Министерство здравоохранения Новосибирской области
ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики»

Основные подходы к профилактике курения в медицинских организациях

Новосибирск
2014

Министерство здравоохранения Новосибирской области
ГКУЗ НСО «Региональный центр медицинской профилактики»

Основные подходы к профилактике курения в медицинских организациях

Методические рекомендации

Новосибирск

2014

УДК 613.54 - 084: 614.2
ББК 51.1 (2) 5

Д 36

Рецензент:

В. Н. Букин – главный врач ГБУЗ НСО «Новосибирский областной наркологический диспансер», кандидат медицинских наук

Дергачева Е.Н. **Основные подходы к профилактике курения в медицинских организациях:** метод. рек. / Е.Н. Дергачева, М.Л. Фомичева. – Новосибирск, 2013. – 92 с.

В методических рекомендациях изложены современные аспекты, связанные с распространением потребления табака в мире и в России, основные последствия влияния на состояние здоровья курения, включая пассивное, принципы формирования государственной политики в сфере профилактики табакокурения, а также задачи медицинских работников различных структурных подразделений медицинских организаций по профилактике курения среди населения и организации работы, направленной на отказ от курения. Представлены современные методики по организации работы по отказу от курения, дана оценка эффективности различных методов. В приложениях представлены материалы для практического использования в организации «школы здоровья» по отказу от курения, формы учетно-отчетной документации, примеры печатной продукции для пациентов, нормативные документы, направленные на сокращение потребления табачной продукции и защиту здоровья населения от пагубного воздействия табачного дыма. Представленные рекомендации по организации гигиенического обучения и воспитания рассчитаны на специалистов медицинских организаций, осуществляющих гигиеническое обучение и воспитание населения, организаторов здравоохранения.

Предназначены для руководителей медицинских организаций, сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики, врачей специалистов, заведующих ФАПами, здравпунктами и др. Могут быть использованы в медицинских образовательных учреждениях в качестве учебного пособия.

УДК 613.54 - 084: 614.2
ББК51.1 (2) 5

Д 36

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений 6
Введение 7
1. Распространенность курения 7
2. Структура и тенденции потребления табака 8
3. Воздействие потребления табака на здоровье 9
4. Влияние потребления табака на экономические показатели 11
5. Государственная политика России по сокращению потребления табака 12
6. Воздействие табачного дыма 14
7. Формирование никотиновой зависимости 15
8. Стратегии оказания медицинской помощи по профилактике и отказу от курения 16
9. Алгоритм организации медицинской помощи по профилактике и прекращению потребления табака 17
10. Задачи подразделений лечебно-профилактических учреждений по проведению антикурительной работы 19
11. Объем медицинской помощи по преодолению потребления табака 19
12. Скрининг курящих пациентов 21
13.Оценка статуса курения 21
14. Лечебно-профилактические программы по преодолению употребления табака 27
14.1. Поведенческие методы лечения табакокурения 28
14.2. Фармакотерапия никотиновой зависимости и коррекция абстинентного синдрома 31
14.3. Немедикаментозные методы преодоления табачной зависимости 33
15. Профилактика возврата к курению 34
16. Роль врача при оказании помощи в отказе от курения 36
Заключение 38
Приложения 39
Список литературы 88

СОКРАЩЕНИЯ

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГХС – гиперхолестеринемия
ГНИЦ профилактической медицины - Федеральное Государственное Учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
GATS - Global Adult Tobacco Survey – Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ЗН – злокачественные новообразования
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИППП – инфекции передаваемые половым путем
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
ЛФК – лечебная физкультура
МЗиСР – министерство здравоохранения и социального развития
МКБ – международная классификация болезней
ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ОХС – общий холестерин
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
РАМН – Российская Академия Медицинских Наук
СД – сахарный диабет
СМИ – средства массовой информации
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ССО – сердечно-сосудистые осложнения
SCORE – оценка общего коронарного риска (SCORE –Systemic Coronary Risk Evaluation)
ФР – фактор риска
ЧСС – число сердечных сокращений

ВВЕДЕНИЕ

Ни для кого не секрет, насколько опасно курение, однако же, во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. В нашей стране курит почти треть всего населения в возрасте от 15 лет и старше.

Курение является социальной проблемой общества, как для его курящей, так и для некурящей части. Для первой - проблемой является бросить курить, для второй - избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, а также - сохранить своё здоровье от продуктов курения, поскольку вещества входящие в выдыхаемый курильщиками дым, не намного безопаснее того, если бы человек сам курил и принимал в себя никотин и многое другое, что входит в зажжённую сигарету.

Табак, жертвами которого в мире ежегодно становятся более 5 миллионов человек, является основной причиной смертей, которые можно было бы предотвратить. Последствия потребления табака легко спрогнозировать, поскольку это единственный легальный коммерческий продукт, использование которого по назначению убивает своего потребителя.

Курение табака - одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире и серьезная медико-социальная проблема.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 году глобальная эпидемия потребления табака будет приводить к смерти 8 миллионов человек ежегодно, и эта проблема остается одной из наиболее острых в мире.

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

Курение способствует высокому уровню смертности населения России, который в 2,5 раза выше, чем в странах Европы, и низкой продолжительности жизни, которая в России самая низкая среди 53 стран Европейского региона ВОЗ.

Курение убивает половину курильщиков. В России ежегодно гибнут более 300 000 человек от болезней, связанных с потреблением табака, при этом трое из четырех умирают в возрасте 35 - 69 лет.

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ

По данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (Global Adult Tobacco Survey (GATS) в РФ в 2009 г.), проведенного ИИЦ «Статистика России» Федеральной службы государственной статистики (Росстат) и Научно-Исследовательским Институтом пульмонологии ФМБА России совместно с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, в России распространенность регулярного курения достигла 39,4%.

Россия занимает одно из первых мест по потреблению табака в мире, из-за широкого распространения курения несет бремя эпидемии потребления табака. Курят около 43,9 миллиона взрослых жителей страны, т.е. 60,2% мужчин и 21,7% женщин.

По данным отчета GATS, большинство взрослого населения России осознают

опасность употребления табака и поддерживают введение некоторых ограничений в этой сфере. Большинство взрослых (90,8%) осознают, что курение приводит к тяжелым заболеваниям, и значительное большинство (81%) поддерживают введение запретов на курение на рабочих местах. Более того, большинство взрослого населения (82,5%) поддерживают запрет всех видов рекламы табачных изделий.

По данным отчета ВОЗ за 2008 г. Global Tobacco Epidemic (Глобальная табачная эпидемия), распространенность курения табака среди российских мужчин старше 18 лет составила 60,4 %, среди женщин старше 18 лет — 15,5%, среди мальчиков (13–15 лет) — 30,1 % и среди девочек (13–15 лет) — 24,4 %.

Самыми популярными табачными изделиями в Российской Федерации были сигареты с фильтром и без фильтра (папиросы). Курительные трубки, сигары и сигариллы были менее популярны. В последние годы на рынке появились кальяны, жевательный, нюхательный и ротовой табак, но употребление табака в этих видах остается незначительным.

2. СТРУКТУРА И ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Россия начала «курить» одной из последних в Европе. Но так же одной из последних она приступает к прекращению курения, снижению распространенности потребления табака. США, Великобритания и Япония начали эту борьбу гораздо раньше, они ведут ее с 60-х годов прошлого столетия.

Из 36 стран Европейского региона распространенность курения:

-повышается в 15 странах (главным образом в странах Центральной и Восточной Европы, включая Россию);

-снижается в 14 странах (страны Западной и Северной Европы);

-не изменяется в 7 странах.

Низкая распространенность курения регистрируется в Бельгии, Финляндии, Швеции.

Тенденции в распространенности табакокурения:

• растет распространенность табакокурения, в том числе среди женщин;

• снижается средний возраст закуривания с 10 лет до 8.

За последние 50 лет распространенность потребления табака среди мужчин оставалась очень высокой. По данным опроса «Общенациональный обзор здравоохранения и экономического обеспечения в России» распространенность курения табака среди мужчин в середине 1980-х составляла 46–48 %, в середине 1990-х — 50–55 %, а в начале 2000-х — 60–65 %. В соответствии с эпидемиологическими исследованиями, проведенными в различных регионах России, распространенность курения табака среди мужчин варьировалась от 53 % до более 80 %.

Исследования также показали, что распространенность соотносится с уровнем образования населения. В Москве распространенность активного курения среди работающих мужчин с высшим образованием составила 48,5 %, а среди мужчин без специального образования — 64,7 %.

В течение многих лет распространенность курения табака среди женщин в Российской Федерации была низкой, однако, она значительно возросла за последние 15 лет. По данным опроса «Общенациональный обзор здравоохранения и экономического обеспечения в России» распространенность курения табака среди женщин в середине 1980-х составляла менее 5 %, в

середине 1990-х — 12 %, а в начале 2000-х — более 20 %. В соответствии с эпидемиологическими исследованиями, проведенными в различных регионах России, распространенность курения табака среди женщин варьировала от 13 до 37 %.

Исследования показали, что распространенность курения женщин также соотносится с уровнем образования. В Москве распространенность активного курения среди работающих женщин с высшим образованием составила 33,7 %, а среди женщин без специального образования - 50 %7.

Опрос Global Health Professional Survey (Глобальный опрос среди специалистов здравоохранения), проведенный в Российской Федерации в 2006 г., показал, что среди студентов-медиков терапевтических факультетов третьего года обучения (в возрасте от 19 до 20 лет) курящими оказались 47 % мужчин и 36 % женщин.

По результатам социологического исследования, поведенного среди студентов старшего курса Новосибирского государственного медицинского университета в 2011 году, распространенность курения составила 22,5 %. Распространённость табакокурения среди юношей 35,7 % 2-3 раза превышает распространённость табакокурения среди девушек – 17,7 %. Количество выкуриваемых сигарет в среднем составляет 10,1 в день и варьирует от 1 сигареты в неделю до 1,5 пачек в день. Для юношей характерен более ранний возраст первых проб и начала регулярного курения; для девушек - меньшая интенсивность курения.

3. ВОЗДЕЙСТВИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА НА ЗДОРОВЬЕ

Табакокурение является третьим по значимости фактором риска развития неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Это основной фактор риска развития хронических обструктивных заболеваний легких. Каждый год регистрируются новые пациенты с такими диагнозами. Прогрессирующий рост их числа за последние годы является одним из признаков нарастающего негативного влияния курения табака на население Российской Федерации. По официальной статистике Минздравсоцразвития России, этот показатель по сравнению с общим показателем заболеваемости демонстрирует устойчивый ежегодный рост не менее 10 %.

Научные исследования доказали, что курение табака поражает практически каждый орган курящего человека. Это приводит к развитию болезней и потере здоровья. Список заболеваний, вызываемых курением табака, постоянно увеличивается: теперь в него включены также рак шейки матки, поджелудочной железы, почек и желудка, аневризма аорты, лейкемия, катаракта, пневмония и болезни десен.

Курение табака вызывает развитие рака ротовой полости, гортани, глотки, легкого, пищевода, поджелудочной железы, почек и мочевого пузыря, желудка, шейки матки, острого миелоидного лейкоза. В большинстве случаев причиной развития рака легкого является табакокурение. Риск развития рака легкого у курильщиков увеличивается в 20 раз по сравнению с некурящими. Курение табака является причиной 90 % смертей от рака легкого у мужчин и 80 % - у женщин. Курение сигарет, сопровождающееся злоупотреблением алкоголя, является причиной развития рака гортани. Курение сигарет с низким содержанием смолы и никотина не снижает риска развития рака легкого и других органов.

Риск смерти от коронарной болезни сердца у курящих людей увеличивается в 4 раза. Несмотря на лечение, 25 % мужчин и 38 % женщин умирают в течение года после инфаркта миокарда, если продолжают курить. Курение табака приводит

к развитию атеросклероза, сужению артерий, коронарной болезни сердца. Курение сигарет со сниженным содержанием смолы и никотина не снижает риска развития коронарной болезни сердца. Курение табака является причиной развития инсульта и вызывает развитие аневризмы аорты.

Курение табака поражает бронхи и легкие, приводя к развитию хронической обструктивной болезни легких. Вероятность развития инфекционных заболеваний легких у курящих людей значительно выше, чем у некурящих. Курящие беременные женщины наносят вред легким своего младенца. Курение в подростковом возрасте приводит к недоразвитию легких и снижению их функции уже в молодом возрасте. Курение табака вызывает развитие хронического кашля, хрипов в легких и бронхиальной астмы у детей, подростков и у взрослых людей.

Курение табака приводит у женщин к снижению фертильности. Курение женщинами во время беременности увеличивает в 4 раза риск развития внезапной детской смерти. Курение во время беременности приводит к развитию нарушений предлежания плаценты и отслойке плаценты. Эти нарушения могут привести к преждевременным родам. Никотин и угарный газ, содержащиеся в табачном дыме, приводят к снижению доставки кислорода тканям плода. Курение во время беременности задерживает развитие плода и приводит к снижению веса новорожденного.

Курение табака приводит к ухудшению здоровья курящего человека. Курящие люди являются менее здоровыми, чем некурящие. После хирургических операций у курящих людей чаще развиваются осложнения, связанные с плохим заживлением ран и респираторными заболеваниями. У курящих женщин в период менопаузы чаще развивается остеопороз и увеличивается риск переломов костей. Курение табака в 50 % случаев является причиной развития периодонтита, серьезных инфекций десен и потери зубов. Курение табака может вызвать развитие импотенции у мужчин. Курение табака увеличивает в 3 раза риск развития катаракты, приводящей к слепоте. Курение табака увеличивает риск развития язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Организм курильщика испытывает большие перегрузки. Как только человек закуривает сигарету, никотин через легкие попадает в кровь, и уже через несколько секунд начинает воздействовать на головной мозг.

Никотин усиливает сердцебиение, сужает кровеносные сосуды и повышает артериальное давление. Суточное количество сердечных сокращений у курильщика на 15-20 тысяч сокращений больше, чем у человека, который не курит. К тому же, сердце курильщика перекачивает за день на 1500 литров крови больше, чем некурящего, что способствует возникновению болезней сердца.

Вместе с никотином через легкие в кровь проникает и угарный газ, который уменьшает поступление кислорода во все органы человека. Из-за дефицита кислорода мышцы тела истощаются, и возникает состояние общей усталости. Содержание угарного газа в крови тех, кто курит, в 15 раз больше, чем у некурящих.

Подвергается изменениям внешность курильщика. У тех, кто недавно начал курить, одежда и волосы начинают пахнуть табаком, появляется неприятный запах изо рта, пятна на зубной эмали, зубы начинают желтеть. Кожа лица приобретает землистый цвет.

Курение подавляет волевые качества человека. Ученые нашли объяснение, развитию зависимости от табака: вещества, входящие в табачный дым, нарушают баланс микроэлементов в головном мозге, поэтому сторонников сигарет

постоянно тянет курить и им тяжело отказаться от приобретенной пагубной привычки. Зависимость от табака формируется быстро и незаметно.

Курящие подвергают опасности не только себя, но и окружающих людей. В медицине появился даже термин «пассивное курение». В организме некурящих людей после пребывания в накуренном и непроветренном помещении определяется значительная концентрация никотина. Риск сердечных приступов и смерти на 91% выше для женщин, которые регулярно находятся среди курящих, вдыхая дым сигарет, и на 58% для тех, кто время от времени вынужден проводить время среди курящих. Уровень смертности от сердечных заболеваний в семье, где курит один из супругов, на 20% выше, чем в некурящих семьях.

Курение родителей является важным фактором при синдроме внезапной смерти младенца и связано с более высокими уровнями респираторных заболеваний, включая бронхиты, простуды и пневмонию у детей. Дети отцов, которые курят 20 сигарет в день, имеют на 30% больший риск развития рака, чем дети некурящих отцов. К такому выводу пришли в ходе недавно проведенного в Великобритании крупномасштабного исследования. Риск возрастает по мере увеличения количества выкуриваемых сигарет. Для детей, чьи отцы выкуривают более 40 сигарет в день, риск был на 60% выше, чем для детей некурящих отцов.

Специалисты подсчитали, что вред пассивного курения соответствует вредному действию выкуривания 1 сигареты через каждые 5 часов. Пребывание в течение 8 часов в закрытом помещении, где курят, приводит к воздействию табачного дыма, соответствующего курению более 5 сигарет. Таким образом, пассивное курение также наносит существенный ущерб здоровью населения, приводя к тем же патологическим проявлениям, к которым приводит активное табакокурение.

Табачная зависимость официально признана нозологической формой в МКБ-10 как психическое и поведенческое расстройства, вызванные употреблением табака.

Курение – модифицируемый фактор риска ряда социально-значимых болезней, таких как: ССЗ, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), ЗН и другие хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), которые можно предотвратить. Многие из этих болезней, закладываясь в детстве или в юности в силу наследственно-конституциональных причин, впоследствии реализовываются под воздействием внешних факторов, из которых курение самое распространенное, агрессивное, но в то же время предотвратимое. Прекращение курения приводит к снижению риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на 50%, в то время как пожизненный прием дорогостоящих гипотензивных препаратов – только на 25-35%, а статинов – на 25-42%.

4. ВЛИЯНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА НА ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Курение является значительной экономической проблемой для отечественного здравоохранения. Каждый 14-ый рубль, вложенный при оказании госпитальной помощи, затрачивается на лечение заболеваний, связанных с курением.

По данным Всемирного Банка, которые были получены в ходе анализа, проведенного в 2003 г. в двух регионах - Чувашской республике (сельскохозяйственном регионе) и Кемеровской области (промышленном регионе), а затем экстраполированных на общенациональном уровне, была проведена оценка государственных и негосударственных расходов служб общественного здравоохранения на лечение заболеваний, связанных с употреблением табака, и получены следующие результаты.

• Лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сосудистая патология головного мозга) составило 83 миллиарда рублей или 20,8 % общих расходов служб общественного здравоохранения.

• Лечение респираторных заболеваний (острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, пневмония, хронические респираторные заболевания нижних дыхательных путей) - 42 миллиарда рублей или 13,1 % общих расходов служб общественного здравоохранения.

В 2003 г. доход от сбора акцизов на табачные изделия составил 20,3 миллиарда рублей. Таким образом, сумма налоговых сборов не покрыла расходы служб общественного здравоохранения на лечение заболеваний, вызванных курением табака.

5. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА РОССИИ ПО СОКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

31 августа 2006 года в России была создана «За присоединение России к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» целью которой является объединение усилий ведущих общественных организаций, ставящих своей задачей сохранение здоровья нации, чтобы добиться присоединения России к Рамочной конвенции.

3 июня 2008 г. Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака.

Россия приступила к реализации основных положений Конвенции и осуществлению государственной политики против потребления табака на 2010-2015 годы, утвержденной в 2010 году. Распоряжением Правительства РФ от 23.09.2010 N 1563-р утверждена Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подчеркивается, что одним из важнейших путей обеспечения приоритета профилактики в сфере охраны здоровья является «разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака» (ст. 12).

Борьба с потреблением табака в Российской Федерации соответствует стратегии ВОЗ MPOWER. Данная стратегия включает:

• мониторинг потребления табака и профилактические меры;

• защиту людей от воздействия вторичного дыма; оказание помощи тем, кто хочет бросить курить;

• предупреждение о вреде курения;

• усиление запретов на рекламу, а также на стимулирование продаж

• и спонсорство производства табачных изделий;

• повышение налогов на сигареты.

Данные меры являются проверенными стратегиями, позволяющими предотвратить связанные с употреблением табака заболевания и смерть.

Кроме того, стратегия включает регулирование состава и раскрытие состава табачных изделий, их упаковка и маркировка, запрет рекламы.

В глобальной работе по борьбе с табаком задача медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) состоит в информировании населения о вреде табака, помощи в предупреждении и прекращении курения.

По оценке ГНИЦ профилактической медицины, наиболее актуальным является комплексный подход к профилактике заболеваний, связанных с курением с учетом раннего выявления факторов риска и/или признаков этих болезней и применением мер по предупреждению или прекращению потребления табака.

Для разработки и реализации эффективной профилактики болезней, связанных с курением среди населения, необходимо комбинирование политических мер и индивидуальных и популяционных стратегий, а также формирование приоритетов, направленных на коррекцию управляемых факторов риска.

Важнейшее значение для профилактики возникновения и прогрессирования этих болезней имеет прекращение потребления табака, предупреждение закуривания и снижение риска пассивного курения. Своевременное выявление и предупреждение курения, требует широкого спектра мер с вовлечением различных секторов общества. Профилактические меры должны быть дифференцированными в разных группах риска.

Целевыми группами в таких программах должны стать не только сами курящие, но и их окружение, а также группы лиц, наиболее чувствительные к неблагоприятному воздействию табака.

Для повышения эффективности профилактического процесса по предупреждению болезней, связанных с курением, наряду с индивидуальной профилактикой и лечением табакокурения, необходимы внедрение жесткой антитабачной политики в системе здравоохранения, а также разработка популяционной стратегии комплексных вмешательств по профилактике болезней, связанных с курением.

Правовые основы ограничения курения:

- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15.10.2000 № 10 «Об усилении госсанэпиднадзора за производством и реализацией табака и табачных изделий»;
- Федеральный закон от 10.07.2001 № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака»;
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 09.06.2003 № 137 «О введении в действие ГН 2.3.2.1377-03" (вместе с "ГН 2.3.2.1377-03. Предельно допустимые уровни (ПДУ) содержания смолы и никотина в табачных изделиях. Гигиенические нормативы»;
- Кодекс практики профессиональных организаций здравоохранения в области борьбы с табаком, принятым участниками совещания ВОЗ в Женеве, 28-30.01. 2004;
- Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе»;
- Федеральный закон от 24.04.2008 № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»;
- Федеральный закон от 22.12.2008 № 268-ФЗ «Технический регламент на табачную продукцию», технически регулирующий табачную продукцию, реализуемую на территории РФ;
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях;
- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Приоритетный национальный проект «Здоровье»;
- Совместное двухгодичное соглашение между Минздравсоцразвития РФ

и ВОЗ, в рамках которого разработана Национальная стратегия по борьбе с курением.

23 февраля 2013 года в Российской Федерации принят Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

В законе содержатся основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака.

В соответствии с законом в целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака, сокращения потребления табака осуществляются следующие меры:

1) установление запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах;

2) ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия;

3) регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий;

4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;

5) установление запрета рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака;

6) оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака;

7) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

8) ограничение торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

9) установление запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака.

Кроме того, законом предусмотрены ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия. Определен порядок просвещения населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, а также оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

6. ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАБАЧНОГО ДЫМА

В табачном дыме содержатся более 4000 различных химических соединений, многие из которых являются токсичными (бензол, толуол, окиси азота, формальдегид) и ядовитыми (анилин, синильная кислота) веществами. Кроме того в состав табака входят радиоактивные вещества (полоний 210), 43 из них принадлежат к веществам, которые могут спровоцировать рак (бензин, бутанол, метилнитрозамины и др.).

К ядовитым веществам в табаке, прежде всего, относят:

• Никотин - содержится в листьях табака. Попадая в организм человека с табачным дымом, никотин действует как мощный быстродействующий наркотик, вызывая сильную зависимость от курения. Одна сигарета содержит в среднем 0,5 мг никотина.

• Угарный газ - оксид углерода. Вызывает головную боль, тяжелые отравления, в отдельных случаях смерть.

• Ацетон - обладает возбуждающим и наркотическим действием, поражает центральную нервную систему, способен накапливаться в организме, в связи с чем токсическое действие зависит не только от его концентрации, но и от времени воздействия на организм.

• Аммоний – сильнейший окислитель, его применяют для химической чистки одежды.

• Кадмий - является канцерогеном. Соединения кадмия ядовиты. Особенно опасным случаем является вдыхание паров его оксида.

Табачный дым конденсируется в коричневое липкое вещество с неприятным запахом, которое называется «смола». Причиной того, что табак продуцирует столько много различных химических веществ, является очень высокая температура (выше 900 градусов), создаваемая в горящем конце сигареты при курении.

Почему же человек не умирает сразу, закурив первую сигарету? Это обусловлено тем, что никотин поступает в организм небольшими порциями, часть его успевает нейтрализоваться, развивается постепенное привыкание к нему.

Во время курения:

• 25% вредных веществ табачного дыма поступает в легкие курящего;

• 5% – остается в окурке;

• 20% – сгорает;

• 50% токсических веществ поступает в воздух.

При горении сигареты (папиросы) образуется два потока дыма: основной и побочный. Основной поток возникает на горящем конце сигареты во время затяжки, проходит через весь табачный стержень и попадает в легкие курильщика.

Побочный поток образуется на горящем конце в период между затяжками и поступает в окружающий воздух. Табачный дым при пассивном курении более агрессивен, чем при активном:

• В побочном потоке содержится много канцерогенных нитрозаминов;

• Невольный курильщик в сильно накуренной комнате вдыхает за 1 час никотина столько же, сколько курильщик при выкуривании 2-4 сигарет. Концентрация никотина в крови увеличивается в течение 1,5 часов в 8 раз.

• В накуренном помещении в организме пассивного курильщика количество окиси углерода через 1 час увеличивается в 2 раза, в легких оседает большое количество сажи.

7. ФОРМИРОВАНИЕ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Для большинства курящих табачная зависимость - истинная наркотическая зависимость, сравнимая с зависимостью, вызываемой опиатами, амфетаминами или кокаином, преодоление которой часто невозможно только методами психологического - поведенческого воздействия. Это надо учесть при составлении программ лечения табакокурения и выборе методов лечения табачной зависимости.

Никотиновая зависимость формируется следующим образом:

- Никотин поступает в головной мозг спустя несколько секунд после раскуривания сигареты.

- В мозге никотин активирует никотиновые рецепторы и стимулирует высвобождение гормона удовольствия - допамина.

- Повторные дозы никотина вызывают увеличение числа никотиновых рецепторов до 300%.

- Для поддержания силы ощущений нужно повышение дозы и частоты приема никотина.

- После окончания курения уровень никотина в головном мозге снижается, и рецепторы требуют продолжения подачи никотина, появляются симптомы «никотинного голода».

- Без приема все возрастающих доз никотина появляются неприятные симптомы отмены.

Выделяют три стадии привыкания к никотину:

I стадия — бытовое, несистематическое курение (около 5 сигарет в день), никотиновой абстиненции нет, изменения физического состояния здоровья отсутствуют или выражены слабо, полностью обратимы.

II стадия — привычное курение, постоянное (от 5 до 15 сигарет в день), зависимость отчасти физическая, толерантность повышена, умеренная абстиненция, поражения внутренних органов незначительны, в определенной степени обратимы после прекращения курения.

III стадия — пристрастное курение; толерантность к курению высокая, абстиненция тяжелая, зависимость чисто физическая, влечение непреодолимое (человек курит не менее 1-1,5 пачки сигарет в день); привычка курить натощак и сразу после еды, а также среди ночи. Определяются значительные поражения внутренних органов и нервной системы.

8. СТРАТЕГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

Задачи медицинских работников в сфере профилактики и борьбы с курением, согласно рекомендациям ВОЗ:

- способствовать тому, чтобы меньше стало вновь закуривающих, особенно среди подростков и женщин;

- оказать консультативную помощь всем курящим, стремиться к отказу от курения среди них;

- стремиться к предотвращению возврата к курению, особенно в течение первого года после отказа, когда высока вероятность рецидива.

В соответствии с Методическими рекомендациями ГНИЦ профилактической медицины «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения», утвержденными письмом Минздравсоцразвития России 5 мая 2012 г. N 14-3/10/1-2817, при оказании медицинской помощи по профилактике и отказу от курения необходим комплексный подход к проблеме, включающий:

- внедрение антитабачной политики в лечебно-профилактических учреждениях: создание среды, свободной от табачного дыма, запрет на курение в ЛПУ, стимулирование курящего персонала отказаться от курения и оказание им помощи, создание системы отчетности и контроля над курящими пациентами;

- вовлечение и обучение руководства и персонала ЛПУ к внедрению

антитабачной политики и оказания квалифицированной медицинской помощи в лечении табачной зависимости на всех уровнях (участковый врач, врач общей практики, врачи-специалисты, фельдшерские здравпункты, специализированные приемы по оказанию помощи по отказу от курения – кабинеты (отделения) медицинской профилактики, центры здоровья);

- просвещение населения - стимулирование населения к отказу от курения, поощрение персонала, пациентов и их семьи сделать свои дома свободными от табачного дыма, формирование однонаправленного взаимодействия на территориальном уровне между лечебно-профилактическими учреждениями и центрами медицинской профилактики;

- оказание помощи в лечении табакокурения: применение системы регистрации курящих пациентов, профилактическое консультирование, лечение табачной зависимости и динамическое наблюдение.

Сила никотиновой зависимости очень велика, эта ситуация обуславливает значительные затруднения при самостоятельном отказе от курения, даже в тех случаях, когда пациент твердо приходит к данному решению.

Приверженность населения России к табакокурению существенно отягчает распространение этой пагубной привычки среди врачей. Курение врачами кроме вреда для собственного здоровья ведет к отрицательным последствиям для их пациентов.

Врачи являются «модельной» группой для всего населения в отношении здорового образа жизни. Курящий врач не только слабо мотивирован на оказание помощи своим курящим пациентам, но и его рекомендации по отказу от курения не могут вызывать должного доверия у пациента.

Таким образом, первоочередными задачами, кроме профилактики распространения табачной зависимости среди населения, являются: развитие профессиональных знаний и формирование негативного отношения к курению среди самих врачей и медицинских работников. Роль врача любой специальности в лечении табачной зависимости весьма велика.

9. АЛГОРИТМ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ПРЕКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

В соответствии со схемой, предложенной специалистами ГНИЦ профилактической медицины (рис. 1), комплексный метод профилактики и лечения табакокурения и профилактики заболеваний, связанных с курением, подразумевает:

1) выявление лиц - активно курящих и подвергающихся действию окружающего табачного дыма;

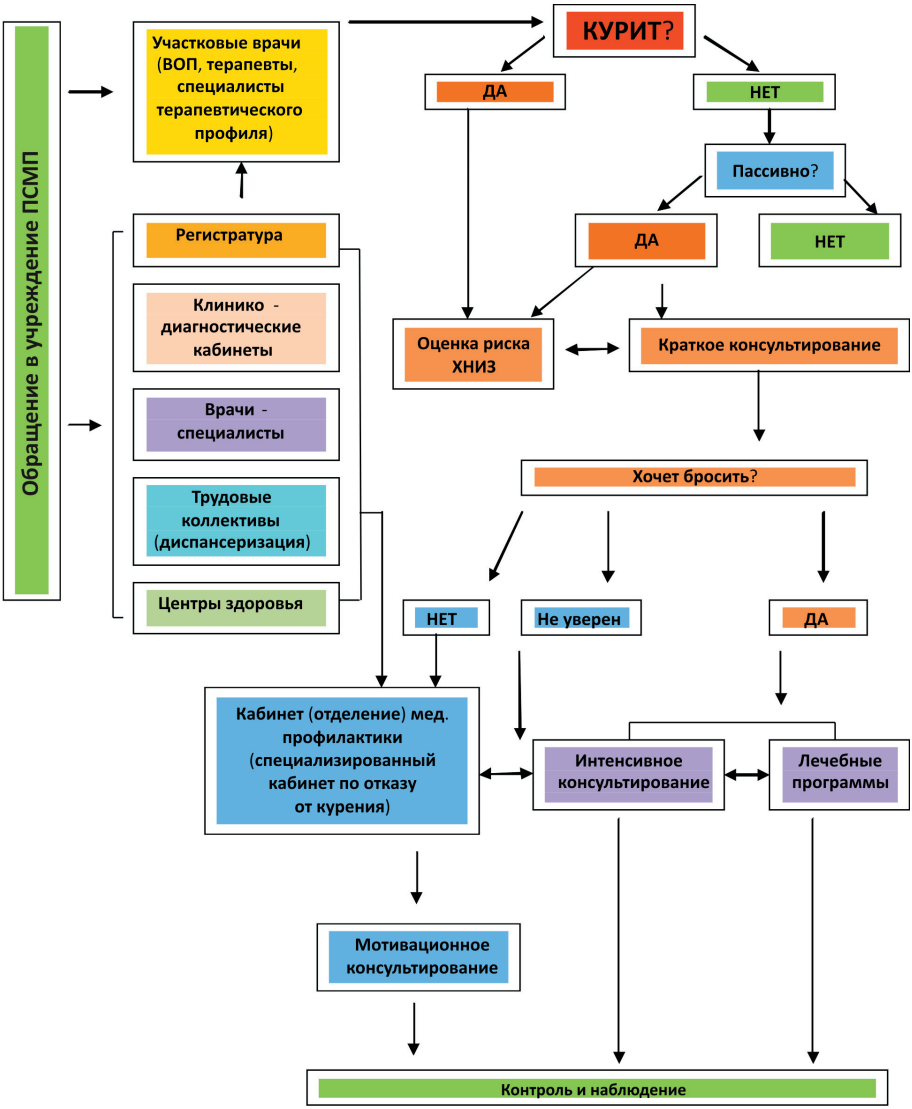
2) раннее выявление факторов риска развития болезней, связанных с курением, и формирование целевых групп для лечения табакокурения;

3) оказание целенаправленной мотивационной поддержки по прекращению курения по стратегии краткого вмешательства;

4) диагностику статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения;

5) предоставление дифференцированной помощи по отказу от курения - с учетом интенсивности курения, степени табачной зависимости и готовности отказаться от курения.

Рис. 1. Алгоритм организации оказания медицинской помощи курящим пациентам (С.А. Бойцов)



Этот комплекс мероприятий необходимо реализовывать на всех уровнях амбулаторно-поликлинической помощи, начиная с регистратуры и/или кабинета доврачебного приема, где выявляется факт курения (активного или пассивного) и оформляется соответствующая запись в амбулаторной карте пациента.

Основной объем помощи по профилактике и преодолению курения осуществляется участковым врачом (врачом общей практики, терапевтом, или специалистами) и специалистами кабинета (отделения) медицинской

профилактики, в том числе специализированного кабинета медицинской помощи при отказе от курения (создаются в медицинских организациях в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»).

Каждое из вышеуказанных подразделений вносит свой вклад в выявление, информирование курящих пациентов и мотивирование их к отказу от курения.

Курящий пациент, обратившийся по любому вопросу в учреждение, не должен его покинуть, не получив консультации в преодолении табакокурения.

10. ЗАДАЧИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ПРОВЕДЕНИЮ АНТИКУРИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Задачи регистратуры - информировать курящих пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу (кроме обращений в ситуациях, угрожающих жизни) об имеющейся (при наличии) в учреждении возможности оказания медицинской помощи по отказу от курения.

Задачи кабинета доврачебного приема - уточнять во всех случаях обращения пациента и при каждом визите факт курения, кратко проинформировать о вредном влиянии активного и пассивного курения на здоровье, и целесообразности отказаться от курения, проинформировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения в учреждении.

Задачи врачей участковых (общей практики, цеховых) и других терапевтических специальностей - в выявлении, регистрации курящих пациентов, их мотивировании к отказу от курения и в предоставлении медицинской помощи в отказе от курения всем пациентам, изъявившим желание и готовность отказаться от потребления табака, а также профилактике болезней, связанных с курением. Кроме того, к участковым врачам и терапевтам в первую очередь направляется большая часть пациентов, обратившихся из регистратуры, центров здоровья.

Задачи врачей других специальностей - уточнять и фиксировать во всех случаях обращения пациента факт курения, провести краткое консультирование и настоятельно рекомендовать пациенту отказаться от потребления табака, информировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в отказе от курения, направлять в кабинет медицинской профилактики для получения специализированной помощи по отказу от курения.

Задачи кабинета (отделения) медицинской профилактики (специализированного кабинета по отказу от курения) – оказание медицинской помощи по отказу от курения и в коррекции факторов риска развития ХНИЗ по комплексной лечебно-профилактической программе, включающей диагностику, дифференцированную лечебно-профилактическую помощь и динамическое наблюдение.

11. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА (в соответствии с Методическими рекомендациями ГНИЦ профилактической медицины)

Участковым врачом, врачом общей практики осуществляется:

- активное выявление курящих, в том числе и лиц, подвергающихся воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков);
- регистрация результатов в амбулаторной карте пациента. Оказание помощи

в преодолении потребления табака или направление пациента в кабинет медицинской профилактики.

- выявление факторов риска развития хронических заболеваний (включая генетические, конституциональные, детского анамнеза), а также ранних признаков ХНИЗ, формирование целевых групп для лечения табакокурения;

- оценка риска сердечно-сосудистой и бронхо-легочной заболеваемости и смертности (включая применение системы оценки суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний SCORE и спирометрии);

- оказание мотивационной поддержки по предупреждению или прекращению курения, с использованием результатов обследования пациента;

- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде краткого консультирования (стратегия краткого вмешательства);

- оказание помощи по отказу от потребления табака в виде интенсивного консультирования и/или назначение медикаментозной терапии при желании и готовности пациента приступить к лечению табачной зависимости;

- направление пациента на специализированный прием по отказу от курения (кабинет (отделение) медицинской профилактики) для формирования мотивации и готовности к отказу от курения и лечения табакокурения - если пациент не готов к лечению табакокурения;

- регистрация действий по оказанию помощи в отказе от потребления табака в амбулаторной карте;

- осуществление контроля и наблюдения за пациентами, потребляющими табак, и регистрация результатов.

Врачом-специалистом: осуществляется работа с пациентами, имеющими высокий риск развития отдельных ХНИЗ или с признаками этих болезней.

Если пациент находится под наблюдением врача-специалиста, то комплекс мероприятий по оказанию помощи в отказе от потребления табака, описанный выше, проводится соответствующим специалистом.

Метод активного выявления и регистрации факта курения, а также активное выявление факторов риска или ранних признаков болезней, связанных с курением, определения риска смертности от ХНИЗ позволяет:

1) обратить внимание самого курящего на собственную вредную привычку, на угрозу его личному здоровью и подготовить его к отказу от курения,

2) врачу выявить наиболее подверженных к развитию заболеваний, связанных с курением пациентов, и применить в их отношении более интенсивные мероприятия по преодолению потребления табака,

3) выявить ранние симптомы ХНИЗ и предпринимать меры для их дальнейшей профилактики и/или лечения,

4) дисциплинировать и пациента, и врача в объединении усилий в борьбе против табакокурения.

В отделении (кабинете) медицинской профилактики в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также кабинетах медицинской профилактики, организованных в составе центров здоровья, осуществляется работа в оказании специализированной медицинской помощи курящим в преодолении табачной зависимости и прекращении потребления табака - диагностика, дифференцированная лечебно-профилактическая помощь, динамическое наблюдение и контроль.

Для диагностики статуса курения, степени табачной зависимости, готовности отказаться от курения и наличия мотивации к отказу от курения, определяется:

- Интенсивность курения,
- Анамнез курения: начало курения, стаж и предыдущий опыт отказа от курения,
- Уровень окиси углерода (СО) в выдыхаемом воздухе,
- Степень никотиновой зависимости (Тест Фагерстрема),
- Степень готовности к отказу от курения,
- Статус курительного поведения.

Учитывая, что табачная зависимость - это хроническое заболевание поведенческого характера, лечению её должно быть уделено такое же пристальное внимание, время и средства, как другим видам хронической патологии.

Табачная зависимость требует длительного и систематического врачебного вмешательства и контроля. А наличие рецидивов в лечении табачной зависимости отражает хроническую природу зависимости и не означает провала врача или пациента.

Вот почему активное выявление табакокурения и оказание помощи по преодолению табачной зависимости - неотъемлемая часть работы сотрудников первичного звена здравоохранения и должно осуществляться как на этапе участкового врача и специалистов, так и в условиях специализированных приемов/кабинетов медицинской профилактики.

12. СКРИНИНГ КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ

Установление факта курения предоставляет несложную задачу, простого опроса пациента вполне достаточно, чтобы установить его. Исключение составляют некоторые группы населения, среди которых велика вероятность ложноотрицательных ответов (сокрытие факта курения). Это, как правило, дети и подростки, а также некоторые профессиональные группы. Анонимность опросов позволяет получить относительно реалистичные данные о распространенности курения в различных контингентах. А сочетание социологических исследований со специальными пробами, например на содержание угарного газа в выдыхаемом воздухе, или исследование уровня насыщения крови кислородом, позволяет объективизировать данные опросов.

Участковый врач, врач общей практики должен консультировать каждого курящего, собирать анамнез и давать рекомендации, базирующиеся на формировании позитивного отношения к выгодам для здоровья в случае отказа от курения.

13. ОЦЕНКА СТАТУСА КУРЕНИЯ

Оценка степени табачной зависимости и степени мотивации к отказу от курения является первым шагом к лечению табачной зависимости, результатом которой является отнесение пациента к одной из 4 групп:

1. Постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить.
2. Постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем.
3. Постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить.
4. Пациенты, которые курят нерегулярно.

Оценка статуса курения включает:

- оценку риска развития заболеваний в результате курения;
- оценку степени никотиновой зависимости;
- оценку степени мотивации бросить курить;
- оценку типа курительного поведения (мотивации к курению).

Оценка курения, как фактора риска развития заболеваний, является ведущей в оценке статуса курения и играет важную роль в мотивации пациента к отказу от курения. Оценка проводится по индексу курящего человека (ИК), который рассчитывается по следующей формуле:

ИК = N x 12, где N - число сигарет, выкуриваемых в месяц,
12 – число месяцев в году

ИК > 140 свидетельствует о высоком риске развития хронических заболеваний легких. Расчет ИК необходимо проводить каждому курящему пациенту, приходящему на прием к врачу или поступающему в больницу, результат оценки необходимо фиксировать в карте амбулаторного пациента (истории болезни) и сообщать пациенту.

Можно рассчитать **индекс пачка/лет**, который определяется по следующей формуле:

$$\frac{\text{число сигарет, выкуриваемых в сутки x стаж курения (в годах)}}{20}$$

Индекс пачка/лет более 10 является достоверным фактором риска хронической обструктивной болезни легких.

Кроме опросов целесообразно использование инструментальных методов обследования. «Золотым стандартом» для диагностики функциональных нарушений внешнего дыхания, является спирометрия, которая позволяет отслеживать степень прогрессирования нарушений внешнего дыхания и необходима для определения риска развития кардиореспираторных заболеваний.

Это простой, стандартизированный, объективный, хорошо воспроизводимый метод оценки ограничения скорости воздушного потока, применимый в ходе профилактических обследований. Спирометрия дает возможность определять максимальный объем, выдыхаемый при форсированном выдохе от точки максимального вдоха (форсированная жизненная емкость легких, ФЖЕЛ), и объем воздуха, выдыхаемый в течение 1-й секунды при форсированном выдохе (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду - ОФВ1), а также соотношение этих двух показателей (ОФВ1/ФЖЕЛ).

Оценка спирометрических показателей проводится по отношению к должным величинам в зависимости от возраста, роста, пола.

Соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ само по себе является более чувствительным показателем ограничения скорости воздушного потока, а ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% рассматривается как ранний признак этого нарушения у тех пациентов, у которых ОФВ1 остается нормальным (>=80%).

Снижение как ОФВ1, так и ФЖЕЛ коррелирует с общей смертностью вне зависимости от курения табака, а нарушенная функция легких идентифицирует подгруппу курильщиков с повышенным риском развития рака легких.

Измерение концентрации угарного газа в выдыхаемом воздухе.

Измерение концентрации СО в выдыхаемом воздухе проводится с помощью СО-анализатора и применяется:

1) для выявления степени “загрязнения” воздуха в легких угарным газом (выявления факта курения), так и

2) с целью повышения мотивации пациента бросить курить и содействия отказу от потребления табака (контроль динамики состояния, демонстрация опасности курения пациенту).

Результаты выдоха пациента в трубку анализатора угарного газа, отображаются на дисплее в ppm (микрочастицы на миллион) и в %HbCO (карбоксигемоглобина) и визуально обозначаются соответствующими цветовыми указателями. Действует система цветов светофора.

Таблица 1. Оценка уровня концентрации CO

0 - 5 ppm - зеленая зона	низкая концентрация CO
5 - 10 ppm - желтая зона	умеренная концентрация CO
выше 10 ppm - красная зона	высокая концентрация CO

При активном и регулярном курении результаты, как правило, превышают 10 - 20 ppm, результаты обычно колеблются в пределах 5 - 10 ppm, когда пациент курил 10 - 12 часов назад и легкие не успели очиститься от остатков угарного газа. Когда концентрация CO в пределах 5 ppm (±1), это означает, что пациент, скорее всего, подвергался воздействию больших концентраций окружающего табачного дыма.

Другим прибором объективного исследования воздействия табачного дыма является **анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина** (смокелайзер). CO представляет собой токсическое соединение, которое снижает концентрацию поглощаемого организмом кислорода. Пределы концентрации определяемого прибором CO - 0 - 25 parts per million (ppm).

Действие электрохимического датчика смокелайзера основано на реакции CO с электролитом одного электрода и кислорода выдыхаемого воздуха с другим. Эта реакция вызывает электрический потенциал, пропорциональный уровню концентрации CO. Полученные данные обрабатываются микропроцессором, и затем пиковая концентрация CO представляется на дисплее.

Таблица 2. Классификация степеней курения в зависимости от концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина

Концентрация монооксида углерода	**Концентрация**	**Цветовая индикация**	**Степень курения**
0 - 6 ppm	0,16 - 0,96	зеленый	Отсутствие курения
7 - 10 ppm	1,12 - 1,60	оранжевый	Легкое курение
11 - 20 ppm	1,76 - 3,20	красный	Умеренное курение
> 20 ppm	> 3,20	красный + звуковой сигнал	Курение тяжелой степени

К методам объективного выявления воздействия курения относится **пульсоксиметрия** – неинвазивный метод измерения процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (сатурация). В основе метода лежит измерение поглощения света определенной длины волны гемоглобином крови. Степень поглощения зависит от содержания оксигемоглобина. Пульсоксиметр фиксирует степень оксигенации крови и измеряет частоту пульса и амплитуду пульсовой волны. Этот метод важен в объективизации степени дыхательной недостаточности – неспособности системы дыхания обеспечить нормальный газовый состав крови.

Оценка степени никотиновой зависимости необходима как врачу, так и самому пациенту для правильного выбора тактики и метода отказа от курения. Проводится с помощью теста Фагерстрема (таблица 2).

Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов:

- 0-2 баллов – очень слабая зависимость.
- 3-4 баллов – слабая зависимость.
- 5 баллов – средняя зависимость.
- 6-7 баллов – высокая зависимость.
- 8-10 баллов – очень высокая зависимость.

Таблица 3. Тест Фагерстрема

Вопрос	**Ответ**	**Баллы**
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 6-30 минут	2
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того как проснетесь, чем в течение остального дня?	Да	1
	Нет	0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Оценка степени мотивации бросить курить (таблица 4) может быть проведена с помощью двух очень простых вопросов (ответы в баллах).

Таблица 4. Оценка степени мотивации бросить курить

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?	Определенно нет	0
	Вероятнее всего, нет	1
	Возможно, да	2
	Вероятнее всего, да	3
	Определенно да	4
2. Как сильно Вы хотите бросить курить?	Не хочу вообще	0
	Слабое желание	1
	В средней степени	2
	Сильное желание	3
	Однозначно хочу бросить	4

Степень мотивации пациента к отказу от курения оценивается по сумме баллов:

- 6-8 баллов – высокая мотивация к отказу от курения. Пациенту можно предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения.

- 4-6 баллов – слабая мотивация. Пациенту можно предложить пробную лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.

- 0-3 балла – отсутствие мотивации. Пациенту возможно предложение снижения интенсивности курения.

Оценка типа курительного поведения (мотивации к курению) проводится по анкете Д. Хорна с помощью анализа ответов на следующие вопросы.

Варианты ответов и оценка их в баллах: всегда - 5, часто - 4, время от времени - 3, редко - 2, никогда - 1:

А. Я курю, чтобы оставаться бодрым.

Б. Я получаю удовольствие в процессе курения оттого, что держу сигарету в руках.

В. Курение сигарет является приятным и расслабляющим.

Г. Я закуриваю сигарету, когда злюсь на кого-нибудь.

Д. Когда у меня заканчиваются сигареты, я не успокаиваюсь, пока не смогу их приобрести.

Е. Я курю автоматически, даже не осознавая этого.

Ж. Я курю для стимуляции, чтобы взбодриться.

З. Часть удовольствия от курения сигарет составляют действия, выполняемые при закуривании.

И. Я нахожу курение сигарет приятным.

К. Когда я чувствую себя некомфортно или расстроен(а), я закуриваю сигарету.

Л. Когда я не курю сигарету, я очень четко осознаю этот факт.

М. Я закуриваю сигарету неосознанно, когда предыдущая еще не потухла в пепельнице.

Н. Я закуриваю сигарету, чтобы почувствовать воодушевление, подъем.

О. Когда я курю сигарету, часть удовольствия я получаю от вида выдыхаемого дыма.

П. Больше всего курить мне хочется, когда я чувствую себя комфортно и расслабленно.

Р. Когда я подавлен(а) или хочу отвлечься от забот и тревог, я закуриваю сигарету.

С. Я испытываю непреодолимое желание курить, если не курю некоторое время.

Т. Я обнаруживаю, что у меня во рту сигарета и не помню, как я закурил(а).

Преобладающие факторы мотивации к курению оцениваются по сумме баллов:

1. Желание получить стимулирующий эффект от курения: А+Ж+Н
2. Потребность манипулировать сигаретой: Б+З+О
3. Желание получить расслабляющий эффект: В+И+П
4. Использование курения, как поддержки при нервном напряжении: Г+К+Р
5. Существует сильное желание курить (психологическая зависимость): Д+Л+С
6. Привычка: Е+М+Т

Сумма баллов может варьировать от 3 до 15:

- 0-7 баллов – слабая мотивация;
- 7-11 баллов – средняя мотивация;
- 11-15 баллов – сильная мотивация выше.

Согласно анкете Д.Хорна выделяют следующие типы курительного поведения:

1-й тип – «Стимуляция». Курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием: взбадривает, снимает усталость. Курят, когда работа не ладится. У курящих с данным типом отмечается высокая степень психологической зависимости от никотина. У них часто отмечаются симптомы астении и вегето-сосудистой дистонии.

2-й тип – «Игра с сигаретой». Человек как бы «играет» в курение. Ему важны «курительные» аксессуары: зажигалки, пепельницы, сорт сигарет. Нередко он стремится выпускать дым на свой манер. В основном курят в ситуациях общения, «за компанию». Курят мало, обычно 2-3 сигареты в день.

3-й тип – «Расслабление». Курят только в комфортных условиях. С помощью курения человек получает «дополнительное удовольствие» от отдыха. Бросают курить долго, много раз возвращаясь к курению.

4-й тип – «Поддержка». Этот тип курения связан с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Курят, чтобы сдержать гнев, преодолеть застенчивость, собраться с духом, разобраться в неприятной ситуации. Относятся к курению как к средству, снижающему эмоциональное напряжение.

5-й тип – «Жажда». Данный тип курения обусловлен физической привязанностью к табаку. Человек закуривает, когда снижается концентрация никотина в крови. Курит в любой ситуации, вопреки запретам.

6-й тип – «Рефлекс». Курящие данного типа не только не осознают причин своего курения, но часто не замечают сам факт курения. Курят автоматически, человек может не знать, сколько выкуривает в день, курит много, 35 и более сигарет в сутки. Курят чаще за работой, чем в часы отдыха; чем интенсивнее работа, тем чаще в руке сигарета.

Анализ ответов на приведенные вопросы дает возможность врачу и пациенту выделить индивидуальные факторы, стимулирующие к курению, и спланировать изменения образа жизни пациента с целью избегания ситуаций, провоцирующих курение.

Эти диагностические меры кроме основного предназначения также помогают начинать разговор об отказе от курения, стимулировать к переосмыслению поведенческих стереотипов, способствуют формированию или повышению мотивации пациента в отношении отказа от курения.

Доказано, что с помощью результатов измерения функции легких и/или выявления факта генетической предрасположенности к ХНИЗ можно добиться в 25% отказа от курения при годичном наблюдении.

14. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Помощь в отказе от курения включает следующие компоненты: обучение знаниям о воздействии табака и последствиях табачной зависимости, мотивация на отказ от курения, лечение табачной зависимости.

Социологические исследования среди курильщиков с применением стандартизованных анонимных опросников, показали, что около 50% взрослых (18-75 лет) курильщиков не могли ответить ничего определенного о последствиях курения табака, кроме того, что курение может быть вредно. Поэтому важно средствами санитарно-просветительской пропаганды образовывать курильщиков, чем курение опасно для здоровья и в какой степени, говорить о краткосрочных и долгосрочных отрицательных последствиях воздействия табачного дыма, объяснять возможности и преимущества отказа от табакокурения. Антитабачное гигиеническое образование детей и подростков основывается на сочетании работы средств массовой информации, рекомендаций медицинских работников, педагогического воздействия учителей, а также привлечения к этой работе родителей и самих учащихся.

Доля курящих, желающих бросить курить, закономерно увеличивается с возрастом. Но уровень мотивации на отказ от курения может существенно отличаться у различных индивидуумов. Оценка степени мотивации и готовности к отказу показывает, что около половины людей, имеющих табачную зависимость и желающих бросить курить, нуждаются в усилении и закреплении мотивации на отказ от курения, чтобы они действительно приступили к отказу от курения. Многие уже имели попытки бросить курить без эффекта или с временным и частичным эффектом. Причина неудач - слабая мотивация, высокая степень табачной зависимости и отсутствие медицинской помощи при попытке отказа. Рекомендации к отказу от курения должны исходить со стороны лечащего или наблюдающего врача, независимо от его специальности. При минимуме затрат времени эффективность персонифицированных рекомендаций со стороны лечащего врача весьма высокая.

Лечение табачной зависимости осуществляется в специализированных подразделениях, где профильные специалисты проводят индивидуальные или групповые консультации и сеансы терапии табачной зависимости. В настоящее время существуют достаточно эффективные методы терапии табачной зависимости, включающие: психотерапевтические методы, медикаментозные средства (никотинзаместительная терапия), физиотерапевтические процедуры.

Доказано, что наиболее эффективно комбинированное применение нескольких методов и, прежде всего, комбинация психотерапевтических методов с никотинзаместительной терапией.

Оказание дифференцированной помощи по отказу от курения заключается в составлении лечебных программ на основании результатов обследования пациента и диагностики состояния курения. Пациенты, не желающие отказаться от курения, получают мотивационное консультирование в целях повышения их мотивации и готовности к отказу от курения.

Лечебные программы могут сочетать разные методы лечения табакокурения: поведенческие - индивидуальная или групповая психотерапия, школы для пациентов по преодолению курения, а также методы лечения табачной зависимости - медикаментозные и немедикаментозные в зависимости от степени никотиновой зависимости, а также от укомплектованности персоналом и техникой.

Важнейшей составляющей профилактической программы является динамическое наблюдение и контроль. Все действия, предпринятые в отношении пациентов, получивших помощь в преодолении потребления табака, регистрируются в карте пациента, и пациент берется под наблюдение в кабинете медицинской профилактики, либо передается участковому врачу или специалисту, у кого он наблюдается по основному заболеванию. Форма, периодичность и продолжительность динамического наблюдения определяются методом выбранной терапии и результатами лечения и осуществляются путем активных вызовов пациента, телефонных консультаций или консультаций при последующих посещениях пациентов в ЛПУ.

14.1. Поведенческие методы лечения табакокурения

Основной метод - краткое консультирование (стратегия краткого вмешательства). Как правило, осуществляется участковым врачом. Используется профилактическое консультирование и информирование т.н. «Краткий совет» или «Стратегия краткого вмешательства» (Minimal Intervention Strategy - 5 «А» – Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) - метод краткого консультирования по отказу от курения и повышения мотивации пациента для прекращения потребления табака, беседа занимает не более 5 минут.

В рамках краткого консультирования рекомендуется информировать о риске заболеваний вследствие курения. Курение табака – один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-легочных, онкологических и других хронических заболеваний. Пассивное курение также вредно, как и активное.

Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака. Так называемые «легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья.

Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения.

Если курящий выкуривает первую утреннюю сигарету в течение первых 30 минут после подъема, то необходимо его информировать о высоком риске у него никотиновой зависимости, что расценивается как заболевание и требует медицинской помощи, объяснить необходимость обратиться в кабинет по оказанию помощи в отказе от курения (кабинет медицинской профилактики).

При нежелании пациента бросить курить, повторить совет, дать памятку и рекомендовать при появлении такого желания обраться за медицинской помощью по отказу от курения.

Дать информацию о режиме работы кабинета медицинской профилактики или кабинета медицинской помощи по отказу от курения.

Опыт показывает: чтобы посоветовать и поддержать пациента отказаться от курения, нужно не более 3 - 5 минут в рамках рутинной консультации. При огромном многообразии вредного воздействия потребления табака на организм, врач всегда может обосновать свой совет для конкретного пациента с точки зрения риска развития той или иной проблемы, связанной с курением.

Дальнейший выбор тактики при лечении табакокурения зависит как от типа курительного поведения пациента, так и от его психологической готовности и уровня мотивации отказаться от курения. Лечение табакокурения во всех случаях необходимо начинать с учетом особых психотерапевтических подходов.

Эффективность краткого консультирования, как единственного вида вмешательства, на уровень смертности, изучалось в 20-летнем рандомизированном контролируемом исследовании среди курильщиков-мужчин с повышенным риском кардиореспираторных болезней. Исследование показало, что по сравнению с контрольной группой в группе лиц, получивших краткий совет по отказу от курения:

- уровень общей смертности был на 7% ниже;
- уровень смертности от инфаркта миокарда - ниже на 13%;
- уровень смертности от рака легких был ниже на 11%.

Индивидуальное поведенческое консультирование (Individual Behavioural Counselling) - более интенсивные, чем краткий совет, вмешательства с продолжительностью более чем 10 минут. Индивидуальное поведенческое консультирование затрагивает вопросы, важные для пациента, разрешение проблем, тренировка навыков и обеспечение поддержки в период лечения.

Для эффективного консультирования и поведенческой поддержки необходимо знать, что пациенты проходят несколько этапов перед тем, как они прекращают курить. Модель готовности к изменению поведения, предложенная Prochaska & DiClemente, или Модель Стадий Изменения, помогает понять стадии, через которые проходит каждый курильщик на пути к преодолению курения: предразмышление, размышление (обдумывание решения), готовность (решение попытаться), действие.

Согласно этой модели, курильщики могут переживать одно из четырех состояний относительно решения отказа от курения. В каждой стадии готовности к изменению курильщики имеют разные потребности, что необходимо учитывать специалисту, оказывающему им помощь при определении нужной стратегии. Для тех, кто не готов сделать эту попытку, врач должен предпринять усилия, направленные на появление мотивации к отказу от курения.

Опыт показывает, что курильщики могут «перемещаться» от одной стадии готовности в другую под влиянием самых разных причин. При этом следует помнить, что «перемещение» может происходить, как в сторону большей готовности к прекращению курения, так и, наоборот, в сторону большей уверенности в необходимости его продолжения. И на оба эти процесса можно существенно повлиять.

При проведении индивидуального поведенческого консультирования необходимо:

- поощрять пациента в попытке бросить курить, показать, что существуют эффективные средства для прекращения курения, и половина всех куривших ранее людей сейчас уже не курит, донести до пациента уверенность в его способности бросить курить.

- показать пациенту вашу заботу и заинтересованность, способность и желание помочь, спросите, как пациент относится к курению и хочет ли он/она бросить курить, отнестись со вниманием к опасениям пациента, связанным с процессом отказа от курения.

- поощрять пациента говорить о процессе отказа от курения, о причинах, по которым он/она хочет бросить курить, о трудностях, встречаемых в процессе прекращения курения, об успехе, которого достиг пациент, заботах и тревогах, связанных с прекращением курения.

- обеспечить пациента информацией о курении, о рисках, связанных с продолжением курения, выгодах от прекращения курения, методиках оптимального достижения успеха, расскажите о природе, симптомах и динамике рецидива и методах борьбы с рецидивом.

При применении индивидуального поведенческого консультирования по сравнению с кратким консультированием вероятность отказа от курения возрастает еще в 1,4 раза.

Групповое консультирование: школа здоровья для преодоления курения - это групповые занятия для предоставления информации, совета, групповой поведенческой консультативной помощи, а также разработки базовых навыков для преодоления табакокурения.

В школах здоровья предполагаются два и более групповых занятий.

Проведение Школ здоровья по отказу от курения создается в учреждении на базе амбулаторно-поликлинического отделения, в том числе кабинета (отделения) медицинской профилактики, центра здоровья; дневного стационара или специализированных (терапевтического, кардиологического, пульмонологического и т.д.) отделений стационара; санатория-профилактория; санатория; курорта. Школа по отказу от курения может функционировать во время проведения профилактических вмешательств в организованных коллективах, где более реально обеспечить однородную целевую аудиторию.

Однако, нецелесообразно группировать слушателей школы по полу, возрасту, социальному статусу. Необходимыми и достаточными критериями являются факт курения и желание от него отказаться.

Требования к группе состоят в способности воспринимать новую информацию. Приветствуется участие «группы поддержки» (родственников, друзей).

Эффективность технологии «Школа здоровья» - применение групповых занятий для преодоления табакокурения способно увеличить вероятность отказа от курения в 1,9 раз по сравнению с программами самопомощи.

Мотивационное консультирование (Motivational interviewing - 5”R” - Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition)- консультирование пациентов, не желающих отказаться от потребления табака, представляет комплекс вопросов, которые врач обсуждает с курящим пациентом для повышения информированности относительно последствий его пагубной привычки и формирования у него готовности в отказе от курения.

Многие пациенты не будут выражать готовность отказаться от потребления табака. Причина такого поведения - низкая информированность о вредном воздействии табачного дыма на организм, страх (осознанный или не осознанный) перед последствиями отказа от курения - как стресс, набор лишнего веса, другие проявления синдрома отмены, безуспешные попытки в прошлом отказаться от курения. Такие пациенты также должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики (или центр здоровья).

При мотивационном консультировании необходимо подобрать причины для отказа от курения для каждого пациента, привязывая это к состоянию его

здоровья, наличию факторов риска или других факторов, важных лично для него, - наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить.

Следует обсуждать с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечно-сосудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни (рак легких, рак груди и других локализаций), риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной функцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Уточните, какие из них наиболее серьезные для пациента. Поясните пагубные последствия «пассивного курения» для самого пациента и для окружающих его людей: повышенный риск развития сердечнососудистых заболеваний, рака легких и хронических респираторных заболеваний у лиц, подвергающихся воздействию табачного дыма.

Необходимо определить вместе с пациентом потенциальные положительные последствия отказа от курения/снижения интенсивности:

- улучшение здоровья;
- лучшее ощущение вкуса пищи и запахов;
- экономия денег;
- улучшение самочувствия и физического состояния;
- избавление от везде присутствующего запаха табачного дыма;
- хороший пример для детей, супруга/супруги;
- улучшение здоровья детей, супруга/супруги;
- избавление от ситуаций, когда курить нельзя и появляется сильное желание закурить;
- улучшение цвета лица и уменьшение морщин.

Необходимо выяснить причины, препятствующие пациенту принять решение бросить курить: возможные симптомы синдрома отмены, страх перед неудачей, боязнь увеличения веса, недостаток знаний о возможном лечении, страх перед наступлением состояния подавленности и депрессии, сознание утратить удовольствие от табакокурения.

Нужно научить пациента не бояться рецидивов курения. А тщательно анализировать причины срыва, и мотивировать на повторные попытки отказа от курения.

14.2. Фармакотерапия никотиновой зависимости и коррекция абстинентного синдрома

В лечении табачной зависимости, как при любой хронической патологии, наиболее эффективен комплексный подход, неотъемлемым компонентом которого является фармакотерапия. Современная фармакотерапия табакокурения сводится в основном к применению трех групп препаратов лекарственных препаратов, действие которых направлено на облегчение абстинентного синдрома у курильщиков. Это:

1. препараты, содержащие никотин - никотин заместительная терапия (НЗТ);
2. антагонисты и частичные агонисты никотиновых рецепторов;
3. психотропные препараты/антидепрессанты.

Никотинзамещающая терапия (НЗТ)

Цель никотинзамещающей терапии исключение или максимальное снижение проявлений симптомов отмены. Никотинзамещающая терапия обязательно

назначается пациентам, у которых степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема составляет 4 и более баллов.

В настоящее время в России зарегистрированы и доступны различные лекарственные формы никотинсодержащих препаратов: жевательная резинка, трансдермальные терапевтические системы (пластыри), назальные спреи и ингаляторы и др.

Никотинзамещающая терапия состоит из двух компонентов:

1. Базовая терапия, назначаемая для постоянного приема. Ее цель поддерживать концентрацию никотина в крови у пациента на привычном для него уровне первые недели, чтобы исключить появление симптомов отмены. Затем уровень базовой терапии постепенно снижается до полной ее отмены, в результате чего уровень никотина в крови снижается.

2. Дополнительный прием никотинсодержащих препаратов при наступлении или усилении симптомов отмены, а также при наступлении ситуации, привычно вызывающей у пациента желание курить.

Первое назначение базовой терапии должно включать максимальные дозы никотинсодержащих препаратов, рекомендуемые для данной степени никотиновой зависимости. После второго визита базовая терапия может изменяться (снижаться) в зависимости от наличия симптомов отмены и самочувствия пациента. Максимальная базовая терапия длится не менее 23 недель, а затем начинает снижаться и полностью отменяется при исчезновении постоянных симптомов отмены. Ведущим фактором при снижении дозы и отмене базовой терапии является самочувствие пациента.

Дополнительно назначается использование жевательной резинки или ингалятора. Это дает возможность пациенту почувствовать, что существует некоторая замена привычной для него сигареты, и он с большим доверием отнесется к назначаемой ему терапии. Кроме того, пациент может выбрать более удобный для него препарат, который дополнит базовую терапию. Пациент сам должен решить, когда он будет принимать дополнительную терапию, но дополнительный прием препарата должен быть обязательным в следующих случаях:

- наступление любого из симптомов отмены;
- если пациент попадает в компанию курящих людей;
- если наступает привычная для курения ситуация (волнение, раздражение, сытный обед, вечеринка и т.д.).

Дополнительная терапия может назначаться дольше, чем базовая, и длиться в соответствии с потребностями пациента.

Использование никотинсодержащих препаратов возможно также у пациентов, не желающих бросить курить, но готовых снизить интенсивность курения. При этом пациент продолжает курение, но комбинирует его с приемом никотинсодержащих препаратов, снижая тем самым количество сигарет, выкуриваемых в день.

Все методы медикаментозной терапии доказали свою эффективность в отношении отказа от курения в течение 6 и 12 месяцев наблюдения по сравнению с плацебо.

Никотинзаместительная терапия удваивает шансы курящих в успешном преодолении курения, по сравнению с теми, кто не получал лекарственной терапии. Эффективна для помощи в преодолении курения у лиц с сердечнососудистыми болезнями и хронической обструктивной болезнью легких. Уровень отказа

от курения значительно возрастает при применении никотинзаместительной терапии в сочетании с индивидуальным профилактическим консультированием, в особенности у пациентов с сердечнососудистой патологией.

Антагонисты и частичные агонисты никотиновых рецепторов

Зарегистрированным в России препаратом выбора для лечения табачной зависимости является вареиклин (чампикс) – препарат, не содержащий никотин, с высокой аффинностью и селективностью связывается с $\alpha_4\beta_2$ никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга, в отношении которых он является как частичным агонистом (но в меньшей степени, чем никотин), так и антагонистом в присутствии никотина. Вареиклин связывается с $\alpha_4\beta_2$ никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами и стимулирует их, но в значительно меньшей степени, чем никотин. При стимуляции рецепторов вареиклином высвобождается на 40-60% меньше дофамина, чем при стимуляции никотином. Эта концентрация обеспечивает чувство комфорта, подавляя симптомы абстиненции, и не приводит к зависимости от препарата.

В присутствии никотина вареиклин проявляет антагонизм, так как обладает большим сродством к рецепторам, чем никотин. При лечении вареиклином человек не получает привычного удовольствия от курения за счет меньшего повышения уровня дофамина. В результате снижается тяга к курению.

Эффективность лечения препаратом никотиновой зависимости была подтверждена многочисленными исследованиями.

Нейротропные и психотропные средства в терапии табачной зависимости в нашей стране не зарегистрированы Фармкомитетом и не допущены к применению.

14.3. Немедикаментозные методы преодоления табачной зависимости и коррекции абстинентного синдрома основаны на рефлексотерапии табакокурения.

Рефлексотерапия является одним из методов выбора. Показания к нему достаточно широкие и при наличии специалиста этот метод может быть применен у большинства курильщиков. Согласно рекомендациям института рефлексотерапии от 24.11.80 N 10-74/11-14 и от 02.06.81 N 212-11/63-27 табакокурение является абсолютным показанием для лечения методом иглорефлексотерапии. Предложены рецептуры точек воздействия, расположенные на ушной раковине (аурикулоакупунктура) и корпоральные точки.

Методы рефлексотерапии эффективны в отношении долгосрочного отказа от курения и не имеют противопоказаний, характерных для традиционных методов медикаментозной терапии табачной зависимости.

В последние годы широко развиваются неинвазивные и бесконтактные методы рефлексотерапии, в качестве стимулирующего начала которых выступают электромагнитные волны миллиметрового диапазона низкой интенсивности. Эти методы могут применяться в лечении табакокурения. Миллиметрово-волновая терапия (МВТ) - это новый метод лечения, основанный на различных биологических эффектах низкоинтенсивного электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового (мм) диапазона: (от 30 до 300 ГГц или от 1 до 10 мм длины волн).

Метод МВТ позволяет нормализовать эмоционально-мотивационную сферу, купировать влечение, снизить или полностью устранить абстиненцию, нормализует сложную систему гомеостаза, реализуется путем нормализации процессов метаболизма нейрорефлекторных процессов. Одновременно наблюдается активация центральных механизмов адаптации и нормализация взаимоотношений нейромедиаторных систем, что в свою очередь способствует нормализации процессов торможения и возбуждения в центральной нервной системе.

15. ПРОФИЛАКТИКА ВОЗВРАТА К КУРЕНИЮ

Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения табачной зависимости особенно эффективны при применении их в лечебных программах - в сочетании с поведенческими методами и при осуществлении надлежащего контроля и динамического наблюдения. Контроль и динамическое наблюдение также необходимы для профилактики возврата к курению, опасность которого особенно велика в течение первых 6 месяцев. Если у пациента нет должной поддержки огромная доля усилий, затраченных на достижение отказа от курения, утрачивается, т.к. до 75 - 80% лиц возвращаются к курению.

Правильно составленная индивидуальная программа по отказу от курения и подобранная терапия позволяет пациенту безболезненно отказаться от курения, преодолеть поведенческие стереотипы и максимально снизить симптомы отмены.

Симптомы отмены обязательно должны фиксироваться пациентом ежедневно в течение первых 2-х месяцев отказа от курения (таблица 3), что позволит правильно подобрать дозу и длительность терапии.

Таблица 3 Симптомы отмены, наличие которых пациент ежедневно отмечает

Симптомы	**1 день**	**2 день**	**3 день**	**4 день**	**5 день**	**6 день**	**7 день**
сильное желание закурить							
возбудимость							
беспокойство							
нарушение концентрации внимания							
раздражительность							
ухудшение настроения							
чувство гнева							
депрессия							
сонливость							
головная боль							
бессонница							
тремор							
потливость							
улучшение аппетита							
увеличение веса							
усиление кашля							
затруднение отхождения мокроты							
чувство заложенности в груди							
боли в мышцах							
головокружение							

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать возможность формирования у пациента причинно-следственной связи и убрать повод к возврату этой вредной привычки.

Увеличение веса проявляется у разных пациентов по-разному: у одних отмечается незначительная прибавка в весе, у других - более существенная. В среднем, за 2 - 3 месяца отказа от курения прибавление в весе - 3 - 4 кг. Многие пациенты этот вес в течение года теряют. Врач должен заранее предупредить пациента о такой возможности, и в случае, если это может играть важную роль в принятии решения бросить курить, заранее разработать рекомендации для потери лишнего веса, и начать их выполнение за некоторое время до отказа от курения.

Постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождается улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела. Этого можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания, соблюдать основы рационального питания, пища должна содержать большое количество витаминов, минеральных солей, микроэлементов.

Рекомендуется: увеличение потребления витамина С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы).

В качестве источника углеводов предпочтительнее употребление меда, чем чистого сахара.

В целях предупреждения рецидива курения врачу следует активно продолжать психотерапевтическое влияние на пациента, вовлекать в сферу влияния его микросоциальную среду. Хороший эффект оказывает аутогенная тренировка, расширение физической активности.

Психологические упражнения призваны мобилизовать волю курильщика, внушить ему отвращение к табачному дыму, к табаку:

- Все мои мышцы приятно расслаблены…
- Приятное тепло во всем теле….
- Ощущение глубокого покоя и отдыха приятно мне…
- Я с каждым днем спокойнее и увереннее…
- Я уверен в себе, своих силах возможностях…
- Укрепляются мои волевые желания….
- Я развиваю и укрепляю силу воли с каждым днем….
- Я уверен в возможностях избавления от вредной привычки….
- Я полон (полна) решимости…..
- Потребность курить больше не испытываю….
- Я легко обхожусь без сигарет….
- Курение мне безразлично…..
- Табачный дым отравляет меня и окружающих….
- Я избавлюсь от вредной привычки…..
- Я испытываю отвращение к курению…..
- С каждым днем отвращение к курению нарастает все сильнее…

- Пропадает всякое желание курить….
- Я бросаю курить…..
- Курение сокращает мою жизнь…
- Табачный дым и запах табака мне противны….
- Я больше не курю…..
- Мне приятно чувство свежести во рту и легкости в груди…
- Дышится легко и свободно, никакого желания курить….
- Курение мне противно….
- Без курения я чувствую себя лучше…..
- Я совершенно спокоен (спокойна)……
- Мне приятно чувство победы над вредной привычкой…..

У ряда курильщиков, особенно у злостных потребителей табака, в первое время прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты. Следует объяснить пациенту, что это - естественный процесс, чтобы он был к этому готов. В этих случаях рекомендуется назначение отхаркивающих средств, щелочное питье.

Следует рекомендовать пациенту избегать провоцирующих курение ситуаций, пребывание в помещении, где курят. Психологическая, социальная поддержка окружающих, одобрительное отношение к некурению способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

16. РОЛЬ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

Исследования показывают, что курение самого врача влияет на его отношение к курящим пациентам в плане оказания им помощи в преодолении курения. Курящие врачи-специалисты, реже, чем их некурящие коллеги спрашивают о привычке курения своих пациентов (90% против 98,2%, $p = 0,039$). Также они менее охотно предлагают консультативную помощь для преодоления курения (7% против 23%, $p = 0,011$), и реже направляют пациентов на специализированный прием по отказу от потребления табака (37% против 64%, $p = 0,028$).

Эффективность обучения врачей технологиям помощи в преодолении курения. Исследования показывают, что у курящих пациентов, которых консультировали врачи, прошедшие обучение технологиям помощи в преодолении курения, вероятность отказа от курения 1,35 раз выше, чем у тех, кто посещал врачей, не прошедших такого обучения - различия достоверны. Вероятность отказа от курения среди этих пациентов возрастала до 2,37 раз, если в дополнение к основной учебной программе врачам предоставлялись подсказки в отношении реализации помощи в отказе от курения.

Вероятность отказа от курения у лиц, получивших краткое консультирование в 1,7 раз выше, по сравнению с теми, кто не получал совета по отказу от курения.

Выявление риска развития болезней или самих болезней, связанных с курением, у пациента способствует успеху: вероятность отказа у таких пациентов возрастает еще 1,7 раз, по сравнению с теми курильщиками, у кого патологии, связанной с курением, пока не выявлено.

Раздача печатных информационных материалов или дальнейшее систематическое наблюдение, при применении краткого консультирования, могут достоверно увеличить вероятность отказа от курения еще в 1,4 раза.

Поведенческое консультирование и другие методы психологической поддержки повышают эффективность методов - направленных на преодоление никотиновой зависимости.

Результаты многочисленных исследований показывают, что наибольший результат в помощи пациентам по преодолению курения можно достичь при комбинации различных подходов и методов лечения, как медикаментозных, так и немедикаментозных. Например, в одном из многоцентровых клинических исследований комбинация методов: консультаций врача, групповой поддержки с тренировками навыков и применения никотинзаместительной терапии позволила достичь отказа от курения в 35% случаев по истечению года, а через 5 лет этот показатель составлял 22%.

По данным ГНИЦ профилактической медицины эффективность комбинированных технологий помощи в преодолении потребления табака выглядит следующим образом:

- при применении комбинации поведенческих и медикаментозных методов (НЗТ) уровень отказа от курения составил 43,9% при наблюдении 12 месяцев;
- у лиц, получавших иглорефлексотерапию, уровень отказа от курения к концу 1 года 1,7 раз был выше по сравнению с лечившимися НЗТ;
- наибольшая эффективность была достигнута при сочетании немедикаментозных методов (рефлексотерапия) с интенсивным индивидуальным консультированием в период наблюдения (64%;.
- при сочетании индивидуального консультирования с немедикаментозным методом лечения табачной зависимости (МВТ) в условиях специализированного приема, отказ от курения составил 56% при 12 месяцах наблюдения;
- применение сочетания индивидуального консультирования с НЗТ в практике врача-специалиста поликлиники позволило добиться отказа от курения в 46,7% по окончании курса лечения (12 недель);
- при использовании технологии «Школы здоровья» в организованном коллективе, отказ от курения составил 17% при наблюдении 12 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разные виды и формы помощи в отказе от курения имеют различную эффективность, разный масштаб охвата населения и в разной степени обеспечивают различные компоненты помощи. Целесообразно внедрение всех видов помощи, поскольку они не конкурируют, а добавляют друг друга. При этом организация помощи в отказе от курения должна осуществляться с учетом региональных особенностей (потребность в помощи, структура здравоохранения, подготовленность медицинских работников, реальные возможности).

Помощь в отказе от курения по критериям эффективности и стоимости признана наиболее перспективным направлением профилактики хронических неинфекционных заболеваний, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни. Перспективность этого направления определяется также тем фактом, что, как показывают специальные обследования, 60-80% взрослых курильщиков хотели бы бросить курить, большинство курильщиков уже делали в прошлом одну или более попыток бросать курить, но, как правило, безуспешно и поэтому сознают необходимость квалифицированной помощи.

Важно также отметить, что прекращение курения является не только эффективным средством профилактики развития многих болезней и расстройств, но может явиться одним из наиболее действенных средств для больных, страдающих определенными формами сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний. В лечении и ведении таких пациентов помощь в отказе от курения может стать одним из основных компонентов эффективной терапии заболевания.

В исследованиях подтверждено улучшение переносимости хирургического и химиотерапевтического лечения, а также улучшение выживаемости, после проведенного лечения, при отказе от курения онкологическими больными.

Оказание того или иного объема помощи пациентам в отказе от курения **является профессиональной обязанностью и долгом врача любой специальности.**

Приложение 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЫ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

Для практического применения предлагается методика организации Школы по отказу от курения, разработанная и успешно применяемая с 2005 года ГУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики».

Эффективность Школы, проводимой по предложенной методике, составила 51,9 % успешных отказов от курения через месяц и 39,5 % - через год.

Школа по отказу от курения (далее Школа) - это групповые занятия для предоставления информации, совета, групповой поведенческой консультативной помощи, а также разработки базовых навыков для преодоления курения.

Школа создается в учреждении на базе амбулаторно-поликлинического отделения, в том числе кабинета/отделения медицинской профилактики, кабинета по отказу от курения, центра здоровья; дневного стационара или специализированных (терапевтического, кардиологического, пульмонологического и т.д.) отделений стационара; санатория-профилактория; санатория; курорта.

Школа организуется приказом руководителя учреждения здравоохранения, утверждается руководитель Школы, порядок направления пациентов на обучение, ведения учетной документации, назначается ответственное лицо за составление отчетов.

Руководителем школы назначается врач или медицинская сестра, имеющая специальность «управление сестринской деятельностью».

Занятия в Школе имеют право проводить медицинские работники (врач, фельдшер, инструктор по гигиеническому воспитанию, медицинская сестра, имеющая специальность «управление сестринской деятельностью», медсестра отделения /кабинета медицинской профилактики, центра здоровья), имеющие обучение на цикле тематического усовершенствования по профилактике неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни.

Цель Школы – оказать помощь желающим оказаться от курения.

Задачи Школы:

- повышение информированности обучающихся о влиянии табачного дыма на здоровье;
- информирование об эффективных методиках отказа от курения;
- определение статуса курения;
- повышение мотивации обучающихся к отказу от курения;
- составление индивидуального плана отказа от курения;
- повышение ответственности обучающихся за сохранение своего здоровья;
- поддержка после завершения обучения и профилактика рецидивов.

Набор обучающихся осуществляется на основе информирования населения о Школе с использование рекламы, объявлений в учреждении, на информационных сайтах и порталах, в средствах массовой информации.

Курящие пациенты могут быть направлены в школу лечащим врачом или врачом центра здоровья.

Для пациентов важно обеспечить финансовую (бесплатно для всех категорий

пациентов) и временную (организация занятий в вечернее время) доступность занятий в Школе.

Группы формируются, как правило, по предварительной записи. Количество слушателей в группе 10-12 человек. По мере формирования группы записавшихся информируют о начале занятий по телефону. Учитывая, что не все слушатели Школы смогут придти в установленное время, для формирования группы в 10-12 человек на первое занятие необходимо пригласить 14-16 человек.

Нецелесообразно группировать слушателей школы по полу, возрасту, социальному статусу. Необходимыми и достаточными критериями являются факт курения и желание от него отказаться.

Требования к группе состоят в способности воспринимать новую информацию. Приветствуется участие «группы поддержки» (родственников, друзей).

Помещение для занятий в Школе

Занятия лучше проводить в специально оборудованном помещении. Для организации занятий необходимы столы, стулья (по количеству слушателей). Обучающимся необходимо записывать полученную информацию, лучше обеспечить бумагой для записей (блокнотами), ручками, карандашами.

Для улучшения восприятия информации желательно оборудовать учебную комнату наглядными пособиями, оснастить средствами для демонстрации видеофильмов и презентаций: компьютер, принтер, проектор, доска с мелом или флип-чарт с маркерами.

Желательно оснастить Школу приборами для объективизации статуса курения и расходными материалами к ним (смокелайзер, аппарат для определения уровня оксида углерода в выдыхаемом воздухе).

Для проведения занятий понадобятся информационные материалы для слушателей (анкеты, памятки, буклеты, листовки и т.д.).

Количество занятий в Школе, их периодичность и продолжительность может варьировать от 2-х до 5. Учитывая, что обучающиеся в Школе курящие люди не считают себя больными, рекомендуется не нарушать их привычный образ жизни.

Специалисты рекомендуют проведение Школы в 2 занятия, в вечернее время. Продолжительность занятий не менее 3-х академических часов (135 минут).

Периодичность занятий 1-2 в неделю.

Структура занятий

В соответствии с международными рекомендациями, занятие должно включать: вводную часть; теоретический или информационный блок с интерактивной частью; заключение.

Учитывая особенности концентрации внимания, рекомендуется чередование теоретической информационной части с активными формами обучения. Рекомендуемая продолжительность теоретической составляющей 10-15 минут.

На первом занятии необходимо познакомиться. Обсудить цель и задачи, которые будут решены в процессе обучения.

Во время вводной части каждого занятия рассматривается обзор тем.

Информационный теоретический блок содержит необходимую информацию о курении и его влияние на здоровье, для формирования осознанного решения отказаться от пагубной привычки.

Активная часть должна вовлекать обучающихся в обсуждение, дискуссию или действие. Предлагается проводить тестирование для определения статуса курения, типа курительного поведения, мотивации к отказу от куреня, а также формулирования установки на отказ от курения, обсуждения и выбора альтернативы курению.

В заключительной части необходимо предоставлять время для ответа на вопросы обучающихся.

ОБЗОР ЗАНЯТИЙ

Занятие 1. Курение и здоровье

На первом занятии рекомендуется информировать обучающихся о влиянии компонентов табачного дыма на здоровье. Обсудить причины закуривания и особенности формирования никотиновой зависимости.

Провести тестирование для определения типа курительного поведения, степени никотиновой зависимости, уровня мотивации к отказу от курения. Желательно определение уровня оксида углерода в выдыхаемом воздухе.

Результаты, полученные в ходе тестирования, помогают понять индивидуальные особенности курительного поведения обучающихся, помочь оценить связанный с курением риск для состояния здоровья.

Примерный план занятия:

1. Вводная часть – 15 минут.

Знакомство, обзор тематики, продолжительности занятий, описание цели занятия.

2. Активная часть – 10 минут

Выявление отношения к курению. Предложите каждому определить: что значит для него курение, где обычно курит, когда чаще курит, почему, как относится к своему курению, пытался ли бросить курить.

3. Информационная часть – 10 минут

Факторы определяющие здоровье. Компоненты табачного дыма, Влияние курения на здоровье человека. Легкие сигареты – миф или реальность.

4. Активная часть – 5 минут

Определение уровня оксида углерода в выдыхаемом воздухе.

5. Информационная часть – 10 минут

Стадии курения и курительный статус.

6. Активная часть – 20 минут

Оценка типа курительного поведения (анкета Д. Хорна).

7. Информационная часть – 10 минут

Причины закуривания и курения.

8. Активная часть – 5 минут

Расчет индекса курящего человека (сигарет в год).

9. Информационная часть – 5 минут

Формирование никотиновой зависимости

10. Активная часть – 5 минут

Оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема).

11. Информационная часть – 15 минут

Обзор современных методов лечения табачной зависимости.

12. Активная часть – 5 минут

Оценка степени мотивации к отказу от курения.

13. Информационная часть – 10 минут

Отказ от курения: чего опасаться? Чего достигну, прекратив курить?

14. Ответы на вопросы.

В конце занятия рекомендуется дать домашнее задание: написать преимущества и «лишения» при отказе от курения.

Занятие 2. Как отказаться от курения

В информационной теоретической части необходимо познакомить обучающихся с методами отказа от курения. Рекомендуется информировать о методах, эффективность которых научно доказана.

Рекомендуется провести психологическую подготовку к отказу от курения: обсудить ситуации, которые могут спровоцировать курения, обучить навыкам преодоления стрессовых ситуаций, проанализировать причины неудач прошлых попыток отказа от курения.

Предложить каждому обучающемуся сформулировать основную причину отказа от курения и преимущества, которые получит, отказавшись от курения.

Предлагается определить конкретную дату прекращения курения, в пределах двух ближайших недель, когда сохраняется актуальность полученной информации и впечатлений от занятий в Школе.

Примерный план занятия:

1. Вводная часть – 5 минут

Описание цели занятия.

2. Активная часть – 10 минут

Проверка домашнего задания.

3. Информационная часть – 10 минут

Этапы «новой жизни». Выработка стратегии поведения без курения:

4. Активная часть – 10 минут

Обсудите индивидуальные результаты тестирования для определения степени мотивации к отказу от курения.

5. Информационная часть – 10 минут

Симптомы отмены.

6. Информационная часть – 10 минут

Медикаментозное лечение табакокурения. Никотинзаместительная терапия.

7. Активная часть – 15 минут

Выбор значимой причины для отказа от курения, формулирование установки на отказ от курения.

8. Информационная часть – 10 минут

Лечение никотиновой зависимости препаратом Чампикс

9. Активная часть – 10 минут

Оценка привычных для курения ситуаций и поиск альтернативы курению.

10. Информационная часть – 10 минут

Обучение приемам преодоления желания закурить после отказа от курения.

11. Активная часть – 10 минут

Упражнения для тренировки глубокого дыхания.

12. Информационная часть – 10 минут

Функция легких и курение. Преимущества отказа от курения.

13. Активная часть – 10 минут

Установление даты отказа от курения.

14.Ответы на вопросы. Подведение итогов.

Поддержка выпускников Школы

Поддержка осуществляется при телефонном индивидуальном консультировании. Рекомендуется периодически звонить обучающимся, чтобы узнать, как происходит отказ от курения. Особенно важна поддержка в первые дни после даты отказа от курения.

Для оценки эффективности Школы результаты опроса фиксируют в карточке слушателя Школы через месяц, год и т.д. после отказа от курения.

Карта слушателя Школы по отказу от курения

Школа №_____ Дата «___»_____201___г.

ФИО_____Возраст _____лет

Контактный телефон_____

Стаж курения _____лет Попытки бросить курить: да/нет

Курительное поведение

Стимуляция	**Игра с сигаретой**	**Расслабление**	**Поддержка**	**Жажда**	**Рефлекс**
Концентрация СО		Уровень		Риск	
Индекс пачка/лет		Значение		Риск	
Никотиновая зависимость		Балл		Степень	
Мотивация к отказу		Балл		Степень	

Медикаментозное лечение рекомендовано: да/нет

Медикаменты:_____

Дата отказа от курения: «____» _____20____г.

Отказ через месяц: да/нет

Отказ через год: да/нет

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ В «ШКОЛЕ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ»

Причины для отказа от табака:

1. Жить более здоровой жизнью.

Ваше здоровье начнет улучшаться сразу же после отказа от курения табака.

2. Жить дольше.

Курение табака в буквальном смысле слова «съедает Вас заживо». Курильщики, живут на 14 лет меньше, чем те, кто не курит

3. Освободиться от зависимости.

Никотин является одним из веществ, вызывающих наиболее сильную зависимость, у курящих развивается болезнь — табачная зависимость.

4. Улучшить здоровье тех, кто Вас окружает.

«Пассивное курение» также вредно, как и активное курение. Вторичный табачный дым вызывает рак, болезни сердца, органов дыхательной и пищеварительной систем. Дети, родители которых курят, имеют большую вероятность заболеть бронхитом, бронхиальной астмой, респираторными инфекционными заболеваниями и воспалением легких.

5. Сэкономить деньги.

Подсчитайте, сколько денег в год Вы тратите на сигареты или другие табачные изделия, а также зажигалки, кофе и другие атрибуты курения. Вы можете сделать для себя и своей семьи что-то более полезное на эти деньги.

6. Чувствовать себя лучше.

Вы избавитесь от кашля, Вам станет легче дышать, и Вы перестанете все время чувствовать себя плохо. Вы будете также лучше выглядеть — у тех, кто бросил курить, кожа выглядит моложе, зубы — белее и появляется больше энергии.

7. Улучшить качество жизни.

Ваши одежда, машина и дом не будут иметь неприятного запаха. Еда будет казаться вкуснее.

8. Иметь здорового младенца.

Дети, родившиеся у женщин, которые курят, имеют большую вероятность родиться с низким весом и иметь всю жизнь плохое здоровье.

9. Улучшить свое сексуальное и репродуктивное здоровье.

У мужчин, которые курят, могут появиться проблемы с появлением и поддержанием эрекции. Женщинам, которые курят, труднее забеременеть и сохранить беременность.

10. Перестать ощущать, что Вы «одинокая душа».

Остается все меньше и меньше мест, в которых разрешено курение. Курить табак становится не модно. Многие курильщики уже начали бросать курить. Вы тоже можете бросить курить.

Приемы преодоления желания закурить

Не разрешать себе выкурить только одну сигарету. Этим можно разрушить предыдущие усилия достигнутые результаты по отказу от курения.

Повторить про себя или вслух свою установку на отказ от курения.

Сказать себе: «Я бросил(а) курить и не изменю своё решение. Никаких послаблений и компромиссов. Подавлю в себе минутную слабость. Я больше не курю!»

Оценить насколько действительно в данной ситуации поможет сигарета, постарайтесь подавить желание закурить.

Встать, переменить занятие или обстановку, выйти на улицу, позвонить по телефону.

Заранее подготовить себе альтернативное курению приятное занятие, на которое можно отвлечься при появлении мысли о курении.

Освоить технику глубокого дыхания, используя её для преодоления стресса.

Тренировка глубокого дыхания

Сделать медленный вдох через нос.

Заполнить воздухом последовательно сначала нижние отделы легких, затем постепенно – верхние отделы легких. Вдох следует проводить плавно, как одно движение.

На несколько секунд задержать дыхание.

Постепенно выдыхать через рот, начала втянув живот и медленно поджимая его по мере освобождения от воздуха легких. Плечи расслабить.

В конце выдоха слегка подняты плечи и ключицы так, чтобы легкие можно было вновь до самых верхушек наполнить воздухом.

Приложение 2

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ

Принятие решения

Сосредоточьтесь на причинах, в силу которых Вы хотите бросить курить, и приготовьтесь к отказу от табака. С помощью простого теста определите степень никотиновой зависимости.

Выберите день, в который Вы бросите курить.

1. Со дня отказа от курения — ни одной затяжки!

Выбросьте пепельницы, зажигалки и все сигареты или другие табачные изделия.

2. Не допускайте курения в своей машине и в доме.

Это создаст более здоровую атмосферу для других и также поможет Вам сопротивляться желанию закурить.

3. Обеспечьте себе поддержку и одобрение окружающих.

Скажите членам Вашей семьи, друзьям и сотрудникам, что Вы бросаете курить, и попросите оказать Вам поддержку.

4. Найдите еще кого-то, кто хочет бросить курить.

Легче бросать курить вместе с кем-нибудь. Пригласите знакомого курильщика или курящего родственника бросить курить вместе с Вами.

5. Определите, что вызывает непреодолимое желание курить.

Алкоголь, кофе и стресс могут вызвать желание курить. Это желание может также вызвать вид курящих — попросите знакомых Вам курильщиков не закуривать при Вас. Скажите членам Вашей семьи, друзьям и сотрудникам, что Вы бросаете курить, и попросите оказать вам поддержку

6. Помогайте себе справиться с этой задачей.

Пейте много воды, чтобы помочь себе справиться с желанием закурить. Используйте физическую активность: чтобы облегчить стресс и улучшить свое настроение и здоровье, часто помогают физические упражнения.

7. Переключайте свой мозг, чтобы не думать о курении.

Поговорите с другом, когда Вам захочется курить. Займитесь чем-нибудь, съешьте что-нибудь вкусное, пройдитесь или пожуйте жевательную резинку. Избегайте мест и ситуаций, которые ассоциируются у Вас с курением.

8. Удержитесь от первой сигареты!

Выкуривание даже одной сигареты может привести к тому, что Вы опять начнете курить. Чем дольше Вы будете удерживаться от курения, тем слабее будет непреодолимое желание закурить. Если Вы сможете удерживаться от курения в течение 3 месяцев, то Вы, скорее всего, бросите курить навсегда.

9. Помоги себе сам.

Если Вы боитесь набрать вес, используйте хорошо сбалансированную диету и избегайте потреблять лишние калории со сладкой или жирной пищей. Со сладкого лучше перейдите на фрукты. Пейте 6–8 стаканов воды в день. Включите в свою повседневную жизнь физические упражнения. Ежедневно ходите пешком минимум 30 минут или выберите другие физические упражнения — бег, плавание, катание на велосипеде и др.

Не сдавайтесь!

Большинство людей делали несколько попыток бросить курить, пока не добились успеха. Если Вы опять начнете курить, не теряйте надежды — сделайте новую попытку. Вы не потерпели поражения — Вы узнали, какие факторы и ситуации заставляют Вас закурить. Следующая попытка бросить курить будет легче. Просто выбросьте Ваши сигареты и начните процесс избавления от курения сначала. Никогда не поздно бросать курить.

Приложение 3

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

МИФЫ О КУРЕНИИ

1. Курящий мужчина выглядит мужественно.

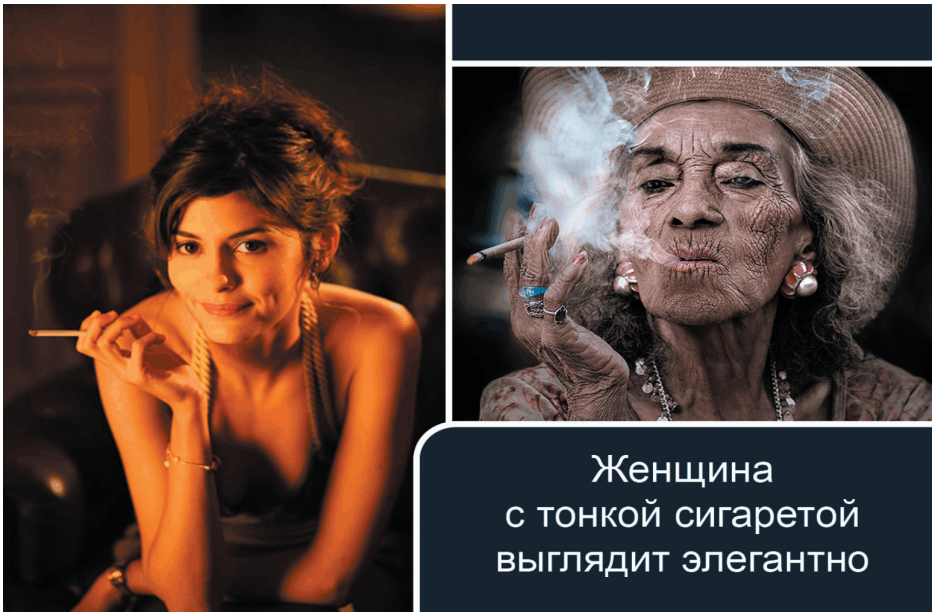
Подростки хотят казаться мужественными и взрослыми и начинают добиваться этого с помощью курения. Мальчики начинают курить в старших классах, не осознавая, что это приносит огромный вред растущему организму.

Голливудский актер Юл Бриннер, который изображен на иллюстрации, действительно выглядел очень мужественно. Известный в нашей стране по фильму “Великолепная семерка”, он всю жизнь рекламировал ковбойские сигареты “Мальборо” и выкуривал от 3 до 5 пачек сигарет в день на протяжении 35 лет.

В итоге актер умер в возрасте 65 лет от рака легких, вызванного курением.

После смерти Юла Бриннера по телевидению неоднократно повторялось его короткое обращение, снятое незадолго до смерти. Он призывал не следовать его примеру и глубоко сожалел о своем участии в табачных кампаниях. “Я мертв теперь лишь потому, что очень много курил, поэтому всем, кто меня сейчас видит, я говорю: не дразните судьбу”.

2. Женщина с тонкой сигаретой выглядит элегантно.



Цена такой элегантности слишком высока. Если женщина курит, она крадет у себя 14,5 лет жизни. Если курение началось в школе, эта цифра возрастает до 18 лет.

Кроме того, «следы курения» появляются на лице очень рано. Курящая девушка или женщина обычно выглядит старше своих лет: преждевременное старение организма происходит в результате табачной интоксикации.

Под влиянием табачных ядов набухают голосовые связки и слизистая оболочка гортани, голос становится грубым, хриплым.

Другие следы курения также буквально налицо: желтая кожа, тусклые волосы, плохой запах изо рта, больные зубы.

3. Курить или не курить, личное дело каждого. Курильщик не приносит никому вреда, кроме себя.

В России курят почти 50% рожениц. Плод таких рожениц в три раза чаще, чем у некурящих, имеет меньшую массу тела, меньший рост и больше заболеваний. При этом 74% курящих рожениц считают, что курение не вредно — сказывается недостаток информированности.

Курение родителей может привести к внезапной смерти младенца, вызвать острые респираторные инфекции, астму.

Примерно половина табачного дыма вдыхается курильщиком, другая половина остается в воздухе. Этот побочный поток в 4 раза токсичнее основного потока, вдыхаемого курящим.

Табачный дым доставляет в организм жертвы токсичный коктейль из 4000 ядов и канцерогенов. 60 химикатов, содержащихся в сигаретах, вызывают рак.

Для человека, проводящего от одного до семи часов в неделю в накуренном помещении, риск инфаркта миокарда повышается на 25%, более 21 часа в неделю - на 60%.

4. Пожилому человеку бросать курить нет смысла или даже вредно.

Через 20 минут кровяное давление и пульс возвращаются к величинам некурящего человека.

Через 8 часов уровень никотина и угарного газа в крови уменьшаются наполовину, уровень кислорода увеличивается до нормальных величин.

Через 24 часа угарный газ полностью выводится из организма, легкие начинают очищаться от накопленных смол.

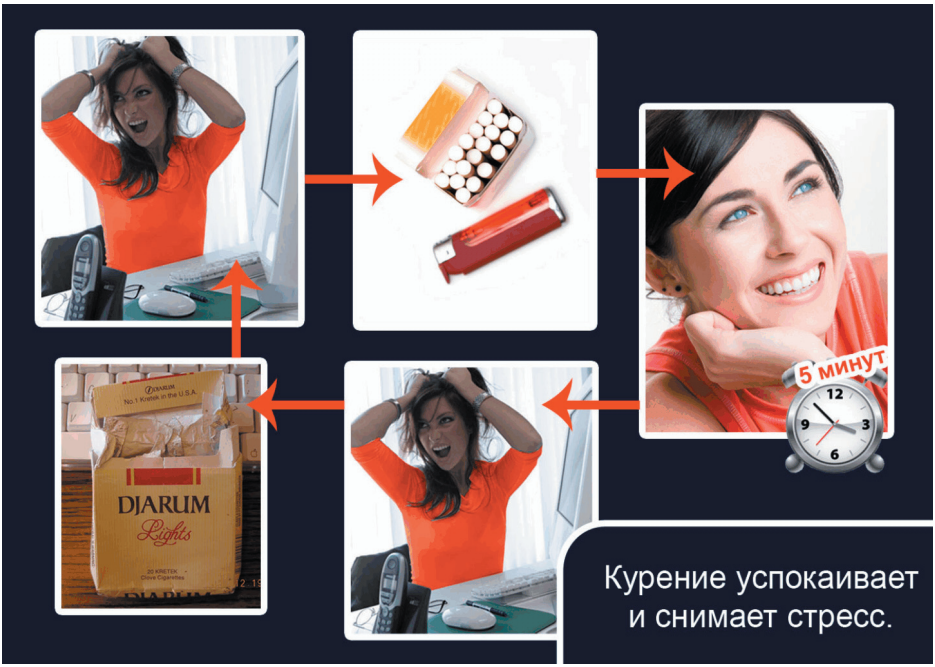
Через 48 часов в организме не остается никотина. Восстанавливается чувствительность к вкусам и запахам.

Через 72 часа дыхание становится более свободным, исчезают трудности в виде хрипов, кашля. Бронхи расслабляются, уровень энергии в организме увеличивается.

Через 2-12 недель уровень кровообращения увеличивается, физические нагрузки даются легче.

Риск сердечных болезней, рака лёгких, инсульта уменьшается, начиная с момента отказа от курения. Чем раньше перестанете курить - тем меньше становится риск заработать эти фатальные заболевания

5. Курение успокаивает и снимает стресс.



Хотя многие курящие считают, что сигарета способствует снятию стресса, исследователи установили, что, на самом, деле, сигареты провоцируют нервозность.

Курильщик зависим от сигареты, и чем больше он курит, тем эта зависимость становится устойчивее, сильнее.

Привыкнув к сигарете, человек без нее уже не может расслабиться. Таким образом, курение приводит к тому, что вы чувствуете себя все более напряженно.

Нервозность, возникающая из-за желания выкурить сигарету, провоцирует еще больший стресс.

Как следствие, уровень подверженности стрессу у курящих, попавших в условия конфликтной ситуации выше, чем у некурящих.

6. Курение это просто привычка.

По данным Всемирной организации здравоохранения никотиновая зависимость сродни героиновой и кокаиновой. Только 5% людей способны победить ее без медицинской помощи.

Никотин – это наркотик, вещество, вызывающее сильнейшее привыкание и влияющее на мозг курящего. Известны данные, что у курильщиков распространенность депрессии и других психических расстройств гораздо выше, чем у некурящих. Хотя никотин, кокаин, амфетамины и морфин воздействуют на разные участки головного мозга, отвечающие за удовольствие, все они являются причиной хронического, рецидивирующего заболевания и требуют медицинского вмешательства. Среди употребляющих алкоголь, табак, кокаин и курильщиков конопли курильщики табака (28%) подвергнуты зависимости больше, чем алкоголики (5,2%), курильщики конопли (8,2%) или употребляющие кокаин (11,6%). Лица, в прошлом зависимые от кокаина, героина или алкоголя утверждают, что от зависимости от этих веществ избавиться гораздо проще, чем бросить курить.

7. Курение легких сигарет безопасно.

При переходе на сигареты с пониженным содержанием вредных веществ курильщики могут увеличить число выкуриваемых сигарет и вдыхать дым более глубоко. Компенсаторное поведение может свести на нет любые преимущества изделий с низким содержанием вредных веществ или даже увеличить риск для здоровья.

Курение «легких» сигарет с фильтром может быть причиной аденокарциномы, особого вида рака легких. В одном из исследований выявлено, что между 1959 и 1991 годами заболеваемость аденокарциномой, которая обнаруживается на периферии легких, увеличилась в 17 раз у женщин и в 10 раз у мужчин. Исследователи полагают, что те, кто курит сигареты с фильтром и низким содержанием смол и никотина, делают более глубокий и длинный вдох, чтобы получить никотиновую «встряску», и поэтому усиливают воздействие дыма на свои легкие.

«Легкие» сигареты не менее опасны, чем обычные сигареты, потому что курильщики, не осознавая этого, при курении закрывают своими пальцами и губами вентиляционные отверстия вокруг фильтра сигареты. Очевидно, что эти вентиляционные отверстия снижают поступление смол, никотина и оксида углерода, но две трети курильщиков не знают об этих тончайших отверстиях. Это делает низкосмолистые сигареты чем-то вроде мошенничества в смысле преимуществ для здоровья.

8. Если куришь меньше 5 сигарет в день, то это не вредно.

По данным английских врачей, каждая выкуренная сигарета стоит курильщику 15 минут жизни.

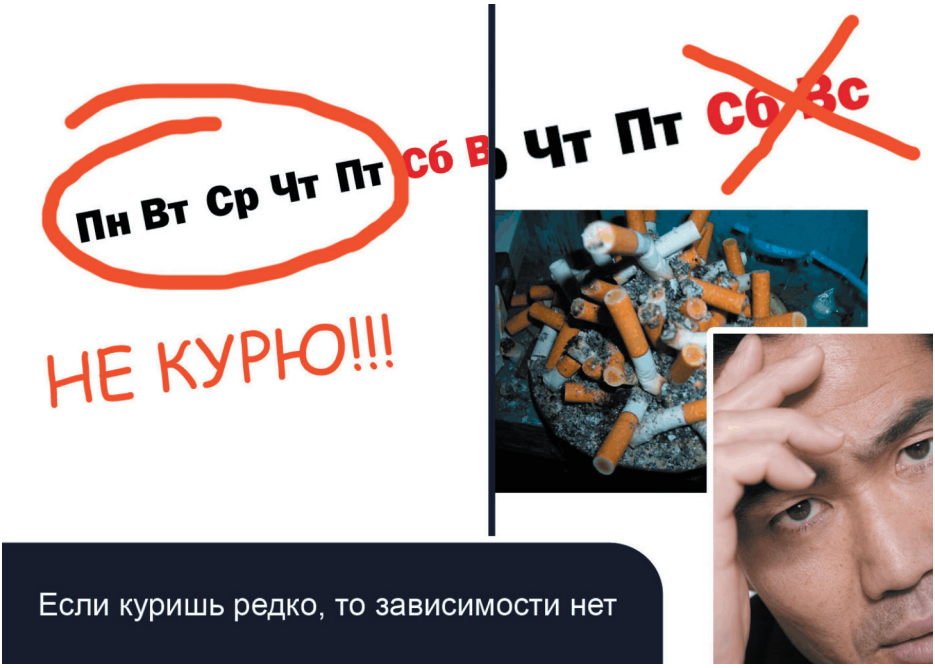
Курение вредит вашему здоровью, даже если это 1-4 сигареты в день, - такое заключение сделали норвежские ученые.

Целью исследования было оценить риск смерти от заболеваний, связанных с курением, а также от других причин. С 1970 по 2002 годы в Норвегии наблюдалось 23521 мужчин и 19201 женщин в возрасте 35-49 лет.

Относительный риск смерти от ИБС среди курящих 1-4 сигареты в день по сравнению с некурящими составил 2,74 у мужчин и 2,94 у женщин. Относительный риск смерти от рака легкого составил 2,79 и 5,03 для мужчин и для женщин соответственно.

Таким образом, даже «редкое» курение способно повысить риск смерти от ИБС у обоих полов и от рака легкого у женщин.

9. Если куришь редко, то зависимости нет.



О зависимости от какого-либо вещества можно говорить, если:

• вещество применяется регулярно для поддержания в крови постоянного уровня, к которому развивается толерантность;

• вещество используется для предотвращения синдрома отмены (абстиненции), а его симптомы, в свою очередь, вызывают возвращение к этому веществу (рецидив);

• вещество применяется несмотря на неблагоприятные социальные и медицинские последствия.

Вдыхание дыма - это наиболее быстрый метод достижения нужной концентрации никотина в мозгу, так как этот наркотик попадает с кровью от легких к мозгу примерно за семь секунд. Скорость, с которой никотин проникает в мозг, - главная причина столь быстрого привыкания к нему.

10. Курение не вызывает физического удовольствия, приятен сам процесс.

В процессе курения в головном мозге выделяется допамин – гормон, отвечающий за удовольствие. Несмотря на расхожее мнение, что курильщик получает лишь психологическое удовольствие от сигареты, курение связано и с химическими процессами в организме. Даже, если человек не способен идентифицировать удовольствие от сигареты, его мозг, получая выброс допамина, ощущает стимулирующее воздействие.

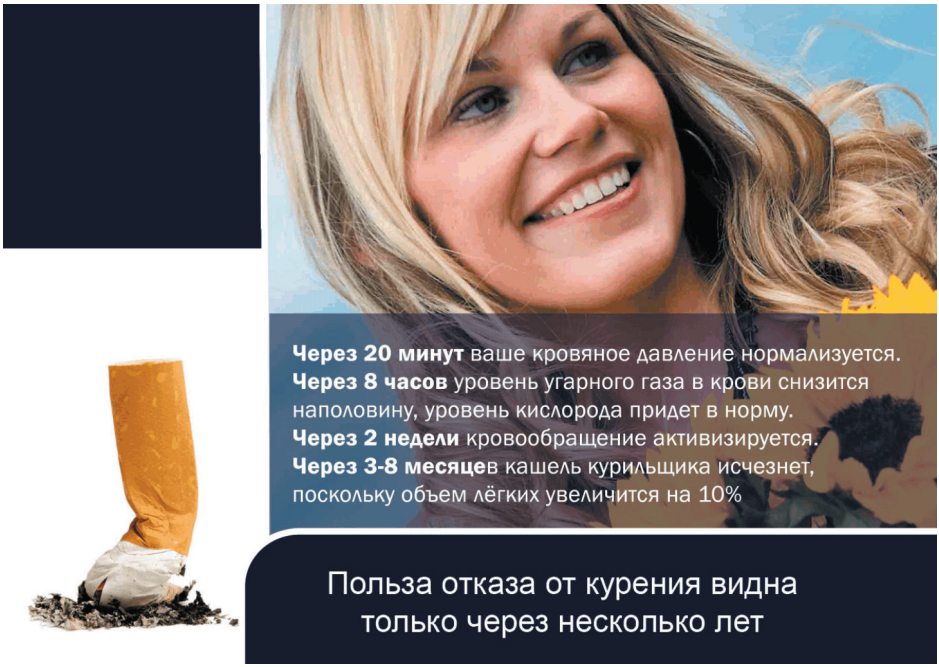
11. Если нет серьезных проблем со здоровьем, то курение не причиняет вреда.

Убедительные доводы в подтверждение слухов о потере «мужской силы» из-за вредной привычки привел доктор Спэнглер из Америки. Он и его группа в результате исследований определили, что курящие мужчины-гипертоники в 26 раз чаще страдают эректильной дисфункцией.

Даже среди бросивших курить риск расстройства половой функции все равно остается высоким - он в 11 раз выше, чем среди некурящих. Причина в том, что курение ускоряет процесс сужения кровеносных сосудов (атеросклероз), в связи с чем доступ крови к половым органам затрудняется, что и отражается на нарушении эрекции. Особенно заметна эта взаимосвязь у людей с повышенным артериальным давлением.

Более того, доказано, что степень эректильной дисфункции коррелирует с количеством выкуриваемых сигарет в день, тяжесть дисфункции зависит от стажа курения.

12. Польза отказа от курения видна через несколько лет.



Через 1 год риск сердечного приступа уменьшается вдвое.

Через 10 лет риск рака лёгких уменьшается наполовину.

Через 15 лет риск сердечного приступа уменьшается до уровня некурящего человека.

Курильщики, отказавшиеся от курения в возрасте до 35 лет, живут так же долго и полноценно, как и некурящие сверстники.

Приложение 4

РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА И ЕЁ РОЛЬ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РФ.

Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака была разработана в качестве ответной меры на глобализацию табачной эпидемии и принята в мае 2003 г. на 56-ой сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения.

Это первый юридический документ, целью которого является снижение смертности из-за употребления табака и сокращение использования табака во всем мире.

Положения Конвенции устанавливают международные стандарты и руководящие принципы борьбы с табаком в следующих областях: повышение цен и налогов на табак, продажа табака несовершеннолетним и несовершеннолетними, реклама и спонсорство, маркировка, незаконная торговля и пассивное курение.

Статья 3

Цель настоящей Конвенции и ее протоколов состоит в защите нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья людей, а также социальных, экологических и экономических последствий потребления табака и воздействия табачного дыма посредством обеспечения соответствующих рамок для мер борьбы против табака, подлежащих осуществлению на национальном, региональном и международном уровнях, с тем чтобы постоянно и существенно сокращать распространенность употребления табака и воздействия табачного дыма.

Статья 4

Для достижения цели настоящей Конвенции и ее протоколов и осуществления ее положений следует руководствоваться принципами, изложенными ниже:

1. Каждый человек должен быть проинформирован о последствиях для здоровья, наркотическом характере и смертельной опасности в результате употребления табака и воздействия табачного дыма,

2. Необходима твердая политическая воля руководства стран – участников конвенции.

• необходимости принятия мер для защиты всех людей от воздействия табачного дыма;

• необходимости принятия мер для предотвращения начала, содействия и поддержки прекращения и уменьшения употребления табачных изделий в любой форме;

• необходимости принятия мер по содействию участию коренных лиц и общин в разработке, осуществлении и оценке программ борьбы против табака, которые в социальном и культурном плане соответствуют их потребностям и перспективам

• необходимости принятия мер по учету опасностей, специфичных для различных полов, при разработке стратегий борьбы против табака.

3. Тесное международное сотрудничество в борьбе с табакокурением

4. Комплексный подход в решении проблемы.

5. Ответственность руководства стран-участников конвенции перед мировым сообществом.

6. Техническое и финансовое содействие гражданам и организациям отказывающимся от выращивания и переработки табака.

7. Активное участие гражданского общества в борьбе с табакокурением.

Приложение 5

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ
от 23 сентября 2010 г. N 1563-р

1. Утвердить прилагаемые:
Концепцию осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы;
план мероприятий по реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.
2. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации учитывать в своей деятельности положения Концепции, утвержденной настоящим распоряжением.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В.ПУТИН

Утверждена
распоряжением Правительства
Российской Федерации
от 23 сентября 2010 г. N 1563-р

КОНЦЕПЦИЯ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЮ ТАБАКА НА 2010 - 2015 ГОДЫ

I. Введение

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы (далее - Концепция) разработана в соответствии со статьей 5 Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака (далее - Конвенция).

Потребление табака, в том числе в виде табачных изделий, является существенной угрозой для здоровья граждан Российской Федерации. С потреблением табака и воздействием табачного дыма связан ряд социальных, экономических и экологических последствий, а ущерб здоровью от потребления табака ложится тяжелым бременем на общество и государство.

В Российской Федерации ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 350 тысяч до 500 тысяч граждан.

Потребление табака увеличивает риск развития тяжелых сердечно-сосудистых, бронхолегочных, желудочно-кишечных, эндокринных и онкологических заболеваний, заболеваний репродуктивной системы и других заболеваний.

Распространенность потребления табака среди взрослого населения Российской Федерации в различных регионах страны составляет 53 - 80 процентов среди мужчин и 13 - 47 процентов - среди женщин.

Распространенность потребления табака среди юношей и девушек составляет соответственно 28 - 67 процентов и 15 - 55 процентов.

Наибольший рост потребления табака за последние 5 лет (в 3 раза) отмечен среди женщин, детей и подростков. Во время беременности более 40 процентов курящих женщин продолжают курить, что приводит к увеличению числа детей, родившихся больными, росту недоношенности и раннему прерыванию беременности.

Около 80 процентов населения Российской Федерации подвергается ежедневному пассивному курению табака. Вещества, содержащиеся в табачном дыме, обладают токсичными, мутагенными и канцерогенными свойствами.

Продвижению табачной продукции на рынок Российской Федерации и дальнейшему увеличению числа ее потребителей способствуют низкие налоги и цены на табачные изделия, активная реклама табака, низкая информированность населения о вреде потребления табака и воздействия табачного дыма на человека, недостаточный уровень организации профилактической работы и медицинской помощи, направленных на отказ от потребления табака.

II. Цель Концепции

Целью Концепции является создание условий для защиты здоровья россиян от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма путем реализации мер, направленных на снижение потребления табака и уменьшение его воздействия на человека.

Достижение данной цели означает формирование общества, в котором граждане будут защищены от потерь многих лет продуктивной жизни, снижения производительности труда, расходов на лечение тяжелых заболеваний, связанных с потреблением табака.

Итогом реализации Концепции является создание условий для дальнейшего постоянного снижения распространенности потребления табака среди населения, что позволит в долгосрочной перспективе снизить уровень распространенности потребления табака среди населения Российской Федерации до 25 процентов, а также достичь ежегодного снижения показателей заболеваемости и смертности от болезней, связанных с потреблением табака.

III. Основные целевые ориентиры

В качестве целевых ориентиров при реализации мероприятий по снижению потребления табака в Российской Федерации на среднесрочную перспективу к 2015 году должны стать:

снижение распространенности потребления табака среди населения Российской Федерации на 10 - 15 процентов, недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами;

снижение доли граждан, подвергающихся воздействию табачного дыма, на 50 процентов с достижением полной защиты от воздействия табачного дыма на территориях образовательных учреждений, медицинских, физкультурно-спортивных организаций, организаций культуры и во всех закрытых помещениях;

повышение осведомленности населения о рисках для здоровья, связанных с потреблением табака, и охват антитабачной пропагандой 90 процентов населения;

поэтапное увеличение налога на табачные изделия, установление равных

ставок акцизов для сигарет с фильтром и без фильтра, включая увеличение адвалорной и специфической ставок акцизов, с доведением до среднего уровня среди стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения.

IV. Основные принципы реализации Концепции

Реализация Концепции основывается на следующих основных принципах:

главенство права граждан на обладание наивысшим уровнем здоровья, признание права граждан на свободный от табачного дыма воздух и на защиту от вредного воздействия табачного дыма;

приоритетность защиты здоровья граждан над интересами табачной промышленности;

системный подход при формировании мероприятий, направленных на снижение потребления табака;

международное сотрудничество и взаимодействие органов государственной власти, институтов гражданского общества, представителей бизнеса и граждан, не связанных с табачными компаниями;

информационная открытость и независимость оценки результатов реализации Концепции (в том числе с участием представителей гражданского общества и международных организаций);

непрерывность и последовательность в реализации мероприятий, направленных на снижение потребления табака, с учетом достигнутых результатов.

V. Меры, направленные на снижение потребления табака

Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак

Повышение цен на сигареты и другие табачные изделия ведет к сокращению числа граждан, потребляющих табак, и к сокращению количества потребляемого табака теми, кто продолжает его потреблять.

Повышение цен на табачные изделия является особенно эффективным способом для предотвращения или сокращения потребления табака среди детей, подростков и малоимущих граждан.

Поэтапное повышение акцизов на табачные изделия должно обеспечить в Российской Федерации средний уровень налогообложения табачных изделий среди стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения.

Основными ценовыми и налоговыми мерами по сокращению спроса на табак являются:

проведение согласованной налоговой политики в отношении табачной продукции на территории единого экономического пространства Таможенного союза;

увеличение ставок акциза на табачные изделия, обеспечивающих повышение и поддержание высоких цен на табачные изделия;

повышение ставок налогообложения преимущественно за счет взимания налога на уровне производителя и их дальнейший регулярный пересмотр в сторону увеличения, опережающий уровень инфляции с учетом покупательской способности потребителей;

равномерное повышение налогов на все виды табачных изделий (курительных и бездымных);

введение запрета на все виды безналоговых и беспошлинных продаж табачных изделий.

Защита от воздействия табачного дыма

Пассивное курение табака служит причиной болезней сердца, рака легких и других тяжелых заболеваний.

Наиболее часто воздействию табачного дыма граждане Российской Федерации подвергаются в образовательных учреждениях, на рабочих местах, в ресторанах, барах, кафе, развлекательных клубах, терминалах аэропортов, вокзалах, торговых центрах и гостиницах, а также в пригородном общественном транспорте и транспорте дальнего следования.

Организация зон, свободных от табачного дыма, гарантирует обеспечение прав граждан на благоприятную окружающую среду и мотивирует потребляющих табак людей отказаться от его потребления.

Основными мерами по защите от воздействия табачного дыма являются:

введение полного запрета на курение табака:

на территории и в помещениях образовательных учреждений;

во всех видах городского и пригородного транспорта, включая городской и пригородный водный транспорт, а также воздушный транспорт, в помещениях инфраструктуры железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэровокзалов и других вокзалов, мест и пунктов ожидания транспорта;

на территории и в помещениях организаций здравоохранения;

на территории и в помещениях организаций культуры, физкультурно-спортивных организаций и на спортивных объектах;

в местах массового отдыха и большого скопления людей, при проведении спортивно-зрелищных мероприятий;

в помещениях организаций общественного питания, в организациях, осуществляющих деятельность по оказанию услуг населению, в том числе развлекательных;

в помещениях, занимаемых органами государственной власти, органами местного самоуправления;

на рабочих местах и в зонах, организованных в закрытых помещениях;

введение на переходный период требований и нормативов для организации мест (изолированных помещений) для курения табака в ресторанах, барах, кафе, развлекательных клубах, торговых центрах, гостиницах и транспорте дальнего следования, оснащения их эффективными вентиляционными системами;

проведение информационных и обучающих кампаний о вредном воздействии курения табака и табачного дыма на организм человека;

совершенствование гигиенического нормирования веществ, поступающих в атмосферный воздух и воздух закрытых помещений с табачным дымом;

осуществление надлежащего контроля (надзора) за соблюдением требований, предусмотренных законодательством Российской Федерации в области ограничения потребления табака.

Меры по снижению количества вредных веществ в табачных изделиях и информированию потребителей табака

В настоящее время в составе табачного дыма идентифицировано более 4 тысяч канцерогенных, токсических веществ и веществ, вызывающих зависимость. Кроме того, в Российской Федерации растет потребление кальяна, сигар и трубок, состав табака которых не регулируется.

Основными мерами по снижению количества вредных веществ в табачных изделиях и информированию потребителей табака являются:

разработка и утверждение нормативов содержания токсических составляющих в табачных изделиях и методов их контроля;

установление принципов и методов проведения испытаний табачных изделий, измерения их состава и выделяемых ими веществ в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения;

установление перечня веществ, в отношении которых должна предоставляться информация о результатах испытаний при анализе состава табачных изделий;

осуществление лабораторного контроля и мониторинга ингредиентов и веществ, выделяемых табачными изделиями в процессе их потребления;

предоставление производителями и импортерами табачных изделий в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации отчетов о составе табачных изделий, объеме и составе веществ, выделяемых табачными изделиями в процессе их потребления, содержании используемого сырья, остаточных пестицидов, загрязнителей, вкусовых добавок и других веществ, используемых при переработке табака;

введение полного запрета на классификацию табачных изделий по уровню содержания токсических веществ, воздействия на здоровье или риска для здоровья и использование ложной информации и информации, вводящей в заблуждение потребителей, включая использование описаний, торговых марок, иных знаков, которые прямо или косвенно создают ложное впечатление о том, что определенное табачное изделие является менее вредным, чем другие табачные изделия, вызывают ассоциацию табачного изделия с пищевым продуктом или лекарственным средством, включая лекарственные травы, в том числе того, что табачное изделие имеет вкус пищевого продукта или лекарственного средства, включая лекарственные травы, путем использования таких слов и словосочетаний, как, например, “вишня”, “клубника”, “яблоко”, “шоколад”, “мята”, слов, однокоренных таким словам, аналогов таких слов на иностранных языках, транслитерируемых с иностранных языков на русский язык аналогов таких слов, а также употребление слов и словосочетаний “с низким содержанием смол”, “легкие”, “ультра-легкие”, “мягкие” или других аналогичных вводящих в заблуждение слов и словосочетаний;

увеличение эффективности обязательных предупреждений на пачках и упаковках о вреде для здоровья потребления табака, в том числе путем размещения графических и фотографических изображений;

снижение уровня концентрации измеряемых в стандартизованных условиях токсических составляющих табачного дыма, а также веществ, выделяемых некурительными табачными изделиями;

запрещение продажи табачных изделий, состав которых не соответствует нормативным требованиям.

Просвещение и информирование населения о вреде потребления табака

Большинству курящих людей известно о вреде потребления табака в целом, но они не знают о широком спектре конкретных заболеваний, вызываемых потреблением табака, о вероятности инвалидности и преждевременной смерти от длительного потребления табака, о темпах и степени привыкания к никотину.

Проводимое средствами массовой информации просвещение граждан относительно рисков и опасностей для здоровья, связанных с потреблением табака, может повлиять на решение человека начать или продолжать курить или прекратить потребление табака.

Повышение осведомленности граждан о рисках для здоровья, связанных с потреблением табака, мотивирует их отказаться от этого.

Основными мерами по информированию населения о вреде потребления табака являются:

повышение осознания риска развития тяжелых хронических заболеваний, а также развития табачной зависимости у человека в результате потребления табака, включая пассивное курение;

разъяснение особенностей влияния табака на развитие детского организма, физиологически обусловленных причин необходимости организации повышенной защиты детей, подростков и беременных женщин от потребления табака;

разрушение имиджа табака как современного и модного атрибута жизни, признание потребление табака неприемлемым для общества;

создание положительного примера некурящей семьи, а также разъяснение влияния потребления табака родителями на приобщение детей и подростков к потреблению табака;

разработка и установление механизма координации информационных и обучающих программ и кампаний по формированию здорового образа жизни среди различных категорий населения, особенно детей, подростков и беременных женщин;

подготовка работников здравоохранения, образования, социальной сферы, средств массовой информации для осуществления разъяснительной работы о пагубном воздействии табака на здоровье;

повышение ответственности работодателей за курение работников на рабочих местах;

разъяснение населению методов, используемых табачными компаниями для привлечения различных групп населения к потреблению табака и поддержанию их приверженности данной привычке;

укрепление инфраструктуры и потенциала организаций, отвечающих за санитарное просвещение, совершенствование методов их работы и программ обучения;

разработка и реализация специальных медиапроектов, направленных на различные группы населения (дети, беременные женщины, работники сферы образования, здравоохранения и культуры), с использованием средств коммуникации (почта, пресса, телевидение, радио, транзитная антиреклама, сеть Интернет, открытая консультативная телефонная линия);

разработка и размещение социальной рекламы, подготовка и издание научно-популярной литературы, направленной на антитабачную пропаганду, распространение их через средства массовой информации, медицинские, образовательные и торговые организации, библиотеки;

разработка и внедрение механизмов экспертизы информационных проектов, воспитательных, образовательных и игровых программ антитабачной направленности;

привлечение институтов гражданского общества к информированию о вредном воздействии табака и развитию мотивации к отказу от потребления табака среди взрослого населения.

Поэтапный запрет рекламы, спонсорства и стимулирования продажи табачных изделий

В настоящее время в Российской Федерации реализуются информационные программы, поддерживаемые табачной промышленностью, нацеленные на ослабление восприятия населением информации о вредном воздействии потребления табака на здоровье.

В телевизионных передачах, спектаклях и фильмах содержатся сцены, демонстрирующие курение табака и способствующие распространению положительного образа табакокурения.

Поэтапный запрет на рекламу, спонсорство и стимулирование продажи табачных изделий должен применяться к любым формам передачи коммерческой информации, рекомендаций или действий и к любым видам вклада в событие или мероприятие с целью, результатом или вероятным результатом прямого либо косвенного стимулирования продажи табачного изделия или употребления табака.

Основными мерами, направленными на поэтапный запрет рекламы, спонсорства и стимулирования продажи табачных изделий, являются:

введение полного запрета на внутреннюю и трансграничную рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий, а также осуществление контроля и мер административной ответственности за его нарушение;

введение запрета на использование табачных торговых марок в отношении продукции, не относящейся к табачной;

создание механизма постоянного информирования распространителей рекламы о воздействии рекламы на увеличение распространения потребления табачных изделий и вовлечение новых потребителей табака, особенно детей, молодежи и женщин, и стимулирование распространителей рекламы к замене рекламы табака на другие виды рекламы;

создание механизма, препятствующего распространению в качестве социальной рекламы любых форм рекламы табака или рекламы антитабачной направленности, разработанной при участии или поддержке табачных компаний.

Организация медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости

Большинство потребителей табака страдают табачной зависимостью, в связи с чем отказ от потребления табака для них крайне затруднителен.

Организация доступной медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака, снижает уровень распространенности потребления табака среди населения.

Мерами по организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости являются:

оказание медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака, различным категориям населения, в том числе детям, подросткам и беременным женщинам;

создание бесплатной доступной консультативной телефонной линии по оказанию помощи, направленной на отказ от потребления табака;

включение методов отказа от потребления табака в стандарты и протоколы лечения заболеваний, для которых табак является фактором риска;

разработка и внедрение программ и технологий мотивирования лиц к отказу от потребления табака;

обеспечение доступности современных фармакологических препаратов, применяемых для лечения табачной зависимости;

информирование населения об эффективных методах отказа от потребления табака и о медицинских организациях, оказывающих соответствующую помощь;

разработка и включение в образовательные стандарты и программы медицинских средних специальных и высших учебных заведений разделов, включающих сведения о влиянии потребления табака на здоровье человека, развитии и течении заболеваний, диагностике и профилактике заболеваний, вызванных потреблением табака, а также об оказании медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака;

организация постоянного последипломного обучения медицинских работников современным методам оказания медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака;

проведение научных исследований в области изучения воздействия табака на организм человека и повышения эффективности лечебно-профилактических программ, предусматривающих отказ от потребления табака, оценка их эффективности.

Предотвращение незаконной торговли табачными изделиями

Основными методами незаконной торговли табаком и табачными изделиями являются продажа контрафактных (произведенных нелегально) табачных изделий с использованием контрафактных акцизных и специальных марок через официальные торговые сети и нелегальная продажа контрафактных табачных изделий с использованием контрафактных акцизных и специальных марок или без них.

Мерами по предотвращению незаконной торговли табачными изделиями являются:

ликвидация всех форм незаконной торговли табачными изделиями, включая контрабанду, незаконное производство и подделку;

обеспечение маркировки табачных изделий в соответствии с установленными требованиями (с указанием места и даты их производства и другой информации);

определение и установление мер по ограничению ввоза табачных изделий, их производства, транспортировки, хранения, оптовой и розничной торговли табачными изделиями;

повышение ответственности за нелегальное производство табачных изделий, их контрабанду и незаконную торговлю табачными изделиями;

уничтожение конфискованного производственного оборудования, контрафактных и контрабандных табачных изделий в соответствии с законодательством Российской Федерации;

организация работы межведомственной экспертной группы по незаконной торговле, нелегальному производству и контрабанде табачных изделий;

осуществление межведомственного, регионального и международного сотрудничества, необходимого для недопущения незаконной торговли табачными изделиями;

осуществление международного сотрудничества в области мониторинга и сбора данных о трансграничной торговле табачными изделиями, включая незаконную торговлю, а также обмен информацией между таможенными,

налоговыми и иными органами в соответствии с национальным законодательством и международными соглашениями;

оценка эффективности мер по пресечению незаконной торговли табачными изделиями, постоянное совершенствование таких мер.

Недопущение продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними

Несовершеннолетние граждане Российской Федерации являются особой категорией граждан, защита которых от воздействия табака должна быть приоритетной.

Появление таких новых, привлекательных для подростков табачных изделий, как кальян, снюс, нюхательный табак требует введения дополнительных мер, ограничивающих их продажу лицам, не достигшим 18 лет.

В связи с этим требуется введение дополнительных мер по снижению доступности табачных изделий для подростков с учетом появления новых способов торговли, включая интернет-магазины, рассылку товаров по почте и другие способы дистанционной торговли.

Мерами по недопущению продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними являются:

организация продажи табачных изделий в специально отведенных торговых местах, исключающих прямой доступ к ним несовершеннолетних;

усиление контроля за размещением объявлений о запрете продажи табачных изделий несовершеннолетним;

введение запрета на изготовление, продажу и распространение конфет, жевательных резинок, игрушек и иных продуктовых и непродовольственных товаров в форме табачных изделий или с использованием логотипов или цветов табачных марок и табачных компаний;

введение запрета продажи всех видов табачных изделий в кафе, интернет-кафе, танцевальных и развлекательных клубах, во время проведения культурно-массовых мероприятий и в других местах, где в основном собираются лица, не достигшие 18 лет;

наделение продавцов табачных изделий правом требовать документ, подтверждающий совершеннолетие покупателя, в случае сомнения относительно его возраста, а также усиление ответственности за продажу табачной продукции несовершеннолетним;

усиление ответственности за нарушение правил торговли табачными изделиями, в том числе за продажу сигарет поштучно или в небольших упаковках, а также с использованием автоматов;

усиление ответственности за розничную продажу табачных изделий через интернет-магазины, рассылку по почте и другими способами дистанционной торговли, а также внедрение механизма контроля;

введение запрета на распространение бесплатных табачных изделий;

введение запрета на привлечение лиц, не достигших 18 лет, к продаже, распространению и рекламированию табачных изделий;

повышение информированности об ответственности торговых работников, дистрибьюторов, рекламных агентов за продажу и распространение табачных изделий среди лиц, не достигших 18 лет;

совершенствование механизма контроля за выполнением запрета продажи табачных изделий несовершеннолетними и усиление ответственности за их нарушение.

VI. Мониторинг и оценка эффективности реализации Концепции

Для принятия эффективных управленческих решений, направленных на снижение потребления табака, а также обоснования необходимых ресурсов должна быть сформирована система мониторинга и оценки эффективности реализации Концепции (далее - система мониторинга).

Система мониторинга позволит оценить динамику потребления табака для внесения соответствующих корректировок в Концепцию и план по ее реализации.

Формирование современной системы мониторинга предусматривает:

проведение научных медико-профилактических и социально-экономических исследований, направленных на изучение причин и последствий потребления табака, а также воздействия табачного дыма;

установление показателей и индикаторов, включающих данные о распространенности и уровне потребления всех форм табака различными группами населения, внедряемых мерах, маркетинговых действиях по продвижению товара и лоббированию со стороны табачных компаний, а также об иных социально-экономических показателях и показателях здоровья;

организация деятельности по сбору и анализу данных о потреблении табака;

обязательное отражение в медицинской документации записей об отношении пациента к потреблению табака и соответствующих данных в формах статистического учета и отчетности.

VII. Механизмы реализации Концепции

Для достижения цели Концепции формируется система управления ее реализацией, которая предполагает:

формирование плана мероприятий по реализации Концепции и эффективной организационной модели по его выполнению;

концентрацию имеющихся ресурсов на достижении значений целевых ориентиров в отношении потребления табака;

создание механизма мониторинга, оценки и минимизации рисков реализации Концепции.

Ответственным за координацию деятельности по реализации Концепции является Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Реализация Концепции осуществляется органами государственной власти в соответствии с их полномочиями в установленной сфере деятельности. При реализации Концепции соответствующие органы государственной власти представляют в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации промежуточную отчетность о фактически достигнутых значениях целевых ориентиров в отношении потребления табака в Российской Федерации, проблемах и рисках, а также о предпринимаемых мерах по их преодолению.

Для осуществления эффективного управления и контроля выполнения плана мероприятий по реализации Концепции на федеральном уровне в каждом заинтересованном федеральном органе исполнительной власти должны определяться ответственные должностные лица и соответствующие подразделения.

На региональном уровне управление, координация и контроль за ходом выполнения мероприятий по реализации Концепции осуществляются органами управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации, при которых

создаются региональные координационные советы по борьбе против потребления табака в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

VIII. Объем и источники финансирования мероприятий по реализации Концепции

Финансирование мероприятий по реализации Концепции, проводимых федеральными органами исполнительной власти, осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели в федеральном бюджете, а также за счет средств, предусмотренных на содержание соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

Финансирование мероприятий по реализации Концепции, проводимых в субъектах Российской Федерации, осуществляется в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации.

Приложение 6

23 февраля 2013 года N 15-ФЗ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОКРУЖАЮЩЕГО ТАБАЧНОГО ДЫМА И ПОСЛЕДСТВИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Принят
Государственной Думой
12 февраля 2013 года

Одобрен
Советом Федерации
20 февраля 2013 года

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон в соответствии с Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

1. Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

1) курение табака - использование табачных изделий в целях вдыхания дыма, возникающего от их тления;

2) окружающий табачный дым - табачный дым, содержащийся в атмосферном воздухе места, в котором осуществляется или осуществлялось ранее курение

табака, в том числе табачный дым, выдыхаемый лицом, осуществляющим курение табака;

3) последствия потребления табака - причинение вреда жизни или здоровью человека, вреда среде его обитания вследствие потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма, а также связанные с этим медицинские, демографические, социально-экономические последствия;

4) потребление табака - курение табака, сосание, жевание, нюханье табачных изделий;

5) спонсорство табака - любой вид вклада в любые событие, мероприятие или отдельное лицо, целью, результатом или вероятным результатом которого является стимулирование продажи табачного изделия или употребления табака прямо или косвенно;

6) табачные организации - юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие производство, перемещение через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции, либо организации, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации аффилированными лицами этих юридических лиц, дочерние и зависимые организации, объединения таких лиц, а также организации, созданные такими лицами. В целях настоящего Федерального закона к табачным организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие производство, перемещение через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции.

2. Иные понятия используются в настоящем Федеральном законе в значениях, определенных Рамочной конвенцией Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, Федеральным законом от 22 декабря 2008 года N 268-ФЗ “Технический регламент на табачную продукцию”, Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, Федеральным законом от 28 декабря 2009 года N 381-ФЗ “Об основах государственного регулирования торговой деятельности в Российской Федерации”.

Статья 3. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

1. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем те правила, которые предусмотрены настоящим Федеральным законом, применяются правила международного договора Российской Федерации.

Статья 4. Основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

Основными принципами охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака являются:

1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) предупреждение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности населения, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака;

3) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

4) системный подход при реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, непрерывность и последовательность их реализации;

5) приоритет охраны здоровья граждан перед интересами табачных организаций;

6) обеспечение международного сотрудничества Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

7) взаимодействие органов государственной власти, органов местного самоуправления, граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц, не связанных с табачными организациями;

8) открытость и независимость оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;

9) информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;

10) возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, имуществу гражданина, в том числе имуществу индивидуального предпринимателя, или юридического лица вследствие нарушения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Статья 5. Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака относятся:

1) проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

3) обеспечение организации оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, в федеральных медицинских

организациях в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

4) разработка и реализация мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, включение указанных мероприятий в установленном порядке в федеральные целевые программы в сфере охраны и укрепления здоровья граждан, в государственную программу развития здравоохранения;

5) координация деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

6) организация и осуществление государственного контроля в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

7) международное сотрудничество Российской Федерации, включая заключение международных договоров Российской Федерации, в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

8) мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, а также информирование на основе полученных данных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и населения о масштабах потребления табака на территории Российской Федерации, о реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению его потребления.

Статья 6. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака относятся:

1) защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях субъектов Российской Федерации;

2) разработка и реализация мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях субъектов Российской Федерации;

3) координация деятельности исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, субъектов государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения на территориях субъектов Российской Федерации по оказанию гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака;

4) участие в осуществлении мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, на территориях субъектов Российской Федерации, а также информирование органов местного

самоуправления и населения о масштабах потребления табака на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, о реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению потребления табака;

5) обеспечение организации оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, в медицинских организациях субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

6) принятие дополнительных мер, направленных на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Статья 7. Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

К полномочиям органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака относятся:

1) участие в реализации мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях муниципальных образований;

2) обеспечение организации оказания гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи соответствующих полномочий в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

3) информирование населения о масштабах потребления табака на территории соответствующего муниципального образования, о реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению его потребления, в том числе на основании мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака.

Статья 8. Взаимодействие органов государственной власти и органов местного самоуправления с табачными организациями

1. При взаимодействии с индивидуальными предпринимателями, юридическими лицами в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака органы государственной власти и органы местного самоуправления обязаны обеспечить подотчетность и прозрачность такого взаимодействия.

2. Взаимодействие органов государственной власти и органов местного самоуправления с табачными организациями по вопросам, являющимся предметом регулирования настоящего Федерального закона, должно осуществляться публично, и обращения табачных организаций, направляемые в письменной форме или в форме электронных документов, и ответы на эти обращения подлежат размещению на официальных сайтах органов государственной власти и органов местного самоуправления в информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”.

Статья 9. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

1. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака граждане имеют право на:

1) благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) медицинскую помощь, направленную на прекращение потребления табака и лечение табачной зависимости;

3) получение в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, у индивидуальных предпринимателей, юридических лиц информации о мероприятиях, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;

4) осуществление общественного контроля за реализацией мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;

5) внесение в органы государственной власти, органы местного самоуправления предложений об обеспечении охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

6) возмещение вреда, причиненного их жизни или здоровью, имуществу вследствие нарушения другими гражданами, в том числе индивидуальными предпринимателями, и (или) юридическими лицами законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

2. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака граждане обязаны:

1) соблюдать нормы законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) заботиться о формировании у детей отрицательного отношения к потреблению табака, а также о недопустимости их вовлечения в процесс потребления табака;

3) не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану их здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Статья 10. Права и обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

1. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака индивидуальные предприниматели и юридические лица имеют право:

1) получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах, уполномоченных осуществлять государственный контроль в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и

последствий потребления табака, информацию о мероприятиях, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;

2) принимать участие в разработке и реализации мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

3) устанавливать запрет курения табака на территориях и в помещениях, используемых для осуществления своей деятельности, а также с соблюдением трудового законодательства применять меры стимулирующего характера, направленные на прекращение потребления табака работниками.

2. В сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны:

1) соблюдать нормы законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

2) осуществлять контроль за соблюдением норм законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака на территориях и в помещениях, используемых для осуществления своей деятельности;

3) обеспечивать права работников на благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану их здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;

4) предоставлять гражданам информацию о мероприятиях, реализуемых указанными индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами и направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака.

Статья 11. Организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака

В целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака, сокращения потребления табака осуществляются следующие меры:

1) установление запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах;

2) ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия;

3) регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий;

4) просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;

5) установление запрета рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака;

6) оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака;

7) предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

8) ограничение торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

9) установление запрета продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрета потребления табака несовершеннолетними, запрета вовлечения детей в процесс потребления табака.

Статья 12. Запрет курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах

1. Для предотвращения воздействия окружающего табачного дыма на здоровье человека запрещается курение табака (за исключением случаев, установленных частью 2 настоящей статьи):

1) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры и учреждениями органов по делам молодежи, услуг в области физической культуры и спорта;

2) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг;

3) в поездах дальнего следования, на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров;

4) на воздушных судах, на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения (в том числе на судах при перевозках пассажиров по внутригородским и пригородным маршрутам), в местах на открытом воздухе на расстоянии менее чем пятнадцать метров от входов в помещения железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, станций метрополитенов, а также на станциях метрополитенов, в помещениях железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, предназначенных для оказания услуг по перевозкам пассажиров;

5) в помещениях, предназначенных для предоставления жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания;

6) в помещениях, предназначенных для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, помещениях рынков, в нестационарных торговых объектах;

7) в помещениях социальных служб;

8) в помещениях, занятых органами государственной власти, органами местного самоуправления;

9) на рабочих местах и в рабочих зонах, организованных в помещениях;

10) в лифтах и помещениях общего пользования многоквартирных домов;

11) на детских площадках и в границах территорий, занятых пляжами;

12) на пассажирских платформах, используемых исключительно для посадки в поезда, высадки из поездов пассажиров при их перевозках в пригородном сообщении;

13) на автозаправочных станциях.

2. На основании решения собственника имущества или иного лица, уполномоченного на то собственником имущества, допускается курение табака:

1) в специально выделенных местах на открытом воздухе или в изолированных помещениях, которые оборудованы системами вентиляции и организованы на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров;

2) в специально выделенных местах на открытом воздухе или в изолированных помещениях общего пользования многоквартирных домов, которые оборудованы системами вентиляции.

3. Требования к выделению и оснащению специальных мест на открытом воздухе для курения табака, к выделению и оборудованию изолированных помещений для курения табака устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере строительства, архитектуры, градостроительства и жилищно-коммунального хозяйства, совместно с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и должны обеспечивать соблюдение установленных в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации гигиенических нормативов содержания в атмосферном воздухе веществ, выделяемых в процессе потребления табачных изделий.

4. Для лиц, находящихся в следственных изоляторах, иных местах принудительного содержания или отбывающих наказание в исправительных учреждениях, обеспечивается защита от воздействия окружающего табачного дыма в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5. Для обозначения территорий, зданий и объектов, где курение табака запрещено, соответственно размещается знак о запрете курения, требования к которому и к порядку размещения которого устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

6. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе устанавливать дополнительные ограничения курения табака в отдельных общественных местах и в помещениях.

Статья 13. Ценовые и налоговые меры, направленные на сокращение спроса на табачные изделия

1. В целях сокращения спроса на табачные изделия осуществляются меры по увеличению акцизов на табачную продукцию в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах, а также могут осуществляться иные меры государственного воздействия на уровень цен указанной продукции.

2. Меры государственного воздействия на уровень цен табачной продукции осуществляются посредством установления минимальных розничных цен такой продукции. Минимальная розничная цена табачной продукции представляет собой цену, ниже которой единица потребительской упаковки (пачка) табачных изделий не может быть реализована потребителям предприятиями розничной торговли, общественного питания, сферы услуг, а также индивидуальными предпринимателями.

3. Минимальные розничные цены устанавливаются на уровне семидесяти пяти процентов от максимальных розничных цен, определяемых в порядке, установленном Налоговым кодексом Российской Федерации.

4. Порядок опубликования минимальных розничных цен табачной продукции устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере бюджетной, налоговой деятельности.

5. Реализация табачной продукции по цене, которая ниже минимальных розничных цен и выше максимальных розничных цен, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах, запрещена.

Статья 14. Регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий

Регулирование состава табачных изделий и регулирование раскрытия состава табачных изделий, установление требований к упаковке и маркировке табачных изделий осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации о техническом регулировании.

Статья 15. Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма

1. В целях сокращения спроса на табак и табачные изделия, профилактики заболеваний, связанных с потреблением табака, формирования ответственного отношения к здоровью и отрицательного отношения к потреблению табака осуществляются просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, которые включают в себя предоставление информации:

1) о преимуществах прекращения потребления табака;

2) об отрицательных медицинских, демографических и социально-экономических последствиях потребления табака;

3) о табачной промышленности.

2. Просвещение населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется в семье, в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, в медицинских организациях, а также работодателями на рабочих местах.

3. Основные направления и цели просвещения населения определяются в рамках информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением табака, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

4. Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляются, в частности, посредством использования информационно-телекоммуникационной сети “Интернет”, а также “горячих линий”, способствующих прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости, созданных и функционирующих в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5. Органами государственной власти субъектов Российской Федерации может предусматриваться создание “горячих линий” или использование информационно-телекоммуникационной сети “Интернет” для обращений граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц по вопросам нарушения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

6. Информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется органами государственной власти и органами местного самоуправления, в том числе посредством проведения информационных кампаний в средствах массовой информации.

7. Материалы, подготовленные органами государственной власти субъектов Российской Федерации для информирования населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, подлежат согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, в установленном им порядке.

Статья 16. Запрет рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака

1. В целях сокращения спроса на табак и табачные изделия запрещаются:

1) реклама и стимулирование продажи табака, табачной продукции и (или) потребления табака, в том числе:

а) распространение табака, табачных изделий среди населения бесплатно, в том числе в виде подарков;

б) применение скидок с цены табачных изделий любыми способами, в том числе посредством издания купонов и талонов;

в) использование товарного знака, служащего для индивидуализации табачных изделий, на других видах товаров, не являющихся табачными изделиями, при производстве таких товаров, а также оптовая и розничная торговля товарами, которые не являются табачными изделиями, но на которых использован товарный знак, служащий для индивидуализации табачных изделий;

г) использование и имитация табачного изделия при производстве других видов товаров, не являющихся табачными изделиями, при оптовой и розничной торговле такими товарами;

д) демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака во вновь созданных и предназначенных для детей аудиовизуальных произведениях, включая теле- и видеофильмы, в театрально-зрелищных представлениях, в радио-, теле-, видео- и кинохроникальных программах, а также публичное исполнение, сообщение в эфир, по кабелю и любое другое использование указанных произведений, представлений, программ, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака;

е) организация и проведение мероприятий (в том числе лотерей, конкурсов, игр), условием участия в которых является приобретение табачных изделий;

ж) организация и проведение культурных, физкультурных, спортивных и других массовых мероприятий, целью, результатом или вероятным результатом которых является прямое или косвенное побуждение к приобретению табачных изделий и (или) потреблению табака (в том числе организация и проведение массовых мероприятий, в которых табачные изделия установлены в качестве призов);

з) использование фирменных наименований, товарных знаков и знаков обслуживания, а также коммерческих обозначений, принадлежащих табачным организациям, при организации и осуществлении благотворительной деятельности;

2) спонсорство табака.

2. Не допускается демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака во вновь созданных и предназначенных для взрослых аудиовизуальных произведениях, включая теле- и видеофильмы, в театрально-зрелищных представлениях, в радио-, теле-, видео- и кинохроникальных программах, а также публичное исполнение, сообщение в эфир, по кабелю и любое другое использование указанных произведений, представлений, программ, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака, за исключением случаев, если такое действие является неотъемлемой частью художественного замысла.

3. При демонстрации аудиовизуальных произведений, включая теле- и видеофильмы, теле-, видео- и кинохроникальных программ, в которых осуществляется демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака, вещатель или организатор демонстрации должен обеспечить трансляцию социальной рекламы о вреде потребления табака непосредственно перед началом или во время демонстрации такого произведения, такой программы.

4. Допускается демонстрация табачных изделий и процесса потребления табака при информировании населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма в средствах массовой информации при проведении информационных кампаний.

5. Запрет рекламы табака, табачных изделий и курительных принадлежностей осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации о рекламе.

Статья 17. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака

1. Лицам, потребляющим табак и обратившимся в медицинские организации, оказывается медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

2. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, включая профилактику, диагностику и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, оказывается на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

4. Лечащий врач обязан дать пациенту, обратившемуся за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию независимо от причины обращения, рекомендации о прекращении потребления табака и предоставить необходимую информацию о медицинской помощи, которая может быть оказана.

Статья 18. Предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями

1. Предотвращение незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями включает в себя:

1) обеспечение учета производства табачных изделий, перемещения через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции и табачных изделий, осуществления оптовой и розничной торговли табачной продукцией и табачными изделиями;

2) отслеживание оборота производственного оборудования, движения и распределения табачной продукции и табачных изделий;

3) пресечение случаев незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями и привлечение к ответственности, в том числе конфискацию контрафактных, незаконно перемещенных через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции и табачных изделий, оборудования, на котором были произведены контрафактные табачные изделия, их уничтожение в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Учет производства табачных изделий, перемещения через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами - членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции и табачных изделий, осуществления оптовой и розничной торговли табачной продукцией и табачными изделиями, отслеживание оборота производственного оборудования, движения и распределения табачной продукции и табачных изделий осуществляются на основании данных таможенного и налогового учета, систем маркировки табачных изделий специальными и (или) акцизными марками и собственных систем учета производителей. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий анализ информации, указанной в настоящей статье, и порядок обмена информацией между контролирующими органами определяются Правительством Российской Федерации.

3. В целях предупреждения незаконной торговли табачной продукцией и табачными изделиями каждая пачка и каждая упаковка табачных изделий подлежат в обязательном порядке маркировке в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о техническом регулировании.

Статья 19. Ограничения торговли табачной продукцией и табачными изделиями

1. Розничная торговля табачной продукцией осуществляется в магазинах и павильонах. В целях настоящей статьи под магазином понимается здание или его часть, специально оборудованные, предназначенные для продажи товаров и оказания услуг покупателям и обеспеченные торговыми, подсобными, административно-бытовыми помещениями, а также помещениями для приема, хранения товаров и подготовки их к продаже, под павильоном понимается строение, имеющее торговый зал и рассчитанное на одно рабочее место или несколько рабочих мест.

2. В случае отсутствия в населенном пункте магазинов и павильонов допускается торговля табачной продукцией в других торговых объектах или развозная торговля табачной продукцией.

3. Запрещается розничная торговля табачной продукцией в торговых объектах, не предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи, на ярмарках, выставках, путем развозной и разносной торговли, дистанционным способом продажи,

с использованием автоматов и иными способами, за исключением развозной торговли в случае, предусмотренном частью 2 настоящей статьи.

4. Запрещается розничная торговля табачной продукцией с выкладкой и демонстрацией табачной продукции в торговом объекте, за исключением случая, предусмотренного частью 5 настоящей статьи.

5. Информация о табачной продукции, предлагаемой для розничной торговли, доводится продавцом в соответствии с законодательством Российской Федерации о защите прав потребителей до сведения покупателей посредством размещения в торговом зале перечня продаваемой табачной продукции, текст которого выполнен буквами одинакового размера черного цвета на белом фоне и который составлен в алфавитном порядке, с указанием цены продаваемой табачной продукции без использования каких-либо графических изображений и рисунков. Демонстрация табачной продукции покупателю в торговом объекте может осуществляться по его требованию после ознакомления с перечнем продаваемой табачной продукции с учетом требований статьи 20 настоящего Федерального закона.

6. Не допускаются розничная торговля сигаретами, содержащимися в количестве менее чем двадцать штук в единице потребительской упаковки (пачке), розничная торговля сигаретами и папиросами поштучно, табачными изделиями без потребительской тары, табачными изделиями, упакованными в одну потребительскую тару с товарами, не являющимися табачными изделиями.

7. Запрещается розничная торговля табачной продукцией в следующих местах:

1) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры, учреждениями органов по делам молодежи, услуг в области физической культуры и спорта, медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг, на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения (в том числе на судах при перевозках пассажиров по внутригородским и пригородным маршрутам), в помещениях, занятых органами государственной власти, органами местного самоуправления;

2) на расстоянии менее чем сто метров по прямой линии без учета искусственных и естественных преград от ближайшей точки, граничащей с территорией, предназначенной для оказания образовательных услуг;

3) на территориях и в помещениях (за исключением магазинов беспошлинной торговли) железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, на станциях метрополитенов, предназначенных для оказания услуг по перевозкам пассажиров, в помещениях, предназначенных для предоставления жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания, бытовых услуг.

8. Запрещается оптовая и розничная торговля насваем.

Статья 20. Запрет продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака несовершеннолетними, а также вовлечения детей в процесс потребления табака

1. Запрещаются продажа табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, вовлечение детей в процесс потребления табака путем покупки для них либо передачи им табачных изделий или табачной продукции, предложения, требования употребить табачные изделия или табачную продукцию любым способом.

2. В случае возникновения у лица, непосредственно осуществляющего отпуск табачной продукции (продавца), сомнения в достижении лицом, приобретающим табачную продукцию (покупателем), совершеннолетия продавец обязан потребовать у покупателя документ, удостоверяющий его личность (в том числе документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации) и позволяющий установить возраст покупателя. Перечень соответствующих документов устанавливается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

3. Продавец обязан отказать покупателю в продаже табачной продукции, если в отношении покупателя имеются сомнения в достижении им совершеннолетия, а документ, удостоверяющий личность покупателя и позволяющий установить его возраст, не представлен.

4. Не допускается потребление табака несовершеннолетними.

Статья 21. Государственный контроль в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

Государственный контроль в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 26 декабря 2008 года N 294-ФЗ “О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля” федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка, контролю и надзору в сфере здравоохранения, специальные функции по борьбе с контрабандой, контролю и надзору за соблюдением законодательства Российской Федерации о рекламе.

Статья 22. Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака

1. Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, включают в себя:

1) проведение научных исследований, направленных на изучение причин и последствий потребления табака, действий по стимулированию продажи и потребления табака;

2) проведение санитарно-эпидемиологических исследований масштабов потребления табака;

3) установление показателей здоровья граждан и динамики сокращения потребления табака для разработки и реализации мероприятий по противодействию потреблению табака.

2. Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, проводятся федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и

надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере официального статистического учета, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

3. Субъекты Российской Федерации участвуют в проведении мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации и на основании соглашений о мониторинге и об оценке эффективности реализации указанных мероприятий с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

4. На основании результатов мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, осуществляются:

1) разработка мероприятий по противодействию потреблению табака, подлежащих включению в федеральные целевые программы охраны и укрепления здоровья граждан и в государственную программу развития здравоохранения;

2) информирование органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и населения о масштабах потребления табака на территории Российской Федерации и реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению его потребления;

3) подготовка и представление доклада о выполнении Российской Федерацией Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака.

Статья 23. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

За нарушение законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака устанавливается дисциплинарная, гражданско-правовая, административная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 24. Признание утратившими силу законодательных актов (отдельных положений законодательных актов) Российской Федерации

Признать утратившими силу:

1) Федеральный закон от 10 июля 2001 года N 87-ФЗ “Об ограничении курения табака” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, N 29, ст. 2942);

2) Федеральный закон от 31 декабря 2002 года N 189-ФЗ “О внесении дополнения в статью 10 Федерального закона “Об ограничении курения табака” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 1, ст. 4);

3) статью 50 Федерального закона от 10 января 2003 года N 15-ФЗ “О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “О лицензировании

отдельных видов деятельности” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 2, ст. 167);

4) Федеральный закон от 1 декабря 2004 года N 148-ФЗ “О внесении изменений в статьи 3 и 6 Федерального закона “Об ограничении курения табака” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 49, ст. 4847);

5) статью 2 Федерального закона от 26 июля 2006 года N 134-ФЗ “О внесении изменений в главу 22 части второй Налогового кодекса Российской Федерации и некоторые другие законодательные акты Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3433).

Статья 25. Вступление в силу настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 июня 2013 года, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлены иные сроки вступления их в силу.

2. Статья 13 настоящего Федерального закона вступает в силу с 1 января 2014 года.

3. Пункты 3, 5, 6 и 12 части 1 статьи 12, часть 3 статьи 16, части 1 - 5, пункт 3 части 7 статьи 19 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 июня 2014 года.

4. Пункты 1 и 2 части 1 и часть 2 статьи 18 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2017 года.

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН

Москва, Кремль
23 февраля 2013 года
N 15-ФЗ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Руководство по медицинской профилактике // под ред. акад. РАМН, проф. Оганова Р.Г, проф. Хальфина Р.А./ 2007.

2. Практическое руководство по лечению табачной зависимости //под ред. акад. РАМН, проф. Чучалина А.Г., д.м.н. Сахаровой Г.М., Новикова К.Ю./ НИИ пульмонологии МЗ РФ/ М., 2001.

3. Лечение табачной зависимости // акад. РАМН, проф. Чучалин А.Г., д.м.н. Сахарова Г.М. / НИИ пульмонологии МЗ РФ/ М., 2006.

4. Подходы к лечению табачной зависимости // к.м.н. Сафаев Р.Д./ В мире лекарств, №3, 2000.

5. Организация медико-психологической помощи в борьбе с табакокурением. Методические рекомендации; Александрова В. Ю., Зыряева Л. А. // Оганов Р.Г., Стан В.В. (ред.)/ Нормативно-методические материалы по диагностике, профилактике и лечению неинфекционных заболеваний / М., 1997.

6. Глобальный опрос взрослого населения России о потреблении табака, 2009.

7. Организация школы для желающих бросить курить, Андрианова О.В.// Методическое пособие для врачей, Екатеринбург,2010.

8. Организация помощи курящему человеку, Поярков Н.А.// Методические рекомендации для врачей, Ярославль,2010.

9. Методика групповых занятий по оказанию медицинской помощи в отказе от курения, Левшин В.Ф.// Методические рекомендации для врачей/ Российская ассоциация общественного здоровья, М; Изд-во РАОЗ,2003.

10. Терапевтическое обучение больных. Отчет рабочей группы ВОЗ/ Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний; пер. с англ. Мамедовой И.Н./ М; Митра-Пресс, 2001.

11. Школа здоровья для пациентов – важнейший фактор качества медицинской помощи/ Михайлова Н.В., Калинина А.М. и др.// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2004 № 2.

12. Школа здоровья. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/ под ред. Оганова Р.Г.// Руководство для врачей/М; ГЭОТАР-Медиа,2009.

13. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения / под ред. Бойцова С.А.// Методические рекомендации ГНИЦ профилактической медицины / утверждены письмом Минздравсоцразвития России 5 мая 2012 г. N 14-3/10/1-2817, 2012.

14. Behavioral Counseling and Varenekline treatment for Smoking Cessation/ Gary E.Swan, Janifer B. McClure. Lisa M.Jack// American Journal of Preventive Medicine. 2010/

15. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update clinical Practice Guideline/ Fiore MC. Jaen CR. Baker TB/ MD U.S. Department of Health and Human Service. 2008.

Авторский коллектив:

Фомичева Марина Леонидовна – директор Государственного казенного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики», главный специалист по профилактической медицине Минздрава Новосибирской области, кандидат медицинских наук.

Дергачева Елена Николаевна – заместитель директора Государственного казенного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики».

ДЛЯ ЗАМЕТОК