.

<sup>а</sup> См. Приложение 1.



## **А. Рекомендации для правительств и органов здравоохранения**

1. Правительствам следует выяснить, существует ли или может возникнуть в стране серьезная проблема для здравоохранения, связанная с курением, и, если такая проблема существует, рассмотреть вопрос о создании центрального комитета или другой подходящей организации для координации надзора за специальными программами по борьбе с курением и его профилактики. Эта организация должна располагать необходимыми штатами и другими средствами для независимого осуществления своих функций. Существует много путей создания такой организации в рамках национальных систем здравоохранения, следует лишь предусмотреть для нее отчетливые задачи, достаточно большой бюджет и соответствующий штат для несения основной ответственности за решение вопросов, связанных с проблемой курения и здоровья, который должен располагать свободой действий.

2. Разнообразные предпринимаемые шаги должны явиться взаимоукрепляющими компонентами координированной программы борьбы с курением, которую следует планировать как долгосрочное мероприятие и подвергать непрерывной оценке и пересмотру. Целями этой программы должно быть стремление к тому, чтобы:

- по возможности меньшее число молодых людей начинало курить, а те, кто начинают, начинали как можно позже;
- по возможности большее число людей было охвачено пропагандой и мерами помощи по отказу от курения;
- те, кто не может бросить курить, пытались уменьшить степень воздействия на свой организм таких вредных компонентов табачного дыма, как смола, никотин и окись углерода.

При осуществлении этой программы органы здравоохранения должны сотрудничать с другими официальными учреждениями и организациями, способными охватить большое число людей, такими, как вооруженные силы, санитарные органы на производстве, добровольные организации здравоохранения, объединения трудящихся, религиозные ассоциации, спортивные клубы, а также мужские и женские клубы, которые должны распространять сведения об опасности курения для здоровья.

3. Санитарно-просветительная работа должна планироваться в следующих направлениях:

- санитарно-просветительная деятельность, направленная против курения, хотя и является самостоятельным мероприятием, должна рассматриваться как часть общей санитарно-

- просветительной работы и как таковая должна подчеркивать значение полного здоровья и указывать на курение как на действие, которое контролируется человеком по своей воле и может определить состояние его здоровья;
- благоприятные аспекты жизни без курения должны подчеркиваться в большей мере, нежели неблагоприятные последствия курения;
  - санитарное просвещение детей должно начинаться в раннем возрасте дома и в начальной школе и должно становиться все более активным в ходе разных стадий всего периода обучения;
  - сведения о влиянии курения на здоровье следует всегда включать (им следует уделять необходимое внимание) как в подготовку перед поступлением на службу, так и в служебную подготовку лиц определенных профессий с тем, чтобы они соответствовали отведенной им роли в санитарном просвещении; это в первую очередь касается представителей медико-санитарных профессий, инструкторов по физическому воспитанию и учителей, особенно тех, кто преподает биологические дисциплины;
  - следует специально обучать лиц, занимающихся распространением информации, что поможет охватить этой информацией даже тех, кто хуже других поддается воздействию традиционных методов санитарного просвещения;
  - органы здравоохранения должны сотрудничать с преподавателями при подготовке программ обучения и учебного материала о влиянии курения на здоровье; это является важной частью программы санитарного просвещения в школах, педагогических институтах, университетах и других учебных заведениях;
  - необходимо приложить особые усилия для расширения знаний преподавателей, занимающихся санитарным просвещением; преподаватели должны регулярно обеспечиваться соответствующими материалами;
  - сведения об опасности курения должны являться неотъемлемой частью программ профессиональной гигиены на фабриках и других учреждениях; это требует сотрудничества с отделами труда;
  - программы информации населения должны подчеркивать право некурящих, особенно детей и беременных женщин, на защиту от воздействия табачного дыма, выпускаемого курильщиками;

— эта форма санитарного просвещения и информации населения требует совокупности многих различных мероприятий, включающих сочетание индивидуального и массового подхода, для чего необходимо разработать специальную программу.

4. В разных группах населения должен осуществляться различный подход к этой проблеме. При выделении отдельных групп особое внимание необходимо уделять:

(а) *Женщинам* в связи со специфической ролью, которую они играют в профессиональной, социальной и семейной жизни, а также в связи с опасностью курения во время беременности. Учитывая, что привычка к курению у мужчин и женщин во многих странах развивается по-разному, следует разработать специальные программы, имеющие целью повлиять на распространение курения именно среди женщин. Молодых женщин детородного возраста, особенно беременных женщин, необходимо предупреждать об угрозе для здоровья, возникающей в связи с курением, и помогать им отказаться от этой привычки. Их можно также привлекать в качестве добровольцев в кампанию по борьбе с курением среди других женщин.

(б) *Работникам здравоохранения*, которые должны сознавать важность своей роли в борьбе с курением и быть готовыми помочь людям, испытывающим трудности при отказе от курения. Они должны:

i) сами служить примером, отказавшись от курения, особенно в присутствии молодых людей и больных, а также побуждать своих больных и их семьи бросить курить;

ii) отговаривать молодых людей начинать курить;

iii) обращать внимание курильщиков с нарушением функции легких, испытывающих опасность возникновения ишемической болезни сердца, а также беременных женщин на особую опасность курения для них;

iv) постоянно помнить, что борьба с курением должна быть частью всех программ медико-санитарного обслуживания населения, и активно участвовать в санитарно-просветительных мероприятиях, оказывая поддержку властям и программам по борьбе с курением и его профилактике.

5. Необходимо прилагать специальные усилия, чтобы заручиться сотрудничеством законодательных органов и обеспечи-

вать их информацией о влиянии курения на здоровье, об опыте других стран и эффективности принимаемых против курения мер. Законодательные мероприятия должны преследовать следующие цели <sup>a</sup>:

a) ограничить или запретить все формы рекламы и поощрения продажи табака;

b) как только появится возможность, потребовать, чтобы на пачках сигарет и в рекламных проспектах указывалось среднее количество смолы, окиси углерода и никотина, выделяемое из каждой сигареты, выкуриваемой в стандартных условиях;

c) потребовать, чтобы на пачках сигарет и в рекламных проспектах содержались эффективные предупреждения о вреде курения для здоровья; следует предусмотреть возможность периодического изменения информации и ее формулировок, чтобы она не теряла своей новизны;

d) принять систему дифференциального налогообложения с тем, чтобы противодействовать курению сигарет с относительно высоким выходом смолы, никотина и окиси углерода;

e) принять меры по отношению к потребителю, включая периодическое повышение цен с тем, чтобы противодействовать покупке сигарет;

f) запретить продажу или предоставление табачных изделий детям и подросткам;

g) запретить применение автоматов для продажи табачных изделий, если этими автоматами смогут пользоваться дети и подростки.

Следует учесть и необходимость дополнительных мер, которые обеспечили бы права некурящих:

a) запрещением курения в больницах и других медицинских учреждениях, за исключением специально отведенных мест;

---

<sup>a</sup> Большинство членов хотело также включить в Рекомендацию № 5 следующие пункты, но при этом не было проявлено единодушия:

- по возможности определять верхние границы содержания смолы, никотина и окиси углерода в дыме производимых и продаваемых сигарет; следует предусмотреть возможность прогрессивного снижения этих границ и довести до сведения населения, что сигареты, удовлетворяющие этим требованиям, нельзя считать безопасными для здоровья; и
- требовать, чтобы в каждой пачке сигарет содержалась инструкция по уменьшению опасности курения.

*b)* принятием правил по защите некурящих от воздействия табачного дыма в рабочих помещениях (если это воздействие оказывается без их согласия);

*c)* созданием или расширением мест, где запрещается курить, в общественном транспорте и других общественных местах, в которых курение полностью не запрещено;

*d)* ясным обозначением мест, где запрещается курить, и объявлений о запрете курения с тем, чтобы все посетители знали об этих запретах;

*e)* привлечением специального внимания к защите детей от контакта с курящими лицами.

6. При проведении мероприятий, способствующих отказу от курения, важно, чтобы:

*a)* национальные органы, руководящие программой «курение и здоровье», оказывали помощь представителям медико-санитарной профессии, имеющим возможность в ходе своей ежедневной работы давать советы курящим, как бросить курить;

*b)* были созданы специальные стационары для тех, кто хочет бросить курить.

7. Необходимо проводить исследования для:

*a)* более точного выяснения социальных, психологических и фармакологических детерминант привычек курения;

*b)* лучшего понимания механизмов, посредством которых различные компоненты табачного дыма, особенно никотин и окись углерода, вызывают патологические эффекты;

*c)* разработки методов планирования и периодической оценки санитарно-просветительных и информационных мероприятий, связанных с программой «курение и здоровье»;

*d)* определения размеров и характера проблемы курения и оценки распространенности курения и отношения к нему со стороны широкого населения, представителей органов здравоохранения и образования и других руководителей общественного мнения;

*e)* определения, если возможно, во что обходится курение стране, подсчитав потерю рабочих дней как за счет болезни курильщиков, так и за счет их преждевременной смерти и цену медицинского обслуживания заболевших в связи с курением, равно как и выгоду от снижения заболеваемости и смертности, которую можно было бы ожидать после сокра-

щения курения. Эти цифры должны были бы лечь в основу планирования, оценки и субсидирования программ борьбы с курением.

## **В. Рекомендации для ВОЗ**

ВОЗ следовало бы:

- сопоставлять информацию о привычках курения среди населения государств-членов и о существующих в них проблемах, связанных с курением и здоровьем;
- стандартизировать определения и способы измерения состояния проблемы курения с тем, чтобы облегчить сравнения между странами;
- сопоставлять информацию о мерах и методах борьбы с курением, применяемых в государствах-членах, а также о развитии мер, способствующих продаже табака, особенно в тех областях, где курение не приобрело еще широкого распространения;
- набирать экспертов с тем, чтобы органы здравоохранения в странах, в которых курение еще не распространилось слишком широко или опасности его для здоровья еще не выяснены, могли обращаться за помощью при анализе ситуации и организации профилактических программ в соответствии с пунктами вышеприведенных рекомендаций;
- оказывать помощь и поддержку исследованиям в области курения и здоровья;
- облегчать обмен технической информацией и санитарно-просветительными материалами по курению, имеющимися в разных странах;
- способствовать проведению семинаров для работающих в этой области с участием представителей различных дисциплин;
- применять рекомендации этого Комитета к своему собственному рабочему персоналу;
- учитывая многосторонний характер проблемы курения и здоровья, пытаться вовлечь в ее решение других членов системы ООН, таких, как ЮНЕСКО или ЮНИСЕФ, а также соответствующие неправительственные организации в свои кампании борьбы с курением;
- пытаться установить долгосрочное сотрудничество с ФАО и МОТ в исследовании проблемы изменений в сельском хо-

- зййстве и экономике, которые, возможно, произойдут в ряде стран вследствие ожидаемого сокращения использования табака;
- рассмотреть целесообразность созыва Комитета экспертов для анализа положения в соответствующее время по мере дальнейшего развития проблемы.

## БЛАГОДАРНОСТЬ

Комитет хочет выразить свою признательность следующим сотрудникам ВОЗ за их ценную помощь во время совещания: д-ру М. Arhirii, региональному специалисту по хроническим легочным заболеваниям, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания; д-ру Т. С. Chrusciel, старшему медицинскому специалисту отдела охраны психического здоровья, ВОЗ, Женева, Швейцария; д-ру S. Natapo, медицинскому специалисту отдела сердечно-сосудистых болезней, ВОЗ, Женева, Швейцария; д-ру G. M. Ling, старшему медицинскому специалисту отдела охраны психического здоровья, ВОЗ, Женева, Швейцария; д-ру R. MacLennan, Международное агентство по изучению рака, Лион, Франция; д-ру J. de Moerloose, руководителю секции медико-санитарного законодательства, ВОЗ, Женева, Швейцария; д-ру Z. Pisa, руководителю отдела сердечно-сосудистых болезней, ВОЗ, Женева, Швейцария; д-ру A. Woudenberg, региональному специалисту по санитарному просвещению и социальным наукам, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Hirayama, T. Prospective studies on cancer epidemiology based on census population in Japan. *In: Abstracts of the XIth International Cancer Congress, Florence, 20—26 Oct. 1974, Symposium 22*
2. Friberg, L. et al., *Arch. environ. Health, 27 : 294 (1973)*
3. Horn, D. Changes in smoking patterns in the United States. *In: Abstracts of the XIth International Cancer Congress, Florence, 20—26 Oct. 1974, Symposium 36*
4. Higgins, I. T. T. *Arch. environ. Health, 28 : 121 (1974)*
5. Wynder, E. L. *Cancer, 30 : 1332 (1972)*
6. Wynder, E. L. et al. *J. Am. Med. Assoc., 213 : 2221 (1970)*
7. Auerbach, O. et al. *Cancer Cytol., 11 : 5 (1971)*
8. Graham, S. & Levin, M. L. *Cancer, 27 : 865 (1971)*
9. Doll, R. & Pike, M. C. *J. roy. Coll. Phys., 6 : 216 (1972)*
10. United States Department of Health, Education, and Welfare. The health consequences of smoking, DHEW Publication No. 73.8704 (1973); (a) p. 167—238
11. Gsell, O. R. & Abelin, T. *J. Natl. Cancer Inst., 48 : 1795 (1972)*
12. Kellerman, G. et al. *Am. J. human Genet., 25 : 237 (1973)*
13. US Department of Health, Education, and Welfare. The health consequences of smoking. DHEW Publication No. 74—8704 (1974); (a) p. 49; (b) p. 84; (c.) p. 93
14. Yamamoto, I. et al. *Jpn. J. Pharmacol., 16 : 183 (1966)*
15. Welch, R. M. et al. *Science, 160 : 541 (1968)*
16. Welch, R. M. et al. *Life Sci., (I) 10 : 215 (1971)*

17. Stahländske, Y. *Acta physiol. scand.*, **80** : 222 (1970)
18. Kellerman, G. et al. *New Engl. J. Med.*, **289** : 934 (1973)
19. Macklem, P. T. *Am. J. Med.*, **52** : 721 (1972)
20. Fletcher, C. M. Natural history of chronic bronchitis, *Community Health* (1975) (in the press)
21. Lundin, F. E. jr. Radon daughter exposure and respiratory cancer: quantitative and temporal aspects. US National Institute for Occupational Safety & Health, 1971 (National Institute of Environmental Health Sciences Joint Monograph No. 1). Washington, DC
22. Berry, G. et al. *Lancet*, **2** : 476 (1972)
23. Selikoff, I. J. et al. Mortality experienced by asbestos insulation workers 1943—1968. In: Pneumoconiosis. Proceedings of the International Conference on Pneumoconiosis, Johannesburg, 1970. Cape Town, Oxford Univ. Press, p. 180
24. Anderson, E. W. et al. Effects of low level carbon monoxide exposure on human cardiac function. II. Subjects with angina pectoris. US Environmental Protection Agency & the C. V. Richardson Laboratory, 24 November 1972, Washington, DC
25. Aronow, W. A. & Isbell, M. W. *Ann. intern. Med.*, **79** : 392—395 (1973)
26. Astrup, P. & Kjeldsen, K. *Med. Clin. North Am.*, **58** : 323—350 (1974)
27. Bokhoven, C. & Neissen, H. J. *Nature (London)*, **192** : 458—459 (1961)
28. Osborne, J. S. et al. *Anal. Chem.*, **28** : 211—215 (1956)
29. Aronow, W. S. et al. *Circulation*, **50** : 340—347 (1974)
30. Aronow, W. S. et al. *Arch. environ. Health*, **28** : 330—332 (1974)
31. Kjeldsen, K. et al. *Atherosclerosis*, **16** : 67—82 (1972)
32. Kjeldsen, K. et al. *Circ. Res.*, **34** : 339—348 (1974)
33. Parving, H. H. *Scand. J. Clin. Lab. Inv.*, **30** : 49 (1972)
34. Martins, P. et al. Peripheral vascular disorders. London, E. & S. Livingstone Ltd., 1956
35. Barker, N. W. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **6** : 65—68 (1931)
36. Wright, I. S. & Moffat, D. *J. Am. med. Assoc.*, **103** : 318 (1934)
37. Doll, R. & Hill, A. B. *Br. med. J.*, **1** : 1399—1410 (1964)
38. Paffenbarger, R. S., jr, et al. *Am. J. Public Health*, **61** : 1362—1370 (1971)
39. Hammond, E. C. & Horn, D. *J. Am. med. Assoc.*, **166** : 1294—1308 (1958)
40. Kahn, H. A. The Dorn study of smoking and mortality among US Veterans: report on 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> years of observation. In: Haenszel, W. ed., Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases. Bethesda, US Public Health Service, 1968, pp. 9—20 (National Cancer Institute Monograph No. 28)
41. Kannel, W. B. *Stroke*, **2** : 295—318 (1971)
42. Paffenbarger, R. S., jr & Williams, J. L. *Am. J. Public Health*, **57** : 1290—1299 (1967)
43. Paffenbarger, R. S., jr & Wing, A. L. *Am. J. Epidemiol.*, **94** : 524—530 (1971)
44. Hammond, E. C. & Garfinkle, L. *Arch. environ. Health*, **19** : 167—182 (1969)
45. Alp, M. H. et al. *Med. J. Aust.*, **2** : 1128 (1970)
46. Fingerland, A. et al. *Sb. ved. Pr. lek. Fak. Hradci Kralove*, **14** : 221 (1971)
47. Friedman, G. D. et al. *New Engl. J. Med.*, **290** : 169 (1974)
48. Hirayama, T. Smoking in relation to the death rates of 265, 118 men and women in Japan, a report of 5 years of follow-up. American Cancer Society, 14th Seminar, p. 15 (1972)
49. Bochenek, W. J. & Koronczewski, R. *Am. J. dig. Dis.*, **18** : 729 (1973)
50. Bynum, T. E. et al. *Gut*, **13** : 361 (1972)
51. Konturek, S. J. *Acta Hepato-gastroenterol.*, **19** : 413 (1972)
52. Morales, A. et al. *Rev. med. Chile*, **99** : 271, 175 (1971)
53. Read, N. W. & Grech, P. *Br. med. J.*, **3** : 313 (1973)



54. Butler, N. R. & Alberman, E. D., ed. Perinatal problems — the second report of the 1958 British Perinatal Survey. Edinburgh & London, E. & S. Livingstone, 1969
55. Ontario Department of Health. Second report of the Perinatal Mortality Study in Ten Teaching Hospitals in Ontario, Toronto, Canada, Toronto, Ontario Perinatal Mortality Study Committee, 1967
56. Meyer, M. B. et al. *Am. J. Epidemiol.*, **100** : 443 (1974)
57. Butler, N. R. & Goldstein, *Br. med. J.*, **4** : 573—575 (1973)
58. Hutchenson, R. R. & Emley, G. S. *In*: Dunn, W. R., jr, ed. Smoking behaviour: motives & incentives. Washington, DC, V. H. Winston & Sons, 1973, p. 171
59. Dunn, W. R., jr, ed. Smoking behaviour: motives & incentives. Washington, DC, V. H. Winston & Sons, 1973
60. Macconnail, M. & Ling, G. M. Withdrawal syndrome in ex-smokers (in press)
61. Russell, M. A. H. *Br. J. med. Psychol.*, **44** : 1—15 (1971)
62. US Department of Health, Education, and Welfare. The health consequences of smoking. A report to the Surgeon General, Washington, DC, DHEW Publication No. (HSM) 72—7516, 1972: (a) Chapter 8; (b) Chapter 7; (c) p. 143
63. Russell, M. A. H. & Feyerabend, C. *Lancet*, **1** : 179 (1975)
64. Colley, J. R. T. et al. *Lancet*, **2** : 1031 (1974)
65. Royal College of Physicians. Smoking and health now. London, Pitman Medical (1971)
66. Lucas, A. O. & Mainwaring, A. R. W. *Afr. med. J.*, **12**, 106—115 (1963)
67. Jussawalla, D. J. (1973) *Proc. roy. Soc. Med.*, **66**, 308
68. Woolcock, A. J. et al. *Am. Rev. resp. Dis.*, **102** : 575—590 (1970)
69. Canadian Department of National Health and Welfare. The estimated cost of certain identifiable consequences of cigarette smoking upon health, longevity and property in Canada in 1966. Research and Statistics Memorandum, Ottawa
70. Cole, H. Commonsense about smoking—economic effects. 2nd Ed. Harmondsworth, Penguin Books, 1965, p. 40—70
71. Peston, M. H. Economics of cigarette smoking. *In*: Richardson, R. G., ed., II World Conference on Smoking and Health. London, Pitman Medical, 1971, p. 100
72. Department of Health and Social Security. Smoking and health. A study of the effects of a reduction in cigarette smoking on mortality and morbidity rates, on health care and social security expenditure and on production potential. London, HMSO, 1973
73. Schmidt, F. Die negativen Auswirkungen des Rauchens auf Mortalität, Morbidität und Volkswirtschaft in der BRD. *Öffentliches Gesundheitswesen*, **36**, 373—385, 1974)
74. Federal Government of the Federal Republic of Germany. Report to the Federal Parliament concerning the consequences of smoking cigarettes. Federal Parliament Publications No. 7/2070, 1974
75. Hedrick, J. L. The economic costs of cigarette smoking, *HSMHA Reports*, **86**(2): 179—182 (1971)
76. Guillermin, R. et al. *Les Bronches*, **24** : 209 (1974)
77. Russell, M. A. M. et al. *Br. med. J.*, **4** : 512 (1973)
78. Freedman, S. et al. *J. Natl. Cancer Inst.*, **48** : 1805 (1972)
79. Ashton, H. & Watson, D. W. *Br. med. J.*, **3** : 679—681 (1970)
80. Frith, C. D. *Psychopharmacologia*, **19** : 188—192 (1971)
81. Turner, J. A. McM. et al. *Lancet*, **2** : 737—739 (1974)
82. Sendroy, J. & Liu, S. H. *J. biol. Chem.*, **89** : 133 (1930)
83. Committee for Research on Smoking Habits. Influencing smoking behaviour. Geneva, UICC, 1969, p. 90 (Technical Report Series No. 3).

84. Royal Norwegian Ministry of Social Affairs. Recommendation concerning an Act on restrictive measures for the marketing of tobacco products, by a Committee appointed by Royal decree of 31 July, Oslo, 1971
  85. Peto, J. *Br. J. prev. soc. Med.*, 28 : 241—245 (1974)
  86. Regulation cited in: *Int. Dig. Hlth Legis.*, vol. 26, in press (1975)
  87. Ramström, L. M. et al. A national smoking control programme. Condensed English version of a Report of an Advisory Committee to the Swedish National Board of Health and Welfare. NTS, Stockholm, 1973
-

## Приложение 1

### КУРЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ \*

В течение многих веков к курению табака во всем мире прибегали или ради удовольствия, или в надежде, что оно поможет справиться с жизненными невзгодами. В XX веке возросло потребление сигарет, изготовленных главным образом из табака дымовой сушки. В течение последних 20 лет результаты многочисленных клинических и эпидемиологических исследований, подтвержденные лабораторными исследованиями, показали, что вред, причиняемый курением здоровью, настолько велик, что возникает настоятельная необходимость разработать средства для борьбы с ним.

Доказано, что курение играет большую роль в развитии многих заболеваний, основными из которых являются ишемическая болезнь сердца, рак легкого, хронический бронхит и эмфизема. Кроме этих болезней, часто вызывающих смерть, курение приводит к распространенной и внушающей беспокойство нетрудоспособности в результате болезней сердца и других органов, расположенных в грудной клетке, и увеличивает смертность и нетрудоспособность, вызванную другими причинами.

Сравнительно недавно начавшееся потребление сигарет женщинами в экономически развитых странах уже сказалось на росте смертности и заболеваемости раком легких и другими болезнями среди женщин.

Подытоживая потребление табака за период с 1955 по 1967 г., FAO сообщает: «...По-видимому, потребление табака будет продолжать расти в развитых и развивающихся странах, а также в странах с плановой экономикой. За последнее десятилетие табак потребляется в основном в виде сигарет. Их производство увеличилось на 50% в развивающихся странах и на 40% в развитых странах... Публикация медицинских отчетов о воздействии курения на здоровье человека до сих пор не дала сколь угодно устойчивого снижения в потреблении сигарет в развитых странах; будущее же в этом плане представляется неопределенным. В развивающихся странах медицинские соображения никак еще не повлияли на потребление табака» (1). Мож-

---

\* Это приложение вначале было подготовлено в качестве доклада на XXIII Всемирной ассамблее здравоохранения и напечатано в «Хронике ВОЗ», т. 24, № 8, 1971. Доклад написан С. М. Fletcher и Д. Ногн, которые присутствовали также на совещании Комитета экспертов в качестве временных советников ВОЗ (см. с. 5).

но с уверенностью предсказать, что, если эту тенденцию не приостановить, она проявится в еще более тяжелых нарушениях здоровья и увеличении смертности от болезней легких и сердца.

Воздействие курения на здоровье человека во многом определяется индивидуальными особенностями каждого курильщика. Хотя последствия курения вредны, они проявляются только через много лет, поэтому их связь с этой привычкой не является очевидной. Ввиду громадных доходов от выращивания, изготовления, продажи и обложения табачных изделий налогом, правительства многих стран медлят принимать решительные меры для искоренения вредных привычек, последствия которых не получили всеобщего признания.

В странах, где смертность и нетрудоспособность в связи с курением уже достигли высокого уровня, профилактические меры должны быть усилены. В развивающихся странах, где сигареты быстро входят в обиход, необходимо принять меры для ограничения курения и предотвращения связанного с этим роста преждевременной смертности и инвалидности.

В настоящее время не принято вводить запреты в отношении курения. Однако важно принять некоторые меры для того, чтобы курящие сократили или прервали курение и чтобы молодежь не начинала курить. Необходимо подробно информировать население о вредных последствиях курения и сократить рекламирование сигарет в торговле.

### **Доказательства связи курения с заболеваемостью**

На курение сигарет как на причину рака легкого впервые пало подозрение, когда была отмечена связь между увеличением смертности от этой формы рака и ростом потребления сигарет. В то время как обычная статистика смертности может продемонстрировать эту связь в общем, истинное отношение курения к случаям болезни и смерти можно установить только с помощью тщательно запланированных эпидемиологических исследований. Проводились исследования двух видов.

1. *Ретроспективные исследования*, в ходе которых сопоставлялись курящие с определенными заболеваниями с контрольными больными того же возраста и пола (13а). Ретроспективные исследования не всегда достаточно объективны, но они дали чрезвычайно полезную информацию и проводились во многих странах. Неоднократно изучалась распространенность ряда заболеваний среди групп населения с различными привычками курения. В этих исследованиях часто применялись тесты на сердечно-сосудистую функцию для выявления ближайших и отдаленных последствий курения.

2. *Перспективные исследования*, в которых определялись привычки большого числа курильщиков и регистрировалась их смертность в последующие годы и аналогичные данные среди контрольной группы некурящих. До сих пор такие исследования проводились главным образом в Канаде, Великобритании и США. Эти исследования подтвердили результаты ретроспективных изучений и представили очень точную информацию о связи курения с общей смертностью и со смертностью, вызванной специфическими болезнями.

### Курение и общая смертность

Проведенные в широком масштабе перспективные исследования показали, что:

1. смертность среди курящих сигареты в целом приблизительно на 30—80% больше, чем среди некурящих (табл. 1);

ТАБЛИЦА 1. КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЫЧЕК КУРЕНИЯ ПО ДАННЫМ ЧЕТЫРЕХ БОЛЬШИХ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Вид курения	Коэффициент смертности <sup>a</sup>			
	английские врачи <sup>b</sup>	ветераны США <sup>c</sup>	ветераны Канады <sup>d</sup>	мужчины США <sup>e</sup>
Только сигареты	1,28	1,84	1,65	1,83
Сигареты и прочее	1,19	1,51	1,23	1,54
Сигары	} 1,01	1,10	1,11	0,97
Трубка		1,07	1,10	0,86

<sup>a</sup> Коэффициент смертности представляет собой отношение показателя смертности постоянных курильщиков к показателю смертности тех, кто никогда регулярно не курил.

<sup>b</sup> Doll R., Hill A. B. (1964). *Brit. med. J.*, 1, 1399, 1460.

<sup>c</sup> Kahn H. A. (1966). В кн.: Haenszel W., ed. *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Bethesda, Md. (*Nat. Cancer Inst. Monogr.*, No. 19).

<sup>d</sup> Best E. W. R. (1966) *A Canadian study of smoking and health*, Ottawa, Department of National Health and Welfare.

<sup>e</sup> US. Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health (1964) *Smoking and health; report*, Washington, D. C., US Department of Health, Education and Welfare (Public Health Service Publication No. 1103).

2. смертность возрастает с увеличением количества выкуриваемых сигарет;

3. смертность среди курящих пропорционально выше среди лиц в возрасте 45—54 лет, чем среди более молодых или более пожилых (табл. 2), общее превышение смертности среди ку-

ТАБЛИЦА 2. КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ ПОСТОЯННЫХ КУРИЛЬЩИКОВ СИГАРЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА<sup>а</sup>

Исследуемое население	Возраст в годах				
	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Ветераны США <sup>б</sup>	1,83	2,76	1,72	1,67	1,36
Мужчины США <sup>с</sup>	1,89	2,28	1,83	1,51	1,23
Женщины США <sup>с</sup>	1,13	1,26	1,20	1,17	0,99

<sup>а</sup> Из US Department of Health, Education, and Welfare (1967) *The health consequences of smoking; a Public Health Service review: 1967*, Washington, D. C. (Public Health Service Publication No. 1969).

<sup>б</sup> Из Kahn H. A. (1966). В кн.: Haenszel W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*. Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19).

<sup>с</sup> Из Hammond E. C. (1966). В кн.: Haenszel W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19).

рильщиков больше в пожилом возрасте, поскольку показатель смертности в этом возрасте вообще выше;

4. смертность выше среди людей, начавших курить в молодом возрасте (табл. 3);

ТАБЛИЦА 3. КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА КУРЕНИЯ И ЧИСЛА ВЫКУРИВАЕМЫХ СИГАРЕТ

Время начала курения (возраст в годах)	Число сигарет в сутки				Все курильщики
	1-9	10-20	21-39	40 и более	
Ветераны США <sup>а</sup> :					
до 20 лет	1,60	1,89	2,16	2,45	1,98
20-24 лет	1,40	1,72	1,87	2,23	1,72
25 лет и старше	1,15	1,50	1,47	1,11	1,39
Мужчины в 25 штатах <sup>б</sup>					
до 15 лет	1,79	2,23 <sup>с</sup>	2,21 <sup>д</sup>	2,15	2,17
15-19 лет	1,75	1,83 <sup>с</sup>	2,01 <sup>д</sup>	2,38	1,99
20-24 лет	1,25	1,52 <sup>с</sup>	1,62 <sup>д</sup>	1,93	1,58
25 лет и старше	1,03	1,36 <sup>с</sup>	1,45 <sup>д</sup>	1,56	1,34

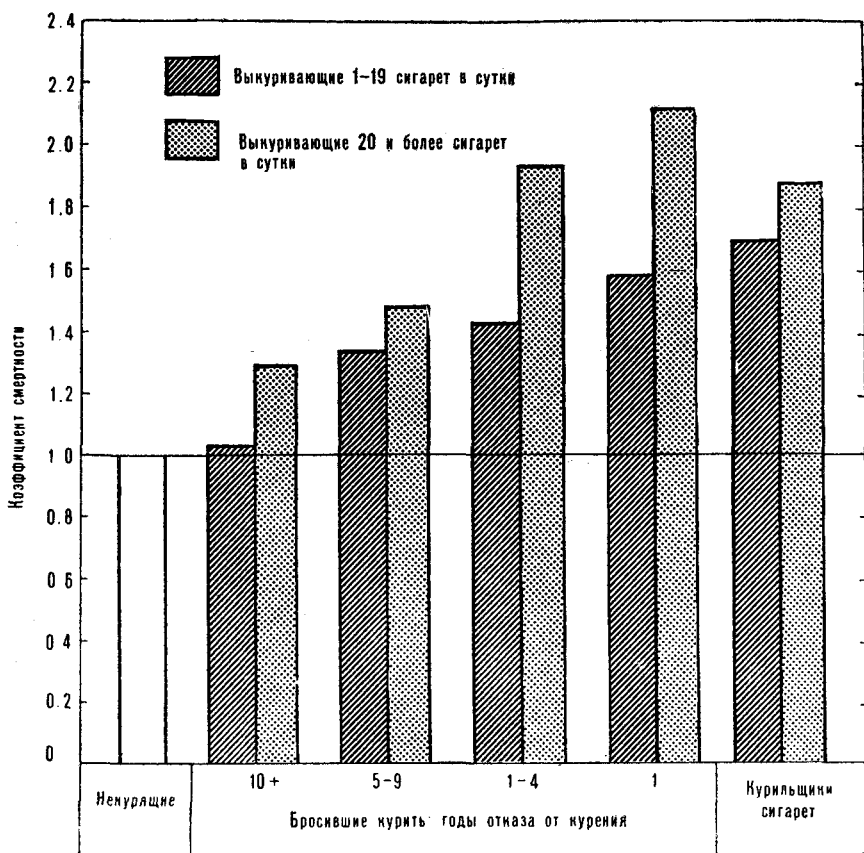
<sup>а</sup> Kahn H. A. (1966). *The Dorn study of smoking and mortality among US veterans: report on eight and one-half years of observation*. В кн.: Haenszel W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19).

<sup>б</sup> Hammond E. C. (1966). *Smoking in relation to the death rates of one million men and women*. В кн.: Haenszel W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*. Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr. No. 19).

<sup>с</sup> 10-19 сигарет в сутки.

<sup>д</sup> 20-39 сигарет в сутки.

РИС. 1. КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ КУРЯЩИХ СИГАРЕТЫ И БРОСИВШИХ КУРИТЬ (СРЕДИ МУЖЧИН)<sup>а</sup>



<sup>а</sup> По Hammond, E. C. (1966 г.). В кн.: Haenszel, W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases* Bethesda, Md. (Nat. Cancer Inst. Monogr., No. 19).

5. смертность выше среди тех курящих сигареты, кто затягивается дымом;

6. смертность среди бросивших курить ниже, чем среди тех, кто продолжает курить; в первом случае показатель смертности тем ближе к показателю смертности у некурящих, чем дольше период воздержания от курения (рис. 1);

7. курильщики трубок или сигар в целом умирают не чаще, чем некурящие (табл. 1). В основном они курят умеренно и

не затягиваются. Среди тех, кто курит часто или затягивается, показатель смертности на 20—40%<sup>1</sup> выше, чем среди некурящих (3, 4).

Только в одно перспективное исследование были включены женщины (3). Полученные данные оказались близки к результатам обследования мужчин, однако превышение смертности среди курящих женщин было ниже, чем у мужчин. Это можно отчасти объяснить тем, что женщины обычно начинают курить в более позднем возрасте, чем мужчины, курят меньше и реже затягиваются. Даже в тех группах, где в этом отношении женщины не отличались от мужчин, превышение смертности среди женщин было меньше по сравнению с мужчинами.

### Болезни, вызывающие повышенную смертность среди курящих сигареты

Повышенная смертность среди курильщиков сигарет вызвана увеличением у них числа случаев многих заболеваний. Около 80%<sup>1</sup> случаев смертности, зарегистрированных в четырех перспективных исследованиях, были вызваны раком легких, бронхитом, эмфиземой, ишемической болезнью сердца и другими заболеваниями сосудистой системы (табл. 4).

ТАБЛИЦА 4. ПРОЦЕНТ ОБЩЕГО ПРЕВЫШЕНИЯ СМЕРТНОСТИ КУРИЛЬЩИКОВ СИГАРЕТ, ВЫЗВАННОЙ РАЗЛИЧНЫМИ ПРИЧИНАМИ

Причины	Английские врачи <sup>a</sup>	Ветераны США <sup>b</sup>	Мужчины 25 штатов США <sup>c</sup>	Ветераны Канады <sup>d</sup>
Коронарная недостаточность	32,9	38,6	51,7	44,2
Другие заболевания сердечно- сосудистой системы	17,8	18,8	13,2	9,9
Рак легкого	24,0	14,9	13,6	18,3
Рак ротовой полости, гортани и пищевода	3,3	2,7	2,2	2,2
Другие формы рака	0,2	8,9	7,2	7,6
Бронхит и эмфизема	9,6	4,0	3,8	8,2
Пептическая язва	2,7	1,4	1,3	2,9
Прочие причины	9,9	10,7	6,6	7,3

<sup>a</sup> Из Doll R., Hill A. B. (1964). *Brit. med. J.*, 1, 1399, 1460.

<sup>b</sup> Kahn H. A. (1966). В кн.: Haenszel W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Bethesda, Md. (*Nat. Cancer Inst. Monogr.*, No. 19).

<sup>c</sup> Hammond E. C. (1966). В кн.: Haenszel W., ed. *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*. Bethesda, Md. (*Nat. Cancer Inst. Monogr.*, No. 19).

<sup>d</sup> Best E. W. R. (1966). *A Canadian study of smoking and health*, Ottawa, Department of National Health and Welfare.



Смертность курильщиков сигарет от многих других заболеваний выше, чем некурящих. Упомянем, в частности, пептическую язву, рак гортани, ротовой полости, пищевода и мочевого пузыря. Но общая смертность от этих болезней среди курящих и некурящих так невелика, что она составляет лишь небольшую долю превышения смертности среди курильщиков (табл. 4).

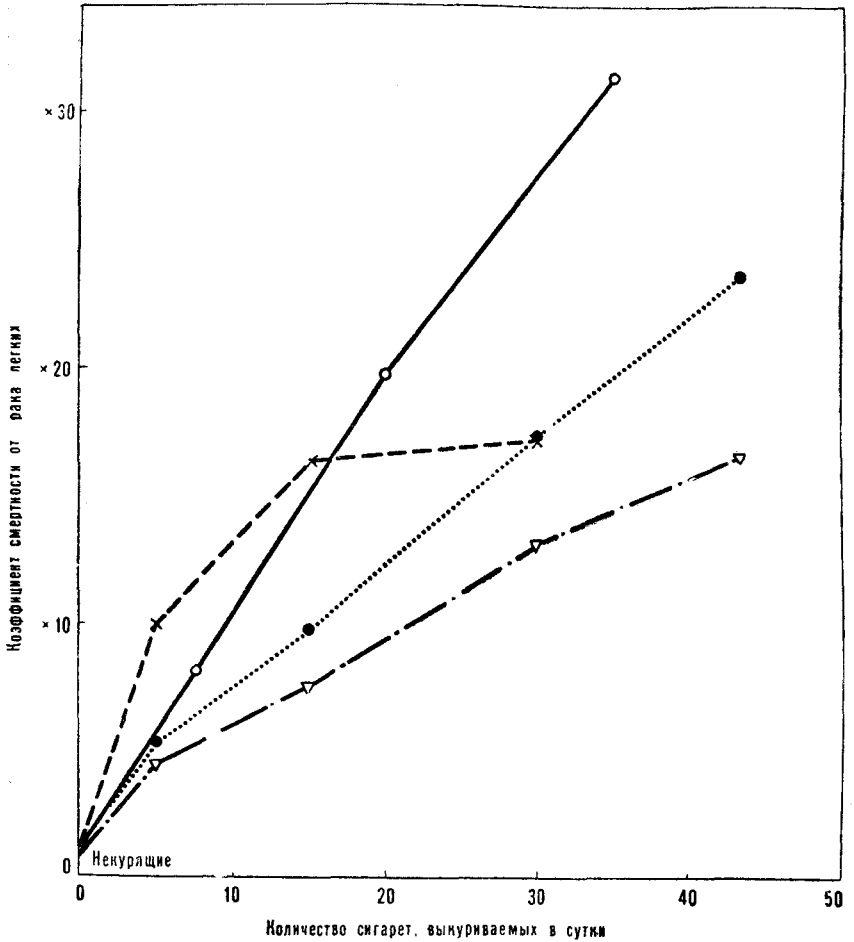
### **Курение сигарет как причина повышенной смертности**

С первого взгляда кажется очевидным, что повышенная смертность среди курильщиков сигарет вызвана именно этой привычкой, так как это превышение тесно связано с числом выкуриваемых сигарет, продолжительностью курения и привычкой затягиваться; смертность снижается, если прекращают курить. Однако, как предполагают некоторые специалисты, это увеличение смертности объясняется тем фактом, что курильщики наследуют повышенную чувствительность к различным патологическим состояниям, как и склонность к курению (6, 7, 8). Эти специалисты считают, что одно только курение не может быть причиной увеличения смертности от стольких различных заболеваний. Сигаретный дым, однако, это сложный агент, включающий вещества, по-разному воздействующие на человеческий организм, и трудно себе представить, каким образом генетически обусловленная склонность к различным заболеваниям, ведущим к смерти, может четко сказаться на различии смертности среди курильщиков и некурящих (табл. 5). Генетическая гипотеза требует тесной количественной взаимосвязи между заболеваемостью и длительностью курения, а также количеством выкуриваемых сигарет и характером привычки курения; вряд ли эта гипотеза в состоянии объяснить постоянное уменьшение вредных последствий курения на организм после прекращения курения. Эта теория также никак не объясняет, почему учащаются случаи рака легкого повсюду, где распространяется привычка курить сигареты.

То, что курение может явиться причиной какого-либо заболевания человека, считалось бы доказанным только в результате контролируемых экспериментальных исследований, проведенных в широком, практически неосуществимом масштабе. Тот факт, что курение увеличивает частоту и тяжесть заболеваний, можно принять в следующих случаях:

- 1) если заболеваемость количественно соотносится с курением;
- 2) если заболеваемость уменьшается среди лиц, бросивших курить; и

РИС. 2. КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЛЕГКИХ СРЕДИ МУЖЧИН НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ЧЕТЫРЕХ БОЛЬШИХ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ



○ — Английские врачи (Doll, R. & Hill, A. B. (1964) *Brit. med. J.*, 1, 1399, 1460)

× — Канадские ветераны (Best, E. W. R. (1966) *A Canadian study of smoking and health*, Оттава, Министерство национального здравоохранения и социального обеспечения)

● — Американские ветераны (Kahn, H. A. (1966). В: Haenszel, W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Бетесда, штат Мэриленд (Национальный институт рака, Монография № 19).

▽ — Мужчины 25 штатов США (Hammond E. C. (1966) В: Haenszel, W., ed., *op. cit.*).

ТАБЛИЦА 5. ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ И ФАКТИЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ КУРИЛЬЩИКОВ СИГАРЕТ ПО ДАННЫМ 7 ПЕРСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Причины смерти	Предполагаемая смертность	Фактическая смертность	Коэффициент смертности	Смертность некурящих
Рак легкого (162—3)	170,3	1 833	10,8	123
Бронхит и эмфизема (502, 527, 1)	89,5	546	6,1	59
Рак гортани (161)	14,0	75	5,4	8
Рак ротовой полости (140—8)	37,0	152	4,1	27
Рак пищевода (150)	33,7	113	3,4	19
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки (540—1)	105,1	294	2,8	67
Другие болезни органов кровообращения (451—468)	254,0	649	2,6	170
Цирроз печени (581)	169,2	379	2,2	96
Рак мочевого пузыря (181)	111,6	216	1,9	92
Коронарная недостаточность (420)	6430,7	11 177	1,7	4 731
Другие заболевания сердца (421—2, 430—4)	526,0	868	1,7	398
Болезни сердца, связанные с гипертонией (440—3)	409,2	631	1,5	334
Общий атеросклероз	210,7	310	1,5	201
Рак почки (180)	79,0	120	1,5	59
Все другие формы рака	1061,4	1 524	1,4	742
Рак желудка (151)	285,2	413	1,4	203
Грипп, пневмония (480—493)	303,2	415	1,4	169
Другие причины	1508,7	1 946	1,3	1036
Поражения сосудов головного мозга (330—4)	1461,8	1 844	1,3	1069
Рак простаты (177)	253,0	318	1,3	198
Несчастные случаи, самоубийства, случаи насильственной смерти (800—999)	1063,2	1 310	1,2	627
Нефрит (592—4)	156,4	173	1,1	98
Ревматические болезни сердца (400—416)	290,6	309	1,1	185
Рак прямой кишки (154)	207,8	213	1,0	150
Рак кишечника (152—3)	422,6	395	0,9	307
Все причины	15 653,9	26 223	1,68	11 168

3) если может быть указан механизм действия сигарет на течение заболевания.

Эти доказательства будут еще убедительнее, если заболевание сможет быть вызвано у животных, подвергнутых воздействию тех факторов, которые влияют на человеческий организм при курении.

## Курение сигарет как причина повышенной заболеваемости

Если нетрудоспособность выражается в количестве потерянных рабочих дней, проведенных в постели, или в количестве дней с пониженной активностью в результате болезни или травмы, то показатель нетрудоспособности у курящих выше, чем у некурящих. В США подсчитали (33), что из-за нетрудоспособности курильщиков количество дополнительно потерянных рабочих дней в году достигало 77 млн. дней, проведенных в постели по болезни—88 млн., а дней со сниженной работоспособностью—306 млн. Среди мужчин в возрасте 45—64 лет дополнительное количество дней, потерянных в результате болезней, связанных с курением, составляло 28% от общего числа дней нетрудоспособности.

### Специфические заболевания, связанные с курением

#### Рак легкого

В последние десятилетия во всех странах, из которых поступают надежные статистические данные, наблюдается значительный рост смертности от рака легких (10—12). Этот рост чаще отмечается у мужчин и во всех странах следует за увеличением потребления сигарет мужчинами, а затем и женщинами.

#### *Количественное соотношение между смертностью от рака легкого и курением сигарет*

Более 30 ретроспективных исследований, проведенных в 10 странах (13а, 14, 15), и семь перспективных исследований в Канаде, Англии и США (2—5, 13б) показали, что риск заболевания раком легкого возрастает прямо пропорционально количеству выкуриваемых сигарет. У тех, кто курит много, этот риск увеличивается в 15—30 раз по сравнению с некурящими (рис. 2). Было также доказано, что риск заболевания усиливается такими факторами, как затягивание дымом (2—4, 13с), частота затяжек при курении сигареты (16), курение с раннего возраста (2, 3), удерживание сигареты во рту между затяжками (17) и зажигание недокуренной сигареты (18).

Проведенное недавно ретроспективное исследование (19) показало, что курильщики сигарет с фильтром, возможно, подвергаются меньшему риску заболеть раком легких, чем курильщики сигарет без фильтра.

Несколько исследований, проведенных на секционном материале, показали, что у курящих развиваются обширные ме-

тапластические изменения в бронхах, степень которых связана с количеством выкуренных сигарет. Эти изменения можно рассматривать как предраковые (13d), особенно выражены они у больных раком легких, в то время как у некурящих и бросивших курить они наблюдаются нечасто. У тех, кто бросил курить, наблюдалось обратное развитие метапластических клеток, что указывает на обратимость предраковых изменений.

### *Рак легких у курящих трубку и сигары*

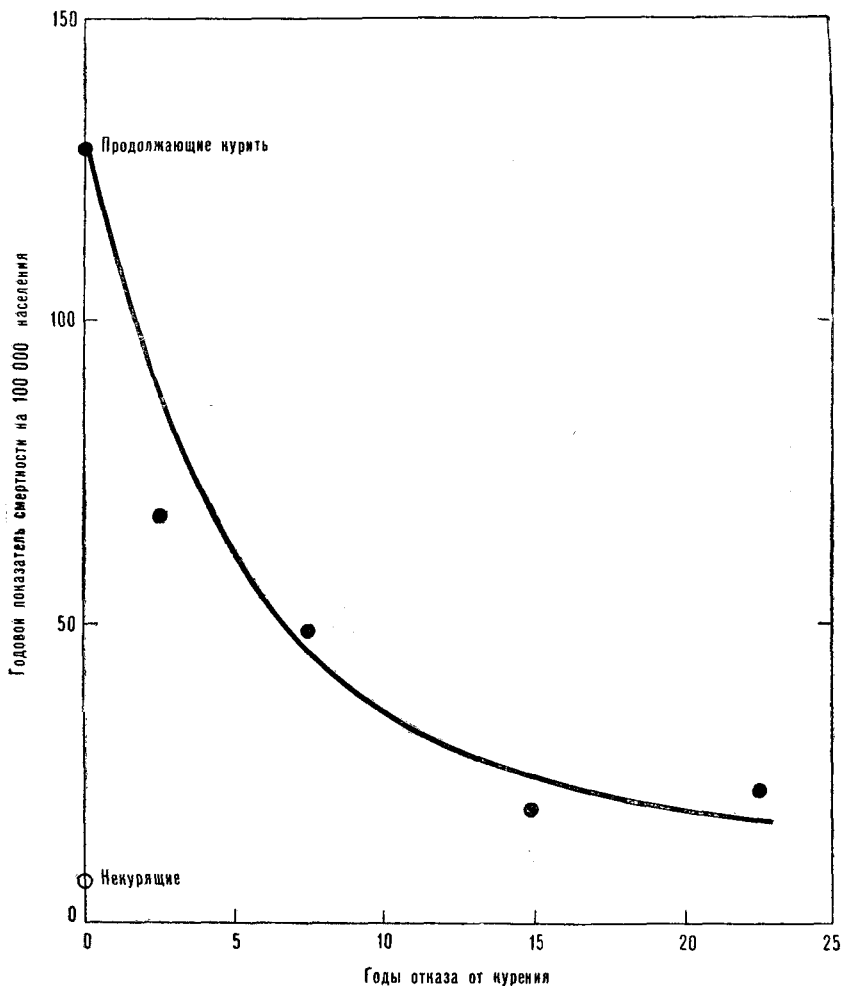
Большинство ретроспективных и все перспективные исследования показали сравнительно небольшое увеличение смертности от рака легких среди лиц, курящих только трубку или сигары.

Причина гораздо менее вредного влияния на организм трубки и сигар не выявлена, так как количество канцерогенных веществ в продуктах сгорания трубочного или сигарного табака больше, чем в сигаретном дыме (108, 109). Принятое объяснение состоит в том, что потребители сигарет курят часто и затягиваются, в то время как курильщики трубки или сигар курят обычно умеренно и не затягиваются. Однако у тех, кто курит трубку и сигары и при этом затягивается, реже развивается рак легкого, чем у тех, кто курит сигареты и не затягивается. В трех ретроспективных исследованиях, проведенных в Швейцарии (20) и Германии (21), было показано, что вероятность заболевания раком легкого одинаково велика у курильщиков трубки, сигар и сигарет.

### *Уменьшение вероятности заболевания раком легкого у лиц, прекративших курить сигареты*

Как ретроспективные, так и перспективные исследования показали, что вероятность заболевания раком легкого снижается для тех, кто прекратил курить сигареты. В Англии среди врачей, бросивших курить, заболеваемость раком легкого резко упала и через 15 лет только в 3 раза превышала заболеваемость среди некурящих (рис. 3). Между 1951 и 1966 г. половина врачей Англии, участвовавших в одном из перспективных исследований смертности, прекратила курить, в то время как общее потребление сигарет за этот период почти не изменилось. Между 1953—1957 и 1961—1965 гг. смертность от рака легких среди мужчин 35—64 лет в Англии и Уэльсе повысилась на 7%, а среди мужчин-врачей того же возраста снизилась на 38% (20a). Это доказывает, что прекращение курения в широком масштабе снизило бы общую смертность от рака легких.

РИС. 3. СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ЛЕГКИХ СРЕДИ КУРИЛЬЩИКОВ СИГАРЕТ, БЫВШИХ КУРИЛЬЩИКОВ, НЕКУРЯЩИХ В ТЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПЕРИОДОВ ВРЕМЕНИ И ВООБЩЕ НЕКУРЯЩИХ<sup>а</sup>



<sup>а</sup> Основано на: Doll R. & Hill, A. V. (1964) *Brit. med. J.*, 1, 1399, 1460.

### Рак легкого и другие экологические факторы

Смертность от рака легкого выше в городах, чем в сельских местностях. Эта разница представляется еще большей, если рассматривать группы курящего и некурящего населения. За-

грязнение воздуха, особенно в результате сжигания угля, увеличивает вероятность заболевания раком легкого, однако его вредное действие ничтожно по сравнению с курением (38). Значительно возрастает вероятность возникновения рака легкого у лиц определенных профессий (22—26), имеющих, например, дело, с асбестовой пылью, хроматами, никелем, мышьяком, радиоактивными веществами, ипритом и продуктами сухой перегонки каменного угля в газовой промышленности. При сравнении групп курящего и некурящего населения из числа работающих в этих отраслях промышленности выяснилось, что курящие подвергаются большему риску заболеть. Как оказалось, рак легкого может развиваться в результате вдыхания различных химических агентов, из которых дым сигарет наиболее широко распространен.

Было выявлено также, что курение особенно опасно для людей, находящихся под воздействием вышеупомянутых вредных факторов окружающей среды. Однако в общей смертности от рака легкого промышленный рак легкого дает незначительный процент.

### *Экспериментальные данные (27)*

Дым табака содержит вещества, как вызывающие рак (канцерогенные), так и сопутствующие его развитию (коканцерогенные). Можно легко вызвать рак кожи у животного, если ввести ему конденсат табачного дыма. Конденсат трубочного и сигаретного дыма также обладает канцерогенными свойствами. До последнего времени никто не вызывал бронхогенного рака легкого у экспериментальных животных, вдыхавших дым сигареты. Однако недавний опыт показал, что у собак, которых с помощью трахеотомии заставляли «выкуривать» 7 сигарет в день в течение 29 месяцев, развивался типичный плоскоклеточный бронхогенный рак легкого. У собак, «выкуривавших» то же количество сигарет с фильтром или половину этого количества сигарет без фильтра за одинаковый период времени, плоскоклеточный рак не развивался, но отмечались обширные метапластические изменения в бронхиальном эпителии (28).

### *Механизм возникновения рака легкого в результате курения*

Бронхогенный рак легкого, по-видимому, образуется в результате многократного воздействия на эпителий бронхов дыма сигарет, содержащего канцерогенные и способствующие развитию рака вещества. Вещества, играющие первостепенную роль в развитии рака, еще не определены, но известно, что бензпирен, содержащийся в табачном дыме в самой высокой кон-

центрации, способствует возникновению рака. Снижение концентрации канцерогенных веществ (как правило, в виде частиц) и веществ, способствующих развитию рака (как в твердой, так и в газообразной фазе), могло бы, видимо, уменьшить вероятность заболевания раком; тот же эффект дал бы любой способ курения, который ослабил бы воздействие дыма на эпителий бронхов.

### *Выводы*

Рак легкого редко встречается среди некурящих. Тот факт, что в результате курения сигарет возрастает число заболеваний раком легкого, является в настоящее время неопровержимым. Таким образом, можно сделать вывод, что если прекратить курить сигареты или изобрести сигареты, безопасные в отношении развития рака, то приостановилась бы и отступила распространенная во всем мире эпидемия болезни, которая в настоящее время каждый год убивает сотни тысяч курильщиков.

### **Бронхит и эмфизема**

#### *Изучение заболеваемости*

Множество выборочных обследований, проведенных в 10 или более странах (29), показало, что в большинстве случаев кашель и выделение мокроты как у мужчин, так и у женщин зависят от количества выкуриваемых сигарет. У тех, кто бросает курить, эти явления быстро исчезают (30, 31, 32). Повторные приступы респираторной инфекции связаны с избытком выделения слизи и наблюдаются у курящих чаще, чем у некурящих (13e). Курящие трубки и сигары страдают от кашля и выделения мокроты ненамного чаще, чем некурящие (29).

Доказано, что у курящих сигареты функция легких в среднем во всех отношениях менее полноценна, чем у некурящих того же возраста (13f, 33a). Отклонение от нормы главным образом выражается в прогрессивном сужении воздухопроводящих путей. Нарушается также газообмен, что вызывает гипоксемию (34). Если курить бросают в раннем возрасте, функция легких возвращается к норме (31, 32, 34, 35). У больных с умеренным нарушением воздухопроводящих путей прекращение курения может повести к значительному уменьшению одышки и кашля, несмотря на многие годы курения, но когда бронхит или эмфизема развились в значительной степени, изменения в легких становятся необратимыми и прекращение курения обычно дает лишь небольшое облегчение удушья (36). Изнурительный кашель может, однако, уменьшиться.



## *Изучение смертности*

Как и в отношении рака легкого, все широкомасштабные перспективные исследования показали, что с увеличением потребления сигарет увеличивается смертность от бронхита и эмфиземы, причем на долю курящих трубку или сигары приходится меньший уровень смертности. Смертность тех, кто выкуривает 20 или больше сигарет в сутки, приблизительно в 15 раз превышает смертность некурящих.

В Англии и Уэльсе среди врачей в возрасте 35—64 лет, многие из которых прекратили курить сигареты, наблюдалось уменьшение смертности от бронхита на 24% между 1953—1957 и 1961—1965 гг. против 4% среди мужчин того же возраста в Англии и Уэльсе, продолжавших курить (20a).

## *Патологоанатомические исследования*

Патологоанатомические исследования (9, 13g, 33d) показали, что тяжесть поражений, вызванных бронхитом и эмфиземой, находится в прямой зависимости от количества выкуриваемых сигарет.

## *Экспериментальные данные*

Табачный дым содержит много раздражающих веществ, которые ограничивают действие ресничек эпителия, выстилающего бронхи (27, 33c). У животных, подвергавшихся воздействию табачного дыма, возникали изменения, подобные тем, которые отмечаются у больных тяжелым бронхитом (37). У собак, регулярно подвергаемых воздействию дыма сигарет, развивается прогрессирующее поражение легких вследствие как бронхита, так и эмфиземы (33b).

## *Другие причины хронического бронхита*

Среди других причин хронического бронхита упомянем общее загрязнение воздуха, особенно при сжигании угля (38), и образование пыли при работах в горной и других отраслях промышленности (39). Все эти факторы оказывают действие прежде всего на курильщиков сигарет (38, 40a, b). В Англии тяжелый хронический бронхит и эмфизема у некурящих не распространены даже в сильно загрязненных районах и среди групп населения, подверженных воздействию промышленной пыли (41).

## *Механизм возникновения бронхита и эмфиземы под воздействием курения*

Можно предполагать, что действием раздражающих веществ, содержащихся в табачном дыме, объясняются кашель и спазм бронхов, которые следуют непосредственно за вдыханием дыма. Такую реакцию вызывают вещества, содержащиеся как в газообразной, так и в твердой фазе дыма (42). Как предполагают, эти вещества являются причиной гипертрофии слизистых желез, которые выделяют избыточную слизь, отделяемую в виде мокроты. Избыточное выделение слизи и отсутствие движения ресничек ослабляют сопротивляемость легких к инфекции, и, таким образом, большой бронхитом курильщик поражается повторной бронхиальной инфекцией (29). Пока остается неизвестным, какие именно вещества в дыме сигарет вызывают необратимое сужение бронхов при окклюзионном бронхите и разрушении альвеол в результате эмфиземы.

### *Выводы*

Курение сигарет является одним из важнейших факторов, предрасполагающих к хроническому бронхиту и эмфиземе. Прекращение курения сигарет позволило бы предотвратить многие случаи заболеваемости и раннюю смертность, а также потерю рабочих дней, наносящую ущерб производительности труда.

### **Ишемическая болезнь сердца**

В последние три или четыре десятилетия смертность от ишемической болезни сердца в экономически развитых странах постоянно увеличивается. Частично это можно объяснить более точной диагностикой, однако непрерывный рост смертности от ишемической болезни сердца является реальностью. В Англии и США смерть  $\frac{1}{3}$  всех мужчин, умерших в возрасте между 35 и 64 годами, наступила в результате этой болезни.

Все перспективные исследования смертности показали, что смерть от ишемической болезни сердца наступает чаще у курящих сигареты, чем у некурящих, что смертность возрастает с возрастанием потребления сигарет и снижается среди лиц, бросивших курить. Смертность от ишемической болезни сердца наблюдается чаще среди курильщиков, которые затягиваются, и среди тех, кто начал курить в раннем возрасте. В количественном отношении связь курения с ишемической болезнью сердца отличается от связи курения с хроническим бронхитом и раком легкого. Ишемическая болезнь сердца часто встречается и у некурящих, и вероятность заболеть у курильщиков отно-

сительно мала и не так сильно зависит от количества выкуриваемых сигарет. Опасность заболеть в раннем возрасте больше (в 2—3 раза по сравнению с некурящими), чем в пожилом возрасте (вдвое больше, чем у некурящих) (рис. 4). Поскольку эта болезнь очень распространена, сравнительно небольшое увеличение смертности от нее среди курильщиков дает более высокий общий процент случаев смерти от нее среди последних, чем общее увеличение числа смертей от рака легкого (табл. 4). Риск увеличения смертности для курильщиков трубок и сигар примерно такой же, что и для некурящих.

Среди женщин, особенно в возрасте до 65 лет, смертность от ишемической болезни сердца гораздо ниже, чем у мужчин, но для курящих ее процент одинаков для обоих полов (3).

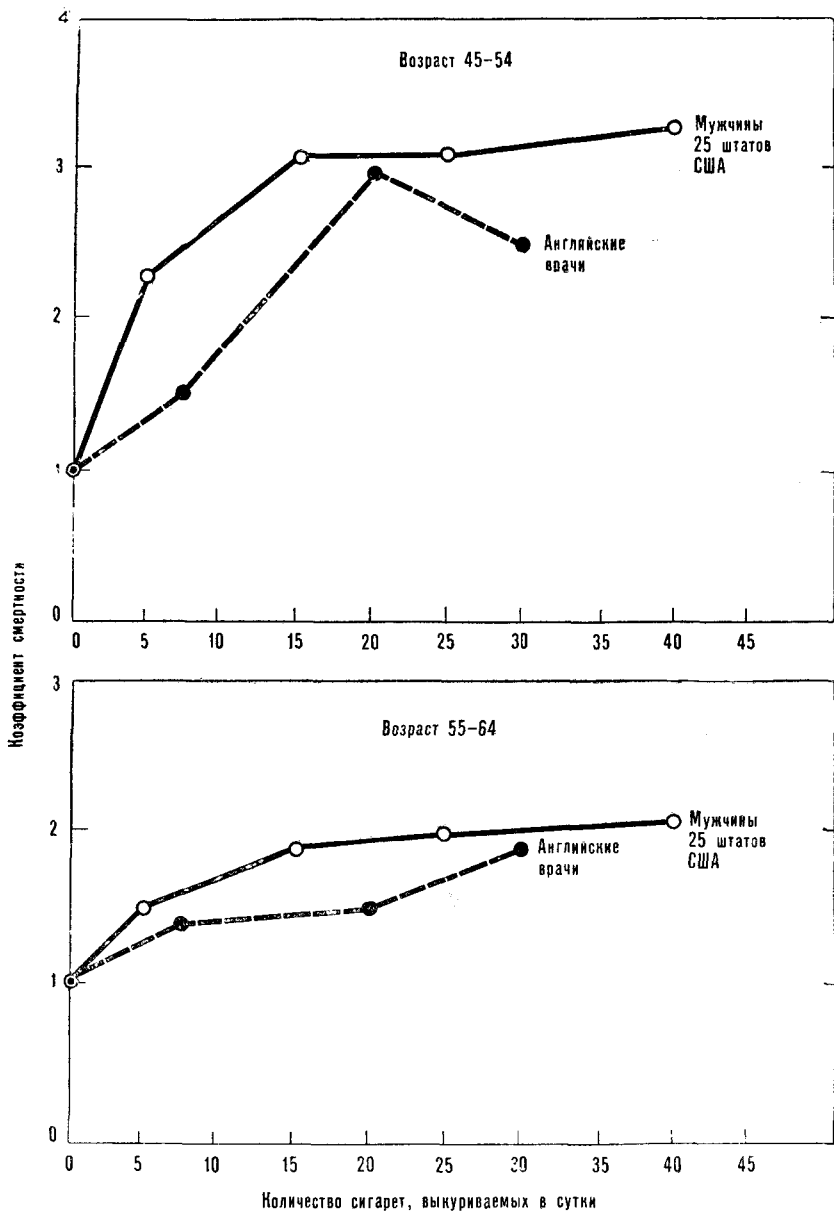
В некоторых перспективных исследованиях случаи ишемической болезни сердца без смертельного исхода и случаи грудной жабы связываются с привычкой к курению (43—49). Грудная жаба обычно, хотя и не всегда, чаще встречается у курящих, чем у некурящих. Частота несмертельных приступов у курящих сигареты возрастает в той же степени (почти в 2 раза), что и частота смертельных приступов. Но одно исследование показало, что приступы ишемической болезни сердца, приводящие к внезапной смерти, в 4 раза чаще возникают у курящих сигареты, чем у некурящих (49). Согласно большинству таких исследований, для курящих трубку или сигары вероятность возникновения ишемической болезни сердца не увеличивается. В одном исследовании было обнаружено увеличение такой вероятности, однако это не касалось приступов со смертельным исходом (46).

В трех больших исследованиях, проведенных в США (33е, 50), и в одном, проведенном в СССР (110), частота и тяжесть атеросклеротических изменений коронарных артерий, обнаруженных на вскрытии, находились в прямой зависимости от курения сигарет. Результаты исследования, проведенного в Южной Америке, подтверждают эту связь, которая, однако, не является статистически значимой (52).

### *Другие факторы риска*

Вероятность заболевания ишемической болезнью сердца возрастает у лиц с высоким давлением и тучных, у больных диабетом, у людей с повышенным уровнем холестерина в крови, не занимающихся физической работой, у больных с нарушением функции легких. Играют роль и индивидуальные особенности человека. Статистические анализы показали, что курение влияет на смертность от ишемической болезни сердца независимо от этих факторов (44, 53).

РИС. 4. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СВЯЗИ С КОЛИЧЕСТВОМ ВЫКУРИВАЕМЫХ СИГАРЕТ



Вверху: мужчины в возрасте 45—54 лет.

Внизу: мужчины в возрасте 55—64 лет<sup>а</sup>.

<sup>а</sup> Основано на: Hammond, E. C. (1966). В: Haenszel, W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Бетесда, штат Мэриленд (Национальный институт рака, Монография № 19) и Doll R. & Hill, A. B. (1964) *Brit. med. J.*, 1, 1399, 1460.

В Англии и Уэльсе у врачей в возрасте 35—64 лет, сильно сокративших потребление сигарет, смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы между 1953—1957 и 1961—1965 гг. в общем снизилась на 6%, в то время как у всех мужчин того же возраста и из тех же мест наблюдалось увеличение смертности за тот же период на 10% (20а). Последние статистические данные страховых компаний благоприятны в отношении прогноза смертности от ишемической болезни сердца среди врачей Англии и Уэльса (54).

### *Механизм воздействия курения сигарет на сердце*

Как доказано, курение сигарет или введение никотина способствует выделению катехоламинов надпочечниками (33f). Эти вещества, как было доказано, повышают способность тромбоцитов к склеиванию, усиливая, таким образом, предрасположенность к тромбозу, увеличивают концентрацию липидов крови (что может способствовать образованию атеросклеротических бляшек), а также усиливают склонность к сердечной аритмии (55), что может привести к внезапной смерти. Высвобождением катехоламинов можно, вероятно, объяснить встречающуюся у курильщиков тахикардию (56а), увеличение систолического объема сердца и незначительную гипертонию, что безвредно, если сердце здоровое, но вызывает сердечную недостаточность у больных, недавно перенесших инфаркт миокарда (57).

У курящих сигареты возрастает также уровень карбоксигемоглобина (до 10%) (111), что, хотя и не вредит деятельности нормального сердца, может, однако, нарушить снабжение кислородом ишемизированной мышцы сердца до критического состояния (33а, 56b).

Последствия курения выражаются также в увеличении числа случаев коронарного атеросклероза и в повышении показателя смертности в результате закупорки коронарных артерий.

Иммунитет курящих трубку или сигары к вредному воздействию табака на сердце еще пока не может быть объяснен. Последние исследования показали, что непосредственное воздействие курения трубки или сигары на сердечно-сосудистую систему и на уровень липидов крови гораздо меньше, чем при курении сигарет, но при условии, если курящий не делает затяжек (112).

### *Выводы*

Курение сигарет — наиболее вероятная причина заболеваний коронарных артерий, которые в свою очередь служат одной

из основных причин смерти жителей развитых стран. Можно подсчитать, что показатель смертности от этих заболеваний значительно снизился бы при отсутствии такого фактора, как курение, особенно у мужчин среднего возраста.

### **Курение и другие нарушения кровообращения**

Курение не увеличивает числа случаев артериальной гипертензии, но, по некоторым данным, усиливает общий атеросклероз (13h, 33e). Это может вызвать инвалидность и привести к летальному исходу, нарушая артериальное кровоснабжение в ногах или в мозге. Результаты больших перспективных исследований в США выявили высокий показатель смертности среди курящих от параличей и аневризмы аорты (33h). Перемежающаяся хромота также чаще поражает курящих, чем некурящих (15a).

### **Другие патологические состояния, связанные с курением сигарет**

#### *Пептическая язва*

В ретроспективных исследованиях и при обследовании заболеваемости язвой желудка и язвой двенадцатиперстной кишки (13j) прослеживается отчетливая связь между курением и распространенностью этих заболеваний. Больные, страдающие язвой, часто отмечают, что курение усиливает боль; курящие больные плохо поддаются лечению (58), у таких больных задерживается процесс рубцевания язв желудка (59).

Широкие перспективные исследования (2—5) показали 3—4-кратное увеличение смертности от пептической язвы у курящих сигареты по сравнению с некурящими.

Заболевание пептической язвой нередко и среди некурящих, и ее распространенность во многих странах не увеличивалась за период, когда возросло потребление сигарет. Это указывает на тот факт, что курение не столько вызывает возникновение язвы, сколько задерживает ее излечение.

#### *Другие формы рака*

Возникновение рака полости рта, гортани и пищевода связывают с курением сигарет, трубки и сигар (33j). Среди курящих показатель смертности от этих форм рака почти в 4 раза выше по сравнению с некурящими. Среди курящих также более распространены папиллома и рак мочевого пузыря. Некоторые факты свидетельствуют также о том, что курящая часть населения больше подвержена заболеванию раком поджелудочной железы (56c).

## *Туберкулез легких*

В настоящее время резкое снижение смертности от туберкулеза в развитых странах за период, в течение которого потребление сигарет возросло, показывает, что курение не может играть большой роли в патогенезе этой болезни. Однако планомерные рентгенологические обследования населения Англии (60, 61) и результаты перспективных исследований, проведенных среди врачей этой страны (2) и ветеранов Америки (4), показали, что для курящих сигареты вероятность заболеть туберкулезом и смертности от него больше, чем для некурящих.

Результаты двух исследований заставляют думать, что это вызвано скорее большим потреблением алкоголя среди курящих, чем собственно курением (62, 63).

## *Курение во время беременности*

Широко признается опасность радиации, краснухи и некоторых лекарственных препаратов для плода. Но гораздо менее известно, что мать также подвергает своего ребенка опасности, если она курит во время беременности (48).

В настоящее время имеются неоспоримые доказательства, представленные в результате 7 больших, независимо друг от друга проведенных исследований, что вес детей, рожденных женщинами, курившими во время беременности, в среднем на 150—240 г меньше, чем у детей некурящих матерей, и что у курящих в 2 или 3 раза чаще бывают преждевременные роды. К году дети курящих матерей догоняют по развитию и весу детей некурящих матерей.

Однако последние обследования 8000 беременных женщин выявили более серьезные последствия курения для плода. У куривших во время беременности матерей случаи выкидышей, мертворождаемости или гибели детей вскоре после рождения отмечались в 2 раза чаще, чем у некурящих матерей. Опасность для ребенка возрастает, если будущая мать курит и страдает предэклампсической токсемией. Было подсчитано, что каждый пятый из погибших детей был бы жив, если бы их матери не курили (64).

Пока не установлено, каким образом курение матери влияет на плод. Вредное воздействие на него не связано с питанием матери. Можно предположить, что никотин уменьшает плацентарный кровоток и что плоду вредит карбоксигемоглобинемия (66).

## *Курение и вес тела*

Общая разница между весом взрослых курильщиков и некурящих невелика, но в среднем вес последних немного больше (13k).

Лица, бросившие курить, часто отмечают значительную прибавку в весе. Английские врачи, прекратившие курить, также отмечали увеличение веса, хотя многие из них перешли на диету. В среднем их прибавка в весе составляла 2 кг (67). Это увеличение веса является нормальным последствием усиления питания, но у врачей отмечались и метаболические изменения, способствующие лучшему усвоению пищи после прекращения курения (67a).

Было высказано предположение, что после прекращения курения риск заболевания ишемической болезнью сердца усилится в результате увеличения веса, поэтому есть смысл продолжать курить. Беспочвенность этого предположения видна из того, что смертность лиц, бросивших курить, неуклонно снижается.

## *Психологические последствия прекращения курения*

Было высказано предположение, что энергичная кампания против курения может убедить бросить курить людей, на которых курение действует успокаивающе, что вызовет у них нарушение психики и поведет к употреблению препаратов, более вредных, чем табак. Результаты исследования, проведенного в Англии среди многочисленных врачей, бросивших курить, доказали явные преимущества отказа от курения. В отличие от врачей, продолжавших курить, они отмечали у себя явное усиление работоспособности, уменьшение напряженности, раздражительности и беспокойства (67).

В заключение этого раздела можно сказать, что заболевания, связанные с курением, являются такими важными причинами инвалидности и преждевременной смертности в развитых странах, что борьба с курением в этих странах имеет большее значение для улучшения здоровья и продления жизни, чем любая другая мера в области профилактической медицины.

Можно с уверенностью предсказать, что, если курение сигарет распространится в развивающихся странах, оно принесет с собой инвалидность и смерть. Поэтому в развивающихся странах, как и в развитых, предотвращение курения является важной частью любой программы профилактической медицины.



## Способы борьбы с курением

Существует тенденция пессимистического взгляда на возможность убедить взрослых бросить курить, а молодежь — вообще не начинать. Так как курение сигарет в большинстве стран сравнительно недавно вошло в обиход и оно обычно распространяется быстрее всего именно среди молодых людей, в последние годы резко возросло потребление табака (68). Это справедливо и для тех стран, где показатель числа начавших курить выровнялся за счет последующих поколений молодых людей, в то время как среди лиц старшего возраста стало меньше курящих и меньше злоупотребляющих табаком.

В частности, недавно усвоенная женщинами в большинстве стран привычка курить приводит к росту потребления сигарет, хотя значительное число прежних курильщиков бросили курить. Увеличение населения в целом, особенно взрослого, также отражается на существенном увеличении общего потребления сигарет, даже если показатель потребления табака на душу населения остается неизменным.

Были предприняты отдельные попытки убедить курильщиков бросить курить, а несовершеннолетних — не начинать курить. В целом эти попытки не увенчались успехом (69, 75). С точки зрения санитарного просвещения это не удивительно, так как подобные попытки основывались на убеждении, что если ответственное лицо объявляет о вреде курения сигарет, то одни перестанут курить, другие не начнут. Здесь не принимается во внимание сложность того процесса, в результате которого молодые люди приобретают привычку курить или взрослые перестают это делать, а также причины, побудившие конкретное лицо начать или бросить курить. Решающими факторами здесь могут быть индивидуальные критерии, принятые человеком, его взгляд на значение опасности курения и на роль курения в психологическом или социальном плане, влияние окружающих, которое может либо способствовать, либо, наоборот, воспрепятствовать курению (72).

Любая программа мер по снижению смертности и нетрудоспособности в результате курения преследует три основные цели:

- 1) убедить молодых людей не начинать курить, 2) сократить число курящих и 3) содействовать производству менее вредных сигарет и выработке менее вредных способов курения для курящих (73).

Наиболее важными методами борьбы с вредными для здоровья последствиями курения в настоящее время являются:

1. разъяснительная работа среди молодых людей с целью убедить их не начинать курить;
2. привлечение сотрудников здравоохранения для работы среди курящих;
3. использование групповых средств борьбы с курением взрослых;
4. массовые кампании против потребления сигарет;
5. ограничение рекламы сигарет;
6. изыскание возможностей сделать курение менее вредным.

Данный перечень не устанавливает строгой очередности мероприятий. Действенная программа воспитания молодежи крайне необходима, но вряд ли она даст нужный эффект, пока молодые люди будут окружены огромным числом взрослых курильщиков. Практика показывает, что действенные меры должны проводиться по всем шести перечисленным пунктам более или менее одновременно. Программа, давшая незначительные результаты по всем этим пунктам, оказалась бы, вероятно, более эффективной, чем программа, по которой достигнуты значительные результаты лишь по одному пункту в ущерб пяти остальным.

### *Воспитание молодежи с целью предотвращения курения*

Чрезвычайно важно убеждать молодых людей не начинать курить. Это одна из мер защиты здоровья от вредных последствий потребления сигарет.

Опубликовано несколько исследований по изучению распространения курения среди молодежи (74—82). В целом результаты их показали, что многие дети, находясь среди курящих взрослых или подростков, сами начинают пробовать курить. Одни из них не идут дальше отдельных попыток, другие впоследствии возобновляют курение, третьи быстро проходят ряд различных стадий: эпизодическое курение (по особым поводам и нечасто), частое курение (возрастает количество и разнообразие поводов) и, наконец, регулярное курение, сопровождающееся обычно ношением с собой сигарет. Даже в случае регулярного курения потребление сигарет среди молодежи невелико по сравнению со взрослыми, возможно, из-за цены сигарет и недостатка удобного времени и места для курения. Возраст, в котором проходят все эти стадии, и процент детей, переходящих из одной стадии в другую, могут значительно варьировать в разных обществах.

При изучении отличительных черт курильщиков в каждой возрастной группе были обнаружены некоторые постоянные особенности. Прежде всего важным моментом является принадлежность к курящей семье: чаще курят те дети, у которых курят родители или старшие братья и сестры. Другая особенность — низкий уровень развития: курение более распространено среди тех детей, которые хуже справляются со школьными заданиями и ставят себе более легкие цели. Третья постоянная черта заключается в том, что курящие стремятся к общению друг с другом, однако неясно, в какой мере это помогает усвоению привычки курить или укреплению ее: может быть, это просто следствие тяги друг к другу людей с одинаковыми привычками. Наконец, есть указания на то, что для некоторых детей курение является символом самоутверждения и протеста против правил, установленных семьей или обществом. К сожалению, никто не занимался анализом того, каким образом меняется значение этих особенностей по мере того, как ребенок последовательно проходит каждую стадию, становясь регулярным курильщиком.

Имеются также факты, свидетельствующие в пользу того мнения, что для молодого человека курение может иметь символическое значение, обычно в сфере его взаимоотношения с равными себе. Психологические соображения, которыми руководствуются взрослые курильщики, свойственны также и студентам; по-видимому, дети узнают, что курение сигарет усиливает эмоции (например, обостряет чувство удовлетворения), ослабляет также отрицательные эмоции, такие, как тревога, страх или неуверенность, а в дальнейшем становятся ежедневной потребностью, лишенной всяких эмоций. Остается открытым вопрос, наблюдается ли у молодых людей, выкуривающих лишь несколько сигарет в день, состояние, напоминающее психологическую зависимость, которая характерна для взрослых курильщиков.

Другой характерной чертой курящей молодежи является то, что большая часть ее едва ли придает значение какой-либо угрозе здоровью, если она даст себя знать через 30 или 40 лет, в то время как последние данные о росте заболеваемости и нетрудоспособности в результате курения, особенно в связи с непосредственным воздействием курения на организм и ухудшением дыхательных функций у молодых курильщиков, могли бы иметь большее влияние на молодежь.

Серьезные трудности встречают попытки в рамках школы обучить молодежь иному поведению, нежели то, которое широко принято в окружающем мире, где рекламируются сигареты, где курят сверстники и собственные родители. Поэтому школьные программы, посвященные вреду курения для здоровья,

очень важны, но требуют усовершенствования. Молодым людям нужно предоставить возможность узнавать о последствиях курения при изучении различных дисциплин, в том числе обществоведения, из материалов санитарного просвещения, а также на занятиях по физической подготовке и др.

Так как поведение молодежи формируется не только под влиянием теоретического образования, то личный пример может быть более эффективен, чем всякие наставления; родители и учителя должны воздерживаться от курения. Многие молодые люди находятся под влиянием внешкольных молодежных организаций, поэтому информация об опасных последствиях курения должна поступать и из этих источников, а руководители таких обществ также должны воздерживаться от курения.

Однако следует подчеркнуть, что воспитательная работа среди молодежи, направленная на разъяснение вреда от курения сигарет, не должна проводиться изолированно, сама по себе. Она должна рассматриваться как часть широкой программы обучения, благодаря которой молодежь сможет глубже понять проблемы личной гигиены. Очевидно, что вопрос о курении является только одним из тех вопросов, которые должен решить человек, устанавливая нормы своего поведения (83). При этом важную роль играют прочно заложенные основы гигиенического воспитания и сознания того, что хорошее здоровье — бесценное благо, что правильное личное поведение — залог хорошего здоровья и что плохое здоровье является следствием не только неудачно сложившихся обстоятельств, но часто собственного бесконтрольного поведения. Санитарное просвещение в школах и университетах играет важную роль в понимании последствий курения для здоровья человека.

Первый этап улучшения санитарного просвещения в школах и высших учебных заведениях — повышение качества подготовки преподавательского состава. Это необходимо сделать как в педагогических институтах, так и на курсах усовершенствования для преподавателей. Учителей, уже закончивших или завершающих свое обучение, необходимо ознакомить с вредным воздействием курения на здоровье человека и проинструктировать в отношении методов разъяснения этого вопроса детям.

### *Роль работников здравоохранения*

Многие врачи в ряде стран перестали курить (84—87, 113, 114). Этому примеру стали следовать студенты-медики. Работники здравоохранения в настоящее время отдают себе полный отчет в том, какую серьезную угрозу здоровью представляет собой курение сигарет, и понимают, что прекращение курения предотвратит многие хронические заболевания. Так как эти ра-

ботники пользуются авторитетом, они могут различными средствами, в том числе личным примером, повлиять на отношение общества к курению.

Недавно в США проводился Национальный форум по проблемам борьбы с курением (88), организованный Американским колледжем врачей—специалистов по легочным заболеваниям и Службой общественного здравоохранения США. Форум принял следующие рекомендации:

Врачи в своих кабинетах должны по крайней мере:

- 1) *опрашивать* всех своих пациентов об их привычках курения;
- 2) *информировать* каждого пациента о риске, связанном с продолжением курения, и о пользе отказа от него;
- 3) энергично *противодействовать* курению своими советами.

Эта минимальная программа не займет много дополнительного времени. Но чтобы внести максимальный вклад в борьбу с курением, врачи должны активно помогать пациентам в их попытках бросить курить.

Кроме того, форум подчеркнул возможность для каждого врача создать условия, способствующие прекращению курения; здесь очень важно, чтобы сам врач и его сотрудники отказались от курения. Форум рекомендовал проведение систематических обследований для выявления ранних нарушений функции легких, а также других способов для обнаружения ранних последствий курения. Основное внимание, однако, должно уделяться ответственности врачей за агитацию против курения сигарет. Отчет форума включает 3 работы, касающиеся помощи лицам, бросившим курить (89—91).

Роль работников здравоохранения в санитарном просвещении должна быть усилена; поэтому необходимо, чтобы в программу их обучения включались сведения о воздействии курения сигарет на здоровье. Еще важнее возбудить у молодых сотрудников здравоохранения стремление к тому, чтобы их больные осознали, какую большую роль в профилактике болезней играет отказ от курения сигарет.

### *Групповые подходы к борьбе против курения взрослых*

Если на большой процент молодежи можно воздействовать в процессе их общего обучения, то средства воздействия на взрослых гораздо более разнообразны. Многие из них являются членами профессиональных, религиозных, культурных, спортивных и других организаций, с помощью которых можно вести разьяснительную работу. Попытки воздействовать на курящих таким путем пока еще редки и носят эпизодический характер, а могли бы быть более систематическими.

Те немногие попытки, которые предпринимались с целью воздействовать на курильщиков в рамках привычного коллек-

тива, ограничивались обычно распространением плакатов и брошюр, чтением лекций и показом фильмов, посвященных вредным последствиям курения сигарет. Возбужденный таким путем страх перед последствиями курения может быть столь велик, что человек, неспособный отказаться от вредной привычки, будет избегать смотреть или слушать что-либо на эту тему. В общем результаты отдельных попыток в этой области не обнадеживают (69, 70). Возможно, что внушение тревоги курящим или организация специальных клиник для тех немногих, кто решил бросить курить и нуждается в помощи, окажется недостаточной мерой для решения проблемы.

В настоящее время проводится интенсивное изучение процесса прекращения курения, тех факторов, которые влияют на поведение людей, бросающих курить, и взаимодействие этих факторов (92—94). Хотя эти исследования далеки от завершения, уже сейчас ясно, что процесс прекращения курения начинается с простого осознания опасности, которую оно таит; затем приходит более глубокое понимание угрозы для здоровья, связанной с курением, наконец делается попытка отказаться от вредной привычки. Успех зависит от немедленного решения оставить курение (краткосрочный успех) и решения не возобновлять его (долгосрочный успех). Факторы, связанные с различными стадиями процесса (от осознания опасности до длительного воздержания от курения), также могут быть различными. Вероятно, чем дальше идет процесс, тем важнее становятся индивидуальные каналы информации по сравнению с массовыми. Осознание вреда курения может быть усилено с помощью массовой и групповой информации, а также с помощью личных контактов. Однако решение прекратить курить и дальнейший постоянный отказ от курения полностью зависят, по видимому, от коллективной поддержки и личных факторов (83).

Имеется обширная литература для оказания помощи тем, для кого отказ от курения представляет большую трудность (95). К счастью, среди тех, кто хочет бросить курить, эта группа лиц малочисленна. Особое значение могут иметь программы разъяснительной работы среди курящих, подвергающихся воздействию производственных загрязнителей, которые еще более усиливают риск заболевания дыхательных органов, в том числе раком легкого. Вообще говоря, группы населения, подверженные заболеваниям, которые чаще встречаются у курящих, чем у некурящих, извлекают самую большую пользу для здоровья, когда они бросают курить.

Первостепенная задача многих стран с точки зрения борьбы с курением — заставить наибольшее число курящих задуматься о последствиях их вредной привычки и принять нужное решение.

## *Массовые подходы к борьбе с курением сигарет*

Массовые методы воздействия на население представляются очень эффективными, учитывая широкие масштабы кампаний против курения сигарет в тех странах, которые больше всего страдают от этого явления. Однако опыт массовой разъяснительной работы в этой области, как и в других областях здравоохранения, показывает, что нужно тщательно рассмотреть все достоинства и недостатки методов массового воздействия (71).

Хотя как массовое, так и индивидуальное воздействие может повлиять на процесс отказа от курения на любой его стадии, обычно массовый метод наиболее действен вначале, особенно когда речь идет о том, чтобы люди осознали вред курения, задумались об опасностях его для здоровья, в то время как индивидуальное воздействие в целом более важно в конце этого процесса. Сочетание массовых и индивидуальных средств воздействия, таким образом, имеет огромное значение.

Но массовый метод, ценность которого заключается в возможности охватить большое число людей, не дает нужного эффекта, если он несет информацию, противоречащую тому, что человек узнает из индивидуальных источников. Таким образом, человек, получающий медицинскую информацию с помощью массового метода воздействия, не всегда будет действовать согласно ей, если только она не подтвердится лицом, авторитетным для данного индивида. Вот почему массовое воздействие требует активной поддержки со стороны работников здравоохранения.

Одна из попыток такого воздействия в США заключалась в требовании с января 1966 г. на каждой пачке сигарет, продаваемых в стране, печатать следующее предупреждение: «Берегитесь! Курение сигарет может принести вред вашему здоровью!» Был принят закон, усиливающий предупреждение, который должен войти в силу в конце 1970 г. Невозможно определить, повлияло ли это предупреждение (а если повлияло, то как) на выравнивание кривой потребления сигарет, которое отмечалось в 1966 г. и в первой половине 1967 г., а потом на спад в их потреблении, начавшийся во второй половине 1967 г. и с тех пор продолжающийся. Однако одного результата это предупреждение достигло несомненно: оно ответило на распространенный аргумент, выдвигаемый против всех научных доказательств, что если бы курение сигарет было действительно вредным, правительство попыталось бы ограничить их потребление. Возможно, что сделан первый и важный шаг, хотя эта мера сама по себе недостаточно эффективна.

## *Сокращение рекламирования сигарет*

Учитывая вред, причиняемый курением, трудно понять, каким образом в течение столь длительного времени остается дозволенным усиленное рекламирование сигарет. Так как последствия курения теперь более широко известны, возникает чувство протеста против безответственного рекламирования продукта, который может повредить потребителю. При отсутствии полного запрета на рекламирование сигарет на первом этапе необходимо установить более строгие ограничения в этой сфере рекламы. В интересах общества представляется разумным изменить рекламирование сигарет так, чтобы оно не привлекало детей и молодых людей. Реклама не должна внушать, что курение сигарет помогает человеку добиться положения в обществе или служит привлекательной чертой для противоположного пола. Она не должна быть слишком широкой, но обязана информировать потребителя о качестве предлагаемого товара.

В нескольких странах правительствами, службами информации, а иногда и самими производителями табачных изделий были сделаны попытки сократить рекламирование сигарет, особенно по телевидению и радио, так как эти средства рекламы широко доступны детям. Печатную рекламу обычно не ограничивают, но был установлен контроль за ее содержанием. Ограничительные меры не касались и рекламных объявлений на дорогах, хотя они также доступны детям. Эта проблема решается по-разному в разных странах в зависимости от степени распространения рекламы сигарет.

К сожалению, определить результаты подобных мер трудно. Лица, занятые рекламой сигарет, утверждают, что их цель в условиях конкуренции — усилить спрос со стороны тех, кто уже курит, а не породить курильщиков среди молодых людей. В любом случае, чтобы ограничительные меры были действенными, их необходимо дополнить эффективным санитарным просвещением молодежи; важно также, чтобы происходило сокращение числа курящих среди взрослых, с которых молодежь берет пример: родителей, работников здравоохранения, учителей и так называемых кумиров молодежи.

Вероятно, наиболее важным результатом ограничения или прекращения рекламирования сигарет является тот факт, что эти меры символизируют заботу общества о здоровье людей и таким образом устраняют впечатление, что общество одобряет курение.

Краткий обзор мер, принятых с целью сократить рекламирование сигарет, показывает, насколько разнообразны эти меры. Так, в Чехословакии, Италии и Швейцарии запрещено рекламирование сигарет по телевидению и радио. В таких стра-



нах, как Дания, Норвегия и Швеция по телевидению и радио не разрешено коммерческое рекламирование вообще, следовательно, и рекламирование сигарет. В Финляндии рекламирование сигарет по радио и телевидению допускается только с 9 часов вечера, при этом нельзя показывать человека с сигаретой во рту, а только в руке. Финская радиовещательная корпорация недавно объявила о решении прекратить рекламирование сигарет по телевидению к концу 1970 г. Телевидение ФРГ до 7 часов вечера не рекламирует сигареты и не показывает затягивающихся курильщиков. Во Франции и Англии запрещено рекламирование сигарет по телевидению. В США недавно принят аналогичный закон, который вступил в силу со 2 января 1971 г.; причем фонды, предназначенные для теле- и радиорекламы, не будут переданы для других видов рекламы. В Ирландии введено временное запрещение рекламирования сигарет по телевидению и радио (с апреля 1969 г. по март 1972 г.). В феврале 1969 г. в Аргентине запрещена реклама сигарет по телевидению, радио и в кино в течение одного года. В Канаде несколько лет назад было запрещено рекламирование сигарет по радио и телевидению до 9 часов вечера; сейчас государственная радиовещательная корпорация и несколько независимых радиостанций полностью прекратили рекламирование сигарет. В Исландии не разрешено рекламирование табачных изделий по телевидению.

В некоторых странах принято решение пересмотреть содержание рекламы. Установлены правила, касающиеся выбора тем, времени и места для рекламирования, обращений к выдающимся деятелям для одобрения рекламы, призывов к молодежи. Таким образом, правила имеют отношение ко всем формам рекламы.

В других странах намечено принять подобные правила. Однако во многих странах ничего не предпринимается в этом направлении и нет никаких признаков того, что борьбе с курением придается какое-либо значение.

### *Менее вредные формы курения*

Так как, несмотря на все попытки убедить людей бросить курить, многие продолжают это делать, следует приложить все силы к тому, чтобы, насколько это возможно, защитить их от вредных последствий курения, одновременно внушая им, что единственной настоящей защитой является отказ от курения вообще. Поэтому необходимо продолжать исследование с целью получить менее вредные сигареты и разработать менее вредные способы курения (95). Сведения по этому вопросу должны широко пропагандироваться. Следует также задуматься над

возможностью ограничить количество вредных веществ в сигаретах. Первоочередное внимание нужно уделить определению этих веществ и уменьшению их концентрации.

В настоящее время в нескольких странах предпринимаются попытки ввести в обиход сигареты с меньшим содержанием смолы и никотина. В Канаде, Швеции и США результаты стандартизированных определений содержания смолы и никотина в большинстве сортов сигарет, имеющих в продаже, доведены до сведения покупателей. В отчете Канадского правительственного комитета предлагается установить максимальный уровень допустимого содержания смолы и никотина (97). Табачная монополия в Австрии сообщила, что она снизила в сигаретах содержание смолы и никотина. В Японии полугосударственная табачная монополия объявила о своем намерении ввести три новых сорта сигарет в 1970 г. со значительно сниженным содержанием смолы и никотина; курящих будут убеждать оставлять недокуренной последнюю треть сигареты.

В США служба общественного здравоохранения начала проводить кампанию под названием «Если Вы не можете не курить», в ходе которой курящих убеждают: 1) курить меньше; 2) менее глубоко затягиваться; 3) сокращать частоту затяжек; 4) оставлять более длинным выбрасываемый окурок; 5) пользоваться сигаретами с меньшим содержанием смолы и никотина. Эта кампания активно проводится с помощью радио, телевидения и печати. Многие из тех, кого беспокоят последствия курения, но кто не в состоянии прекратить курить, приветствуют это начинание. Другие выражают недовольство, считая, что кампания способствует продолжению курения тех, кто, возможно, отказался бы от него. Пока еще рано судить о результатах, однако сторонники кампании считают, что она помогает убедить в опасности курения большую группу людей, до сих пор игнорировавших всю информацию по этому вопросу.

Тот факт, что при курении трубки или сигары люди подвергаются меньшему риску, чем при курении сигарет, подтверждает предположение, что можно выработать менее опасные формы курения.

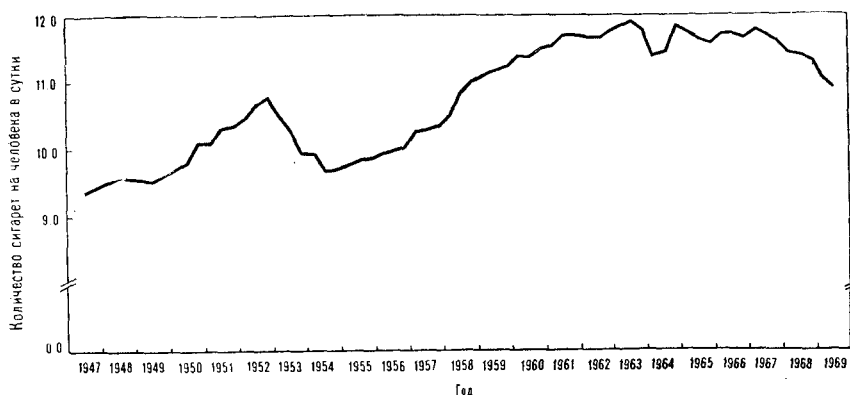
Судя по последним сообщениям о развитии рака легкого и хронических заболеваний органов дыхания у животных, вдыхавших дым сигарет, скоро появится возможность сравнительно биологического испытания вредного действия сигарет, изготовленных из разных сортов табака и с различными видами добавок и фильтров. Пока же самые последние данные продолжают свидетельствовать в пользу того мнения, что сигареты со сниженным содержанием смолы и никотина при равных дозах других веществ менее вредны. Имеются сведения о том, что это относится и к сигаретам с фильтром.

Необходима постоянная оценка влияния изменений в составе сигарет на здоровье. За это должны нести ответственность руководители здравоохранения (97a).

### Опыт одного из государств-членов

Опыт США показал, что потребление сигарет можно значительно сократить. На рис. 5 показано потребление сигарет на душу населения с 1950 по 1969 г. Увеличение показателя в 1950—1952 гг. объясняется в большой степени увеличением чис-

РИС. 5. ТЕНДЕНЦИИ СУТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ СИГАРЕТ НА ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ В США <sup>а</sup>



<sup>а</sup> Цифры, отражающие потребление сигарет на душу населения, представляют собой средние величины, вычисленные за период 12 месяцев между указанными датами. Каждая точка на графике относится к середине этого 12-месячного периода. Так, например, цифра 9,81 за период времени, кончающийся 31 декабря 1950 г., соответствует середине этого 12-месячного периода. Так, например, цифра 9,81 за период времени, кончающийся 31 декабря 1950 г., соответствует середине этого 12-месячного периода. Так, например, цифра 9,81 за период времени, кончающийся 31 декабря 1950 г., соответствует середине этого 12-месячного периода. Так, например, цифра 9,81 за период времени, кончающийся 31 декабря 1950 г., соответствует середине этого 12-месячного периода.

ла курящих женщин. Спад в 1953 г., вероятно, явился результатом первого появления в широкой прессе сообщения о ретроспективных исследованиях, опубликованных в 1950 г. и связывающих рак легкого с курением (98—101). Спад в 1954 г. последовал после отчета Hammond и Horn (102) о первом большом перспективном исследовании о влиянии курения сигарет на общую смертность, включая данные о связи курения с ишемической болезнью сердца и заболеваниями органов дыхания, помимо рака легких. Последующие исследования показали, что в 1953—1954 гг. потребление сигарет в основном снижалось за

счет мужчин с университетским образованием (103—105). Последующее увеличение потребления сигарет, начиная с 1954 г., было медленным, затем возросло и к 1958 г. превысило предыдущий максимальный уровень.

Отдельные сообщения о научных исследованиях в области курения имели незначительное влияние на потребление сигарет до 1962 г., когда сообщение Королевского колледжа врачей (106) вызвало выравнивание кривой. В 1964 г. появился отчет Консультативного комитета, представленный главному хирургу (13). Этот отчет широко освещался по радио, телевидению и в прессе и вызвал сразу же резкий спад потребления сигарет. Однако приблизительно через 6 месяцев потребление сигарет начало расти и почти достигло максимального показателя на душу населения, зарегистрированного непосредственно перед появлением этого отчета. После этого в течение 2 лет показатель потребления сигарет на душу населения почти не менялся. За этой стабилизацией скрывался тот факт, что, хотя все больше людей отказывалось от курения, участились случаи курения среди женщин, что и уравнивало уровень потребления сигарет на душу населения. Затем, по всей вероятности, с начала второй половины 1967 г. начался спад, который продолжался, все более усиливаясь, около двух с половиной лет. Общее потребление сигарет в США снизилось с 75,2 млн. пачек в день в 1967 г. до 74,5 млн. в 1968 г., а затем приблизительно до 72,5 млн. в 1969 г., несмотря на прирост населения около 3 млн. человек в год (включая примерно 2 млн. взрослых). Соответственно потребление на душу населения сократилось с 11,73 сигареты в день среди лиц в возрасте 18 лет и старше в 1967 г. до 11,44 сигареты в 1968 г. и до 10,94 в 1969 г. Общее потребление сигарет в 1969 г. снизилось на 3,7% по сравнению с предыдущим максимальным уровнем, а потребление на душу населения — на 7,8% по сравнению с максимальным показателем после появления отчета в 1964 г.

Обширное перспективное эпидемиологическое исследование изменений в поведении группы курящих в США приближается к концу (107). Оно должно определить особенности тех лиц, которые пытались бросить курить, сравнительно с теми, кто не пытался это сделать, а среди первой группы тех, кто преуспел в этом, и тех, чьи попытки были безуспешными. Исследование, возможно, поможет лучше понять причины перемен в поведении курящих. Перемены, которые уже произошли, отразились в следующем подсчете: в США из 50 млн. взрослых, регулярно куривших сигареты в 1966 г., примерно 7—8 млн., а возможно, и больше отказались от курения.

Трудно с уверенностью определить причины этого явления. Исследования, проведенные в 1964 и 1966 гг. (105), выявили

высокий процент курящих, готовых бросить курить, однако до второй половины 1967 г. никаких значительных перемен в этом отношении не произошло. Позднее, весной и летом 1967 г., в прессе широко освещалось несколько научных сообщений о курении и о различных политических мероприятиях, направленных на борьбу с ним. По решению правительства, принятому в это время, были подготовлены короткометражные телевизионные фильмы (длительностью от 20 сек до 1 мин) о влиянии курения сигарет на здоровье. Хотя сокращение курения иногда и приписывается широкой популяризации этих фильмов, оно началось раньше. Поэтому более вероятно, что телевизионные фильмы помогли поддержать и укрепить тенденцию, которая явилась результатом других влияний. Возможно, что за несколько лет усилилось осознание вреда курения и тогда начали сказываться результаты проводимой в широких масштабах национальной программы, которая выполняется по всем шести перечисленным выше пунктам. Отказ от курения — акт индивидуальный, но, если достаточно большое число людей бросает курить, создается благоприятная атмосфера, помогающая курильщикам отказаться от вредной привычки. Этот факт может объяснить быстрое увеличение числа людей, бросающих курить, и вселяет надежду на то, что, если такой процесс начался, можно рассчитывать на его возрастающий успех. Если это так, перспективы борьбы с курением сигарет благоприятны.

Чтобы органы общественного здравоохранения могли успешно бороться с курением, необходимы эффективная программа мероприятий и исполнительная организация. В США для этого созданы две независимые друг от друга, но тесно связанные организации: Национальный центр по сбору данных о курении и здоровье, функционирующий в рамках Службы общественного здравоохранения США, и Национальный совет агентств по вопросам курения и здоровья — свободное объединение 30 агентств страны, которое координирует работу, распространяет информацию и обеспечивает, если требуется, согласованность действий. Совет включает представителей профессиональных объединений работников здравоохранения, добровольных организаций здравоохранения, учебных профессиональных объединений, правительственных органов и ассоциаций в сфере обслуживания. Совет способствует увеличению эффективности работы многочисленных организаций, которые занимаются борьбой с курением наряду со многими другими проблемами. Национальный центр по сбору данных исследует проблему курения во всех аспектах. Без этих двух органов вряд ли можно было бы разработать эффективную программу.

## Рекомендации

Ввиду серьезной опасности, которую представляет для здоровья курение сигарет, ответственные органы здравоохранения совместно с учебными заведениями, профессиональными организациями здравоохранения, добровольными ассоциациями и другими учреждениями должны принять необходимые меры. Правительствам следует разработать план борьбы с курением и учредить постоянный центральный совет или другой орган для подготовки специальных программ, а также для осуществления координации и контроля за проводимыми мероприятиями. Такие программы должны быть соответствующим образом финансированы и обеспечены необходимым штатом и оборудованием. Необходимо решить следующие задачи:

1. Принять закон, устанавливающий допустимое содержание смолы и никотина в сигаретах, которое должно быть указано на упаковках и в рекламных объявлениях вместе с предупреждением об опасности курения для здоровья.

2. Сократить рекламирование сигарет, имея в виду в конечном счете отказаться от него совсем.

3. Рекомендовать работникам здравоохранения:

*a)* воздерживаться от курения, служить примером для окружающих, убеждать больных и членов их семей отказаться от курения;

*b)* убеждать молодых людей не начинать курить;

*c)* демонстрировать, где возможно, вредные последствия курения сигарет с помощью различных методов обследования;

*d)* способствовать тому, чтобы мероприятия против курения являлись составной частью программ медицинского и санитарного обслуживания в целом, принимать активное участие в санитарном просвещении в области борьбы с курением.

4. Рекомендовать органам здравоохранения поддерживать следующие меры:

*a)* отказ от курения в больницах и других учреждениях здравоохранения;

*b)* отказ от курения в клиниках, амбулаториях, врачебных кабинетах и консультациях;

*c)* учреждение консультаций по борьбе с курением в больницах и поликлинических отделениях;

*d)* отказ от курения всех работников здравоохранения, особенно в присутствии больных или молодежи;

- e) отказ от курения в общественных местах и в транспорте;
- f) максимально широкое информирование населения об опасных последствиях курения.

5. Обязать медицинские учебные заведения, а также учреждения санитарного просвещения следить за тем, чтобы все студенты были полностью осведомлены об опасных последствиях курения для здоровья.

6. Обязать органы здравоохранения сотрудничать с органами образования в подготовке такого важного элемента программы санитарного просвещения для школ, педагогических институтов, университетов и других учебных организаций, как материалы об опасных последствиях курения для здоровья.

7. Усилить исследовательскую работу по изучению эффективности санитарного просвещения, направленного против курения сигарет; лучше использовать существующие методы.

8. Включить материалы об опасных последствиях курения в программы промышленной гигиены на производственных предприятиях.

9. Обязать органы здравоохранения сотрудничать с правительственными органами, вооруженными силами, профессиональными организациями здравоохранения и другими ассоциациями (религиозные объединения, спортивные клубы, мужские и женские клубы) в проведении мер, направленных на выявление опасности курения для здоровья.

10. Рассмотреть возможность установления в соответствии с законом пределов содержания в сигаретах различных вредных компонентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Committee on Commodity Problems, Forty-fourth Session (1969) *Review of trends and problems in the world tobacco economy*, Rome, FAO, para. 5
2. Doll, R. & Hill, A. B. (1964) Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. *Brit. med. J.*, 1, 1399, 1460
3. Hammond, E. C. (1966) *Smoking in relation to the death rates of one million men and women*. In: Haenszel, W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Bethesda, Md. (*Nat. Cancer Inst. Monogr.*, No. 19), p. 127
4. Kahn, H. A. (1966) *The Dorn study of smoking and mortality among US veterans: report on eight and one-half years of observation*. In: Haenszel, W., ed., *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*, Bethesda, Md. (*Nat. Cancer Inst. Monogr.*, No. 19), p. 1
5. Best, E. W. R. (1969) *A Canadian study of smoking and health*, Ottawa, Department of National Health and Welfare

6. Berkson, J. (1959) The statistical study of association between smoking and lung cancer. *Proc. Mayo Clin.*, **34**, 206
7. Brownlee, K. A. (1965) A review of "Smoking and Health". *J. Amer. statist. Ass.*, **60**, 722
8. Fisher, R. A. (1959) *Smoking. The cancer controversy*, Edinburgh, Oliver & Boyd
9. Finklea, J. F., Sandifer, S. & Smith, D. D. (1969) Cigarette smoking and epidemic influenza. *Amer. J. Epid.*, **90**, 390
- 9a. Auerbach, O., Stout, A. P., Hammond, E. C. & Garfinkel, L. (1962) Bronchial epithelium in former smokers. *New Engl. J. Med.* **267**, 119
- 9b. Auerbach, O., Hammond, E. C. & Gareinkel, L. (1970) Histologic changes in the larynx in relation to smoking habits. *Cancer*, **25**, 92
10. Pascua, M. (1952) Evolution of mortality in Europe during the twentieth century. *Cancer mortality. Epidem. vital Statist. Rep.*, **5**, 1
11. Pascua, M. (1955) Increased mortality of the respiratory system. *Bull. Wld Hlth Org.*, **12**, 687
- 12a. Segi, M. & Kurihara, M. (1966) *Cancer mortality for selected sites in 24 countries, No. 4 (1962—1963)*, Sendai, Japan, Department of Public Health, Tohoku University School of Medicine
- 12b. Segi, M., Kurihara, M. & Matsuyama, T. (1969) *Cancer mortality for selected sites in 24 countries, No. 5 (1964—1965)*, Sendai, Japan, Department of Public Health, Tohoku University School of Medicine
13. US Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health (1964) *Smoking and health; report*, Washington, DC, US Department of Health, Education, and Welfare (Public Health Service Publication No. 1103); (a : p. 152—154; b : p. 104; c : p. 159; d : p. 167; e : p. 287; f : p. 289—293; g : p. 270; h : p. 325; j : p. 339; k : p. 384)
14. Jones, D. L. (1966) An epidemiological study of certain aspects of lung cancer in New South Wales. *Med. J. Aust.*, **1**, 765
15. Larson, P. S. & Silvette, H. (1968) *Tobacco. Experimental and clinical studies. A comprehensive account of the world literature*, London, Baillière, Tindall & Cox, Suppl. 1 (a : p. 513)
16. Graham, S. (1968) Cancer of the lung related to smoking behavior. *Cancer*, **21**, 523
17. Brett, G. Z. & Benjamin, B. (1968) Smoking habits of men employed in industry, and mortality. *Brit. med. J.*, **2**, 82
18. Dark, J., O'Connor, M., Pemberton, M. & Russell, M. H. (1963) Relighting of cigarettes and lung cancer. *Brit. med. J.*, **2**, 1164
19. Bross, I. D. J. & Gibson, R. (1968) Risks of lung cancer in smokers who switch of filter cigarettes. *Amer. J. publ. Hlth*, **58**, 1396
20. Abelin, T. & Gsell, O. R. (1967) Relative risk of pulmonary cancer in cigar and pipe smokers. *Cancer*, **20**, 1288
- 20a. Royal College of Physicians (1971) *Smoking and health now*, London Pitman Medical
21. Randig, K. (1955) Zur Atiologie des Lungenkrebses. *Dtsch. med. Wschr.*, **80**, 718
22. Doll, R. (1959) Occupational lung cancer: a review. *Brit. J. Industr. Med.*, **16**, 181
23. Hueper, W. C. & Conway, W. D. (1964) *Chemical carcinogenesis and cancers*, Springfield, Ill., Chales C. Thomas
24. Wada, S. et al. (1963) Neoplasms of the respiratory tract in poison gas workers. *J. Hiroshima med. Ass.*, **16**, 788
25. Lundin, F. E. jr, Lloyd, J. W., Smith, E. M., Archer, V. E. & Holaday, D. A. Mortality of uranium miners in relation to radiation exposure, hard-rock mining and cigarette smoking—1950 through September 1967. *Hlth Phys.*, **16**, 571
26. Doll, R., Fisher, R. E. W., Gammon, E. J., Gunn, W., Hughes, G. O., Tyrer, F. H. & Wilson, W. (1965) Mortality of gas workers with special



- reference to cancers of the lung and bladder, chronic bronchitis, and pneumoconiosis. *Brit. J. industr. Med.*, 22, 1
27. Wynder, E. L. & Hoffman, D. (1965) *Tobacco and tobacco smoke. Studies in experimental carcinogenesis*, New York, Academic Press
  28. Auerbach, O. et al. (1970) Effects of cigarette smoking upon dogs. II. Pulmonary neoplasms. *Arch. environ. Hlth*, 21, 754
  29. Fletcher, C. M. (1968) *Cigarettes and respiratory disease*. In: Goodman, H. A., ed. *World Conference on Smoking and Health; a summary of the proceedings*, New York, American Cancer Society, p. 78
  30. Hammond, E. C. (1965) Evidence on the effects of giving up cigarette smoking. *Amer. J. publ. Hlth*, 55, 682
  31. Wilhelmsen, L. (1967) Effects on bronchopulmonary symptoms, ventilation and lung mechanics of abstinence from cigarette smoking. *Scand. J. resp. Dis.*, 48, 407
  32. Peterson, D. I., Lonergan, L. H. & Hardinge, M. G. (1968) Smoking and pulmonary function. *Arch. environ. Hlth*, 16, 215
  33. US Department of Health, Education, and Welfare (1967) *The health consequences of smoking. A Public Health Service review: 1967*, Washington, DC (Public Health Service Publication No. 1696); (a : p. 99—101; b : p. 106; c : p. 107; d : p. 104; e : p. 65; f : p. 60—64; g : p. 62; h : p. 66—69; j : p. 185)
  34. Streider, D. J., Murphy, R. & Kazemi, H. (1968) Hypoxaemia in asymptomatic smokers. *Clin. Res.*, 16, 376
  35. Krumholz, R. A., Chevalier, R. B. & Ross, J. C. (1965) Changes in cardiopulmonary functions related to abstinence from smoking. Studies in young smokers at rest and exercise at three and six weeks of abstinence. *Ann. intern. Med.*, 62, 177
  36. Burrows, B. & Earle, H. (1969) Course and prognosis of chronic obstructive lung disease. A prospective study of 200 patients. *New Engl. J., Med.*, 280, 397
  37. Lamb, D. & Reid, L. (1969) Goblet cell increase in rat bronchial epithelium after exposure to cigarette and cigar tobacco smoke. *Brit. med. J.*, 1, 33
  38. Royal College of Physicians (1970) *Air pollution and health*, London, Pitman Medical
  39. Lowe, C. R. (1968) Chronic bronchitis and occupation. *Proc. roy. Soc. Med.*, 61, 98
  - 40<sup>a</sup>. Sluis-Cremer, G. K., Walters, L. G. & Sichel, H. S. (1967) Chronic bronchitis in miners and non-miners: an epidemiological survey of a community in the gold area of the Transvaal. *Brit. J. industr. Med.*, 24, 1
  - 40<sup>b</sup>. Sluis-Cremer, G. K., Walters, L. G. & Sichel, H. S. (1967) Ventilatory function in relation to mining experience and smoking in a random sample of miners and non-miners in a Witwatersrand town. *Brit. J. industr. Med.*, 24, 13
  41. Lowe, C. R. (1969) Industrial bronchitis. *Brit. med. J.*, 1, 463
  42. Clarke, B. G., Guyatt, A. R., Alpers, J. H., Fletcher, C. M. & Hill, I. D. (1970) Changes in airways conductance on smoking a cigarette. A study of repeatability and of the effect of particulate and vapour phase filters. *Thorax*, 25, 418
  43. Borhani, N. O., Hechter, H. H. & Breslow, L. (1963) Report of a ten-year follow-up study of the San Francisco longshoremen. Mortality from coronary heart disease and from all causes. *J. Chron. Dis.*, 16, 1251
  44. Morris, J. N., Kagan, A., Pattison, D. C., Gardner, M. J. & Raffle, P. A. B. (1966) Incidence and prediction of ischaemic heart disease in London busmen. *Lancet*, 2, 553
  45. Paul, O., Lepper, M. H., Phelan, W. H., Dupertuis, G. W., MacMillan, A., McKean, H. & Park, H. (1963) A longitudinal study of coronary heart disease. *Circulation*, 20, 20

46. Shapiro, S., Weinblatt, E., Frank, C. W. & Sager, R. V. (1969) Incidence of coronary heart disease in a population insured for medical care. *Amer. J. publ. Hlth*, **59**, suppl.
47. Stamler, J. (1968) Cigarette smoking and atherosclerotic coronary heart disease. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, **44** (2nd series), 1476
48. US Department of Health, Education, and Welfare (1969) *The health consequences of smoking. 1969 supplement to the 1967 Public Health Service review*, Washington, DC (Public Health Service Publication No. 1696—2)
49. US National Heart Institute (1966) *The Framingham heart study, Habits and coronary heart disease*, Bethesda, Md. (Public Health Service Publication No. 1515)
50. Sackett, D. L. & Winkelstein, W. (1967) The relationship between cigarette usage and aortic atherosclerosis. *Amer. J. Epidem.*, **86**, 264
51. Spain, D. M. & Nathan, D. L. (1961) Smoking habits and coronary atherosclerotic heart disease. *J. Amer. med. Ass.*, **177**, 683
52. Viel, B., Donoso, S. & Salcedo, D. (1968) Coronary atherosclerosis in persons dying violently. *Arch. intern. Med.*, **122**, 97
53. Truett, J., Cornfield, J. & Kannel, W. (1967) A multivariate analysis of the risk of coronary heart disease in Framingham. *J. chron. Dis.*, **20**, 511
54. Meade, T. W., Arie, T. H. D., Brewis, M., Bond, D. J. & Morris, J. N. (1968) Recent history of ischaemic heart disease and duodenal ulcer in doctors. *Brit. med. J.*, **3**, 701
55. Webb, W. R., Wax, S. D. & Sugg, W. L. (1968) Cigarette smoke and fibrillation threshold in dogs. *Clin. Res.*, **16**, 74
56. US Department of Health, Education, and Welfare (1968) *The health consequences of smoking. A Public Health Service review: 1967*, Washington, DC (Public Health Service Publication No. 1696. Revised January 1968); (a: p. 34—37; b: p. 38—40; c: p. 103)
57. Pentecost, B. & Shillingeord, J. (1964) The acute effects of smoking on myocardial performance in patients with coronary arterial disease. *Brit. Heart. J.*, **26**, 422
58. Batterman, R. C. (1955) The gastrointestinal tract. In: Wynder, E. L., ed., *The biologic effects of tobacco*, Boston, Little, Brown, p. 133
59. Doll, W. R., Jones, F. A. & Pygott, F. (1958) Effect of smoking on production and maintenance of gastric and duodenal ulcer. *Lancet*, **1**, 657
60. Lowe, C. R. (1959) An association between smoking and respiratory tuberculosis. *Brit. med. J.*, **2**, 1081
61. Adelstein, A. M. & Rimington, J. (1967) Smoking and pulmonary tuberculosis: an analysis based on a study of volunteers for mass miniature radiography. *Tubercle (Edinb.)*, **58**, 219
62. Brown, K. E. & Campbell, A. H. (1961) Tobacco, alcohol and tuberculosis. *Brit. J. Dis. Chest*, **55**, 150
63. Lewis, J. G. & Chamberlain, D. A. (1963) Alcohol consumption and smoking habits in male patients with pulmonary tuberculosis. *Brit. J. prev. soc. Med.*, **17**, 149
64. Russell, C. S., Taylor, R. & Law, C. E. (1968) Smoking in pregnancy, maternal blood pressure, pregnancy outcome, baby weight and growth, and other related factors. *Brit. J. prev. soc. Med.*, **22**, 119
65. Mulcahy, R. & Knaggs, J. F. (1968) Effect of age, parity, and cigarette smoking on outcome of pregnancy. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, **101**, 844
66. Young, I. M. & Pugh, L. G. (1963) The carbon monoxide content of foetal and maternal blood. *J. Obst. Gynaec. Brit. Cwllth*, **70**, 681
67. Fletcher, C. M. & Doll, R. (1969) A survey of doctors' attitudes to smoking. *Brit. J. prev. soc. Med.*, **23**, 145
- 67<sup>a</sup>. Glanser, S. C. et al. (1970) Metabolic changes associated with the cessation of smoking. *Arch. environm. Hlth*, **20**, 377

68. Beese, D. H., ed. (1968) *Tobacco consumption in various countries*, 2nd ed., London, Tobacco Research Council (*Research Papers* No. 6)
69. Young, M. A. C., ed. (1967) *Studies related to smoking in adults*. In: *What people know, believe, and do about health*, New York, Society of Public Health Educators (*Hlth Educ. Monogr.*, No. 23), p. 57
70. Young, M. A. C., ed. (1967) *Studies related to fear-arousing communications*. In: *Review of research and studies related to health education communication: methods and materials*, New York, Society of Public Health Educators (*Hlth Educ. Monogr.*, No. 25), p. 18
71. Young, M. A. C., ed. (1967) *Review of research and studies related to health education communication: methods and materials*, New York, Society of Public Health Educators (*Hlth Educ. Monogr.*, No. 25)
72. Horn, D. & Waingrow, S. (1966) Some dimensions of a model for smoking behaviour change. *Amer. J. Publ. Hlth*, **56**, 21
73. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Task Force for Smoking and Health (1968) *Report*, Washington, DC
74. Grant, R. L. & Weitman, M. (1968) *Cigarette smoking and school children: a longitudinal study*. In: Borgatta, E. F., & Evans, R. R., ed., *Smoking, health and behaviour*, Chicago, Ill., Aldine, p. 189
75. Young, M. A. C., ed. (1969) *Studies related to some selected health problems. Smoking*. In: *Review of research and studies related to health education practice (1961—1966). School health education*, New York, Society of Public Health Educators (*Hlth Educ. Monogr.*, No. 28), p. 54
76. Horn, D., Courts, F. A., Taylor, R. M. & Solomon, E. S. (1959) Cigarette smoking among high school students. *Amer. J. publ. Hlth*, **49**, 1497
77. Salber, E. J. & Abelin, T. (1967) Smoking behaviour of Newton school-children — 5 year follow-up. *Pediatrics*, **40**, 363
78. Creswell, W. H., jr, Huffman, W. J., Stone, D. B., Merki, D. J. & Newman, I. M. (1969) University of Illinois anti-smoking education study. *Illinois J. Educ.*, **60**, 27
79. Maussner, B. (1966) *A decisional model for the study of the interrelation of attitudinal and behavioural change*, New York, Eastern Psychological Association
80. Ikard, F. F., Green, D. E. & Horn, D. (1969) A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *Int. J. Addict.*, **4**, 646
81. Fodor, J. T., Glass, L. H. & Weiner, J. M. (1969) Immediate effects of smoking on healthy young men. *Publ. Hlth Rep. (Wash.)*, **84**, 121
82. Fodor, J. T., Glass, L. H. & Weiner, J. M. (1969) Smoking behaviour, cognitive skills and educational implications. *J. Sch. Hlth*, **38**, 94
83. Horn, D. (1970) Man, cigarettes, and the abuse of gratification. *Arch environm. Hlth*, **20**, 88
84. Nowak, L., Tibblin, G. & Wilhelmsen, L. (1969) Svenska lakares rokvarn. [Smoking habits of Swedish physicians] *Lakartidningen*, **66**, 3485, 3531
85. *Mod. Med. (Minneap.)* (1964) **32**, 18, 22, 26 and 30 (Sixty thousand answer Modern Medicine smoking survey)
86. Gardiner, C. E. & Taylor, C. N. D. (1964) *Smoking habits of New Zealand doctors. A survey of the smoking habits of medical practitioners in New Zealand*, Wellington, Department of Health, Medical Statistics Branch (*Special Report Series*, No. 16)
87. Doll, R. & Hill, A. B. (1964) Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors. *Brit. med. J.*, **1**, 1399, 1460
88. American College of Chest Physicians and the US Public Health Service (1968) Proceedings of the National Forum on the Office Management of Smoking Problems. *Dis. Chest*, **54**, 169
89. Stross, L. (1968) Practical office approaches. *Dis. Chest*, **54**, 192

90. Fredrickson, D. T. (1968) How to help your patient stop smoking — guidelines for the office physician. *Dis. Chest*, **54**, 196
91. Horn, D. (1968) An approach to the office management of the cigarette smoker. *Dis. Chest*, **54**, 203
92. Mausner, B. & Platt, E. S., ed. (1966) *Behavioral aspects of smoking: a conference report*, New York, Society of Public Health Educators (*Hlth Educ. Monogr. Suppl. No. 2*)
93. Zagona, S. V., ed. (1967) *Studies and issues in smoking behavior*, Tucson, University of Arizona Press
94. Borgatta, E. F. & Evans, R. R., ed. (1968) *Smoking, health, and behavior*, Chicago, Ill., Aldine
95. Schwartz, J. L. (1969) A critical review and evaluation of smoking control methods. *Publ. Hlth Rep. (Wash.)*, **84**, 483
96. Wynder, E. L. & Hoffman, D. ed. (1968) *Toward a less harmful cigarette*, Bethesda, Md., US Public Health Service (*Nat. Cancer Inst. Monogr.*, No. 28)
97. Canada, Department of National Health and Welfare. Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs on Tobacco and Cigarette Smoking (1969—1970) *Report*, Ottawa
- 97<sup>a</sup>. Bross, I. D. J. (1968) *Effect of filter cigarettes on the risk of lung cancer*, Bethesda, Md. (*Nat. Cancer Inst. Monogr.*, No. 28)
98. Schrek, R., Baker, L. A., Ballard, G. P. & Dolgoff, S. (1950) Tobacco smoking as an etiologic factor in disease. I. *Cancer. Cancer Res.*, **16**, 49
99. Levin, M. L., Goldstein, H. & Gerhardt, P. R. (1950) Cancer and tobacco smoking. A preliminary report. *J. Amer. med. Ass.*, **143**, 336
100. Wynder, E. L. & Graham, E. A. (1950) Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty-four proved cases. *J. Amer. med. Ass.*, **143**, 329
101. Doll, R. & Hill, A. B. (1950) Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *Brit. med. J.*, **2**, 739
102. Hammond, E. C. & Horn, D. (1954) The relationship between human smoking habits and death rates. A follow-up of 187 766 men. *J. Amer. med. Ass.*, **155**, 1316
103. Haenszel, W. M., Shimkin, M. B. & Miller, H. P. (1956) *Tobacco smoking patterns in the United States*, Bethesda, Md., US Public Health Service (*Publ. Hlth Monogr.*, No 45)
104. Horn, D. (1963) Behavioral aspect of cigarette smoking. *J. chron. Dis.*, **16**, 383
105. US National Clearinghouse for Smoking and Health (1969) *Use of tobacco. Practices, attitudes, knowledge, and beliefs. United States—Fall 1964 and Spring 1966*, Washington, DC, US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service
106. Royal College of Physicians (1962) *Smoking and health. Summary and report on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases*, London and New York, Pitman
107. Horn, D. & Waingrow, S. (1967) *Smoking behavior change*. In: Zagona, S. V., ed., *Studies and issues in smoking behavior*, Tucson, University of Arizona Press, p. 9
108. Davies, R. F. & Day, T. D. (1969) A study of the comparative carcinogenicity of cigarette and cigar smoke on mouse skin. *Brit. J. Cancer*, **23**, 363
109. Homburger, F., Tregier, A. & Baker, J. R. (1963) Mouse skin painting with smoke condensate from cigarettes made of pipe, cigar and cigarette tobacco. *J. nat. Cancer Inst.*, **31**, 1445
110. Avtandilov, G. G., Kolenova, V. I. & Ponomarenko, O. V. (1965) [Tobacco smoking and the degree of arteriosclerotic lesions of the coronary arteries and aorta.] *Kardiologiya*, **5**, 30

111. Ringold, A., Goldsmith, J. R., Helwig, H. L., Finn, R. & Schuette, F. (1962) Estimating recent carbon monoxide exposures. *Arch. environm. Hlth*, **5**, 308
  112. Kershbaum, A. & Bellet, S. (1968) Cigarette, cigar and pipe smoking. Some differences in biochemical effects. *Geriatrics*, **23**, 126
  113. Phillips, A. J. & Taylor, R. M. (1968) Smoking habits of physicians in Canada. *Canad. med. Ass. J.*, **99**, 955
  114. Garfinkel, L. (1967) Changes in cigarette smoking among physicians. *C A (N. Y.)*, **17**, 193
-

## Приложение 2

### ОГРАНИЧЕНИЕ КУРЕНИЯ\*

Клинические, эпидемиологические и лабораторные исследования, проведенные за последние 20 лет, показали, что курение сигарет представляет собой главный этиологический фактор множества тяжелых и смертельных заболеваний, особенно ишемической болезни сердца, рака легких, хронического бронхита и эмфиземы.

Публикация научных данных о влиянии курения, по-видимому, в какой-то степени уменьшила потребление сигарет в ряде развитых стран. Однако в развивающихся странах их потребление продолжает быстро расти. Если эту тенденцию не остановить, то условия здоровья в таких странах станут гораздо хуже из-за роста нетрудоспособности и смертности от заболеваний сердца и легких.

Патологические эффекты курения проявляются лишь через много лет и поэтому не очевидно связаны с этой привычкой. Поскольку выращивание и производство табака, продажа и наложение табачных продуктов дают значительные экономические выгоды, многие правительства не решаются принять твердые меры против привычки, опасность которой признается не всеми. Ясно, что ограничение заболеваний, являющихся результатом курения сигарет, представляет собой новую и грандиозную задачу профилактической медицины.

### Организация программы борьбы с курением

Чтобы достичь успеха, программа борьбы с курением требует поддержки представителей медико-санитарной и учительской профессий, а также лидеров общественного мнения. Вначале для планирования и координации работы, а также надзора за ее проведением нужно основать центральный комитет или подобную организацию. Этот комитет должен показать, что проблема достаточно серьезна, чтобы оправдать ассигнование фондов и штатов, необходимых для проведения программы борьбы с курением. Внимание следует привлечь в особенности к высокой распространенности среди курильщиков сигарет тех заболева-

---

\* Эта статья основана на докладе, представленном Генеральным директором ВОЗ на XXIV Всемирной Ассамблее здравоохранения и на напечатанном в *Хронике ВОЗ*, 25, 1971. Доклад подготовлен С. М. Fletcher, D. Horn, Berit Ås и L. M. Ramström, которые присутствовали на совещании Комитета экспертов в качестве временных советников ВОЗ (см. с. 5).

ний, которые с наибольшей вероятностью являются результатом курения.

Комитет может провести исследование, чтобы получить надежные статистические данные о потреблении сигарет и о тех группах населения (возрастных, половых и профессиональных), в которых наиболее вероятно обнаружить курильщиков. Он должен определить также, соответствует ли распределение курильщиков среди населения распределению таких заболеваний, как рак легкого, хронические облитерирующие болезни легких и ишемическая болезнь сердца. Производители сигарет почти в любой стране обладают подробными сведениями о привычках курения населения; если бы удалось обязать их огласить эту информацию, можно было бы сберечь много времени и сил.

Сведения, касающиеся привычки курения и ее влияния на здоровье, следует собрать также среди широкого населения и среди медико-санитарных работников. Вскоре должно быть проведено исследование с этой целью в 8 городах Латинской Америки. Оно должно охватить репрезентативные группы населения в каждом городе и предназначено для получения данных не только о распространенности курения, но и о связанных с этим социальных, культурных и демографических факторах. Полученные данные должны быть использованы для помощи органам здравоохранения этих стран в определении политики и разработке программ основных критериев оценки эффективности мероприятий по борьбе с курением.

### **Законодательство**

До недавнего времени законодательные органы в большинстве стран были плохо информированы относительно проблемы курения и не проявляли активного интереса к ней. Необходимо убедить эти органы, что хотя решение об отказе от курения остается прерогативой каждого отдельного человека, но они несут ответственность за принятие мер, способствующих принятию человеком такого решения. Важным фактором, которым нельзя пренебрегать, является возможное влияние изменений в привычках курения на экономику, т. е. экономические выгоды от улучшения здоровья вследствие уменьшения курения нужно сопоставлять со всеми экономическими потерями и убытками, которые могли бы явиться результатом таких изменений.

#### *Предостерегающие надписи на пачках сигарет*

В ряде стран пачки сигарет уже в обязательном порядке снабжаются отпечатанными предупреждениями об опасности курения; другие государства рассматривают возможности такого

шага. Хотя маловероятно, что эти предостережения окажут немедленный эффект, но они служат показателем внимания правительства к проблеме и создают тот климат, в котором легче проводить общую санитарно-просветительную программу по курению и здоровью.

Помимо этого, в каждую пачку сигарет следовало бы вкладывать руководство по уменьшению опасности курения, например:

- Курите меньшее число сигарет.
- Затягивайтесь менее часто и менее глубоко.
- Делайте меньше затяжек из каждой сигареты.
- Вынимайте сигарету изо рта между затяжками.
- Курите сигареты с низким содержанием смолы и никотина.

Лиц, которые еще не начали курить, можно охватить пропагандой предостерегающих текстов в рекламе.

### *Ограничения курения в общественных местах*

Уменьшая количество возможностей для курения, ограничения курения в общественных местах и транспорте могли бы в определенной степени снизить потребление сигарет. Поскольку патогенные эффекты табака непосредственно связаны с интенсивностью курения, любая мера, снижающая эту интенсивность, будь то добровольная или нет, может оказать некоторое защитное влияние.

### *Способствование производству менее вредных сигарет*

Правительства могут устанавливать дифференцированные цены, способствующие потреблению менее вредных сигарет. В ряде стран уже предприняты шаги, способствующие потреблению сигарет с меньшим содержанием смолы и никотина. В тех странах, где число заядлых курильщиков пока еще относительно невелико, не представляло бы труда установить максимально допустимые уровни смолы и никотина в сигаретном дыме.

### *Повышение цен на сигареты*

Убедительные данные о зависимости потребления сигарет от роста цен на них отсутствуют. Часто отмечают временное сокращение потребления, после чего оно быстро возвращается к исходному уровню и восстанавливает свою тенденцию к увеличению. Однако такого рода данные могут быть ошибочными по двум причинам:



1. Обычно они отражают лишь большие сдвиги в потреблении, которые могут являться следствием роста населения; даже если приводятся цифры потребления на душу населения, они все же не исключают возможности увеличения за счет приобщения к курению последующих поколений молодежи. Нужны статистические данные о проценте курящих, бросивших курить после повышения цен на сигареты, проценте курящих, временно уменьшивших потребление сигарет, и степени этого уменьшения, а также о проценте курящих, постоянно сокращающих количество выкуриваемых сигарет.

2. Влияние повышения цен на потребление сигарет до сих пор исследовали лишь среди населения, плохо представляющего себе опасности курения и среди которого лишь небольшая часть курильщиков хотела бы отказаться от этой привычки.

Среди населения, полностью сознающего вред курения, повышение цен могло бы способствовать попытке отказа от сигарет у гораздо большего числа курящих, причем для многих эта попытка могла бы, вероятно, оказаться успешной.

Даже если повышение цен не приводит к сколько-нибудь значительному снижению процента курящих среди населения, оно может способствовать уменьшению ежедневного потребления сигарет отдельными курильщиками. Действительно, именно цена может явиться важным фактором, отражающим широкие различия среднего потребления сигарет в разных странах.

### *Ограничение рекламы*

Рекламирование сигарет следует ограничивать, имея в виду его окончательную ликвидацию. Запрещение такой рекламы в тех странах, где число курильщиков пока еще сравнительно невелико, должно было бы явиться мерой, предупреждающей превращение курения сигарет в серьезную проблему.

### **Роль работников здравоохранения**

Успех программы борьбы с курением должен в значительной степени зависеть от позиции в этом вопросе профессиональных работников органов здравоохранения. Следует предпринять исследование репрезентативной группы врачей, медицинских сестер и других работников здравоохранения с тем, чтобы выявить их личные привычки курения, их осведомленность и отношение к научным данным об эффектах курения сигарет и отношение к этим данным, консультируют ли они больных по этому вопросу и как они оценивают свою роль в связи с заболеваниями, обусловленными курением.

Если в какой-либо стране уровень курения среди медико-санитарных работников столь же высок, что и среди общего населения, то ясно, что данные, накопленные по этому вопросу, их не убеждают. При такой ситуации нужно принимать специальные меры, уделяя большее внимание информации об эффектах курения на профессиональных совещаниях.

Подобное исследование, проведенное среди студентов-медиков, учащихся медицинских училищ и других лиц, проходящих подготовку для работы в системе здравоохранения, помогло бы выяснить уровень и качество передаваемых им соответствующих научных данных.

### **Групповые подходы**

Сведения об опасности курения можно довести до большого процента молодежи путем сотрудничества со школами и другими органами образования, но таких общих способов охвата для взрослого населения нет. Однако большинство взрослых принадлежат к определенным группам — профессиональным, религиозным, культурным, спортивным или гражданским, через которые они могут быть охвачены соответствующей работой.

Немногие усилия, затрачиваемые до сих пор на охват людей через такие группы, ограничиваются объявлениями, листовками, лекциями и фильмами, в которых говорится об опасности курения. Трудность заключается в том, что такие предупреждения могут настолько запугать курильщиков, не способных справиться со своей привычкой, что они либо начнут избегать их, либо перестанут обращать на них внимание. Усилия, направленные лишь на внушение населению страха перед курением или создание специализированных стационаров для тех немногих, кто хочет бросить курить, но нуждается для этого в помощи специалистов, недостаточны для решения этой проблемы.

Изучение процесса отказа от курения показывает, что он начинается с простого осознания сопряженной с этой привычкой опасности; затем представление о риске, связанном с курением приобретает все большую ясность, эти опасности вызывают все большее беспокойство и возникает сознательное решение бросить курить. Следует одобрять длительное обдумывание курильщиками своей привычки и ее последствий, если они намереваются серьезно отказаться от нее. Тактика внезапного действия здесь может оказаться безуспешной.

### **Массовые подходы**

Поскольку в странах, где проблема курения стоит наиболее остро, так как сигареты курит огромное число людей, целесообразен, по-видимому, массовый подход. Однако опыт свиде-

тельствует о том, что к использованию средств массовой информации нужно подходить с осторожностью, оценивая их сильные и слабые стороны.

Хотя средства массовой информации или более индивидуализированный подход могут повлиять на процесс отказа от курения в любой его стадии, средства массовой информации обычно дают наибольший эффект вначале — особенно на стадии ознакомления людей с проблемой и внушения им беспокойства по ее поводу, тогда как персональная консультация и поддержка приобретают все большее значение на последующих стадиях.

Нужно испытать как можно больше подходов; каждый из них может усиливать эффективность другого, повышая тем самым шансы на успех.

### **Меры, препятствующие курению молодежи**

Описанные до сих пор меры направлены в основном на заядлых курильщиков. Борьба с курением среди молодежи выдвигает дополнительные проблемы.

Специальные исследования показывают, что одним из различий между курильщиками и некурящими является отношение к курению в их семьях. Эта привычка чаще встречается у детей, родители и старшие братья которых курят. Вторым фактором является влияние групп сверстников. Третьим — худшая успеваемость: чаще курят дети, успевающие в школе хуже других и ставящие перед собой менее трудные задачи. Наконец, для некоторых молодых людей курение, по-видимому, служит символом независимости и протеста против норм семьи или группы, к которым они принадлежат. К сожалению, относительная важность этих факторов по мере превращения юноши в курильщика не проанализирована в достаточной степени.

Имеются также данные, подтверждающие точку зрения, согласно которой курение может иметь большое символическое значение для молодежи, особенно в плане социальных связей со сверстниками. Начав курить часто из простого любопытства, молодые люди, вероятно, обнаруживают, что они могут использовать курение для повышения своего эмоционального состояния или уменьшения чувства страха, беспокойства или неуверенности в себе. Они могут превратиться и в заядлых курильщиков, для которых сигарета и не имеет особого эмоционального значения.

Мало кто из молодых курильщиков способен беспокоиться по поводу вреда для здоровья, который может не проявляться в течение 30—40 лет. Однако на них могут произвести впечатление данные о ранней заболеваемости и ухудшении самочувствия, связанные с привычкой к курению, например о вредном

влиянии табака на дыхательную функцию у людей, сравнительно недавно начавших курить.

Нужно помнить, что пренебрежение опасностью имеет свои привлекательные стороны, особенно для мальчиков, живущих в обществе, которое рассматривает это как признак мужественности. Поэтому та просветительная программа, которая не предусматривает ничего, кроме подчеркивания опасности курения сигарет, может дать результаты, обратные желаемым. Упор скорее следовало бы делать на собственную сознательность юноши. Работники здравоохранения должны понять, что санитарное просвещение является не столько способом заставить молодежь делать то, что считают для нее лучшим альтернативой, сколько способом помочь ей выработать способность принимать свои собственные решения, полностью сознавая их последствия. Если удастся заставить молодежь понять, что здоровье — это большое благо и что привычки оказывают на здоровье большое влияние, то она сумеет разобраться в том, оправдывает ли удовольствие, доставляемое вредной для здоровья привычкой, сопряженную с этой привычкой опасность.

В школах воспитание подхода к вопросам курения и здоровья часто поставлено неудовлетворительно. Это может зависеть от недостаточной подготовки учителей, от отсутствия нужных учебных пособий или от отсутствия руководства со стороны органов здравоохранения и близких к ним организаций. В ряде случаев учитель ощущает неуверенность, так как сам является курильщиком.

В немногих школах делались попытки способствовать пониманию опасности курения с помощью такой формы обучения, в которой основной акцент ставился на сознание, интерес, стремление и потребность молодежи разного возраста в своем росте и физическом развитии. Дети узнавали, как построен организм человека, как он работает, что может повредить ему и как на него влияют личные санитарно-гигиенические навыки и факторы домашней, школьной и общественной жизни. Их обучали индивидуально или небольшими группами, и различные стороны предмета освещались достаточно глубоко. Следует приветствовать создание учебных пособий, облегчающих самообучение учащихся; подобно любым другим учебным пособиям, они должны предназначаться для использования различными возрастными группами на различных стадиях курса обучения. Опыт свидетельствует, что такая форма обучения особенно эффективна и способствует развитию способности принимать хорошо обоснованные решения.

Сведения о вреде курения должны сообщаться не только в школе, но всякий раз, когда к этому представится возможность, например во время медицинских обследований, лечения

или вакцинации. Особенно важно предусмотреть, чтобы общественные и каникулярные мероприятия, организуемые для детей, не проходили бы в обстановке, способствующей курению.

Для того чтобы меньше молодых людей приобщалось к курению, следует соблюдать два условия. Первое заключается в уменьшении курения взрослыми и степени распространения этой привычки в большинстве общественных кругов. Второе сводится к улучшению методов пропаганды такого образа жизни, который способствует укреплению здоровья.

Распространение данных о вреде курения должно быть частью санитарного просвещения точно так же, как санитарное просвещение должно быть частью общего образования. Поэтому между органами просвещения и здравоохранения должно существовать непрерывное и тесное сотрудничество. В этой связи исключительную важность приобретает работа, проводимая ВОЗ в сотрудничестве с ЮНЕСКО, по оказанию помощи соответствующим органам в систематическом планировании программ школьной гигиены и подготовке учителей в области санитарного просвещения. Необходимо предусмотреть, чтобы важное место в этих программах уделялось таким жизненно важным вопросам, как курение и здоровье.

Наконец, совершенно ясно, что следовало бы лучше использовать существующие методы просвещения для борьбы с курением, и необходимо способствовать проведению текущих исследований по оценке других мероприятий.

### **Рекомендации**

◆ Каждое правительство должно было бы основать и снабдить достаточными средствами и штатами центральный комитет или другую соответствующую организацию, в задачи которой входили бы подготовка, координация и надзор за специальными программами по борьбе с курением сигарет и профилактике курения.

◆ В целях обеспечения основы для планирования программ, требующих финансовой поддержки, а позднее для оценки эффективности этих программ необходимо провести исследования для определения размера и характера проблемы и оценить распространенность привычки к курению и позицию, занимаемую по отношению к курению широкими слоями населения и особенно представителями медицинских профессий и преподавателей, а также теми, кто оказывает влияние на формирование общественного мнения.

◆ Необходимо приложить специальные усилия для привлечения к сотрудничеству законодательных органов и обеспечения

их информацией о последствиях курения для здоровья и о мерах борьбы с курением, принятых в других странах.

◆ Необходимо принимать меры для сокращения рекламирования сигарет, имея в виду его окончательный запрет.

◆ Необходимо в законодательном порядке:

- обязательно помещать на пачках сигарет и в рекламных объявлениях специальные уведомления о вреде курения для здоровья;
- потребовать от изготовителей сигарет помещать на пачках и в рекламных объявлениях сведения о содержании никотина в каждой сигарете, выкуриваемой в обычных условиях;
- потребовать вложения в каждую пачку сигарет инструкций по уменьшению опасности курения;
- создать систему дифференцированных цен с тем, чтобы противодействовать курению сигарет с высоким содержанием смолы или никотина;
- повысить цены на сигареты;
- установить верхние границы содержания различных компонентов в табачном дыме.

◆ Работники здравоохранения должны сознавать значение своей роли в борьбе с курением и быть готовы оказать помощь людям, которым трудно бросить курить. Они должны в особенности:

- служить примером и не курить сами, а также побуждать больных и членов их семей отказаться от курения;
- препятствовать тому, чтобы молодые люди начинали курить;
- всюду, где возможно, демонстрировать вредные последствия курения, используя подходящие методики скрининга;
- настаивать на том, чтобы борьба с курением составляла часть любых медицинских или санитарно-гигиенических программ, принимать участие в санитарно-просветительных мероприятиях и вообще демонстрировать свою поддержку мероприятий и программ, направленных на борьбу с курением сигарет и его профилактику.

◆ Медицинские училища и другие учебные учреждения для подготовки работников здравоохранения должны обеспечивать своих студентов полной информацией о вреде курения для здоровья.

◆ Органы здравоохранения и близкие к ним организации должны:

- противодействовать курению в больницах, диспансерах, поликлиниках, кабинетах врачей, консультационных пунктах и т. д.;
- создавать специальные консультативные службы по борьбе с курением при больницах и поликлиниках;
- побуждать работников здравоохранения воздерживаться от курения, особенно в присутствии больных и молодежи;
- противодействовать курению в общественных местах и транспорте;
- как можно шире распространять сведения о вреде курения для здоровья;
- осуществлять сотрудничество с министерствами или отделами труда с тем, чтобы инструкции о вреде курения стали интегральной частью профессионально-гигиенических программ на предприятиях и других местах работы.

◆ Органы здравоохранения должны сотрудничать с органами просвещения при составлении программ и учебных материалов о вреде курения для здоровья для включения их в курс санитарного просвещения в школах, педагогических институтах, университетах и т. д. Специальные усилия следует затратить на улучшение работы учителей во всех областях санитарного просвещения.

◆ Органам здравоохранения следует сотрудничать с другими правительственными организациями, вооруженными силами, органами профессиональной гигиены, добровольными организациями здравоохранения, религиозными ассоциациями, спортивными клубами, мужскими и женскими клубами и т. д. для привлечения внимания к вреду курения.

Доклад консультантов, содержащий вышеприведенные рекомендации, был представлен на рассмотрение XXIV Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая одобрила их и призвала государства-члены сделать все возможное для эффективного их выполнения<sup>а</sup>. Она предложила Генеральному директору продолжить сбор информации о влиянии курения и о мероприятиях, предпринимаемых в разных странах по борьбе с этой привычкой, усилить борьбу с курением и его профилактику в действующих программах ВОЗ и продолжить сотрудничество с Организацией Объединенных Наций, специализированными учреж-

---

<sup>а</sup> *Офиц. докл. ВОЗ, 1974, № 193 (Резолюция WHA 24.48).*

дениями и неправительственными организациями в деле дальнейшего распространения сведений об опасности курения для здоровья. Генерального директора просили также способствовать выпуску, распространению и обмену учебными материалами, предназначенными для борьбы с курением и разработки практического кодекса, которым могли бы руководствоваться правительства при формулировке законодательных актов в этой области.

---



## Приложение 3

### ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА БОРЬБУ С ОПАСНОСТЯМИ КУРЕНИЯ

#### ИНСТРУКЦИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ \*

##### Введение

Резолюция, принятая XXIV Всемирной ассамблеей здравоохранения<sup>а</sup> призвала Генерального директора «разработать практический кодекс, которым могли бы руководствоваться правительства при формулировке законодательных актов, относящихся к последствиям курения для здоровья».

Значение, придаваемое законодательным мерам по борьбе с курением, отчетливо видно из результатов исследований, посвященных этому вопросу. В 1972 г., например, Национальный центр по сбору данных о курении и здоровье и Министерство здравоохранения Соединенных Штатов опубликовали обзор на тему «Программы курения и здоровье во всем мире». Этот обзор охватывал основной смысл большинства законодательных постановлений, принятых более чем в 100 странах. В 1975 г. Третья всемирная конференция по курению и здоровью рассмотрела ряд основных постановлений, определяющих законодательные меры по борьбе с курением, такие, как пропаганда, маркировка сигаретных пачек, уведомительные тексты на пачках и запреты на курение.

Принятию соответствующего законодательства во многих странах мешают важные экономические соображения, один из таких ярких примеров описан в работе, опубликованной Медицинским журналом Австралии<sup>б</sup>, и приводится ниже.

Известно, что под давлением определенных групп отвергались даже законопроекты, содержащие пункты, связанные лишь с отдельными сторонами рекламирования сигарет.

В связи с резолюцией Ассамблеи можно сделать и ряд других замечаний, наиболее важное из которых, несомненно, сводится к тому, что перед разработкой любого практического закона следует учитывать законодательные и другие меры, принятые в различных государствах-членах. Было бы нереалистич-

---

\* Это приложение было подготовлено д-ром J. de Moerloose, руководителем секции медико-санитарного законодательства, ВОЗ, Женева, Швейцария.

<sup>а</sup> Резолюция ВНА 24.48, действующий параграф 4 (V).

<sup>б</sup> Osborne L. M. (1974). The Medical Journal of Australia, Vol. I, p. 1173.

но включать в практический закон правила, выходящие за рамки тех, которые какая-либо страна могла бы надеяться в настоящее время принять в законодательном порядке. В этой связи в некоторых ответах на вопросы, направленные государствам-членам Американским и Европейским региональными бюро ВОЗ и касающиеся действующих принудительных мер против курения, в первую очередь подчеркивалась необходимость профилактики курения среди молодежи<sup>а</sup>. Совершенно очевидно, конечно, что заставить заядлого курильщика отказаться от этой привычки гораздо труднее. Поэтому следовало бы сделать все практически возможное, чтобы предупредить возникновение «зависимости» от сигареты у молодых лиц. Одна из стран сообщила, что к 18 годам курит примерно 40% учащихся (юношей и девушек). Логично поэтому было бы запретить продажу сигарет молодежи или даже запретить им курить.

В действительности же лишь немногие страны ввели запрет на продажу сигарет детям до 16-летнего возраста, как это сделала Болгария в 1963 г. Болгарское законодательство в 1973 г. было изменено таким образом, что в настоящее время продажа табачных изделий запрещена детям и подросткам. Первый запрет на продажу табачных изделий детям был введен в Норвегии еще в 1899 г. По этому закону детям до 15 лет была запрещена продажа любой формы табака, независимо от того, покупался ли он для использования самими детьми или для передачи взрослым. Закон от 1899 г. был отменен постановлением от 9 марта 1973 г.; в пункте 5 этого последнего постановления указывается, что «запрещается продавать или передавать детям до 16-летнего возраста табачные изделия или их имитацию, которая может способствовать использованию первых. В Новой Зеландии 27-й раздел Акта о наказуемых полицией нарушениях от 1927 г. запрещает продажу и снабжение сигаретами, сигарами или табаком любого подростка моложе 15 лет. В этом разделе содержится интересная оговорка, указывающая, что никто не может быть привлечен к ответственности за снабжение табаком, сигарами или сигаретами любого молодого человека, которому имеющий официальные права практикующий врач выдал справку о том, что использование или курение этих изделий оказывает благотворное влияние на его здоровье. Из других стран, которые ввели запрет на продажу сигарет подросткам, следует упомянуть Корею.

В свете вышеизложенного возникает вопрос о необходимости включения рекомендации о запрещении продажи сигарет молодежи, сколь бы важным это не казалось, в практический кодекс. Хотя теоретически такая мера была бы, конечно, весьма

---

<sup>а</sup> См. споску на с. 98.

желательна, есть основания считать, что она не может быть осуществлена. Практическим препятствием такому запрету служат автоматы по продаже сигарет. В Японии, например, распространенность автоматов по продаже сигарет делает бесполезными существующие положения, направленные против попадания сигарет в руки несовершеннолетних.

Эти предварительные наблюдения показывают, что практический кодекс должен исходить из реального положения дел. Необходимо учитывать возможность осуществления любых рекомендаций, без чего нельзя рассчитывать на получение практических результатов.

### **Отсутствие законодательства — ограничение сферы действенных мероприятий**

В рабочих документах, подготовленных Американским и Европейским региональным бюро ВОЗ<sup>а</sup> в 1970 г., содержится описание существенных особенностей мер, принимаемых в разных странах для борьбы с чрезмерным курением. Ряд законодательных постановлений, касающихся борьбы с курением, был опубликован в *International Digest of Health Legislation* (Международный сборник санитарного законодательства), и это дополнило информацию, содержащуюся в вышеупомянутых документах и в публикациях Национального центра США по сбору данных о курении и здоровье.

Иначе говоря, современная ситуация такова, что большинство стран до сих пор еще не приняло никаких законодательных мер, а другие ввели законы, касающиеся главным образом рекламирования сигарет. Из 100 стран, в отношении которых ВОЗ располагает сведениями, примерно в 70 отсутствует какое-либо законодательство по этому вопросу, а в остальных 30 приняты законодательные меры, в ряде случаев обязывающие бороться с курением. Более того, ряд стран не только не ввел каких-либо законодательных мер по борьбе с курением, но, наоборот, способствует производству табака. Это особенно касается тех стран, для которых табак является наиболее важным продуктом экспорта и тем самым главным источником дохода. Другие страны воздерживаются от введения ограничительных законов, поскольку цены на табак служат важным источником национального дохода.

---

<sup>а</sup> Неопубликованный рабочий документ: *Report on measures taken in the Americas to control the advertising of cigarettes*, PAHO/WHO, 1970 (CSP 18/12), *Control of cigarette smoking*, EURO, 1970 (EUR/RC 20/8). Дальнейшая информация получена в 1971 г. в ответ на новые запросы, направленные ряду стран.

Меры, касающиеся рекламирования, весьма часто являются результатом согласования с изготовителями сигарет. Так, например, дело обстоит в Швеции, где Национальный совет здравоохранения и социального обеспечения вместе с изготовителями и импортерами табака выработали практический кодекс, касающийся в основном средств рекламы, лиц, на которых рассчитана реклама, и мест, где ее можно использовать. Подобным образом был разработан кодекс и в Англии.

Что касается рекламы в узком смысле слова, то важно подчеркнуть, что действующие запреты в большинстве случаев относятся лишь к ограниченному числу из широкого разнообразия средств слуховой и зрительной рекламы. Наиболее часто речь идет о радио и телевидении, и лишь изредка меры запрета применяют ко всем средствам слуховой и зрительной рекламы без исключения, в том числе к газетам, плакатам, фильмам и т. д. Кроме того, существует множество других скрытых способов популяризации, особенно хитро использующих для этой цели воображение. Один из таких способов, о котором сообщил ряд стран, заключается в том, что популярные «герои», актеры, спортсмены или другие пользующиеся широкой известностью лица нарочито курят на сцене или на экране кино и телевизора. Меры по санитарному просвещению, иногда предусматриваемые законом, зависят обычно от инициативы добровольных организаций, таких, как Красный Крест или противораковые ассоциации.

Действия, предпринимаемые в различных странах против привычки к курению,— это, несомненно, не больше чем лишь начальные усилия решить проблему. Однако в ближайшем будущем можно ожидать увеличения числа стран, вводящих у себя соответствующие законы (или усиливающих существующие законодательные меры). В ряде стран в настоящее время изучается проект законодательных текстов. Однако практический закон, который предстоит сформулировать Генеральному директору, должен учитывать именно ту ситуацию, которая существует на сегодняшний день. Соответственно он должен быть ограничен определенными приемлемыми положениями и не содержать предписаний, считающихся в настоящее время «нерезализуемыми».

### **Препятствия для законодательства — реальное значение действующих мер**

Проблемы, возникающие при разработке законов или других постановлений, могут значительно варьировать от страны к стране. Так, страны, в которых выращивается табак или производятся сигареты, если и принимают какие-либо меры, должны

делать это с осторожностью, учитывая возможность экономических, социальных и прочих противодействий чрезмерно резким законодательным мероприятиям. Это же справедливо и в отношении некоторых стран, где продажа сигарет составляет важную статью национального дохода. Одна из стран, например, сообщила, что в 1930 г. 8% ее доходов было получено от продажи табака и что в 1969 г. эта статья все еще составляла 4,3%. Что же касается производства сигарет, то одна из стран сообщила о более чем десятикратном увеличении их производства между 1934 и 1969 г.

Это очень важное наблюдение было опубликовано Osborne в *Medical Journal of Australia*. В статье описан ряд трудностей, препятствующих принятию законодательства. Среди них — трудности, которые испытывают органы здравоохранения в попытке склонить к сотрудничеству руководство других служб, таких, как министерство финансов. Другая проблема — это высокий доход от рекламирования по телевидению и радио. Однако самой большой трудностью остаются закулисные махинации владельцев промышленных предприятий.

Далее, следует сделать ряд оговорок, касающихся интерпретации и реального значения некоторых законодательных правил. Очевидно, что различного рода строгие запреты в области курения часто не имеют прямой связи с проблемой защиты здоровья. Это относится к запретам курения в театрах, кино и на некоторых рабочих местах; единственной целью таких мер, как сообщили многие страны, является исключение риска пожара. Запрещение курения в больницах, медицинских консультациях, центрах здравоохранения или на некоторых рабочих местах хотя и имеет несомненное значение, но должно быть отнесено к той же самой категории; цель в этом случае состоит в том, чтобы избежать неприятных ощущений, доставляемых курильщиком, а не обязательно в том, чтобы обезопасить его здоровье или здоровье людей, находящихся поблизости. В действительности же запрет курения в больницах — редко встречающийся факт. Наоборот, часто можно видеть, как больные и посетители достают сигареты на территории больницы. Продажа сигарет в больницах запрещена лишь в очень незначительном числе стран.

В ряде стран выражаются сомнения в том, что запреты рекламы по радио и телевидению, в газетах и журналах не будут эффективными и оправданными, если эта мера не будет принята большинством стран. В Канаде, например, где провинция Британская Колумбия приняла закон, запрещающий рекламирование сигарет, есть вероятность отмены этого закона, так как он носит дискриминационный характер в отношении средств массовой пропаганды в Британской Колумбии, поскольку другие

провинции не последовали ее примеру. Ясно, что, пока существует такое положение, страны, разрешающие рекламирование, будут пользоваться экономическими преимуществами. Таким образом, это является областью, в которой необходимо международное соглашение. Оно особенно необходимо именно сейчас, когда телевизионные передачи достигают разных стран. Другая оговорка, которая должна быть сделана, заключается в том, что в некоторых странах запрещение рекламирования сигарет по радио и телевидению не имеет специфического характера, а распространяется на самом деле на все виды рекламирования.

В Финляндии Постоянная комиссия по курению сделала важное наблюдение, согласно которому законодательные мероприятия, взятые в отдельности, не могут иметь положительного результата, а должны сопровождаться административными и санитарно-просветительными мероприятиями. Одна из стран указала на необходимость дополнительных исследований, призванных оценить эффективность различных мероприятий.

### **Общая картина мероприятий и законодательных положений на национальном уровне**

#### **Реклама**

Хотя многие страны отметили отсутствие у себя законов по этому вопросу, в целом ряде стран приняты запреты или ограничения рекламирования, особенно по радио и телевидению. В Аргентине такое рекламирование (равно как и кинематографическая реклама) было запрещено в 1970 г. С этого времени подобные запреты были введены и в других странах. В Перу запрещено рекламирование по радио и телевидению до 9 часов вечера. Любой вид рекламы сигарет должен содержать уведомление об опасности их курения. В Ирландии руководство национальным телевидением постепенно ограничивало рекламирование сигарет по телевидению (полное запрещение вступило в силу 31 марта 1971 г.). В Польше и СССР не проводится никакой рекламы табачных изделий, и это относится ко всем способам рекламирования. В Италии реклама сигарет запрещена с 1962 г. В Бельгии и Норвегии существует общий запрет на радио- и телевизионную рекламу и это, очевидно, относится и к сигаретам. Рекламирование табачных изделий по телевидению запрещено в Швейцарии. В результате добровольного согласия реклама сигарет по радио и телевидению не производится в Новой Зеландии. На Мальте с 1971 г. запрещено рекламирование табачных изделий в кино, по радио и телевидению. В Дании еще с 1963 г. существует соглашение между производителями сигарет и Министерством внутренних дел о добровольном ограничении рекламы в кино и журналах, адресованных пре-

имущественно молодежи. Более того, не разрешено рекламирование по государственному радио и телевидению. В Англии не ведется реклама сигарет по телевидению, хотя этот запрет не распространяется на трубочный табак и сигары. В 1965 г. министром связи было принято решение запретить рекламирование сигарет по сети Независимого телевидения. Реклама не ведется по радио- и телевизионным программам «Би-Би-Си». В Швеции по радио и телевидению не ведется реклама любого вида. По добровольному согласию реклама табачных изделий не помещается на железнодорожных станциях, в общественном транспорте, больницах, учреждениях для молодежи и т. д. Скандинавский Совет в 1972 г. рекомендовал своим членам (Дания, Финляндия, Норвегия и Швеция) полностью запретить рекламирование сигарет и принять к осуществлению широкие программы по санитарному просвещению в области вредных последствий курения для здоровья, особенно среди молодежи.

С начала 1971 г. телевизионная реклама табачных изделий запрещена в Финляндии. Более того, некоторые общины и муниципалитеты решили больше не разрешать рекламирование табачных изделий на территории их юрисдикции. Согласно Акту, утвержденному Конгрессом США 1 апреля 1970 г., незаконно рекламировать сигареты при помощи любого вида электронной связи, находящейся в ведении Федеральной комиссии, по радио и проводной связи. В Канаде законопроект, предложенный 10 июня 1971 г., должен был запретить канадским изготовителям табачных изделий рекламировать сигареты по радио, телевидению и в газетах. Однако этот законопроект не был принят. Наиболее радикальные меры в области рекламы приняты, несомненно, в Сингапуре, где запрет на рекламу, связанный с Актом о курении 1970 г., запрещает все формы рекламирования. Единственное важное исключение, предусмотренное этим Актом, относится к иностранным газетам. Нарушители несут строгое наказание. Представляет интерес определение «рекламы». Этот термин охватывает «любые объявления в печати, циркуляры, проспекты, брошюры, программы, прейскуранты, этикетки, обертки или другие документы, любые объявления, извещения или обращения к населению, а также к отдельному лицу или лицам, сделанные (а) устно или письменно; (б) с помощью афиш, плакатов, объявлений или других документов, прикрепленных, приклеенных или выставленных на стенах, афишных тумбах или щитах, а также на любом другом объекте или предмете; (с) с помощью создания или передачи звука или света, будь то для слухового или зрительного восприятия или того и другого вместе; и (д) любым другим способом». Это определение демонстрирует разнообразие средств рекламы.

По вопросу рекламирования были сделаны некоторые интересные наблюдения, особенно в отношении «хитрых» способов ее, которые могут быть использованы и которые нелегко поддаются запрету. Примером является показ на теле- или кино-экране политических, спортивных, театральных деятелей или деятелей кино, намеренно курящих сигареты.

В Польше постановление, датированное 14 июня 1974 г., предусматривает ограничение курения в телевизионных программах. Комитет, учрежденный в 1970 г. Королевским декретом в Норвегии, пришел к выводу, что эта форма рекламы, названная «незаконной рекламой», не может быть запрещена в законодательном порядке; руководство Норвежским государственным радиовещанием могло бы предпринять шаги, направленные на возможно большее ограничение курения в его программах. Руководители этой службы уже действуют в этом направлении, не разрешая своим сотрудникам курить в процессе телевизионных показов. Возможно, что со временем посторонние, появляющиеся в телевизионных программах, осознают последствия своего дурного поведения, способствующего возникновению у других людей опасной для здоровья привычки, и, таким образом, откажутся от курения, появляясь в любой программе.

Если все вышесказанное касается *запрета* рекламы, особенно по радио и телевидению, то некоторые страны сообщили об использовании этих средств слуховой и зрительной пропаганды для *положительно ориентированных санитарно-просветительных мероприятий*, имеющих целью информацию населения об опасности, связанной с курением, и риске, которому подвергаются курильщики. Так, в Польше и Румынии по радио и телевидению рассказывается об опасности курения сигарет. В Румынии упор делается на опасность для молодежи и женщин и соответствующие сведения включаются в школьную программу обучения. На Мальте телевидение и радио, равно как и плакаты, используются для пропаганды борьбы с курением. По случаю Второй всемирной конференции по курению и здоровью, созванной в Лондоне в сентябре 1971 г., по телевидению была проведена кампания по борьбе с курением под надзором Совета по санитарному просвещению; эта кампания продолжалась в течение 2—3-недель. В Нидерландах Министерство социального обеспечения и здравоохранения с 1964 г. оказывает финансовую поддержку кампании по борьбе с курением. Санитарно-просветительная деятельность обеспечивает медицинской информацией и советами учеников, родителей и учителей. С согласия органов просвещения учителя в Новой Зеландии инструктируют своих учеников об опасности курения сигарет. Врачи и фармацевты объединяют усилия по распространению ин-



формации, в частности, путем создания наглядных информативных текстов в помещениях консультаций и аптек. В Швеции руководители школ, а также некоторые молодежные организации предпринимают меры по санитарному просвещению с целью повлиять на людей, могущих воспринять привычку к курению.

### **Предостерегающие тексты и маркировка**

Ряд стран пользуется другими способами привлечения внимания к опасности курения. Среди этих способов следует упомянуть обязательные предостерегающие тексты на пачках сигарет. Так, например, дело обстоит в Соединенных Штатах Америки, где каждая пачка сигарет должна быть снабжена следующим текстом: «Предостережение: Начальник медицинского управления определил, что курение сигарет опасно для вашего здоровья». Эта надпись должна быть заметной и четкой, отличаться по шрифту, положению и цвету от других напечатанных на коробке текстов. Федеральная торговая комиссия отчитывается о способе осуществления этих мер, равно как и о всех других методах рекламирования и пропаганды сигарет. Начиная с 1973 г. такое же положение, как в отношении предостережений на сигаретах, применяется и к «малым сигарам», которые определяются как «любой рулон табака, завернутый в табачный лист или какое-либо вещество, содержащее табак (в отличие от любого рулона табака, который по определению Акта о курении сигарет от 1969 г. является сигаретой)», и одна тысяча единиц которого весит не более трех фунтов». Канадский законопроект предусматривает аналогичные предостерегающие тексты (на английском и французском языках) на каждой пачке сигарет. Это предостережение выражено следующими словами: «Предостережение: Опасность для здоровья возрастает с увеличением количества выкуриваемых сигарет, не затягивайтесь». На каждой пачке должно содержаться также указание на количество смолы и никотина. Затем должны были быть установлены правила, касающиеся предельно допустимых количеств никотина, смолы и других компонентов. Автоматы по продаже сигарет также должны быть снабжены предостерегающими надписями. Современные сигареты должны быть помечены круговой линией, означающей, что концентрации смолы и никотина возрастают по мере укорочения окурка. Бесплатная раздача сигарет в рекламных целях запрещена, а изготовителям сигарет не разрешено заявлять, что их продукция безопасна, так как она не противоречит закону. В Коста-Рике, Исландии, Панаме и Перу предостерегающие надписи должны точно так же печататься на пачках сигарет. В Австралии (Тасмания, 1972 г. и Южная Австралия, 1973 г.) каждая пачка или блок сигарет

должны быть помечены предостережением: «Курение опасно для здоровья». Точно такие же меры предусмотрены итальянским законопроектом. В Англии получено согласие изготовителей сигарет на печатание по обеим сторонам каждой пачки сигарет предостерегающего текста следующего содержания: «Предостережение правительства Её Величества: Курение может нанести вред вашему здоровью». Это предостережение, конечно, должно быть помещено на видном месте и быть достаточно крупным, чтобы привлечь внимание. Что касается рекламирования в прессе и на плакатах, то дано указание о том, чтобы на изображаемых пачках сигарет было бы заметно правительственное предостережение; такая мера, конечно, неприемлима к импортным сигаретам.

Парламентский законопроект, касающийся частных лиц в Англии, внесенный в 1971 г., предлагал, чтобы каждая пачка сигарет содержала карточку с информацией об опасностях для здоровья и на одной ее стороне имелся бы следующий совет: «Если вы курите, то можете уменьшить опасность, при условии, что (1) ежедневно будете курить меньше сигарет; (2) не будете курить сигареты непрерывно; (3) будете делать меньше затяжек из каждой сигареты; (4) уменьшите затяжки; (5) выберете сигареты с меньшим содержанием смолы и никотина». Предлагалось также, чтобы на другой стороне карточки было помещено следующее предостережение: «Курение сигарет опасно для вашего здоровья. Чем больше вы курите, тем больше вероятность, что вы можете заболеть раком легких, некоторыми другими видами рака, коронарной болезнью сердца, бронхитом, эмфиземой и язвой желудка. Все это опасные и тяжелые заболевания».

## Прочие меры

### *Запрещение курения*

В ряде стран запрещается курить в кинотеатрах, театрах, общественном транспорте, школах, на рабочих местах и в некоторых случаях в больницах. Такие меры принимаются также на совещаниях, созываемых в центрах ВОЗ и некоторых из ее региональных бюро. Интересно отметить, что этому примеру последовал и ряд других организаций, особенно Федеральный Медицинский Совет (*Conselho Federal de Medicina*) Бразилии, который принял решение не позволять больше курить на пленарных заседаниях или на заседаниях руководящего органа или комитетов Совета и указал, что это решение основано на резолюциях, принятых ВОЗ и ПАОЗ. Общество немецких врачей и Немецкое хирургическое общество также запрещают курить во время своих заседаний. В Швеции существует реко-

мендация «не курить» на заседаниях Национального совета по здравоохранению и социальному обеспечению. В СССР курение запрещено в медицинских учреждениях, школах, на рабочих местах и различных промышленных предприятиях, равно как и во многих учреждениях. В таких местах для курения отводят специальные помещения в стороне. Ряд стран, включающий Бельгию, Чехословакию, Польшу, Португалию, Румынию и Турцию, сообщил о запрещении курения в школах. В некоторых шведских школах запрещено курить, тогда как в других для курения отведены специальные места в стороне. На Мальте курение запрещено в больницах и рассматривается вопрос о распространении этого запрета на кинотеатры, автобусы и закрытые помещения. В Новой Зеландии курение запрещено в кино и театрах; большое число местных властей распространило этот запрет и на общественный транспорт. Введены ограничения на курение в больницах. Правила, изданные в Болгарии в 1969 г., запрещают курение в рабочих помещениях и на рабочих местах, где присутствуют и некурящие, разве только последние не дадут на это письменного согласия. Абсолютно запрещено курить на рабочих местах, где работают беременные женщины или кормящие матери, даже если они и не возражают. В Польше постановлением от 4 июня 1974 г. предусматривается запрещение курения в ряде мест, относящихся к учреждениям здравоохранения и социального обеспечения, а именно в помещениях для заседаний, ресторанах, комнатах ожидания в медицинских учреждениях (за исключением специально предназначенных для курящих), в аптеках, столовых пансионатов для больных и пенсионеров, комнатах отдыха, процедурных помещениях и т. п., кроме тех, которые отведены для курящих. Запрещение курить относится также к тем работникам здравоохранения, которые входят в непосредственный контакт с людьми, которым они оказывают помощь. В Румынии запрещение курения распространяется на больницы, аптеки, места развлечений, некоторые пункты питания и, как уже упоминалось, школы. В Мексике не разрешается курить в больницах и медицинских учреждениях. Можно упомянуть и о том, что в настоящее время большинство авиалиний резервирует целый ряд мест, на которых не разрешается курить.

### *Прочие*

В Финляндии рассматривается вопрос о том, чтобы курильщики чаще подвергались обычному обследованию органов грудной клетки, чем некурящие. Другая мера заключается в том, чтобы принять все возможные шаги для убеждения курильщиков, страдающих дистрофическими респираторными за-

болеванями, ишемической болезнью сердца, перемежающейся хромотой или язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, отказать от этой привычки. Врачи должны предупреждать своих больных об опасности, связанной с курением сигарет.

## Дополнение 1

### **РЕКОМЕНДАЦИИ, КАСАЮЩИЕСЯ ПРОЕКТОВ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ ПРОТИВ ЧРЕЗМЕРНОГО КУРЕНИЯ**

Проектирование законодательства по контролю за рекламой сигарет или по ограничению или запрещению курения должно считаться неэффективным без одновременного принятия административных и финансовых мер. На деле необходимо создать центральный орган для надзора за осуществлением принятых положений; другой его задачей должны явиться предложения по законодательным или другим мерам, необходимым для достижения желаемых целей. В ряде стран, например в Дании, Норвегии и Швеции, такие центральные органы уже созданы. Ясно, что для того, чтобы эти органы выполняли свои функции, нужно обеспечить их достаточное финансирование. Ниже приводится ряд рекомендаций по подготовке законопроектов; ясно, что в зависимости от условий в отдельных странах эти законы должны касаться либо только рекламы, либо содержать постановления гораздо более широкого охвата, такие, как запрещение продажи сигарет молодежи или полное запрещение курения в школах. Можно упомянуть, что в некоторых странах существуют специальные клиники для лечения курильщиков.

## **1. Реклама**

Идеальным решением этой проблемы было бы запрещение рекламирования сигарет с помощью любых слуховых и зрительных средств без исключения. Как отмечалось выше, в настоящее время ограничения касаются преимущественно рекламы по телевидению и радио. Там, где такого рода меры не могут быть введены в законодательном порядке, органы здравоохранения совместно с производителями или импортерами сигарет могут выработать кодекс хорошей рекламной практики. Вышеупомянутый центральный орган должен обеспечивать строгое выполнение принятых постановлений и предотвращать использование «хитрых» способов пропаганды.

Важно, чтобы имеющиеся в распоряжении центрального органа финансовые и административные ресурсы были достаточными для развертывания санитарно-просветительной деятельности против курения сигарет. Для этой цели следует использовать средства слуховой и зрительной агитации и необходимо, чтобы в санитарном просвещении принимали участие представители медицинской профессии и близких санитарных профессий, особенно фармацевты, сестры и работники социального обеспечения; роль представителей учительской профессии особенно велика в том плане, чтобы обеспечивать молодежь более чем какую-либо иную категорию населения регулярной информацией об опасности курения сигарет.

## 2. Предостерегающие надписи

На пачках сигарет или блоках обязательно следует помещать предостерегающие надписи с тем, чтобы быть уверенным, что потребитель ясно информирован об опасности, которой он подвергает себя. Там, где рекламирование сигарет по радио, телевидению и т. д. еще разрешается, следует ввести обязательное сопровождение такой рекламы предостережениями о вредных последствиях курения. Предостерегающие надписи должны иметь наглядный, крупный и четкий характер и привлекать внимание к опасности затягивания. На каждой пачке следует обязательно указывать концентрации смолы и никотина, хотя это никоим образом не должно давать возможности изготовителям говорить о безопасности таких уровней из-за того, что они могут быть ниже предельно допустимого. Следует ввести запрет на сигареты, в которых содержание смолы и никотина превышает определенные границы. Цены на сигареты должны быть намного большими, чем на сигары и трубочный табак. Средства, получаемые от налогов, могли бы быть потрачены на санитарно-просветительные меры против курения.

## 3. Запрещение курения

Важной мерой должно считаться запрещение курения сигарет в начальных и средних учебных заведениях. Этот запрет должен быть распространен на все места сбора молодежи и особенно помещения для спортивных занятий и отдыха. Следует по возможности запретить продажу сигарет подросткам, и поэтому автоматы по продаже сигарет нужно размещать вдали от школьных территорий.

Запрет на курение следует распространить на большинство общественных мест, особенно тех, где курильщики могут причинять неудобство окружающим. Это, очевидно, применимо к кино, театрам, местам развлечений, магазинам, ресторанам, общественному транспорту и рабочим местам. Там, где нет возможности запретить курение, следует отводить в отдалении от остальных помещений специальные места для курения, как это сейчас делается в поездах, самолетах и т. д.

В любом случае закон должен запрещать курение в больницах, лечебных учреждениях, пунктах медицинских консультаций и поликлиниках. Продажа сигарет в таких учреждениях также должна быть запрещена.

---

### Дополнение 2

#### ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ И ЗАКОНОПРОЕКТЫ, ЦИТИРУЕМЫЕ В ДОКЛАДЕ

*Австралия (Южная Австралия)*

Акт о сигаретах (маркировка), 1971—1972 гг. (*Int. Dig. Hlth Legis.*, 1973, 24 : 468)

Инструкция по сигаретам (маркировка). Датирована 3 мая 1973 г. (*там же*, 1974, 25 : 714)

*Австралия (Тасмания)*

Акт о сигаретах (маркировка), 1972 г. (*там же*, 1974, 25 : 721)

### *Болгария*

Санитарные правила, утвержденные Главным государственным санитарным инспектором, по ограничению курения в рабочих помещениях и на рабочих местах (*там же*, 1970, 21 : 536)

Декрет № 2431 от 2 ноября 1973 г., включающий Закон о здравоохранении (Разделы 54, 55 и 58) (*там же*, 1974, 25 : 502)

### *Канада*

Акт о сигаретных изделиях (Законопроект С-248, Третья сессия, Двадцать восьмой Парламент, 1970—1971 гг.)

### *Канада (Британская Колумбия)*

Акт о табачных изделиях. Дата санкционирования 27 октября 1972 г.

Инструкции по табачным изделиям. Инструкция Британской Колумбии 258/72. Инструкция, проведенная без парламентского обсуждения 3941, утвержденная 2 ноября 1972 г. (*там же*, 1974, 25 : 52)

### *Коста-Рика*

Декрет № 1520-SPPS от 24 февраля 1971 г., касающийся сигарет (*там же*, 1974, 25 : 61)

### *Италия*

Законопроект № 510-А, запрещающий курение в некоторых помещениях и средствах транспорта. Передано в канцелярию Президента Республики 27 октября 1972 г.

### *Мальта*

Акт о табаке (Контроль рекламирования), 1970 г. (*там же*, 1973, 24 : 183)

Инструкции по запрещению рекламирования табака по телевидению и в кино, 1970 г. (*там же*)

### *Новая Зеландия*

Акт о наказуемых полицией преступлениях 1927 г. (переиздан 1 января 1974 г.) (Раздел 27)

### *Норвегия*

Закон от 19 апреля 1899 г. по защите детей от использования табака

Закон № 14 от 9 марта 1973 г. об ограничительных мерах, регулирующих продажу табачных изделий и т. д.

Инструкции от 25 октября 1974 г. по маркировке сигаретных упаковок, упаковок курительного табака и упаковок сигаретной бумаги

Инструкции от 25 октября 1974 г. по запрещению рекламирования табака

### *Панама*

Декрет кабинета № 56 от 17 марта 1970 г., предписывающий меры, направленные против курения сигарет (*там же*, 1973, 24 : 581)

### *Перу*

Чрезвычайный декрет № DS-0079-70-SA (по рекламированию сигарет)

### *Польша*

Указ от 14 июня 1974 г. Министра здравоохранения и социального обеспечения, касающийся ограничений курения на основе медицинских соображений (*там же*, 1975, vol. 26, в печати)

### *Сингапур*

Акт о запрещении курения в определенных местах, 1970 г. (*там же*, 1973, 24 : 217)

Акт о запрещении рекламирования в связи с Актом о курении, 1970 г. (*там же*, с. 218)

*Соединенные Штаты Америки*

Акт Министерства здравоохранения о курении сигарет от 1969 г. (*там же*, 1971, **22** : 998)

Акт о малых сигарах от 1973 г. (*там же*, 1974, **25** : 691).



*Перевод с английского В. И. Кандрора.*

*Ответственная за редактирование Л. В. Дудова.*



---

Типография им. Смирнова Смоленского облуправления издательств,  
полиграфии и книжной торговли, г. Смоленск, пр. им. Ю. Гагарина, 2.  
Заказ № 2389.