

Тулєнбаєва А.Д.

ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

A.D. Tulenbaeva

THE PROBLEM OF TOBACCO SMOKING AND ITS PREVENTION

УДК: 613.84-036.22-084

Табакокурение и профилактика является глобальной проблемой для всех стран мира. Дается прогноз заболеваемости и смертности населения от табакокурения по экспертным данным ВОЗ. Приведены данные развития табачной зависимости в сравнительном аспекте с другими наркотическими веществами. Анализируется эффективность борьбы против табака в мире, включая страны СНГ и Кыргызской Республики.

Tobacco smoking and its prevention is a global problem for all countries in the world. The forecast of morbidity and mortality associated with tobacco smoking is given based on WHO data. Development of tobacco addiction is compared with dependencies on other narcotic substances. The effectiveness of tobacco control in the world including CIS countries and the Kyrgyz Republic is analyzed.

Табакокурение в XXI веке остается глобальной проблемой для всех стран мира. Во всем мире каждый год от табакокурения умирают 5 миллионов человек, а в 2020 г. эта черная статистика достигнет 10 миллионов человек в год. По причине курения каждые 8 секунд умирает один человек от связанных с ним заболеваний: опухолевой и сердечной патологии, болезней легких и нервной системы и многих других. Всего с курением ассоциировано развитие более 50 заболеваний, 20 из которых смертельны. По данным ВОЗ, один из двух курильщиков умрет от заболеваний, связанных именно с курением, причем половина смертей произойдет в возрасте 45-60 лет. Ежегодно в Европе умирает около 450000 человек от сердечно-сосудистой патологии, связанной с курением. В Америке курят около 21% взрослых, т.е. это примерно 45 миллионов человек. В США каждый день около 4000 подростков в возрасте от 12 до 17 лет выкуривают свою первую сигарету (в странах СНГ в 7 лет), из этого числа 1200 станут постоянными курильщиками. Отмечается тенденция, когда девочки сейчас курят даже чаще, чем мальчики.

Табакокурение обходится очень дорого не только в моральном смысле, но и в материальном. Так, в США затраты на медицинское обеспечение последствий курения обходятся в 96 миллиардов долларов в год, а косвенные потери вследствие снижения производительности труда - еще в 97 миллиардов. Во всем мире к 2011 г., по экспертным оценкам ВОЗ, затраты, связанные с курением, достигнут 500 миллиардов долларов.

Развивающаяся пандемия табакокурения в странах СНГ, в т.ч. Кыргызстане, позволяют медикам в основном лечить тех пациентов, которые уже имеют выраженные клинические проявления заболеваний, связанных с курением и приводящих к значительному снижению качества жизни. Это связано с ограниченными финансовыми ресурсами, направляемыми в

здравоохранение и, в частности, на организационно-профилактические мероприятия, а также недостаточная осведомленность и подготовленность медицинского персонала по проблемам табакокурения. У значительного числа медицинских работников отсутствует настороженность (или не осознают), что у курильщиков, употребляющих табак формируется зависимость, которая по силе сравнима с зависимостью наркомании от героина (табл. 1, 2, 3).

Таблица 1.

Сравнение употребления табака и табачной зависимости с алкоголизмом и наркоманией

Сходства	Различия (употребление никотина...)
Навязчивая тяга Употребление не взирая на вред себе. Очень ситуационно Неспособность к контролю Быстрая тяга к повторению Быстрое восстановление состояния Средство усиления для животных Субъективный эффект Синдром отмены Вызывает выделение допамина	Не вызывает психических расстройств* Не вызывает сильной зависимости у редко употребляющих Не вызывает характерного состояния интоксикации Вызывает меньшую эйфорию

Примечание: * Хотя активное курение не вызывает психических расстройств, абстинентный никотиновый синдром может вызвать гнев, сложности с концентрацией, беспокойство и подавленность. Источник: [1].

Таблица 2.

Критерии зависимости

Критерий	Никотин	Алкоголь	Опиаты	Кокаин
Склонность	3	4	4	3
Синдром отмены	2	4	3	1
Сложности при отказе	4	4	4	4
Употребление без привязанности	2	3	2	4
Употребление животными	2	2	3	4
Prevalence of dependence	4	3	1	2
Развитие зависимости	4	3	1	2
Признание зависимости	4	1	3	2
Нарушения поведения	1	4	3	2

Источники: [234567].

Таблица 3.

Рейтинг зависимости от вещества (по шкале 0-3)

Вещество	Средняя зависимость	Удовольствие	Психологическая зависимость	Физическая Зависимость
Героин	3,00	3,0	3,0	3,0
Кокаин	2,39	3,0	2,8	1,3
Табак	2,21	2,3	2,6	1,8
Алкоголь	1,93	2,3	1,9	1,6
Амфетамины	1,67	2,0	1,9	1,1
Марихуана	1,51	1,9	V	0,8

Примечание: Адаптировано из источника [8].

Наряду с этим, население практически не владеет информацией, что в процессе курения табачных изделий образуется дым, содержащий более 4000 веществ [9, 10]. Полностью состав табачного дыма не изучен, однако выявленные в настоящее время вещества относятся к высокотоксичным, раздражающим, ядовитым и канцерогенным веществам (табл. 4). Например, пары бензола (предельно допустимая концентрация (ПДК) - 5 мг/м³) даже в небольших количествах при многократном воздействии нарушают функцию кроветворных органов, в больших количествах действуют на центральную нервную систему; формальдегид (ПДК - 0,005 мг/м³) является токсичным веществом, он раздражает слизистые оболочки дыхательных путей, глаз; синильная кислота (ПДК - 0,3 мг/м³) является сильным ядом, связывает гемоглобин, парализует дыхательные центры и вызывает удушье;

Таблица 4.

Вещества, содержащиеся в табачном дыме

Компоненты газовой фазы	Количество в главном потоке (мкг/сигарета)
Никотин	1000-2500
Окись углерода	10000-23000
Бензол	12-48
Толуол	160
Формальдегид	70-100
Акролеин	60-100
Аммоний	50-130
Синильная кислота	400-500
Окиси азота	100-600
Ацетон	100-250
Пиридин	16-40
Фенол	60-140
Анилин	0,36
Бензперен	0,02-0,04
Бензантрацен	0,02-0,07
N-нитрозонорникотин	0,2-3
4-(метил нитрозамино)-1 - (3 -пириди л)-1 -бутанон	0,1-1
Кадмий	0,1
Никель	0,02-0,08
Цинк	0,06

анилин (ПДК - 0,1 мг/м³) является ядовитым веществом; пары кадмия (ПДК - 0,1 мг/м³) парализуют нервную систему. Особое место среди веществ табачного дыма занимает угарный газ, основным действием которого является блокирование гемоглобина, что приводит к развитию гипоксии тканей. Канцерогенные вещества табачного дыма (бензол, бензен, 1,3-бутадиен, нитрозонорникотин, 4 - (метилнитрозамино) -1 - (3-пиридил) -1 - бутанон) более чем в 10 раз увеличивают риск развития раковых заболеваний как у активно, так и пассивно курящих людей [10]. В Кыргызской Республике реализуется табачная продукция различных компаний, имеющих всемирную известность, узнаваемых по логотипу и раскрученному бренду в средствах массовой информации (табл. 5). Как видно из этой таблицы в табачных изделиях содержание никотина колеблется от 0,3 до 1,0 мг, а смолы от 4 до 12 мг в сигаретах, имеющих фильтры. В сигаретах без фильтра марки Полет, Памир и т.д. эти показатели колеблются соответственно: 0,9 -1,5 мг и 10-13 мг. Причем на этих табачных изделиях совершенно отсутствует информация других химических веществ, образующихся при курении этих сигарет. Наряду с этим, транснациональная табачная промышленность, расширяя свое табачное производство на территории стран СНГ, проводят агрессивное вмешательство в процесс разработки нормативно-правовых актов и внедрения мер, заложенных в РКБТ ВОЗ и в законах этих стран.

Таблица 5.

Марки сигарет, реализуемых в Кыргызстане.

Марка I	Никотин (мг)	Смола (мг)
Кыргызстан		
Classik Gold	0,6	8
Classik Red	0,8	- 12
Boss Gold	0,7	8
West Silver	0,7	8
West Ice	0,7	8
Полет, Памир	0,9	13
Казахстан		
LM (синий)	0,6	6
Parlament (синий)	0,8	10
Sovereign (синий)	0,8	10
Winston (серый)	0,4	4
Winston (синий)	0,7	8
Корея		
Pine (Premium)	1	12
Esse (Blue)	0,45	4,5
Esse (Special Gold)	0,40	3,5
Россия		
Kent (серый)	0,3	4
Kent (синий)	0,7	8
Kiss (красный)	0,5	5

Государства, образовавшиеся после распада СССР, в т.ч. Кыргызская Республика, относятся к странам с очень высокой степенью распространен-

ности потребления табачными изделиями. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах СНГ в период с 2000 по 2010 г., представили очень высокие показатели распространенности табакокурения не только среди взрослого населения, но и детей и подростков.

Распространенность табакокурения у мужчин колеблется от 56,4 до 81,5%, а у женщин от 13,6 до 36,7%. У мужчин наибольшая распространенность потребления табака была выявлена в возрастной группе от 25 до 44 лет - 68,3%, а в группе от 19 до 24 лет - 62,1%. У женщин соответственно от 25 до 44 лет - 31,3% и от 19 до 24 лет - 37,9%, т.е. более 30% женщин репродуктивного возраста являлись активными потребителями табака. Среди женщин, имеющих высшее образование (26,6%), курящих существенно больше, чем среди женщин со средним (19,7%) и начальным (2,7%) образованием. Среди мужчин также большая распространенность потребления табака была выявлена у лиц со средним (43,1%) и высшим образованием (38,1%) по сравнению с имеющими начальное (18%) образование. Исследование выявило очень высокую интенсивность курения. Среднее количество выкуриваемых сигарет в день у взрослых составило 16,9 (у мужчин - 18,4, у женщин - 12,6). В результате высокой интенсивности курения как у курящих мужчин (63,6%), так и у курящих женщин (45,9%) были выявлены признаки высокой степени никотиновой зависимости.

В середине XX века распространенность потребления табака была очень высокой практически во всех странах мира и соответствовала современному уровню стран СНГ [11]. В 1960 г. Распространенность табакокурения у мужчин в Японии составляла 81%, в Великобритании - 61%, в США - 52%. В этих странах с середины 60-х годов прошлого века начали разрабатываться и внедряться меры по борьбе с табакокурением, благодаря которым к 2004. распространенность табакокурения у мужчин в Японии снизилась до 43%, в Великобритании - до 27% и в США - до 21%. Усилиями этих и других стран в 1995 г. на 49-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция "Международная рамочная конвенция по борьбе против табака", которая инициировала быстрое развитие исследований по выявлению эффективных мер борьбы с табакокурением и разработку Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). РКБТ была принята на 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и вступила в силу 28 февраля 2005 г. В настоящее время уже 171 страна присоединилась к Конвенции.

Цель РКБТ 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 внедрения мер борьбы с табакокурением на национальном, региональном и международном уровнях, с тем чтобы постоянно и существенно сокращать распространенность потребления табака и воздействия табачного

дыма [12]. Иными словами, в каждом государстве и регионе мира должен быть внедрен комплекс эффективных мер по борьбе с табакокурением, действие которых позволяло бы некурящим людям оставаться некурящими, как активно, так и пассивно, а курящие постоянно отказывались бы от потребления табака, что в целом должно привести к снижению распространенности потребления табака в регионе.

Кыргызская Республика ратифицировала Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) в 2006 г. и приняла закон Закон КР "О защите здоровья граждан КР от вредного воздействия табака" (от 21.08.2006 г. № 175). Основные положения этих документов последовательно реализуются в Государственной программе по защите здоровья граждан от вредного воздействия табака на 2008-2015 гг. (утв. Постановлением Правительства КР 4 апреля 2008 года № 122). В 2011 г. была проведена 4-я Национальная конференция "Табак или здоровье", где в резолюции отмечено:

1. Транснациональная табачная индустрия пытается использовать Евроазиатское экономическое сообщество (ЕврАзЭС) и другие политические структуры для продвижения своих коммерческих интересов в ущерб здоровью граждан наших стран, путем осуществления стратегии расширения потребления табачных изделий как в Кыргызстане, так и в странах ЕврАзЭС и оказания противодействия эффективным мерам по защите национальных интересов от табачной угрозы.

2. Признать защиту здоровья от вредного воздействия табака как одного из важных приоритетов Кыргызского государства и создать условия по эффективному информированию населения о вреде потребления табачных изделий в целях охраны и укрепления здоровья населения и предотвращения роста смертности от болезней, обусловленных потреблением табачных изделий.

3. Обеспечить внедрение иллюстрированных медицинских предупреждений, предназначенных для размещения на пачках и упаковках табачных изделий, как самого экономически эффективного метода информирования населения о вреде потребления табачных изделий.

4. Усилить проведение стратегии межсекторальной интеграции и координации мер по внедрению РКБТ и Закона КР №175 и разработке нормативных правовых актов, как на национальном, так и на международном уровнях.

5. Противодействовать любым попыткам подорыва внедрения мер по борьбе против табака, заложенных в РКБТ ВОЗ, в Законе КР №175, со стороны табачной промышленности, согласно преамбуле, статье 5.3. РКБТ ВОЗ и руководящим указаниям 3-ей Конференции Сторон Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака, состоявшейся 17-22 ноября 2008 г. в Дурбане, ЮАР.

6. Усилить контроль над исполнением норм Закона КР и РКБТ.

7. Обеспечить финансирование для реализации норм Закона за счет средств импортеров и произво-

дителей табачных изделий, поступающих в республиканский бюджет от акцизного налога, как это предусмотрено в статье 17 Закона КР "О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака".

Литература:

1. Hughes J.R. Should criteria for drug dependence differ across drugs?//Addiction.-2006.- Vol.101, Suppl.1. - P.134-141.
2. Kalant H., LeBlanc A.E., Gibbins R.J. Tolerance to and dependence on some non-opiate psychotropic drugs // Pharmacol. Rev. - 1971. - Vol. 23, N 3. - P.135-191.
3. Hughes J.R, Higgins S.T., Bickel W.K. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities//Addiction. -1994. - Vol.89, N 11. -P.1461-1470.
4. Hunt W.A., Barnett L.W., Branch L.G. Relapse rates in addiction programs // J. Clin. Psychol - 1971. - Vol. 27, N 4. - P.455-456.
5. Antoni et al. // Experimental and Clinical Psychopharmacology. - 1994. - Vol 2, N 3. - P.244-268;
6. Kozlowski L.T., Wilkinson D.A., Skinner W., Kent C.,
7. Franklin T., Pope M. Comparing tobacco cigarette dependence with other drug dependencies. Greater or equal difficulty quitting' and 'urges to use, but less 'pleasure from cigarettes // JAMA. - 1989. - Vol.261, N 6. - P.898-901.
8. Hughes J.R. Why does smoking so often produce dependence? A somewhat different view // Tob. Control. - 2001. Vol.10, N1.-P.62-64.
9. Nutt D., King L.A., Saulsbury W., Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse // Lancet. - 2007. - Vol.369, N 9566. - P. 1047- 1053.
10. Кривошеева Л.В., Хитров И.А., Белицкий Г.А., Заридзе Д.Г. Канцерогенные составляющие и мутагенный эффект бездымного табака и сигарет без табака // Вопр. онкол. - 2006.- № 4. - С.427-432.
11. Герасименко Н.Ф., Заридзе Д.Г., Сахарова Г.М. Здоровье или табак: цифры и факты. - Москва: А + В, 2007. - С.80.
12. The European Tobacco Control Report 2007. - WHO 2007.-P. 153.
13. World Health Organization. WHO: Report on the global tobacco epidemic 2008. The MPOWER Package. - Geneva: WHO, 2008.

Рецензент: д.м.н., профессор Василевский М.Г.