

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
**КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ОБ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ**

Принят  
Государственной Думой  
20 декабря 2001 года

Одобрено  
Советом Федерации  
26 декабря 2001 года

(в ред. Федеральных законов от 25.04.2002 N 41-ФЗ, от 25.07.2002 N 112-ФЗ,  
от 30.10.2002 N 130-ФЗ, от 31.10.2002 N 133-ФЗ, от 31.12.2002 N 187-ФЗ,  
от 30.06.2003 N 86-ФЗ, от 04.07.2003 N 94-ФЗ, от 04.07.2003 N 103-ФЗ,  
от 11.11.2003 N 138-ФЗ, от 11.11.2003 N 144-ФЗ, от 08.12.2003 N 161-ФЗ,  
от 08.12.2003 N 169-ФЗ, от 23.12.2003 N 185-ФЗ, от 09.05.2004 N 37-ФЗ,  
от 26.07.2004 N 77-ФЗ, от 28.07.2004 N 93-ФЗ, от 20.08.2004 N 114-ФЗ,  
от 20.08.2004 N 118-ФЗ, от 25.10.2004 N 126-ФЗ, от 28.12.2004 N 183-ФЗ,  
от 28.12.2004 N 187-ФЗ, от 30.12.2004 N 211-ФЗ, от 30.12.2004 N 214-ФЗ,  
от 30.12.2004 N 219-ФЗ (ред. 21.03.2005), от 07.03.2005 N 14-ФЗ,  
от 07.03.2005 N 15-ФЗ, от 21.03.2005 N 19-ФЗ, от 21.03.2005 N 21-ФЗ,  
от 22.04.2005 N 38-ФЗ, от 09.05.2005 N 45-ФЗ, от 18.06.2005 N 66-ФЗ,  
от 02.07.2005 N 80-ФЗ, от 02.07.2005 N 82-ФЗ, от 21.07.2005 N 93-ФЗ,  
от 21.07.2005 N 113-ФЗ, от 22.07.2005 N 120-ФЗ, от 27.09.2005 N 124-ФЗ,  
от 05.12.2005 N 156-ФЗ, от 19.12.2005 N 161-ФЗ, от 26.12.2005 N 183-ФЗ,  
от 27.12.2005 N 193-ФЗ, от 31.12.2005 N 199-ФЗ, от 05.01.2006 N 7-ФЗ,  
от 05.01.2006 N 10-ФЗ, от 02.02.2006 N 19-ФЗ, от 03.03.2006 N 30-ФЗ,  
от 16.03.2006 N 41-ФЗ, от 15.04.2006 N 47-ФЗ, от 29.04.2006 N 57-ФЗ,  
от 08.05.2006 N 65-ФЗ, от 03.06.2006 N 73-ФЗ, от 03.06.2006 N 78-ФЗ,  
от 03.07.2006 N 97-ФЗ, от 18.07.2006 N 111-ФЗ, от 18.07.2006 N 121-ФЗ,  
от 26.07.2006 N 133-ФЗ, от 26.07.2006 N 134-ФЗ, от 27.07.2006 N 139-ФЗ,  
от 27.07.2006 N 153-ФЗ, от 16.10.2006 N 160-ФЗ, от 03.11.2006 N 181-ФЗ,  
от 03.11.2006 N 182-ФЗ, от 05.11.2006 N 189-ФЗ, от 04.12.2006 N 201-ФЗ,  
от 04.12.2006 N 203-ФЗ, от 18.12.2006 N 232-ФЗ, от 29.12.2006 N 258-ФЗ,  
от 29.12.2006 N 262-ФЗ, от 30.12.2006 N 266-ФЗ, от 30.12.2006 N 270-ФЗ,  
от 09.02.2007 N 19-ФЗ, от 29.03.2007 N 39-ФЗ, от 09.04.2007 N 44-ФЗ,  
от 09.04.2007 N 45-ФЗ, от 20.04.2007 N 54-ФЗ, от 07.05.2007 N 66-ФЗ,  
от 10.05.2007 N 70-ФЗ, от 22.06.2007 N 116-ФЗ, от 19.07.2007 N 141-ФЗ,  
от 24.07.2007 N 204-ФЗ, от 24.07.2007 N 210-ФЗ, от 24.07.2007 N 211-ФЗ,  
от 24.07.2007 N 212-ФЗ (ред. 27.12.2009), от 24.07.2007 N 218-ФЗ,  
от 02.10.2007 N 225-ФЗ, от 18.10.2007 N 230-ФЗ, от 08.11.2007 N 257-ФЗ,  
от 27.11.2007 N 273-ФЗ, от 01.12.2007 N 304-ФЗ, от 06.12.2007 N 333-ФЗ,  
от 03.03.2008 N 21-ФЗ, от 29.04.2008 N 58-ФЗ, от 13.05.2008 N 66-ФЗ,  
от 16.05.2008 N 74-ФЗ, от 14.07.2008 N 118-ФЗ, от 22.07.2008 N 126-ФЗ,  
от 22.07.2008 N 145-ФЗ, от 22.07.2008 N 148-ФЗ, от 08.11.2008 N 197-ФЗ,  
от 03.12.2008 N 240-ФЗ, от 03.12.2008 N 247-ФЗ, от 03.12.2008 N 250-ФЗ,  
от 22.12.2008 N 272-ФЗ, от 25.12.2008 N 280-ФЗ, от 25.12.2008 N 281-ФЗ,  
от 26.12.2008 N 293-ФЗ, от 30.12.2008 N 309-ФЗ, от 09.02.2009 N 3-ФЗ,  
от 09.02.2009 N 9-ФЗ, от 07.05.2009 N 86-ФЗ, от 03.06.2009 N 104-ФЗ,  
от 03.06.2009 N 112-ФЗ, от 03.06.2009 N 121-ФЗ (ред. 17.07.2009),  
от 28.06.2009 N 122-ФЗ, от 28.06.2009 N 124-ФЗ, от 29.06.2009 N 133-ФЗ,  
от 29.06.2009 N 134-ФЗ, от 17.07.2009 N 160-ФЗ, от 17.07.2009 N 162-ФЗ,  
от 19.07.2009 N 198-ФЗ, от 19.07.2009 N 205-ФЗ, от 24.07.2009 N 209-ФЗ,  
от 24.07.2009 N 213-ФЗ, от 09.11.2009 N 247-ФЗ, от 09.11.2009 N 249-ФЗ,  
от 23.11.2009 N 261-ФЗ, от 25.11.2009 N 274-ФЗ, от 28.11.2009 N 305-ФЗ,

от 21.12.2009 N 330-ФЗ, от 21.12.2009 N 336-ФЗ, от 28.12.2009 N 380-ФЗ,  
от 09.03.2010 N 20-ФЗ, от 09.03.2010 N 27-ФЗ, от 05.04.2010 N 47-ФЗ,  
от 05.04.2010 N 55-ФЗ, от 30.04.2010 N 69-ФЗ, от 08.05.2010 N 83-ФЗ,  
от 19.05.2010 N 86-ФЗ, от 19.05.2010 N 87-ФЗ, от 19.05.2010 N 88-ФЗ,  
от 19.05.2010 N 92-ФЗ, от 31.05.2010 N 108-ФЗ, от 17.06.2010 N 119-ФЗ,  
от 01.07.2010 N 132-ФЗ, от 05.07.2010 N 153-ФЗ, от 01.07.2010 N 145-ФЗ,  
от 23.07.2010 N 169-ФЗ, от 23.07.2010 N 171-ФЗ, от 23.07.2010 N 174-ФЗ,  
от 23.07.2010 N 175-ФЗ, от 23.07.2010 N 176-ФЗ, от 26.07.2010 N 186-ФЗ,  
от 26.07.2010 N 189-ФЗ, от 27.07.2010 N 195-ФЗ, от 27.07.2010 N 222-ФЗ,  
от 27.07.2010 N 223-ФЗ, от 27.07.2010 N 224-ФЗ, от 27.07.2010 N 226-ФЗ,  
от 27.07.2010 N 229-ФЗ, от 27.07.2010 N 237-ФЗ, от 27.07.2010 N 238-ФЗ,  
от 27.07.2010 N 239-ФЗ, от 30.07.2010 N 242-ФЗ, от 04.10.2010 N 263-ФЗ,  
от 04.10.2010 N 264-ФЗ, от 08.11.2010 N 293-ФЗ, от 29.11.2010 N 313-ФЗ,  
от 08.12.2010 N 347-ФЗ, от 23.12.2010 N 369-ФЗ, от 23.12.2010 N 380-ФЗ,  
от 23.12.2010 N 381-ФЗ, от 28.12.2010 N 398-ФЗ, от 28.12.2010 N 411-ФЗ,  
от 28.12.2010 N 417-ФЗ, от 28.12.2010 N 421-ФЗ, от 29.12.2010 N 435-ФЗ,  
от 29.12.2010 N 442-ФЗ, от 07.02.2011 N 4-ФЗ, от 07.02.2011 N 8-ФЗ,  
от 06.04.2011 N 66-ФЗ, от 21.04.2011 N 69-ФЗ, от 21.04.2011 N 71-ФЗ,  
от 04.05.2011 N 97-ФЗ, от 04.05.2011 N 98-ФЗ, от 03.06.2011 N 120-ФЗ,  
от 04.06.2011 N 127-ФЗ, от 27.06.2011 N 162-ФЗ, от 01.07.2011 N 170-ФЗ,  
от 11.07.2011 N 193-ФЗ, от 11.07.2011 N 198-ФЗ, от 11.07.2011 N 199-ФЗ,  
от 11.07.2011 N 200-ФЗ, от 11.07.2011 N 207-ФЗ, от 18.07.2011 N 225-ФЗ,  
от 18.07.2011 N 226-ФЗ, от 18.07.2011 N 236-ФЗ, от 18.07.2011 N 237-ФЗ,  
от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 18.07.2011 N 243-ФЗ, от 20.07.2011 N 250-ФЗ,  
от 21.07.2011 N 252-ФЗ, от 21.07.2011 N 253-ФЗ, от 21.07.2011 N 257-ФЗ,  
от 06.11.2011 N 295-ФЗ, от 06.11.2011 N 296-ФЗ, от 07.11.2011 N 304-ФЗ,  
от 08.11.2011 N 308-ФЗ, от 16.11.2011 N 311-ФЗ, от 16.11.2011 N 312-ФЗ,  
от 21.11.2011 N 327-ФЗ, от 21.11.2011 N 329-ФЗ, от 21.11.2011 N 331-ФЗ,  
от 30.11.2011 N 347-ФЗ, от 30.11.2011 N 364-ФЗ, от 03.12.2011 N 378-ФЗ,  
от 03.12.2011 N 383-ФЗ, от 06.12.2011 N 400-ФЗ, от 06.12.2011 N 403-ФЗ,  
от 06.12.2011 N 404-ФЗ, от 06.12.2011 N 409-ФЗ, от 06.12.2011 N 410-ФЗ,  
от 06.12.2011 N 413-ФЗ, от 07.12.2011 N 420-ФЗ, от 08.12.2011 N 424-ФЗ,  
от 31.01.2012 N 2-ФЗ, от 01.03.2012 N 18-ФЗ, от 02.04.2012 N 30-ФЗ,  
от 02.04.2012 N 31-ФЗ, от 23.04.2012 N 34-ФЗ, от 23.04.2012 N 36-ФЗ,  
от 03.05.2012 N 44-ФЗ, от 03.05.2012 N 47-ФЗ, от 05.06.2012 N 51-ФЗ,  
от 05.06.2012 N 52-ФЗ, от 08.06.2012 N 65-ФЗ, от 14.06.2012 N 78-ФЗ,  
от 10.07.2012 N 116-ФЗ, от 28.07.2012 N 131-ФЗ, от 28.07.2012 N 133-ФЗ,  
от 28.07.2012 N 140-ФЗ, от 28.07.2012 N 141-ФЗ, от 02.10.2012 N 158-ФЗ,  
от 12.11.2012 N 191-ФЗ, от 12.11.2012 N 192-ФЗ, от 12.11.2012 N 193-ФЗ,  
от 12.11.2012 N 194-ФЗ, от 29.11.2012 N 207-ФЗ, от 01.12.2012 N 212-ФЗ,  
от 03.12.2012 N 244-ФЗ, от 25.12.2012 N 252-ФЗ, от 25.12.2012 N 255-ФЗ,  
от 29.12.2012 N 277-ФЗ, от 30.12.2012 N 314-ФЗ, от 30.12.2012 N 315-ФЗ,  
от 30.12.2012 N 316-ФЗ, от 30.12.2012 N 318-ФЗ, от 23.02.2013 N 11-ФЗ,  
от 23.02.2013 N 12-ФЗ, от 23.02.2013 N 13-ФЗ, от 23.02.2013 N 14-ФЗ,  
от 05.04.2013 N 33-ФЗ, от 05.04.2013 N 34-ФЗ, от 05.04.2013 N 43-ФЗ,  
от 05.04.2013 N 49-ФЗ, от 05.04.2013 N 50-ФЗ, от 05.04.2013 N 58-ФЗ,  
от 22.04.2013 N 62-ФЗ, от 07.05.2013 N 80-ФЗ, от 07.05.2013 N 91-ФЗ,  
от 07.05.2013 N 92-ФЗ, от 07.05.2013 N 96-ФЗ (ред. 02.07.2013),  
от 07.05.2013 N 98-ФЗ, от 07.06.2013 N 113-ФЗ (ред. 23.07.2013),  
от 07.06.2013 N 117-ФЗ, от 28.06.2013 N 134-ФЗ, от 29.06.2013 N 135-ФЗ,  
от 29.06.2013 N 136-ФЗ, от 02.07.2013 N 150-ФЗ, от 02.07.2013 N 162-ФЗ,  
от 02.07.2013 N 166-ФЗ, от 02.07.2013 N 173-ФЗ, от 02.07.2013 N 177-ФЗ,  
от 02.07.2013 N 178-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 02.07.2013 N 186-ФЗ,  
от 23.07.2013 N 192-ФЗ, от 23.07.2013 N 193-ФЗ, от 23.07.2013 N 194-ФЗ,  
от 23.07.2013 N 196-ФЗ, от 23.07.2013 N 195-ФЗ, от 23.07.2013 N 197-ФЗ,  
от 23.07.2013 N 198-ФЗ (ред. 28.12.2013), от 23.07.2013 N 199-ФЗ,  
от 23.07.2013 N 200-ФЗ, от 23.07.2013 N 201-ФЗ, от 23.07.2013 N 202-ФЗ,  
от 23.07.2013 N 203-ФЗ, от 23.07.2013 N 207-ФЗ, от 23.07.2013 N 211-ФЗ,  
от 23.07.2013 N 226-ФЗ, от 23.07.2013 N 245-ФЗ, от 23.07.2013 N 248-ФЗ,  
от 23.07.2013 N 249-ФЗ, от 23.07.2013 N 252-ФЗ, от 30.09.2013 N 262-ФЗ,

от 21.10.2013 N 273-ФЗ, от 21.10.2013 N 274-ФЗ, от 21.10.2013 N 275-ФЗ,  
от 21.10.2013 N 276-ФЗ, от 21.10.2013 N 282-ФЗ, от 02.11.2013 N 285-ФЗ,  
от 02.11.2013 N 294-ФЗ, от 02.11.2013 N 304-ФЗ, от 02.11.2013 N 305-ФЗ,  
от 25.11.2013 N 310-ФЗ, от 25.11.2013 N 311-ФЗ, от 25.11.2013 N 313-ФЗ,  
от 25.11.2013 N 315-ФЗ, от 25.11.2013 N 316-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ,  
от 02.12.2013 N 326-ФЗ, от 02.12.2013 N 340-ФЗ, от 02.12.2013 N 341-ФЗ,  
от 02.12.2013 N 342-ФЗ, от 02.12.2013 N 343-ФЗ, от 02.12.2013 N 344-ФЗ,  
от 21.12.2013 N 365-ФЗ, от 21.12.2013 N 375-ФЗ, от 21.12.2013 N 376-ФЗ,  
от 28.12.2013 N 383-ФЗ, от 28.12.2013 N 396-ФЗ, от 28.12.2013 N 416-ФЗ,  
от 28.12.2013 N 429-ФЗ, от 28.12.2013 N 430-ФЗ, от 28.12.2013 N 434-ФЗ,  
от 28.12.2013 N 437-ФЗ, от 28.12.2013 N 445-ФЗ, от 03.02.2014 N 6-ФЗ,  
от 03.02.2014 N 7-ФЗ, от 03.02.2014 N 15-ФЗ, от 12.03.2014 N 27-ФЗ,  
от 12.03.2014 N 31-ФЗ, от 12.03.2014 N 32-ФЗ, от 12.03.2014 N 33-ФЗ,  
от 02.04.2014 N 61-ФЗ, от 02.04.2014 N 69-ФЗ, от 20.04.2014 N 77-ФЗ,  
от 05.05.2014 N 112-ФЗ, от 05.05.2014 N 119-ФЗ, от 05.05.2014 N 120-ФЗ,  
от 05.05.2014 N 121-ФЗ, от 05.05.2014 N 122-ФЗ, от 05.05.2014 N 125-ФЗ,  
от 05.05.2014 N 128-ФЗ, от 05.05.2014 N 130-ФЗ,  
с изм., внесенными Постановлениями Конституционного Суда РФ  
от 13.07.2010 N 15-П, от 25.04.2011 N 6-П,  
Федеральными законами от 06.04.2011 N 68-ФЗ,  
Постановлением Конституционного Суда РФ от 17.01.2013 N 1-П,  
Федеральными законами от 28.12.2013 N 388-ФЗ,  
от 28.12.2013 N 415-ФЗ, от 28.12.2013 N 421-ФЗ,  
от 03.02.2014 N 8-ФЗ,  
Постановлением Конституционного Суда РФ от 25.02.2014 N 4-П,  
Постановлением Конституционного Суда РФ  
от 08.04.2014 N 10-П)

## Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### Глава 1. ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ АДМИНИСТРАТИВНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЯХ

#### Статья 1.1. Законодательство об административных правонарушениях

1. Законодательство об административных правонарушениях состоит из настоящего Кодекса и принимаемых в соответствии с ним законов субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях.

2. Настоящий Кодекс основывается на Конституции Российской Федерации, общепризнанных принципах и нормах международного права и международных договорах Российской Федерации. Есл

"Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 05.05.2014) (с изм. и доп., вступ. в силу с 07.06.2014)

Статья 6.24. Нарушение установленного федеральным законом запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах

#### Статья 6.23. Вовлечение несовершеннолетнего в процесс потребления табака

(введена Федеральным законом от 21.10.2013 N 274-ФЗ)

1. Вовлечение несовершеннолетнего в процесс потребления табака - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до двух тысяч рублей.

2. Те же действия, совершенные родителями или иными законными представителями несовершеннолетнего, -

влекут наложение административного штрафа на граждан в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей.

Статья 6.24. Нарушение установленного федеральным законом запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах

(введена Федеральным [законом](#) от 21.10.2013 N 274-ФЗ)

1. Нарушение установленного федеральным [законом](#) запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях и на объектах, за исключением случаев, предусмотренных [частью 2](#) настоящей статьи, -

влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от пятисот до одной тысячи пятисот рублей.

2. Нарушение установленного федеральным [законом](#) запрета курения табака на детских площадках - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей.

Статья 6.25. Несоблюдение требований к знаку о запрете курения, к выделению и оснащению специальных мест для курения табака либо неисполнение обязанностей по контролю за соблюдением норм законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

(введена Федеральным [законом](#) от 21.10.2013 N 274-ФЗ)

1. Несоблюдение [требований](#) к знаку о запрете курения, обозначающему территории, здания и объекты, где курение запрещено, и к порядку его размещения -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от десяти тысяч до двадцати тысяч рублей; на юридических лиц - от тридцати тысяч до шестидесяти тысяч рублей.

2. Несоблюдение [требований](#) к выделению и оснащению специальных мест на открытом воздухе для курения табака либо выделению и оборудованию изолированных помещений для курения табака -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей; на юридических лиц - от пятидесяти тысяч до восьмидесяти тысяч рублей.

3. Неисполнение индивидуальным предпринимателем или юридическим лицом обязанностей по [контролю](#) 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, -

влечет наложение административного штрафа на индивидуальных предпринимателей в размере от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей; на юридических лиц - от шестидесяти тысяч до девяноста тысяч рублей.

## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

### ПРИКАЗ

от 26 апреля 2011 г. N 1216/1

### О ЗАПРЕТЕ КУРЕНИЯ ТАБАКА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

(в ред. [Приказа](#) Министерства здравоохранения  
Краснодарского края от 26.06.2013 N 2755)

В соответствии со [статьей 3](#) и [статьей 6](#) Федерального закона от 10.07.2001 N 87-ФЗ "Об ограничении курения табака", [статьей 23](#) Федерального закона от 13.03.2006 N 38-ФЗ "О рекламе" и в целях поэтапного введения полного запрета на

курение, продажу и рекламу табака и табачных изделий в медицинских учреждениях Краснодарского края приказываю:

1. Утвердить краевой [проект](#) "Здоровая Кубань": медицинские учреждения, свободные от табачного дыма" (приложение).

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения министерства здравоохранения Краснодарского края - обеспечить, руководителям органов управления и учреждений здравоохранения муниципальных образований края - рекомендовать обеспечить:

(в ред. [Приказа](#) Министерства здравоохранения Краснодарского края от 26.06.2013 N 2755)

2.1. Соблюдение запретов розничной продажи и размещения рекламы табачных изделий на территории учреждения здравоохранения.

2.2. Введение полного запрета курения табака на рабочих местах, а также в других помещениях, за исключением специально отведенных мест для курения на открытой территории учреждения здравоохранения.

2.3. Организацию места для курения за пределами закрытых помещений учреждения здравоохранения.

2.4. Размещение в общедоступных и видных местах информацию о запрете курения табака в учреждении здравоохранения.

2.5 - 2.6. Исключены с 1 июля 2013 года. - [Приказ](#) Министерства здравоохранения Краснодарского края от 26.06.2013 N 2755.

2.5. Выделение на функциональной основе медицинского кабинета для предоставления работникам и пациентам учреждений здравоохранения консультативной и иной помощи и поддержки в отказе от курения табака.

2.6. Создание в учреждении здравоохранения комиссии по контролю за выполнением настоящего приказа.

2.7. Назначение лица, ответственного за предоставление ежеквартальной отчетности о выполнении настоящего приказа.

2.8. Предоставление отчета об исполнении [пунктов 2.1 - 2.3, 2.8, 2.9](#) настоящего приказа в ГУЗ "Центр медицинской профилактики" министерства здравоохранения Краснодарского края по электронной почте [medprof@miaskuban.ru](mailto:medprof@miaskuban.ru) и по факсу 226-27-90 в срок до 29.06.2011 и по [пунктам 2.4 - 2.7](#) настоящего приказа в срок до 05.08.2011, далее - ежеквартально не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

(в ред. [Приказа](#) Министерства здравоохранения Краснодарского края от 26.06.2013 N 2755)

3. Главному врачу ГБУЗ "Центр медицинской профилактики" министерства здравоохранения Краснодарского края Трубицыной И.П.:

(п. 3 в ред. [Приказа](#) Министерства здравоохранения Краснодарского края от 26.06.2013 N 2755)

3.1. Организовать обучение работников учреждений здравоохранения методам помощи и поддержки в отказе от курения табака.

3.2. Осуществлять мониторинг и ежеквартально проводить анализ эффективности реализации мероприятий, указанных в [пункте 2](#) настоящего приказа.

3.3. Представлять заключение по результатам проведенного анализа заместителю министра здравоохранения Краснодарского края С.Н. Стриханову.  
(пп. 3.3 в ред. [Приказа](#) Министерства здравоохранения Краснодарского края от 26.06.2013 N 2755)

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Краснодарского края С.Н. Стриханова.  
(п. 4 в ред. [Приказа](#) Министерства здравоохранения Краснодарского края от 26.06.2013 N 2755)

Руководитель департамента  
Е.Н.РЕДЬКО

Приложение

Утвержден  
приказом  
департамента здравоохранения  
Краснодарского края  
от 26 апреля 2011 г. N 1216/1

## **ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

### **ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ"**

#### **КРАЕВОЙ ПРОЕКТ "ЗДОРОВАЯ КУБАНЬ": МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, СВОБОДНЫЕ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА"**

##### **Введение**

Научные данные не оставляют никаких сомнений: единственный доказанный способ надежно защитить здоровье всех людей от губительного воздействия вторичного табачного дыма (ВТД) - это создание среды, полностью свободной от табачного дыма. К этому выводу уже пришли несколько стран и сотни территориальных и местных административных образований, в которых успешно реализованы законы, требующие, чтобы почти все места работы людей в закрытых



помещениях и общественные места были на 100 процентов свободны от табачного дыма. Они сообщают о значительной и полученной сразу же пользе для здоровья, и их опыт показывает, что создание среды, свободной от табачного дыма, достижимо и реально в самых разнообразных условиях.

### Доклад директора ВОЗ д-р Маргарет Чен о глобальной табачной эпидемии. Шесть стратегий ("MPOWER")

Генеральный директор ВОЗ д-р Маргарет Чен в феврале 2008 г. в Нью-Йорке представила доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии на пресс-конференции вместе с мэром Нью-Йорка Майклом Блумбергом. Помощь в финансировании этого доклада оказала инициатива "Блумберг Филантропиз".

Доктор Чен отметила, что, несмотря на некоторый прогресс в области борьбы против табака, ни одна страна не осуществляет в полном объеме все предусмотренные в этой связи ключевые меры. Только 5% населения мира полностью охвачено какой-либо одной из ключевых мер вмешательства, которые приводят к сокращению показателей курения.

В докладе было документально подтверждено, что эпидемия курения смещается в сторону развивающихся стран, на долю которых к 2030 г. придется, по прогнозам, 80% от восьми миллионов ежегодных случаев смерти, связанной с табаком. Это смещение, как говорится в докладе, обусловлено стратегией табачной промышленности на глобальном уровне, которая нацелена на молодежь и взрослых в развивающихся странах и которая, несомненно, приведет к тому, что ежегодно миллионы людей будут приобретать эту смертельную привычку. В частности, факт акцентирования внимания на молодых женщинах квалифицируется в качестве одного из "самых зловещих потенциальных аспектов развития этой нарастающей эпидемии".

В докладе также указывалось, что правительства во всех частях мира собирают ежегодно в 500 раз больше денег в виде налогов на табачные изделия, нежели они тратят на работу по борьбе с табаком.

Доктор Чен изложила концепцию, которую могут принять правительства с целью предотвратить десятки миллионов случаев преждевременной смерти людей к середине этого столетия - комплекс из шести стратегий под названием "MPOWER" (см. текст ниже). "Эти шесть стратегий подвластны любой стране - богатой или бедной. Объединенные в виде одного комплекса мер, они дают нам наилучший шанс обратить эту нарастающую эпидемию вспять", - сказала Генеральный директор ВОЗ д-р Маргарет Чен.

"Доклад, который мы представляем вам сегодня, носит революционный характер", - сказал мэр Нью-Йорка Блумберг. - "Впервые у нас есть строгая концепция, которая позволит положить конец табачной эпидемии. Ни одна страна не осуществляет в полной мере все стратегии "MPOWER", а 80% стран не осуществляют в полном масштабе даже какую-либо одну из этих стратегий. Хотя меры по борьбе против табака зачастую вызывают споры, они, тем не менее,

спасают жизнь людей, и поэтому правительствам необходимо активизировать эту работу и принимать правильные меры".

### Шесть стратегий "MPOWER":

- Monitor - мониторинг потребления табака и стратегий профилактики;
- Protect - защита людей от табачного дыма;
- Offer - предложение помощи в целях прекращения употребления табака;
- Warn - предупреждение об опасностях, связанных с табаком;
- Enforce - введение запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий;
- Raise - повышение налогов на табачные изделия.

Глобальный анализ, проведенный ВОЗ на основе информации, представленной 179 государствами-членами, дает правительствам и другим группам исходные критерии, по которым они могут выверять свою работу, цель которой - положить конец этой эпидемии в ближайшие годы. Комплекс мер "MPOWER" представляет собой план действий по оказанию странам помощи в соблюдении взятых ими на себя обязательств, вытекающих из получившего широкое признание глобального договора по борьбе против табака, известного под названием "Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака", которая вступила в силу в 2005 году.

Директор Инициативы ВОЗ по освобождению от табачной зависимости д-р Дуглас Бетчер сказал, что шесть стратегий "MPOWER" явятся мощным ответом на табачную эпидемию. "Этот комплекс мер позволит создать благоприятные условия, которые помогут нынешним потребителям табачных изделий прекратить их употребление, предохранить людей от воздействия вторичного табачного дыма и предотвратить начало курения молодежью", - сказал д-р Бетчер.

Другие ключевые выводы доклада включают следующее:

- Лишь 5% от общей численности населения всего мира защищены с помощью всесторонних национальных законов о создании зон, свободных от табачного дыма, а 40% стран до сих пор допускают курение в больницах и школах;
- Лишь 5% от общей численности населения нашей планеты проживают в странах, в которых действуют всесторонние национальные запреты на рекламу и стимулирование продажи табачных изделий;
- Только 15 стран, на которые приходится 6% общей численности населения Земли, обязывают использовать графические предупреждения на табачных упаковках;
- Службы по лечению табачной зависимости имеются в полном объеме лишь в 9 странах, на которые приходится 5% общей численности мирового населения.

Поступления от налогов на табачные изделия в 4000 раз превышают расходы на борьбу против табака в странах со средним уровнем дохода и более чем в 9000 раз - в странах с низким уровнем дохода. Страны с высоким уровнем дохода собирают приблизительно в 340 раз больше денег в виде налогов на табак, чем они тратят на борьбу с табаком.



Налоги на табачные изделия - единственная самая эффективная стратегия - можно существенно увеличить налоги практически во всех странах, что обеспечит источник устойчивого финансирования, которое позволит реализовать и обеспечить соблюдение рекомендуемой концепции.

### Мировой опыт антитабачной деятельности

Отражением мирового опыта эффективной антитабачной деятельности явился международный договор Всемирной организации здравоохранения Рамочная конвенция по борьбе с табаком (РКБТ) и Руководящие принципы по различным статьям Конвенции. В настоящее время, на основе Конвенции, практически весь мир ведет согласованную работу, чтобы снизить табакокурение и дать отпор всемирной глобализировавшейся табачной индустрии и ее союзникам. К настоящему моменту 166 стран мира ратифицировали Конвенцию. РКБТ устанавливает минимальные требования к законодательству стран-участниц, но поощряет Стороны идти дальше этих минимальных мер. Россия присоединилась к РКБТ 3 июля 2008 г., взяв на себя обязательства привести национальное законодательство в соответствии с Конвенцией.

Меры Рамочной конвенции по борьбе против табака:

1) Полный запрет рекламы в течение 5 лет после ратификации Конвенции.

Анализ потребления табака и запретов рекламы в 102 странах показал, что полный запрет рекламы может снизить потребление табака, в то время как частичные запреты малоэффективны или совсем неэффективны. Полный запрет рекламы и продвижения табачных изделий защищает прежде всего детей и молодежь от натиска табачного маркетинга в спортивных и развлекательных учреждениях, в сети Интернет и других местах. Исследование запретов рекламы и потребления табака в 22 странах выявило, что полный запрет на рекламу и продвижение табачных изделий снижает потребление сигарет на 7,4%, а потребление табачных изделий в целом - на 5,4%.

2) Запрет курения в общественных местах, включая рабочие места, транспорт и помещения.

Законы, запрещающие курение в закрытых помещениях, помогают курильщикам бросить курить или уменьшить потребление табака.

3) Предупредительные надписи о вреде табака, закрывающие не менее 30% фронтальной поверхности пачки принимаются, согласно Конвенции, в течение трех лет. Предупредительные надписи должны меняться и быть написаны на языке страны, возможны графические изображения. Надписи "легкие", "мягкие", "с пониженным содержанием смолы" и т.п. запрещаются.

Исследования показывают, что броские предупреждения о вреде курения для здоровья повышают информированность людей о вреде употребления табака и усиливают у них желание бросить курить. Предупредительные надписи наиболее эффективно сообщают об опасности употребления табака для здоровья тогда, когда

они содержат и картинки, и слова, являются большими по размеру и цветными. Надписи типа "легкие" являются обманом табачных компаний.

14 стран в Северной и Южной Америки, Азии, на юге Тихоокеанского региона, в Европе и на Ближнем Востоке требуют размещать иллюстрированные предупреждения о вреде курения.

4) Рекомендуются повышение налогообложения, а продажи в зонах duty-free, наоборот, не рекомендуются.

Исследования, проведенные по всему миру, показывают, что повышение налогов и цен на табачные изделия является одним из самых эффективных способов сократить потребление табака. В развивающихся странах рост налогов на 10% приводит к снижению потребления сигарет на 8%. Налоги на табачные изделия повышают доходы правительства, которые можно потратить на здравоохранение, образование, а также на борьбу с распространением табака.

5) Каждая страна организует комплекс мер, помогающий курильщикам бросить курить.

70% курильщиков хотят бросить курить, но большинство из них не могут. Вновь начинают курить после операций 50% больных раком легкого, а 40% больных раком гортани после операции курят через трахеостому. Реклама, дешевизна сигарет, удобство курения в общественных местах препятствуют попыткам бросить. Просвещение и консультации медиков, в сочетании с решительной антитабачной политикой государства, помогают бросить курить.

### Опыт борьбы с курением в странах мира

Человечеством накоплен большой опыт по борьбе против табака и, на данный момент, совершенно ясно, что наибольший эффект в деле сокращения распространения табакокурения может быть получен только в результате проведения комплексной программы, включающей в себя мероприятия, направленные как на потенциальных и фактических потребителей табачных изделий, так и на производителей табака.

В марте 2004 года Ирландия стала первой в мире страной, где был введен и поддерживается всеобщий запрет на курение в закрытых помещениях, в которых работают люди, и в общественных местах, в том числе в ресторанах, барах и пивных. Через три месяца после этого вступило в силу законодательство о всеобщем запрете курения в помещениях в Норвегии. С тех пор этому примеру последовали другие страны, такие, как Новая Зеландия, Италия и Уругвай, а также территории и многие и многие города во всем мире. Путем принятия законодательства на уровне провинций или штатов свободными от табачного дыма стали обширные территории Канады и США. Сегодня 80 процентов канадцев и 50 процентов жителей США живут на административной территории, свободной от табачного дыма, что включает в себя запрет курения в барах и ресторанах.

Аналогичная ситуация существует и в Австралии, где с октября 2007 года почти все австралийцы наслаждаются полным отсутствием табачного дыма в

общественных местах (в закрытых помещениях, пивных и ресторанах). Уже и без того весьма прогрессивная политика запрета на курение в общественных местах, проводимая в Сингапуре, будет распространена на салоны караоке и ночные клубы с кондиционированием воздуха.

Граждане Гонконга сегодня наслаждаются отсутствием табачного дыма в местах работы и в общественных местах, включая детские дошкольные учреждения, школы, больницы, места содержания под стражей, школы-интернаты и исправительные школы, а также все закрытые помещения ресторанов, салонов караоке, лечебниц и лечебных центров.

Продолжают поступать отчеты с оценкой достигнутых результатов из Ирландии, Новой Зеландии, Норвегии и других стран, которые показывают, что всеобъемлющие законы о запрещении курения в общественных местах улучшают здоровье, уменьшают потребление табачных изделий, пользуются популярностью как среди некурящих, так и среди курильщиков, и не оказывают отрицательного экономического влияния на сектор гостиниц и ресторанов.

Важные меры по введению законодательства, запрещающего курение в местах, где работают люди, приняли также и другие страны, такие, как Испания, Гвинея и Маврикий. В настоящее время усиливают исполнение действующего законодательства по защите от табачного дыма Нигерия и Уганда.

В 2007 году ряд стран, в том числе Англия и Литва, приняли новое или расширят действующее законодательство для того, чтобы полностью запретить курение во всех общественных местах в закрытых помещениях, где работают люди (включая бары, кафе).

Выгоды, которые дает отсутствие табачного дыма в помещениях, неоспоримы, и движение за окружающую среду без дыма ширится так, что сдержать его натиск уже невозможно. Учреждения и специалисты общественного здравоохранения, неправительственные организации и другие представители гражданского общества, лица, формирующие политику, правительства и население в целом дружно поднимают свой голос и выступают за то, чтобы защитить трудящихся и всех людей от воздействия ВТД путем создания и пользования преимуществами среды, полностью свободной от табачного дыма.

С 1 марта в китайском мегаполисе Шанхай, где с мая по октябрь этого года пройдет Всемирная выставка "ЭКСПО-2010", вступил в силу запрет на курение в общественных местах. Согласно правилам, полный запрет на курение распространен в начальных и средних школах, медицинских учреждениях, спортивных сооружениях, на всех видах общественного транспорта, в универмагах и супермаркетах, интернет-кафе, лифтах и др. Кроме того, частичный запрет на курение введен в средних и крупных заведениях общественного питания, гостиницах международного уровня и игровых залах. Уставом особо установлено, что курение в зданиях местных административных органов категорически запрещено. Курильщикам придется курить на воздухе или в специально отведенных для курения местах, созданных по обе стороны этих зданий, отметили в Управлении по делам учреждений шанхайского муниципалитета, "эти места будут располагаться

очень далеко от офисной зоны". В местной администрации признают, что вряд ли вступление в силу положений закона гарантирует немедленное и полное освобождение общественных мест от курения. Однако подчеркнута важность проводить среди местного населения агитацию, направленную на соблюдение этих правил.

### Законы, запрещающие курение в общественных местах, действуют

Существуют неоспоримые доказательства того, что законы, запрещающие курение в общественных местах, работают и пользуются поддержкой общественности. В исследовании, опубликованном в 2002 году в Британском медицинском журнале, был сделан вывод о том, что последовательная политика по запрету курения на рабочих местах приводит к сокращению распространенности курения на 3,8 процента и к уменьшению количества сигарет, выкуриваемых одним курильщиком за день в среднем на 3,1 сигареты.

Согласно опросам более 15000 учреждений в странах Европы уровень соблюдения закона составил: в Шотландии 94,2 процента; в Италии (через год после введения комплексного законодательства, запрещающего курение в общественных местах) - 98,2 процента; в Норвегии - 94 процента, в Англии - 97 процентов, согласно опросу, проведенному Министерством здравоохранения.

Почти во всех странах-членах Европейского Союза граждане высказываются за запрет курения в ресторанах. Их число превышает 90% на Мальте, 93% в Ирландии, 91% в Словении.

15 октября 2003 года Ирландский конгресс профсоюзов (ICTU) поддержал предлагаемый закон о запрете курения в Ирландии. С тех пор как в 2004 году вступил в силу комплексный закон, запрещающий курение в общественных местах, что в барах и ресторанах Ирландии загрязнение воздуха сократилось на 83 процента, а содержание канцерогенных веществ снизилось на 80 процентов. После введения в действие этого закона значительно улучшилась воздушная среда в ирландских пабах, а у некурящих сотрудников баров уровень оксида углерода в крови снизился на 45 процентов. Уровень содержания мелких твердых частиц в воздушной среде баров сократился более чем на 80 процентов после того, как закон вступил в силу как в Ирландии, так и в Шотландии.

Норвежская конфедерация профсоюзов и профсоюз работников гостиничного и ресторанного бизнеса (HRAF) заявили, что, принимая во внимание все накопленные знания об опасности пассивного курения, полный запрет является единственной приемлемой мерой для обеспечения безопасных условий труда.

Исследование более 1200 общественных мест в 24 странах обнаружило, что в тех помещениях, где не курили, степень загрязнения воздуха была на 89 процентов ниже, чем в тех местах, где было замечено курение.

Опрос, проведенный в январе 2006 года в США, показал, что 69% респондентов одобряли принятие в их штате или регионе закона, который бы запрещал курение в большинстве закрытых общественных мест, включая рабочие места, общественные

здания, офисы, рестораны и бары. Среди них 59% решительно выступали за принятие такого закона. Через год после введения в Нью-Йорке комплексного запрета на курение, 97 процентов ресторанов и баров перешли в разряд "Для некурящих" и соблюдали этот закон.

В ходе опроса, проведенного Панамериканской организацией здравоохранения (РАНО), было выяснено, что 80 процентов уругвайцев поддерживают закон о полном запрете на курение в их стране, при этом эту политику запрета курения поддерживали две трети курильщиков (63%). "Мы взяли на себя ответственность за пропаганду запрета на курение в общественных местах, что подразумевает запрет на курение во всех закрытых помещениях, включая рабочие места в общественных учреждениях и частных компаниях, а также бары, рестораны и другие подобные заведения. Мы это сделали, потому что убеждены, что поступаем правильно, и у нас есть поддержка большинства людей и гражданского общества", - заявил Доктор Табаре Васкез, Президент Уругвая.

В Новой Зеландии, по информации Национального управления ресурсами, 97 процентов всех баров прекратили курение в течение четырех месяцев после принятия закона, запрещающего курение в общественных местах в помещениях.

В Литве в результате проведенного Министерством здравоохранения в 2005 году опроса было выяснено, что три четверти респондентов поддерживали идею закона, запрещающего курение в барах, ресторанах и других закрытых общественных местах. За принятие такого закона высказались 86 процентов опрошенных среди некурящих и около 51 процента курящих.

В Британии впервые посадили в тюрьму за курение в баре 43-летнего Ника Хогана, которому принадлежали два паба в городе Болтон, за игнорирование запрета на курение в общественных местах.

Частные компании поддерживают введение запрета на курение

Через шесть месяцев после введения запрета на курение в Англии, 60 процентов ресторанов отметили, что их доходы не уменьшились, и ожидали, что доходы далее будут расти. Костас Константиноу, директор по рознице кафе Drucker's PatisserieCafé в Англии, рассказал: "В кафе, которые были открыты нами в последнее время, курение было запрещено, и это нашло положительный отклик среди наших клиентов. Это показывает, что люди предпочитают дышать чистым воздухом. Поэтому скоро все люди в Вустере смогут посещать кафе, где никто не будет курить".

Моу Аталла, владелец ресторана Newport Restaurant в Оттаве, сообщил: "После введения закона о запрете курения дела шли очень хорошо, доходы выросли. Бизнес не пострадал, даже курящие посетители вернулись к нам".

Тим Закат, президент компании Zagat Survey, находясь в течение трех лет в должности руководителя управления по маркетингу, пропаганде и развитию туризма в Нью-Йорке, наблюдал результаты принятия в Нью-Йорке закона о запрете курения и видел, что он имеет положительный эффект на рестораны и ночную жизнь. После вступления закона в силу опрос, проведенный в 2004 году, показал, что 96% нью-йоркцев посещали рестораны также часто или чаще, чем ранее. Более

того, доходы и количество рабочих мест в ресторанах и барах возросли, количество лицензий на продажу крепких напитков увеличилось, и фактически все заведения соблюдали закон.

## Табакокурение и права человека

Конституции большинства стран гарантируют право на жизнь. Реклама продукта, вызывающего смертельную зависимость, является нарушением этого права, особенно потому, что табачная реклама никак не упоминает о зависимости и вероятности смерти.

Некурящие люди, которые, как правило, составляют большинство, имеют право на незагрязненный табачным дымом воздух и защиту от тех многочисленных заболеваний, которые вызывает пассивное курение. Дети имеют право жить в доме, свободном от табачного дыма. Даже если курение не кажется серьезной проблемой прав человека, особенно учитывая ситуацию во многих странах по поводу прав человека, оно все же является серьезной проблемой. Например, для больного астмой ребенка подверженность дыму может вызвать серьезные заболевания и даже смерть. Табачный дым может инициировать серьезный приступ астмы и у взрослых.

Потребители табака имеют право на информацию о продуктах, которые они употребляют, включая информацию о риске для здоровья и о методах прекращения курения.

Одним из наиболее распространенных возражений против введений ограничений курения в общественных местах является утверждение о том, что они нарушают права курящих. Табачной индустрией была запущена кампания, пропагандирующая "вежливость выбора" в качестве альтернативы запрету курения в общественных местах. Вторичный дым изображается как простое раздражение для некурящих, а не проблема для здоровья. Рассуждения, лежащие в основе кампании "Вежливость Выбора", исходят из предположения, что канцерогенные вещества становятся менее вредными, если их выделение происходит в вежливой обстановке.

Ограничение возможностей производить действия, которые наносят или могут нанести ущерб, не являются нарушением прав человека. Данные ограничения не покушаются на свободу отравлять свой организм табачным дымом, они только защищают от отравления организма других людей.

Отсутствие запрета на курение является нарушением прав людей, больных астмой, аллергией или сердечно-сосудистыми заболеваниями, поскольку фактически это означает для них запрет заходить в рестораны и другие места с отравленным табачным дымом воздухом.

Свобода курить - иллюзорная свобода. Свобода не включает в себя право причинять вред другим. Научными исследованиями установлено, что пассивное курение вызывает заболевания, поэтому у курильщиков не должно быть права курить там, где они хотят, если там находится еще кто-то. Право человека не вдыхать опасные химические вещества табачного дыма должно всегда рассматриваться как более важное, чем "право" курильщика курить где угодно.

Кроме того, зависимость курильщиков от потребления никотина широко известна, что выводит данный товар из категории объектов гражданского права, поскольку в отношении их приобретения нельзя говорить о свободе воли покупателя, а значит и о свободе договора (ст. 1 ГК РФ). Так, в соответствии со ст. 7 ФЗ РФ "О защите прав потребителей": "Если установлено, что при соблюдении потребителем установленных правил использования ... он причиняет или может причинить вред жизни, здоровью ... потребителя, окружающей среде, изготовитель (исполнитель, продавец) обязан незамедлительно приостановить его производство (реализацию) до устранения причин вреда, а в необходимых случаях принять меры по изъятию его из оборота и отзыву от потребителя (потребителей). Если причины вреда устранить невозможно, изготовитель (исполнитель) обязан снять такой товар (работу, услугу) с производства".

Учитывая, что на сегодняшний день имеется более 70000 научных исследований, доказывающих вред активного и пассивного курения, из приведенных норм следует, что производство и продажа табачных изделий незаконны, поскольку это - распространение вредоносного для здоровья граждан вещества, и мы имеем дело с массовым нарушением прав граждан на охрану здоровья.

#### Является ли вентиляция альтернативой запрету курения?

Хотя хорошая вентиляция может помочь уменьшить раздражение, вызываемое дымом, но она не устраняет его ядовитые компоненты. Многие из вредных компонентов табачного дыма не могут быть удалены путем вентиляции или фильтрации. Любой человек, вошедший в здание или автомобиль, в котором курили, даже несколько дней назад, может почувствовать запах, известный как "застоявшийся табачный дым". Этот запах обусловлен повторным выделением полувolatile органических соединений, которые абсорбируются на поверхностях здания, стенах, полу, коврах и т.п.

В то же время табачная индустрия активно продвигает требование установки вентиляционных систем в местах для курения. Исследования показали, что установка таких систем дорого обходится ресторанам, барам и кафе. Заведения общепита редко становятся некурящими после того, как они вложили значительные средства в вентиляционные устройства. Таким образом, требование установки вентиляционных систем в местах для курения должно быть отвергнуто как неэффективная мера, являющаяся вдобавок ловушкой, расставляемой табачной индустрией.

Исследования документально подтверждают значительное снижение случаев госпитализации с инфарктами после принятия законов, полностью запрещающих курение. Мета-анализ публикаций и исследований Европейской Ассоциации Кардиологов показал 19%-ное снижение случаев инфаркта миокарда в течение первого года после введения таких запретов в странах Европы.



Полный запрет курения в ресторанах, кафе и барах приводит к росту совокупных доходов рестораторов за счет того, что люди чаще принимают пищу вне дома, в том числе всей семьей и т.д. Так в Ирландии, Норвегии, и тех штатах США, которые ввели полный запрет на курение в ресторанах и барах, оборот этих заведений вырос на 5 - 10%.

По международным данным, если до введения полного запрета курения в общественных местах его поддерживают 35 - 50%, то после его введения - 80 - 90%.

Мифы о смертельном страхе потребителей табака перед лицом запретов курения в общественных местах плодят представители табачной индустрии. Так, 20% самих курящих еще до ратификации Россией Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака выступали за полный запрет курения в ресторанах, и лишь 4% курящих и некурящих выступали за полное отсутствие запретов на курение в общественных местах.

Международный опыт показывает, что табачные компании особенно активно финансируют псевдоправозащитные организации, а также фальшивые организации рестораторов и гостиничного бизнеса.

#### Рекомендации ВОЗ 2010 года по созданию зон, на 100% свободных от курения

Женева 2010: в преддверии Всемирного дня без табака (31 мая) Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпускает свои новые политические рекомендации по защите от вдыхания вторичного табачного дыма, что является темой Дня в 2010 году. В них Организация оповещает страны о срочной необходимости сделать все общественные помещения и рабочие места зонами, на 100% свободными от курения.

Масштабы потребления табака в развивающихся странах продолжают быстро расти. В этих странах в настоящее время происходит половина всех случаев смерти, связанных с табаком. При сохранении нынешних тенденций к 2030 году 8 из каждых 10 случаев смерти, связанных с табаком, будут происходить в развивающихся странах.

"Фактические данные однозначно свидетельствуют о том, что нет безопасного уровня вдыхания вторичного табачного дыма, - заявила Генеральный директор ВОЗ д-р Маргарет Чен. - Многие страны уже приняли меры. Я призываю все страны, которые еще не сделали этого, незамедлительно предпринять эти важные шаги для защиты здоровья всех людей путем принятия законов, требующих сделать все рабочие и общественные помещения на 100% свободными от курения".

Новые политические рекомендации ВОЗ основаны на фактических данных, содержащихся в трех недавних основных докладах, которые пришли к одному и тому же заключению: это "Монография 83 по вопросам табачного дыма и непреднамеренного курения", выпущенная Международным агентством по исследованию рака (МАИР), Доклад Главного врача Соединенных Штатов Америки "Последствия для здоровья непреднамеренного вдыхания табачного дыма" и доклад

Агентства Калифорнии по защите окружающей среды "Предлагаемое определение табачного дыма в окружающей среде в качестве токсического загрязнителя воздуха".

Ожидается, что в 2010 году страны, участвующие во второй Конференции Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, обсудят руководящие принципы по защите от вдыхания вторичного табачного дыма. Вторая Конференция Сторон начнется 30 июня в Бангкоке, Таиланд.

"Эта тема должна волновать каждого, потому что каждый получит преимущества от свободных от курения мест, - заявил д-р Дуглас Беттчер (Douglas Bettcher), исполняющий обязанности Директора Инициативы ВОЗ по освобождению от табачной зависимости. - Мы надеемся, что тема этого года вдохновит всех, особенно тех, кто разрабатывает политику, и работодателей, на провозглашение, создание и пользование зонами, которые на 100% свободны от табачного дыма. Делая это, мы сохраняем свободными от табачного дыма и организмы людей, находящихся в этих зонах, а также в значительной степени повышаем эффективность наших усилий в профилактике тяжелых болезней и спасении жизней будущих поколений".

Организации, институты и сообщества во всем мире отмечают Всемирный день без табака проведением различных мероприятий, таких, как шествия, учебные совещания и семинары по освобождению от табачной зависимости в целях повышения осведомленности о летальных последствиях потребления табака и вдыхания вторичного табачного дыма. В этот день также начинается проведение широких кампаний в СМИ и других пропагандистско-агитационных инициатив, а также внедрение устойчивых политических изменений, таких как превращение общественных и рабочих помещений в зоны, на 100% свободные от курения.

### Специфика табачного рынка в России

Россия является главной мишенью транснациональных табачных компаний. Будучи третьим по величине рынком табачных изделий в мире (после Китая с миллиардным населением и сокращающегося рынка США), Россия весьма привлекательна в этом аспекте в силу нескольких причин. Это пока еще достаточно большое и много курящее население, несовершенное антитабачное законодательство и возможность влиять на политику в сфере табака в крупном регионе СНГ, используя авторитет России. Наконец, близость Евросоюза предоставляет широкие возможности для использования России в качестве плацдарма для контрабанды.

Недавно рассекреченные документы табачной индустрии однозначно свидетельствуют, что иностранные табачные компании пришли в страны СНГ из-за стремления получить крупную прибыль: "... почему этот регион имеет такое критически важное значение и имеет такие обещающие перспективы роста. Годовое потребление сигарет в странах ЦВЕ (Центральной и восточной Европы) составляет 660 млрд. штук ... Это сопоставимо с около 480 млрд. в США и 580 млрд. штук в

Европейском Союзе ... Наши объемы в ЦВЕ выросли в 12 раз после 1990 г. - с 12 млрд. сигарет до 142 млрд. в 1995 г. - ежегодный рост 64%. Наши доходы выросли более чем в 8 раз при ежегодном росте 54%."

Российский табачный потребительский рынок - один из самых крупных в мире и характеризуется большой емкостью (275 - 280 млрд. шт. табачных изделий) и устойчивым спросом на табачную продукцию. Для удовлетворения спроса курильщиков сегодня в стране работает более 100 табачных промышленных предприятий, полностью находящихся в собственности акционеров, из них до 30 крупных и остальных предприятий малого бизнеса, часть из которых работает сезонно. В Российской Федерации табак выращивается в Краснодарском крае, Республике Адыгея, частично в Республиках Северного Предкавказья (Дагестан, Чечня, Ингушетия) и в Астраханской области. В последние годы табак начали возделывать в областях Центрального и Черноземного регионов (Брянская, Липецкая, Воронежская, Тамбовская). Ведутся поисковые работы в Алтайском крае.

На российском рынке конкурируют две группы производителей табачной продукции: транснациональные корпорации и компании второго эшелона. В первую входят: Philip Morris Int, ВАТ Россия, JTI. Вторая группа традиционно специализируется на производстве дешевых марок.

Компании первой группы контролируют более 80% рынка. Ко второй группе относят "Донской табак", "Балканскую звезду" (Imperial Tobacco Group PLC), "Нево-табак", "Астру", "Усмань-табак", а также Погарскую, Бийскую табачные фабрики. Imperial Tobacco Group PLC (производитель - ЗАО "Балканская звезда" г. Ярославль) и ООО "Табачная фабрика Реемтсма-Волга", г. Волгоград с долей на рынке 8,6%. "В России, наша доля рынка определенно стабильна и держится на уровне 8,6%, с хорошими показателями таких марок как Maxim и Classic". На Российском рынке компания Imperial Tobacco Group PLC представлена Imperial Tobacco Sales & Marketing LLC, Russia. ОАО "Донской Табак" было создано в процессе приватизации в 1992 г. Донской Государственной Табачной Фабрики. С момента приватизации (1992 г.) компания является первым предприятием в России без участия иностранного капитала. В 1999 году ОАО "Донской Табак" перешагнуло 30-миллиардный рубеж производства папирос и сигарет, и доля компании на российском табачном рынке составила 12%. Также в 2008 году компанией были приобретены 3 новых линии по производству сигарет самого растущего сегмента - super slims. С 2006 года компания демонстрирует высокий рост объемов производства и продаж, активно развивает инфраструктуру производственных территорий, внедряет самые последние достижения в сфере производства и управления. На сегодняшний день компания "Донской табак" является одним из крупнейших среди отечественных табачных производителей в России.

В результате анализа информации, представленной ведущими табачными производителями, об объемах производства сигарет с учетом ценового сегментирования рынка установлено следующее. По итогам 1 полугодия 2007 года основные производители сигарет в России занимают следующие позиции с расчетом доли каждого производителя сигарет: "Джапан Тобакко Инк." - 36,7%, "Филип

Моррис Интернэшнл" - 22,1%, "Бритиш Американ Тобакко" - 21,6%, "Империял Тобакко групп ПиЭлСи" - 9,5%, ОАО "Донской табак" - 4,3%, 5,9% - другие табачные фабрики.

В структуре рынка сигарет наибольшую долю в размере 43,8% занимает сегмент "Дешевый с фильтром", далее следуют "Среднеценовой" сегмент - 18,2% и "Доступный" - 14,3%. Доли сегментов "Суперпремиальный", "Сигареты без фильтра, папиросы" и "Премиальный" составляют 8,7%, 7,9% и 7,0% соответственно.

Наибольшую долю в ценовом сегменте "Среднеценовой" занимает компания ЛТТ, доля компании составляет 60%, компания Philip Morris Int доминирует в ценовом сегменте "Премиальный", имея долю в размере 75,7%, а компания ВАТ Россия - в ценовом сегменте "Суперпремиальный" с долей в размере 63,3%.

Благодаря растущей покупательной способности населения и маркетинговым усилиям табачных компаний с 1998 г., в России растет тенденция к предпочтительности дорогих сигарет. В 2006 г. 10,3% продаж сигарет были осуществлены по ценам, превышающим цены на сигареты с фильтром зарубежных торговых марок, которые входят в группу категории дорогостоящих сигарет. К середине 2007 г. в России отмечается самый высокий в Европе уровень проникновения премиальных брендов, указывающий на высокий уровень доступности сигарет в России. Такое развитие соответствует интересам табачных компаний: в ходе маркетинговой презентации, выполненной компанией ВАТ в 2006 г., к примеру, было заявлено, что передвижение 1 миллиарда сигарет из группы низкой цены в группу премиальной цены обеспечило бы дополнительный доход от продаж в размере 118\$ 36,9 млн.

Практически все (98,5%) сигареты, находящиеся в обороте на российском рынке, производятся внутри страны, хотя для их производства, как правило, используются импортированные табачные листья. Низкие пошлины на импорт стимулируют ввоз свежих листьев табака. Российские курильщики отдают предпочтение сигаретам с фильтром, нежели более популярным в прошлом сигаретам без фильтра и папиросам - эквиваленту сигарет без фильтра. Расширяется ассортимент сигарет и их ценовой диапазон. Для российского рынка сигарет характерен широкий разброс цен на сигареты, позволяющий потребителям осуществлять выбор между тремя основными ценовыми категориями: Премиальная, Среднеценовая и Доступная. Согласно данным Федеральной Службы Государственной Статистики ([таблица 1](#)) в 2006 г. средние цены на сигареты с фильтром изменялись в пределах от 8,55 руб. (US\$ 0,31) до 24,72 руб. (US\$ 0,90) за пачку, а средняя цена на сигареты без фильтра была 3,82 руб. (US\$ 0,14) за пачку. В 2007 г. сигареты, цена которых доходила до 27,51 руб. (US\$ 1,10) за пачку, классифицировались как Премиальные по ценовой категории и классифицировались как сигареты с фильтром зарубежных торговых марок. Те сигареты, стоимость которых была 9,41 руб. (US\$ 0,37) за пачку, в ценовой категории классифицировались как "Среднеценовые" и классифицировались как сигареты с фильтром отечественные. А те сигареты, стоимость которых была меньше

Среднеценовых и доходила до 4,24 руб. (US\$ 0,17) за пачку, в ценовой категории классифицировались как доступные и классифицировались как сигареты без фильтра отечественные.

Таблица 1

Средние цены (тарифы) на продовольственные, непродовольственные товары и платные услуги населению, в рублях, Российская Федерация, данные на январь 2006 - 2010 гг. (по данным Федеральной службы Государственной статистики)

Группа товаров для потребительских цен	2006	2007	2008	2009	2010
Папиросы, пачка	4,25	5,25	5,81	-	-
Сигареты без фильтра отечественные, пачка	3,82	4,24	4,72	5,4	7,21
Сигареты с фильтром отечественные, пачка	8,55	9,41	10,25	12,11	14,78
Сигареты с фильтром зарубежных торговых марок, пачка	24,72	27,51	29,45	34,55	38,43

#### Рост потребления табака в России: последствия, меры противодействия

Курение убивает в России от 330 до 400 тыс. человек ежегодно и является мощным источником демографического кризиса в России. Экономические потери от курения составляют около 3% ВВП России и складываются, прежде всего, из последствий смертности и заболеваемости людей старших трудоспособных возрастов, и более низкой производительности труда курильщиков.

#### Распространенность курения

Уровень курения в России - один из самых высоких в мире. В России курят 63% мужчин, и это один из самых высоких показателей в мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, лишь менее чем в 10% стран мира к курильщикам принадлежит более 60% взрослого мужского населения.

Уровень курения среди женщин постоянно растет. Если в 1992 г. курили 7% женщин, то в 2008 г. уже 19%. В мегаполисах курят около 30% женщин. С 1980-х гг. распространенность табакокурения среди женщин увеличилась в 3,3 раза. Число курящих выросло не только среди молодых женщин (20 - 39 лет), но и в более старших возрастных когортах: среди женщин в возрасте 40 - 49 лет - в 4,7 раза, 50 - 59 лет - в 3,7 раза. Эпидемиологическое исследование, проведенное в Москве, показало, что среди работающих женщин с высшим образованием распространение

табакокурения составляет 33,7%, а среди женщин без специального образования - 50%. Среди молодых женщин в возрасте 18 - 19 лет курят 36%, что также указывает на рост распространенности курения среди женщин в России в будущем, а значит, - и рост вызываемых этим смертности и заболеваемости. Это связано с тем, что табачная индустрия, осознав, что уровень курения среди мужчин в России предельно высок, направила основные маркетинговые усилия на молодых женщин и подростков.

По подростковому курению Россия также на одном из первых мест в мире. Две трети (66%) 13 - 16 летних российских подростков имеют опыт курения и 35% курят регулярно. Это один из самых высоких показателей в Европе и в мире. Падает возраст приобщения к курению - с 15 лет в 1993 г. до 11 - 12 лет в настоящее время. В последние 10 лет отмечается тенденция выравнивания распространенности табакокурения среди мальчиков и девочек. Ежегодно в России пробуют курить 400 тыс. школьников от 10 до 13 лет, и практически одна треть молодых людей в России становятся постоянными потребителями табака.

#### Исследование распространенности табакокурения среди учащихся старших классов общеобразовательных школ Краснодарского края в 2009 году

В Краснодарском крае сотрудниками ГУЗ "Центр медицинской профилактики" департамента здравоохранения Краснодарского края проведено социологическое исследование распространенности потребления психоактивных веществ среди учащихся старших классов общеобразовательных школ Краснодарского края в 2009 году. Исследование проведено методом анонимного анкетирования, в анкетировании приняли участие школьники старших классов средних общеобразовательных школ 10-ти муниципальных образований края: города - Краснодар, Ейск, Армавир, Новороссийск, Тихорецк; районы: Ленинградский, Апшеронский, Крыловский, Белореченский, Каневский.

Всего опрошено 4632 учащихся, в том числе: 2379 девочек (51,4%) и 2253 мальчиков (48,6%). Из общего числа опрошенных - городских школьников 2294 (49,5%), сельских 2338 (50,5%).

Основное количество опрошенных подростков относилось к возрастной группе 14 - 17 лет (85,5%). В ряде случаев в анкетировании участвовали учащиеся 7 - 8-х классов в возрастной группе до 14 лет (11,2%) и выпускники школ в возрастной группе старше 17 лет (3,3%).

В целом по краю практически каждый второй подросток пробовал курить. На вопрос "Вы пробовали курить?" положительно ответили 42,3%, отрицательно - 57,7%. Более активны в попытке первой пробы курения городские школьники: пробовали курить 40,9% девочек и 48,5% - мальчиков. Сельские подростки приобщались к курению реже: в 34,8% случаев - девочки и 45,0% - мальчики. Среди девочек пробовали курить 37,8% и почти на 9% больше мальчиков - 46,7%.

Первая проба курения стала привычкой для 10,9% школьников. Именно такое количество подростков ответили утвердительно на вопрос "В настоящий момент Вы курите?". Достоверно больше подвержены курению мальчики. По данным исследования курят 13,8% городских и 14,7% сельских мальчиков, девочек соответственно - 8,9% и 6,4%.

Приобщение к систематическому курению происходит, по данным нашего анкетирования, чаще в возрастном диапазоне 14 - 17 лет - 56,7% случаев. У остальных курящих подростков (43,3%) вредная привычка закрепились в возрастном интервале с 11 до 14 лет.

По данным исследования групп курящих подростков установлено, что более пяти сигарет в день выкуривают 34,9% школьников. Из них с большей интенсивностью курят городские учащиеся - 40,8% в сравнении с сельскими - 28,9%.

Сравнительное исследование курящих подростков из "группы риска" показало (таблица 2), что учащиеся Кубанских школ в 2009 году стали курить более интенсивно, чем их сверстники по данным мониторинга 2001 года. В то же время в сравнении аналогичными среднероссийскими данными кубанская "группа риска" меньше.

Таблица 2

Сравнительные показатели по "группам риска"  
(ежедневно выкуривающим более 5 сигарет)

Краснодарский край, 2001 год		Краснодарский край, 2009 год		Субъекты РФ, 2007 год	
девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики
17,7	30,2	32,3	37,5	39,4	58,8

Основным мотивом для начала курения у кубанских школьников (таблица 3) явилось "любопытство" - 46,5% и "за компанию" - 26,5%. Далее следуют такие мотивы, как "неприятности" - 12,3%, "от нечего делать" - 10,6%, "казаться взрослее" - 3,0%.

Эти же мотивы начала курения исследовались в Краснодарском крае в 2001 году и, некоторые из них, в российских регионах. Сравнительный анализ мотивов к началу курения показывает, что кубанские школьники стали больше курить по таким причинам, как "За компанию", "Неприятности", "От нечего делать", но меньше из-за "Любопытства" и "Чтобы почувствовать себя взрослее".

Таблица 3

Сравнительные показатели исследования мотивов  
приобщения к курению



Мотивы	Краснодарский край, 2001 год		Краснодарский край, 2009 год		Субъекты РФ, 2007 год	
	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики
Любопытство	81,2	72,7	50,5	42,4	Не исследовался	
За компанию	5,8	11,4	22,8	30,1	8,8	8,8
Неприятности	4,0	2,1	14,9	9,6	Не исследовался	
От нечего делать	1,7	2,8	8,6	12,6	5,2	4,9
Чувствовать себя взрослее	4,2	6,5	2,1	3,7	Не исследовался	
Другие	3,1	4,5	1,1	1,6	72,7	78,0

### Табакокурение как причина массовой смертности, заболеваемости и инвалидизации

Сегодня потребление табака - ведущая причина смерти в мире, которую можно предотвратить. Употребление табака является причиной 10% смертности взрослого населения в мире в целом, убивая каждый год 5,4 миллиона людей. Это превышает общее количество людей, погибающих от заболевания туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и малярией в совокупности.

Вред потребления табака для здоровья абсолютно надежно доказан. Курение сокращает жизнь на 10 - 12 лет. Начиная с 1950-х годов на эту тему опубликовано более 70 тысяч научных статей. Нет никаких сомнений том, что курение является самой важной причиной преждевременной смертности и инвалидности во всем мире.

Табачный дым содержит более 4000 различных токсических веществ, таких как канцерогены (N-нитрозоамины, ароматические углеводороды), аммоний, оксид азота, цианид водорода, СО, никотин и многие другие. Температура горячей зоны сигареты около 900°C, при этом вдыхается дым, состоящий из газовой фазы и фазы твердых частиц размером около 0,2 мкм (от 0,1 до 1,0 мкм). Наиболее токсичными веществами, находящимися в твердой фазе табачного дыма, являются никотин, бензперен и другие циклические углеводороды, N-нитрозоникотин, бета-нафтиламин, полоний 210, никель, кадмий, мышьяк, свинец. Газовая фаза содержит угарный газ, ацетальдегид, ацетон, метанол, оксид азота, цианид водорода, акролеин, аммоний, бензен, формальдегид, нитрозамины, винил хлорид. В газовой фазе выявляется  $10^{15}$  радикалов в одной затяжке (монооксид азота, диоксид азота, пероксинитрит и другие), а в твердой фазе -  $10^{18}$  (пероксид водорода, радикал гидроксила, супероксидный анион-радикал и другие) [8]. Табачный дым оказывает системный эффект на организм человека, поскольку токсичные вещества проникают через альвеолокапиллярную мембрану в артериальную кровь, доставляются ко всем тканям организма и запускают патологические процессы во всех органах человека.

### Табачная зависимость

Никотин, с точки зрения вызываемой зависимости, - один из сильнейших наркотиков. Зависимость от табака сопоставима с героиновой.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) классифицировала табакокурение в разделе "Психические и поведенческие расстройства" как нозологическую форму "F17" - психические расстройства и расстройства поведения, связанные с потреблением табака со следующими подразделами:

F17.0 Острая интоксикация;

F17.1 Употребление с вредными последствиями;

F17.2 Синдром зависимости;

F17.3 Синдром отмены;

F17.8 Другие психические и поведенческие расстройства;

F17.9 Неуточненные психические и поведенческие расстройства;

Z72.0 Употребление табака (которое исключает F17.2 табачную зависимость).

F17.2 Табачная зависимость может быть определена как "группа поведенческих, когнитивных и психологических симптомов, которые развиваются после повторного использования табака и, обычно, включают сильное, сложноконтролируемое желание курить, сохраняющее эту привычку, несмотря на вредные последствия, возрастание толерантности к никотину и наличие (физических) симптомов отмены".

Американская психологическая ассоциация определяет табачную зависимость как никотиновую наркоманию.

Вследствие развития табачной зависимости курильщики теряют контроль над своим курительным поведением и уже не могут самостоятельно бросить табакокурение. Поэтому огромное число курильщиков нуждается в профессиональной медицинской помощи в отказе от табакокурения. Табачная зависимость является, пожалуй, наиболее распространенным видом патологии в современной человеческой популяции. Поэтому с наличием никотиновой зависимости у многих пациентов сталкиваются врачи всех специальностей. Важно также подчеркнуть, что при целом ряде заболеваний, в частности, респираторной и сердечно-сосудистой систем, лечение никотиновой зависимости и отказ от табакокурения является не только профилактическим, но и часто патогенетическим видом медицинской помощи. Успешная и эффективная лечебно-профилактическая помощь в отношении многих заболеваний невозможна без устранения табачной интоксикации и оказания пациенту возможной помощи в отказе от табакокурения. Поэтому знаниями и, в том или ином объеме, практическими навыками в отношении медицинской помощи при никотиновой зависимости должен владеть каждый медицинский работник.

Причинами распространения табакокурения являются не только наркотический характер никотиновой зависимости, но и реклама, маркетинг и лоббизм табачных компаний, стимулирующих табачную эпидемию по всему миру и препятствующих принятию эффективных антитабачных мер.

Трагизм ситуации в том, что наркотическая зависимость от табака развивается в раннем возрасте. Ложь табачников, что курение - якобы выбор взрослого человека, не подтверждается. Более 80% курящих начали курить в возрасте до 18 лет, и практически четверть таких курильщиков начинает курить до того, как им исполняется 10 лет.

Помимо никотина, вызывающего сильнейшую зависимость, в состав табачного дыма входят множество вредных веществ: смолы, монооксид углерода, формальдегид, цианиды, бензол, полоний-210. Только канцерогенных веществ, вызывающих рак у человека, находят около 40 наименований.

Курение и рак. Еще в 1795 г. Зоммеринг впервые установил, что рак губы чаще возникает у курящих людей. В конце XIX века уже многие врачи связывали рак с курением. Данные о влиянии курения на развитие различных форм рака у человека основываются на результатах эпидемиологических исследований. Курение ответственно за 30% всех случаев рака и 90% случаев рака легкого. Помимо рака легких, 30% всех случаев смерти от раковых заболеваний вызваны курением. Доказано, что курение часто является причиной рака легких, гортани, полости рта, мочевого пузыря, поджелудочной железы, матки, почки, желудка и пищевода.

Дым сигарет вызывает рак легкого в 20% у некурящих. Риск возникновения рака у супругов, если один из них курит, увеличивается в 2 раза по сравнению с семьями, в которых супруги не курят.

Курение и респираторные заболевания. Табачный дым вызывает воспалительные изменения всей системы дыхания. Развиваются: фарингит, ларингит, трахеит, бронхит. Табакокурение - важный фактор развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и рака легкого. Курение вызывает более 90% всех случаев смерти от ХОБЛ. Табакокурение также неблагоприятно воздействует на течение бронхиальной астмы, пневмонии, туберкулеза и других легочных заболеваний. Риск смерти от бронхита и эмфиземы в 10 раз выше среди курящих мужчин и женщин.

В Российской Федерации, по данным официальной статистики Минздравсоцразвития России, число ежегодно регистрируемых больных с диагнозом хронической обструктивной болезни легких, установленным впервые в жизни, в последние годы прогрессивно нарастает (таблица 4, рис. 1).

Рис. 1. Зарегистрировано больных с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, установленным впервые в жизни (на 100000 нас.)

Рисунок не приводится.

Таблица 4

Зарегистрировано больных с диагнозом ХОБЛ, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения)

2002	2003	2004	2005	2006
34,2	37,3	39,3	44,7	49,2

Перекрестные и длительные исследования показали, что активное курение ухудшает функциональное состояние легких и способствует развитию высокой гиперреактивности дыхательных путей. По данным НИИ пульмонологии Росздрава гиперреактивность была выявлена у всех исследуемых курящих пациентов: при пикфлоуметрии - у 90%, по данным функционального состояния легких с бронхолитическим тестом - у 81%.

У курящего человека вследствие преобладания оксидантов над антиоксидантами развивается оксидативный стресс, при котором респираторный тракт подвергается структурным и функциональным нарушениям. Показано, что при увеличенном содержании оксидантов снижается синтез эластина и коллагена, разрушается структура внеклеточного матрикса (межклеточное вещество). Все это приводит к формированию ХОБЛ.

Курение и сердечно-сосудистые заболевания.

Курение занимает 3 место среди ведущих факторов риска преждевременной смертности в России (рис. 2).

Рис. 2. Вклад 7 ведущих ФР в преждевременную смертность (Россия)

Рисунок не приводится.

Курение в три раза повышает риск смерти от болезней сердца среди мужчин и женщин среднего возраста. Как активное, так и пассивное курение ассоциируются с ускоренным развитием атеросклероза. После выкуривания 2 - 3 сигарет мелкие кровеносные сосуды приходят в состояние спазма, который сохраняется 20 - 30 минут. У тех, кто выкуривает в день пачку сигарет, сосуды постоянно находятся в состоянии спазма.

При длительном курении имеют место хроническая гипоксемия, усиление атерогенеза в бассейне коронарных сосудов, увеличение активности тромбоцитов, нарушения процессов фибринолиза крови. Общеизвестно, что никотин и оксид углерода влияют на функции сердечно-сосудистой системы и вызывают изменения обмена веществ, повышение систолического и диастолического давления крови, частоты пульса, потребления кислорода, содержания в плазме катехоламинов и карбоксигемоглобина, атерогенеза и пр.

Риск инфаркта миокарда резко повышается с каждой новой выкуренной сигаретой в день. Смертность от ишемической болезни сердца наблюдается чаще у тех курильщиков, которые глубоко затягиваются табачным дымом, и у тех, кто начал курить в раннем возрасте.

Смертность от ИБС среди курящих мужчин на 60 - 70% выше, чем среди некурящих, причем у молодых курящих мужчин - в 2 - 4 раза чаще, чем у некурящих. По данным Фремингемского исследования почти 50% случаев внезапной коронарной смерти у женщин связано с курением. Если же курящая женщина принимает пероральные контрацептивы, риск смерти возрастает в 10 раз.

Крупные эпидемиологические исследования показали связь курения и риска инсульта среди мужчин и женщин. Риск инсульта выше среди курящих, он зависит от продолжительности и интенсивности курения и снижается при отказе от курения. У курящих женщин повышен риск субарахноидального кровоизлияния, особенно при приеме пероральных контрацептивов.

Другие органы и системы и курение. У мужчин курение может вызывать бесплодие и привести к импотенции. Курение сигарет повышает как риск ревматоидного артрита, так и тяжесть протекания этого заболевания. С курением также связаны случаи потери слуха и проблемы со зрением, включая катаракту. Курильщики более подвержены заболеванию гриппом и другими респираторными инфекциями и часто намного тяжелее их переносят.

Курение и репродуктивное здоровье. Результаты ряда исследований показали поистине драматическую статистически значимую связь между курением матерей и спонтанными абортами. Наблюдается выраженная зависимость частоты спонтанных абортов от числа выкуренных сигарет. Риск спонтанного аборта у женщин, курящих во время беременности, оказывается на 30 - 70% выше, чем у некурящих.

Среди всех женщин, безотносительно к их социальной принадлежности, перинатальная смертность возрастала по мере увеличения числа выкуриваемых сигарет во время беременности. Уровень смертности детей при родах у курящих матерей в среднем на 30% выше, чем у некурящих.

По данным ВОЗ, вредное воздействие курения матерей во время беременности сказывается на детях в течение первых 6 лет жизни. У детей курящих родителей по сравнению с детьми из семей, в которых не курили, выявлены отклонения в развитии способности читать, социальной приспособляемости и в некоторых физиологических параметрах.

Опасность пассивного курения.

Пассивное курение является совокупностью "основного дыма" (дым, который курильщик выдыхает) и "побочной струи дыма" (от зажженного конца сигареты). Это комплексная смесь более 4000 химических веществ, производных продуктов сгорания в сигарете. Дым, производимый в результате сгорания табачных продуктов, известен как вторичный табачный дым. В закрытых помещениях его вдыхают все, в том числе и некурящие люди (пассивное курение). По оценкам Международной организации труда, ежегодно, по меньшей мере, 200000 работающих людей умирает в результате воздействия на них табачного дыма на работе.

У детей, подвергаемых воздействию пассивного курения, повышен риск развития и обострений бронхиальной астмы, хронических заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, инфекций среднего уха. Среди взрослых воздействие

пассивного курения повышает риск заболевания раком легких, раком придаточных пазух носа, риск развития болезней сердца и сосудов, респираторных и аллергических заболеваний, риск раздражения глаз и слизистых носа. В 2004 г. опубликовано исследование, согласно которому воздействие пассивного курения повышает риск болезни сердца среди некурящих людей на 60%.

Курение и пассивное курение во время беременности. Исследования показывают, что курение и воздействие пассивного курения среди беременных женщин являются одной из главных причин самопроизвольных абортов, мертворождения и синдрома внезапной смерти внешне здорового ребенка после рождения. У детей, подвергавшихся воздействию пассивного курения во время внутриутробного развития, значительно повышен риск рождения с расщелиной губы (заячья губа), развития впоследствии лейкозов, синдрома нарушения внимания, респираторных расстройств.

Всемирная организация здравоохранения, работы Р. Пето, труды профессора Д.Г. Заридзе дают примерно схожие оценки смертности от курения: в России потребление табака является причиной примерно 17% общей смертности населения. При этом около 70 тысяч этих смертей вызваны раком, а более 150 тысяч - развитием сердечно-сосудистых заболеваний. В таблице 5 приведены данные ведущих экспертов по доле смертей от причин, вызванных активным курением в России.

Таблица 5.

Доля (%) случаев смерти, связанных с курением  
в основных причинах смерти в России

Причина смерти	Мужчины		Женщины	
	35 - 69 лет	75 лет и старше	35 - 69 лет	75 лет и старше
Злокачественные опухоли	43	36	2	5
Рак легкого	89	90	10	15
Сердечно-сосудистые заболевания	25	10	3	5
Болезни легких	60	61	12	20
Другие причины	1	7	10	15
Все причины	25	20	2	3

Примерно 90% вызванных потреблением табака случаев смерти приходились в 1995 г. на долю мужчин, однако быстрое распространение курения среди женщин с неизбежностью ведет к росту женской смертности от причин, связанных с курением. В настоящее время в старших классах школ распространенность курения практически одинаково среди представителей обоих полов, а порой даже выше среди девочек. Вследствие этого, если не будут приняты меры противодействия табачной эпидемии, становится вполне реальной угроза удвоения смертности населения от причин, связанных с курением, через 25 - 30 лет. Среди женщин же табачная смертность может возрасти в несколько раз.

## Экономические потери государства и граждан от потребления табака в России и Краснодарском крае

Экономические потери от потребления табака складываются из нескольких факторов. Табак убивает людей в старших трудоспособных возрастах, т.е. наиболее квалифицированную рабочую силу. Смертность от курения сокращает внутренний рынок, который является основным источником поддержки отечественного производителя. Сокращается число лиц, способных тратить деньги и совершать покупки, снижается ВВП.

Для всего мирового сообщества уже давно стало очевидным, что курильщики экономически менее продуктивны, нежели некурящие. Исследование в Томской области показало, что мужчины-курильщики теряют из-за курения 14,8% своей заработной платы, женщины - 0,6%. В России степень негативного влияния курения на заработную плату выше, чем в Германии и США, где курящие работники теряют от 4% до 8% зарплаты. В сумме экономические потери курильщиков в Томской области составили до 2% регионального ВВП.

По данным Российского мониторинга 2006 г. курящие работники болеют чаще, чем некурящие, особенно после 35 лет. Подсчитано, что в сумме совокупные косвенные потери от курения из-за более низкой производительности труда и из-за дополнительных потерь от нетрудоспособности курильщиков составляют 207,5 млрд. рублей, что соответствует 0,77% ВВП или 21,59% расходов консолидированного бюджета на здравоохранение. К указанной сумме потерь можно отнести также ущерб от вызванных сигаретой пожаров и ДТП.

Следует отдельно упомянуть затраты на лечение заболеваний, связанных с курением. Рак, инфаркты, инсульты обходятся дорого и самому курильщику, и государству. Российский эксперт С. Плавинский рассчитал, что каждый 14-й рубль при оказании госпитальной помощи затрачивается на лечение заболеваний, связанных с курением.

В Краснодарском крае по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Краснодарскому краю на приобретение табачных изделий в 2009 г. гражданами потрачено 14794936 руб. своих личных сбережений.

Российское законодательство,  
выполнение рамочной конвенции ВОЗ Россией,  
новый технический регламент на табачную продукцию

**Часть 2 ст. 7** Конституции РФ гласит: "В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей ...", а **ч. 1 ст. 41** Конституции РФ подтверждает: "Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь".

В **преамбуле** Основ законодательства РФ "Об охране здоровья граждан" признано, что охрана здоровья граждан - неотъемлемое условие жизни общества;



государство отвечает за сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации; имеется приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья.

Федеральный закон N 87 от 10 июля 2001 г. "Об ограничении курения табака" не только не вводит полный запрет на курение в общественных местах, но и требует от работодателя введение специальных комнат для курения. Закон не предусматривает защиты работников общепита и гостиничной сферы от пассивного курения на рабочих местах. Наконец, данный Закон также блокирует принятие запретов на курение в общественных местах на региональном и муниципальном уровнях.

В России до сих пор нет запрета рекламы табачных изделий, сигареты из-за низких акцизов дешевы настолько, что легко доступны детям.

Общественная Палата Российской Федерации 16 ноября 2006 года провела первые общественные слушания по вопросам борьбы с курением и рекомендовала в скорейшем будущем присоединиться к Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ).

РКБТ уникальный международный документ, который, кроме декларации приверженности борьбе с табаком, накладывает на страны-участники определенные юридические обязательства.

Россия присоединилась к Рамочной конвенции 3 апреля 2008 г., взяв на себя, таким образом, обязательства по принятию эффективных противотабачных мер в течение ближайших лет. Однако, полтора года спустя после присоединения к Конвенции, очевидно, что противотабачное законодательство в России сильно отстает от такового в большинстве стран мира.

Одним из самых эффективных способов обуздания табачной эпидемии является рост цен на табачные изделия за счет роста акцизов. В настоящий момент акцизы на табачные изделия в России - одни из самых низких в мире, значительно ниже, чем не только в западных, но и во многих соседних совсем небогатых странах. Если в России в 2009 г. размер акциза на пачку сигарет без фильтра составляет 1,86 рубля, а для сигарет с фильтром 3,54 рубля, то в Европейском Союзе минимальная ставка акциза равна 1,28 Евро на пачку сигарет для всех стран, включая новых членов, таких как Латвия, Болгария или Румыния. Расчеты показали, что повышение акцизов в России до уровня, существующего в беднейших странах ЕС, способно спасти в будущем жизни 2,7 миллионов россиян и дополнительно приносить в российский бюджет более 300 млрд. рублей ежегодно. Но попытки обсуждения необходимости повышения акцизов на табак и эффективной защиты населения от табачного дыма наталкиваются на яростное сопротивление табачного лобби.

---

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: Федеральный закон от 22.12.2008 "Технический регламент на табачную продукцию" имеет номер N 268-ФЗ, а не N 268.

---

26 декабря 2009 года вступил в силу [ФЗ N 268](#) "Технический регламент на табачную продукцию". В документе в полной мере реализованы требования Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, касающиеся производства и маркировки табачных изделий, производимых и импортируемых на территорию России.

Историческая справка.

Новый технический регламент призван заменить устаревшие ГОСТы, нормативные акты и другие регламентирующие документы, многие из которых были приняты еще в советское время. Работа над проектом, которая проходила при участии экспертов "Табакпрома", была закончена в 2006 году, и в октябре 2006 года новый документ был внесен на рассмотрение в Государственную Думу.

---

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду Федеральный закон "Технический регламент на табачную продукцию", а не "Федеральный закон о техническом регламенте на табачную продукцию".

---

В ноябре 2006 года проект технического регламента на табачную продукцию был направлен на согласование в Правительство. После прохождения экспертной оценки в январе 2007 года все полученные от министерств Российской Федерации комментарии были сведены в единый отзыв Правительства. 3 декабря 2008 года законопроект был принят Государственной Думой в третьем чтении, и 17 декабря 2008 года одобрен Советом Федерации. 22 декабря 2008 года "Федеральный [закон](#) о техническом регламенте на табачную продукцию" был подписан Президентом РФ Дмитрием Анатольевичем Медведевым.

Ключевые положения технического регламента

Технический регламент устанавливает аналогичные с европейскими стандартами требования к табачной продукции, в частности, к производству, маркировке и содержанию информации для потребителей табачной продукции ([таблица 6](#)).

1. Ужесточаются требования к маркировке и содержанию информации для потребителей:

- Увеличивается размер основной предупредительной надписи с 4% до 30% площади лицевой стороны упаковки табачных изделий. Прежде всего, изменения затронут лицевую сторону сигаретных пачек, на которой теперь будет красоваться надпись "курение убивает". Она будет занимать до 30% площади, что более наглядно, чем предупреждение Минздрава РФ о вреде курения, написанное маленьким шрифтом (рис. 3).

Рис. 3. Изменения требований к маркировке и содержанию информации для потребителей табачной продукции

Рисунок не приводится.

- Увеличивается размер предупредительной надписи на оборотной стороне упаковки с 4% до 50%. Количество предупредительных (ротируемых) надписей на оборотной стороне пачки увеличивается с 4 до 12;

- Формат предупредительных надписей приведен в соответствие с европейским стандартом.

2. Вводится требование по размещению дополнительно предупредительной надписи для сигарет, в названии которых содержатся слова "легкие", "суперлегкие" и т.д., что такие сигареты не являются менее вредными. Как известно такие сигареты с обозначениями "light", "ultra light", "mild" или "natural", в которых снижено количество смол и никотина, являются лишь хитроумной уловкой табачных компаний. Фактически курение таких сигарет приводит к увеличению количества выкуренного и более глубоким затяжкам. Так как организм курильщика все равно хочет получить "свою дозу никотина", он ее получит. Если раньше человек курил пачку, теперь будет курить две или три.

Согласно требованиям нового техрегламента теперь на пачках с низким содержанием смол будет разрешено писать "легкие" или "мягкие", лишь с дополнительной надписью, объясняющей, что это никак не уменьшает фактический вред для здоровья. Увеличение количества выкуриваемых сигарет приведет к существенному повышению рисков всевозможных заболеваний, поскольку снижение содержания никотина и смол в сигаретах никак не сказывается на количестве остальных 4000 вредных веществ, в том числе канцерогенов.

Вопросы вызывает сохранившееся разрешение на выпуск сигарет с различными вкусами любимых фруктов. Например, яблочные сигареты или вишневые. Для женщин и подростков "вкусные" сигареты окажутся, возможно, более привлекательны, чем обычные.

3. Ужесточаются требования к показателям содержания смолы и никотина в сигарете: согласно новому закону они не должны превышать 10/1 мг соответственно (ранее этот порог был установлен на уровне 14/1,2 мг).

4. Согласно техрегламенту компании-производители табачной продукции обязаны дополнительно измерять содержание монооксида углерода (СО) в сигаретах с фильтром и указывать этот параметр на упаковке.

Сроки вступления в силу нового техрегламента.

В принятом техрегламенте обозначено поэтапное введение всех норм и требований к табачной продукции.

Документ предусматривает 6-месячный период, в течение которого производители и импортеры табачных изделий могут производить продукцию со старыми предупредительными надписями - до 26 июня 2010 года. Реализация табачных изделий с прежней маркировкой и сертификатом соответствия возможна вплоть до 26 июня 2011 года (рис. 4).

Рис. 4. Сроки вступления в силу норм  
технического регламента

Рисунок не приводится.

Реализация табачной продукции с маркировкой и декларациями о соответствии согласно требованиям нового технического регламента допускается с 26 июня 2010 года.

Требования техрегламента к другим курительным изделиям.

В отношении других курительных изделий, как-то: сигары, сигариллы, табак курительный, для кальяна и проч., действуют те же требования, что и для сигарет, кроме норм содержания смолы, никотина и СО (они не измеряются и не указываются).

Если необходимую информацию невозможно нанести на упаковку данных изделий, как в случае с сигарами, где допускается поштучная продажа, информация наносится на специальный лист-вкладыш. На вкладыше разрешено поместить лишь одну предупредительную надпись: "КУРЕНИЕ ВРЕДИТ ВАШЕМУ ЗДОРОВЬЮ", но жирным, четким и легко читаемым шрифтом.

Таблица 6

#### Что изменится с вступлением в силу нового техрегламента на табачную продукцию

Маркировка	До техрегламента	Согласно техрегламенту
Основная предупредительная надпись на лицевой стороне упаковки	Занимает 4% площади	Занимает 30% площади
Дополнительная надпись на оборотной стороне упаковки	Занимает 4% площади	Занимает 50% площади
Формат предупредительных надписей	Произвольный	Приведен в соответствие с европейским стандартом (черная рамка, максимально крупный размер шрифт, белый фон и т.д.)
Содержание основной предупредительной надписи	Минздравсоцразвития предупреждает: курение вредит вашему здоровью	Курение убивает
Количество вариантов дополнительных надписей	4	12
Использование терминов "легкие" и т.п. в характеристиках табачных изделий	Не регулируется	Предусмотрено обязательное предупреждение о том, что такие сигареты не являются менее вредными
Форма подтверждения соответствия продукции	Обязательный сертификат соответствия	Обязательная декларация соответствия

Для выполнения Россией требований страны-участницы РКПТ осталось 3,5 года. Руководящие принципы по статье 8 Рамочной Конвенции, принятые

единогласно странами-участницами Конвенции, говорят, что только полный запрет курения в общественных местах способен защитить людей от табачного дыма.

Эффективные меры по защите от табачного дыма, как описано в Статье 8 Рамочной Конвенции ВОЗ, включают в себя полное исключение курения и табачного дыма в общественных местах, чтобы удовлетворить требование закона о полном отсутствии табачного дыма в помещении. Другие меры, кроме полного запрета курения, включая вентиляцию, фильтрацию воздуха и выделение специальных помещений для курения ... многократно показывали себя как неэффективные, и имеются неопровержимые доказательства, в том числе и научные, что инженерные системы не обеспечат необходимой защиты от табачного дыма. Добровольная политика запрета курения многократно показывала себя неэффективной и не обеспечивала адекватной защиты. Запрет на курение в общественных местах должен быть закреплен законодательно. Эффективные законы должны быть простыми, четкими и выполнимыми.

В настоящее время в Государственной Думе рассматривается законопроект о запрете курения в общественных местах, который встречает яростное противодействие табачного лобби. Только повсеместное общественное движение и реализуемые в регионах антикурительные программы могут изменить ситуацию уничтожения нации от курения.

#### Распространенность табакокурения в медицинской среде в мире, в России и в Краснодарском крае

За последние несколько десятилетий распространенность курения среди врачей во всем мире значительно снизилась. В Великобритании и в Скандинавских странах в настоящее время курят только 13 - 15% врачей. Значительные успехи в снижении распространенности курения среди врачей достигнуты в США, где в 1949 г. курили 60% врачей, в 1964 г. - 30%, а в начале 90-х годов - лишь 5 - 10% врачей. Аналогичные успехи достигнуты в Италии. В Швеции уровень распространения курения среди врачей и их отношение к табаку измеряются и анализируются уже почти 30 лет. Опрашивают выборочно 5% врачей и получают ценную информацию. За это время количество регулярно курящих упало с 46% до 6%. А среди тех, кто курит, количество ежедневно выкуриваемых сигарет упало с 13 до 5. Все больше среди причин некурения называют то, что врач должен "показывать пример" для других. Упоминание этой причины увеличилось с 10% до 71% всех врачей.

Одним из главных отягощающих обстоятельств проблемы табакокурения в России является высокое распространение его среди врачей, фактически не отличающееся от такового среди остального населения. Врач является ключевой фигурой в плане формирования здорового образа жизни среди населения, и распространенность табакокурения среди врачей является одним из барьеров на пути снижения этого показателя среди населения.

В России распространенность курения среди врачей-мужчин в два раза превышает таковую среди их коллег-женщин, достигая 50,3% и 26,5%

соответственно. Вовлечение в курение у мужчин максимальна среди врачей-организаторов здравоохранения (60,1%), минимальная - среди терапевтов (30,3%). Среди женщин максимальная распространенность курения у хирургов (43,0%), минимальная - у терапевтов (20,2%).

С возрастом распространенность курения среди врачей уменьшается, и к 65 годам и старше достигает 11% мужчин и 0% у женщин. Связано это, прежде всего, с ухудшением состояния здоровья и преждевременной смертью.

В целях изучения курительного поведения врачей и их знаний и готовности в отношении оказания помощи пациентам в отказе от табакокурения в 2005 - 2006 гг. было проведено анонимное анкетирование 637 врачей в г. Москва. Возраст опрошенных варьировал от 22 до 76 лет. Средний возраст составил 47 лет. Число мужчин среди опрошенных составило 191 (30%), женщин - 446 (70%). Результаты анкетирования врачей показали, что курили к моменту опроса 35,1% мужчин и 15,7% женщин, курили в прошлом и бросили курить 23,0% мужчин и 12,8% женщин. Таким образом, процент всех когда-либо куривших врачей составил среди мужчин 58,1% и среди женщин - 28,5%. Характерно, что соответствующие цифры практически не отличаются от цифр распространенности табакокурения для всего населения. В то же время в большинстве развитых стран уровень табакокурения среди врачей в несколько раз ниже, чем среди общего населения. К примеру, в США курит 3% врачей, а среди общего населения 21%. Из всех опрошенных курящих врачей большинство, 63,1%, высказали желание бросить курить. При соответствующих опросах курящих лиц среди общего населения доля мотивированных на отказ от табакокурения также составляет около 60 - 70%. Большое значение имеет тот факт, что почти 17% курящих врачей не собираются менять свое курительное поведение. Таким образом, как распространенность табакокурения среди врачей, так и их готовность к отказу от курения не отличаются от соответствующих показателей для населения в целом. Более того, анализ соответствующих результатов опроса показал, что среди курящих врачей 12% даже не считают, что отказ от табакокурения может быть полезен для здоровья. 66% опрошенных врачей ответили, что они всегда спрашивают своих пациентов о курении. 64% всех опрошенных врачей утверждают, что они рекомендуют своим курящим пациентам отказаться от табакокурения. Тот же процент врачей считает, что они должны оказывать пациентам определенную помощь в отказе от табакокурения. Все эти цифры следует оценивать критически. Можно предположить, что многие врачи были недостаточно искренни в своих ответах. Поскольку соответствующие опросы пациентов после их визитов к врачам показывают: только около 10% пациентов подтверждают, что врач спрашивал их о курении. В то же время соответствующий опрос пациентов, проведенный в Калифорнии (США), показал, что 90% курящих пациентов подтвердили, что врачи интересовались их курительным поведением, 71% получили рекомендации по отказу от табакокурения и 49% получили помощь в отказе от табакокурения.

Одной из первоочередных задач в решении проблемы табакокурения в России является развитие профессиональных знаний и подготовленности врачей в

отношении оказания помощи своим пациентам по отказу от табакокурения. Создание системы бездымных пространств в учреждениях здравоохранения и антикурительной культуры поведения врачей явится одной из наиболее эффективных мер защиты населения от одной из ведущих причин заболеваемости и преждевременной смертности.

Как показали исследования распространенности факторов риска среди медицинских работников одной из крупных больниц г. Краснодара, распространенность курения среди медицинских работников-женщин составляет 25,3%, среди мужчин - 46,7%.

В рамках губернаторской стратегии "Будьте здоровы!" в 2009 году проведено исследование распространенности курения среди медицинских работников методом анонимного анкетирования. В анкетировании приняли участие 643 респондента, что составило 1,5% от всех медицинских работников края (41614 человек по данным на 01.01.2010). Выявлено, что распространенность курения среди медицинских работников составляет 38,9%. Распространенность курения среди мужчин выше - 61,7%, среди женщин - 16,4%. В медицинских учреждениях, где удельный вес курящих медицинских работников достигает 50%, остальные являются пассивными курильщиками.

Во время проведения в муниципальных образованиях комплексных массовых профилактических мероприятий под общим смысловым названием "День здоровья", посвященных профилактике табакокурения, проводилось анонимное анкетирование граждан, в том числе и по вопросам отношения к курящим медицинским работникам (таблица 7).

Приняли участие в анкетировании 342 человека. Из них курит 38,3% (131 человек).

Таблица 7

Анализ ответа граждан на вопрос  
"Ваше отношение к курящим медицинским работникам"

	В целом		Среди курящих граждан		Среди не курящих граждан	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
Резко отрицательно	136	39,8	33	25,2	103	48,8
Отрицательно	117	34,2	52	39,7	65	30,8
Нейтрально	59	17,3	28	21,4	31	14,7
Положительно	2	0,6	2	1,5	0	0,0
Затрудняюсь ответить	28	8,2	16	12,2	12	5,7

Таким образом, даже среди курящих граждан отношение к курящим медицинским работникам в 64,9% негативное, среди некурящих - в 79,6%. В целом - 74% опрошенных отрицательно относятся к курению среди медицинских работников.

Европейское региональное бюро ВОЗ и Британская медицинская ассоциация в специальных докладах, посвященных загрязнению окружающей среды табачным дымом, констатируют, что безопасного уровня воздействия первичного и вторичного табачного дыма не существует. Даже кратковременный контакт с табачным дымом может нанести вред людям, особенно страдающим сердечно-сосудистыми и респираторными заболеваниями, а также детям.

Ни вентиляция, ни разделение помещений и изоляция мест для курения как меры защиты не могут снизить концентрацию дыма внутри помещений до уровней, которые можно считать абсолютно безопасными. Только создание зон, на 100% свободных от табака и полный запрет курения в учреждениях здравоохранения может обеспечить полную защиту персонала и пациентов учреждений здравоохранения от воздействия табачного дыма.

### Выращивание табака и производство табачных изделий в Краснодарском крае

Возделывание табака в России зарождалось в Краснодарском крае. В 1936 - 1940 гг. производство табака здесь достигало 22,7 тыс. тонн, из них до 1,2 тыс. тонн - высококачественных ароматичных табаков. В 80 - 90 годы прошлого столетия и, особенно по мере перехода к рыночным условиям хозяйствования, производство табачного сырья стало сокращаться - с 10,0 - 9,3 тыс. тонн в 1970 - 1975 гг. до 4,0 - 1,8 тыс. тонн в 1986 - 1995 гг. и в 2001 - 2003 гг. - до 0,5 - 0,1 тыс. тонн. Многие годы табаководство было рентабельной отраслью растениеводства. В среднем за 1986 - 1990 гг. уровень рентабельности продукции табака в Краснодарском крае составлял 15,3% и в 1991 г. 59,1%, причем с каждого гектара табачных плантаций было получено по 7,7 тыс. руб. прибыли.

Однако в годы перехода к рынку финансовое положение в отрасли осложнилось, и выращивание табака в Краснодарском крае стало менее эффективным. В 2000 - 2003 гг. производство табака находилось на грани убыточности.

В настоящее время табак в крае возделывают только в четырех муниципальных образованиях - Апшеронском, Крымском, Северском районах и в городе Горячем Ключе. В 1961 - 1965 гг. его выращивали еще в 8 районах - Абинском, Адлерском, Анапском, Геленджикском, Курганинском, Лабинском, Лазаревском и Тимашевском. Численность табаководческих хозяйств составляла более 75, тогда как их количество уменьшилось в 1978 г. до 48 и до 10 хозяйств в 2003 - 2004 гг. Значительно при этом сократилась материально-техническая база отрасли, фондообеспеченность которой сократилась к 2000 г. в 4,0 раза и более, или с 354,6 млн. руб. до 88,7 млн. руб. (в сопоставимых ценах 2001 г.).

Основные причины спада производства табака на Кубани состоят в следующем: с начала 90-х годов прошлого века значительно увеличился объем импорта табачного сырья, что в условиях отказа государства от внешнеторгового регулирования снизило конкурентоспособность отечественной продукции;



сокращение парка специальной табачной техники, сооружений и оборудования из-за сильного износа приняло угрожающие масштабы; недостаточное финансовое положение сельскохозяйственных табакопроизводителей и отсутствие системы целевого кредитования в отрасль повлекло за собой нарушение технологии производства, а отсюда частая убыточность снизила заинтересованность сельхозпроизводителей в выращивании данной культуры.

Среди южнороссийских регионов ведущее место в развитии табачного сегмента АПК отводится Краснодарскому краю. Несмотря на негативные кризисные явления в табаководстве и резкие спады в валовом производстве табака, Кубань была и остается ведущим регионом в восстановлении и развитии сырьевой базы табачной промышленности на юге России, развитие которой происходит в процессе адаптации сельского хозяйства к рыночной экономике.

В крае созданы и устойчиво работают предприятия крупного и малого бизнеса по промышленной переработке табака. Среди них главенствующее место занимает ОАО "Филипп Моррис Кубань", организованное на базе Краснодарской табачной фабрики. В 2002-2003 гг. выпуск сигарет здесь составил свыше 30 млрд. шт. Объем реализованной продукции в ОАО "ФМ-Кубань" достиг в 2002 г. 18,3 млрд. руб. при размере балансовой прибыли в 6979 млн. руб. и уровне рентабельности 34,8%, что позволило довести налоговые платежи в бюджет г. Краснодара свыше 1,5 млрд. руб. В Краснодарском крае идет увеличение производства табака до 9,5 тыс. тонн к концу 2010 г.

#### Внедрение проекта создания бездымных пространств в учреждениях здравоохранения Краснодарского края

В рамках губернаторской стратегии "Будьте здоровы!" и в соответствии с новыми политическими рекомендациями ВОЗ 2010 года в Краснодарском крае с 1 июля 2010 г. стартует проект (далее - Проект) "Здоровая Кубань": медицинские учреждения, свободные от табачного дыма", направленный на защиту людей от табачного дыма в учреждениях здравоохранения Краснодарского края. Проект разработан в соответствии с рекомендациями Рамочной конвенции по борьбе с табаком, с использованием лучшего международного опыта, доказавшем свою эффективность в большинстве стран мира.

Разработке и утверждению Проекта предшествовала большая организационная работа, включающая проведение информационно-просветительской кампании "Жизнь за табак!" в 2009 году и изучение готовности учреждений здравоохранения Краснодарского края к внедрению проекта создания бездымных пространств.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о весьма значительном распространении пассивного курения в исследуемых учреждениях здравоохранения, что является следствием как высокого уровня распространения активного курения, так и низкой культуры курительного поведения в учреждениях здравоохранения, что сказывается на обеспечении безопасных условий труда для персонала.

## Анализ готовности к внедрению проекта создания бездымных пространств в учреждениях здравоохранения Краснодарского края

В Краснодарском крае функционируют 349 учреждений здравоохранения, в число которых входят 125 больниц различных типов, 62 диспансера, 71 самостоятельное амбулаторно-поликлиническое учреждение, 34 учреждения, оказывающие стоматологическую помощь населению, а также 733 фельдшерско-акушерских пунктов и 89 здравпунктов.

Приказы о полном запрете курения на своей территории имеют 6 учреждений здравоохранения, приказы о частичном запрете курения - 284 учреждения здравоохранения. В этих учреждениях здравоохранения утверждены правила внутреннего распорядка с учетом ограничения курения.

98,7% руководителей одобряют полный запрет курения в вверенных им учреждениях. Указывающие надписи на запрет курения имеются в 12% учреждений здравоохранения.

Система поддержки в отказе от табака (персонал, информационные материалы, консультативная помощь, работа "горячей линии"), выявление курящих пациентов, способы предоставления информации о вреде курения, наличие служб, контролирующих запрет курения - это те задачи, которые предстоит решить учреждениям здравоохранения в период реализации проекта создания бездымных пространств в учреждениях здравоохранения Краснодарского края.

Здравоохранение Краснодарского края уже имеет опыт проведения крупномасштабных мероприятий и программ, направленных на борьбу с курением.

### Некоторые мероприятия по борьбе с курением, проводимые департаментом здравоохранения на территории Краснодарского края

Начиная с августа 2008 года в рамках губернаторской стратегии "Будьте здоровы" по инициативе вице-губернатора Краснодарского края Г.Д. Золиной каждую субботу под организационно-методическим руководством департамента здравоохранения Краснодарского края во всех муниципальных образованиях края проводится "День здоровья", тематически посвященный какому-либо из актуальных направлений здорового образа жизни.

Тематика Дней здоровья утверждается приказами департамента здравоохранения Краснодарского края с учетом существующих Всемирных и Международных дней, утвержденных Всемирной Организацией Здравоохранения, Генеральной Ассамблеей ООН, Всероссийских памятных дней, акций, рекомендованных министерством здравоохранения и социального развития РФ, краевых акций и актуальных вопросов сохранения здоровья населения. Также приказами департамента здравоохранения утверждается муниципальное

образование, на базе которого проводится показательный "День здоровья" при участии специалистов департамента здравоохранения Краснодарского края, ГУЗ "Центр медицинской профилактики" департамента здравоохранения Краснодарского края, ведущих учреждений здравоохранения Краснодарского края, представителей краевых СМИ.

Цели мероприятия - снижение уровня распространенности поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (таких как курение, потребление алкоголя и злоупотребление наркотиками, нерациональное питание и ожирение, повышенное артериальное давление, низкая физическая активность и т.д.), и общей заболеваемости населения, в конечном итоге - увеличение средней продолжительности жизни населения Краснодарского края.

Задачи - повышение общественного осознания факторов риска здоровья и необходимости усилий каждого человека по сохранению и укреплению собственного здоровья;

- гигиеническое образование и воспитание населения по вопросам профилактики заболеваний и сохранения здоровья в новой, доступной и интересной для населения форме, "образование путем развлечения" (рис. 5);

Рис. 5. Распространение информационных буклетов для населения

Рисунок не приводится.

- увеличение количества, улучшение качества и повышение доступности для населения информации по вопросам сохранения здоровья, создание и продвижение "брендовой" презентационно-раздаточной продукции в рамках губернаторской стратегии "Будьте здоровы!" (рис. 6), с 2009 года - продвижение и популяризация программы министерства здравоохранения и социального развития РФ "Здоровая Россия";

- повышение мотивации населения к ведению здорового образа жизни и ответственности за собственное здоровье;

- пропаганда отказа от вредных привычек и саморазрушающего поведения (рис. 7);

- привлечение молодежи к ведению здорового образа жизни (рис. 8);

- раннее выявление социально значимых заболеваний;

- повышение доступности, "приближение" специализированной медицинской помощи к населению отдаленных от краевого центра населенных пунктов;

Рис. 6. Студенты-волонтеры департамента здравоохранения, 31 мая "Всемирный день без табака", г. Краснодар

Рисунок не приводится.

Рис. 7. Сжигание чучела "вредных привычек", г. Ейск  
и сжигание сигареты, г. Новороссийск, "День легкого дыхания"

Рисунок не приводится.

Рис. 8. Станица Каневская, молодежь за здоровый образ жизни

Рисунок не приводится.

"День здоровья" - это целое действо, праздник, посвященный здоровому образу жизни, организованный департаментом здравоохранения Краснодарского края при активном участии других департаментов социальной направленности.

Темы "Дней здоровья" (таблица 8) активно анонсируются в краевых и местных СМИ. Для широкого оповещения населения о тематике и актуальности ближайших "Дней здоровья" привлекаются все возможные виды информационного воздействия, включая и традиционные газеты, радио и местное и краевое телевидение и новейшие IP-технологии. Средства массовой информации (СМИ) являются одним из основных путей образования населения по вопросам здоровья, пропаганды медицинских знаний и здорового образа жизни. К каждому "Дню здоровья" в краевые газеты рассылаются пресс-релизы и публикуются тематические подборки статей, изготавливаются и распространяются плакаты, листовки, брошюры, буклеты, выходят рекламные анонсы, интервью ведущих краевых специалистов, тематические передачи на краевом и местном ТВ. Активно используются интернет-ресурсы.

Таблица 8

Перечень "Дней здоровья",  
на которых освещались вопросы профилактики табакокурения

Дата	Муниципальное образование	Девиз	Основание
2008 год			
16.08.	г. Новороссийске	"День легкого дыхания"	Пропаганда здорового образа жизни (преодоление вредных привычек - курение)
22.11.	ст. Полтавской	"Никотиновая эпидемия"	в рамках Международного Дня отказа от курения - 3-й четверг ноября
20.12	г. Краснодаре	"Дыши легко!"	Всемирный астма-день (11 декабря)
2009 год			
21.03	ст. Кушевской	"Коварная палочка Коха"	В рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом - 24 марта

10.04	г. Краснодаре в СОШ № 100	"Спортивная молодежь"	Пропаганда здорового образа жизни
30.05	г. Темрюке	"Курить не модно! Модно не курить!"	В рамках Всемирного дня без табака - 31 мая
15.08	ст. Каневской	"Береги здоровье смолоду!"	В рамках Международного дня молодежи - 12 августа
21.11	с. Успенское	"Курить - здоровью вредить"	в рамках Всемирного дня борьбы против хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) - 3-я среда ноября (18 ноября) и Международного дня отказа от курения - 3-й четверг ноября (19 ноября)
2010			
23.01.	г. Курганинск	"Здоровье молодежи - богатство России"	25.01. - День российского студенчества
06.02.	ст. Мостовская	"Регулярно наблюдайся - от рака защищайся"	04.02. - Всемирный день борьбы против рака ВОЗ
27.03.	г. Славянск-на-Кубани	"В здоровых легких - здоровый дух"	24.03. - Всемирный день борьбы с туберкулезом ВОЗ
29.05.	ст. Калининская	"Сломай сигарету, пока сигарета не сломала тебя!"	31.05. - День без табака ВОЗ
31.07.	ст. Динская	"Здоровое сердце - долгая жизнь"	Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний летом
18.09.	ст. Новокубанская	"Мода на здоровье"	Пропаганда здорового образа жизни

Главным мероприятием антитабачной кампании в России в 2010 году является всероссийская акция "31 мая - день отказа от курения", проводимая по рекомендациям Минздравсоцразвития России. Дата 31 мая выбрана не случайно. В 1988 году Всемирная организация здравоохранения объявила 31 мая Всемирным днем без табака. Более того, 31 мая 2010 года - это еще и понедельник.

Из информационного письма Минздравсоцразвития России:

"Мы хотим дать людям замечательный повод начать "новую жизнь с понедельника" без сигареты. Мы информируем и привлекаем к участию в акции население всей России, благодаря чему каждый человек сможет почувствовать, что он не одинок в своем желании.

Акция является всероссийской, она позволит понять курящим людям, что их поддерживает вся страна, и это отличная возможность бросить курить всем вместе.

Мы хотим сделать этот день не просто днем отказа от курения, а днем отказа от курения НАВСЕГДА.

Аудитория акции:

Акция предназначена для всего населения России и в большей степени для тех, кто действительно хочет бросить курить, а также для тех, кто пытался, но по разным причинам возвращался к сигаретам снова.

Цель акции:

Увеличение количества людей, бросивших курить.

Задачи акции:

1. Мотивация населения к отказу от курения;
2. Информирование населения о выгодах и преимуществах жизни без табака;
3. Подготовка людей к отказу от курения: рекомендации, советы, моральная подготовка;
4. Поддержка тех, кто бросил курить.

С 17 по 31 мая - первый этап, анонсирующий акцию "31 мая - День отказа от курения. Навсегда" в СМИ и с привлечением всех возможных рекламных ресурсов; с 1 по 30 июня - второй этап, поддерживающий идею ведения здорового образа жизни без сигарет".

Здравоохранение Краснодарского края активно включилось в проведение акции на территории края.

Во исполнение приказа департамента здравоохранения Краснодарского края от 07.05.2010 N 1186 "О подготовке проведения Всероссийской акции "31 мая - День отказа от курения. Навсегда" медицинскими учреждениями Краснодарского края были подготовлены и проведены с 17 мая по 31 мая 2010 года разноплановые мероприятия первого этапа, анонсирующего акцию.

Сотрудниками государственных и муниципальных учреждений здравоохранения подготовлены к размещению статьи о влиянии курения на сердечно-сосудистую систему, органы дыхания, развитие онкологических заболеваний для размещения на страницах краевых ("Кубанские новости", "Краснодарские известия", "Вольная Кубань", "Кубань сегодня") и муниципальных печатных СМИ:

"31 мая - всемирный день без табака".

"Бросить курить? Вы это сможете!".

"Влияние пассивного курения на детей".

"Мифы о курении".

"Курение - сексуально или нет?".

"Защитите сердце от никотина!".

"Практические рекомендации по отказу от курения".

"Табак - оружие массового поражения".

"Я не курю, но я "КУРИЛЬЩИК?".

"Сигарета, набитая ядом".

"Пассивное курение".

"Курение".

"Если ребенок курит ...".

"Воздействие пассивного курения на здоровье человека".

"Я бросаю курить!".

"10 способов бросить курить".  
"7 причин полюбить сигарету".  
"8 самых распространенных мифов о курении".  
"Курение - самоубийство. Смертельный приговор".  
"Бросай курить, выиграй здоровье!".  
"Жизнь без сигарет - здоровое сердце".

Изготовлено и распространено на территориях муниципальных образований края более 1200 плакатов из разработанной Минздравсоцразвития России серии макетов и макетов, разработанных ГУЗ "Центр медицинской профилактики департамента здравоохранения Краснодарского края (рис. 9).

Рис. 9. Образцы некоторых плакатов, выпущенных к 31 мая 2010 года "Всемирный день без табака"

Рисунок не приводится.

На сайте ГУЗ "Центр медицинской профилактики" департамента здравоохранения Краснодарского края была размещена тематическая информация (19 статей и 7 буклетов), разработанная специалистами центра, касающаяся вопросов влияния курения на организм человека и практических рекомендаций по отказу от пагубной привычки (рис. 10).

Рис. 10. Образцы пропагандистских буклетов для населения по отказу от курения и вреду пассивного курения

Рисунок не приводится.

Сформированы и предоставлены муниципальным учреждениям здравоохранения Краснодарского края диски с информационными материалами: аудио- и видеоролики (предоставленные МЗ и СР РФ), видеоролик (о курении) и видеофильм ("Смертельная привычка" о курении) ГУЗ ЦМП.

На интернет-портале "Медицина Кубани" проведен тематический форум Интернет - "считалка" бросающих курить "Оценка степени никотиновой зависимости". В форуме участвовало 759 человек, из которых 21% приняли решение бросить курить вместе со всей Россией 31 мая.

Проведены 12 радиосообщений по теме акции, в том числе на радиоканалах г. Краснодара ("Первое радио", "Авторadio"), г. Туапсе и г. Армавира.

Транслировались тематические выступления на краевых и муниципальных телеканалах руководителей государственных учреждений и врачей - специалистов муниципальных учреждений здравоохранения:

"Клинический онкологический диспансер N 1" (Казанцева М.В.) "О вреде курения и его влиянии на развитие рака";

"Краевая клиническая больница N 1 им. проф. С.В. Очаповского" (Порханов В.А.) "О вреде курения". Транслировался сюжет об операции на легких курильщика; МУЗ Городская больница N 2 "КМЛДО" (Пенжоян Г.А.) "О вреде курения";

МУЗ "Тихорецкая центральная районная больница" (наркологи) "Бросить курить";

МУЗ "Городская больница" г. Армавира (наркологи, фтизиатры, акушер-гинекологи) "О вреде курения".

На краевых телеканалах транслировались тематические интервью известных в крае спортсменов, звезд шоу-бизнеса, а также тематические рекламные видеоролики, снятые краевым телеканалом НТК по заказу ГУЗ "Центр медицинской профилактики" департамента здравоохранения Краснодарского края.

Работали телефоны "горячей линии" во все дни акции "31 мая - День отказа от курения. Навсегда": в ГУЗ "Центр медицинской профилактики департамента здравоохранения Краснодарского края", ГУЗ "Наркологический диспансер" департамента здравоохранения Краснодарского края, МУЗ "Центр медицинской профилактики" г-к Анапа.

Проведено 2200 тематических бесед с жителями Кубани в поликлиниках, колледжах, СОШ, СУЗах, ВУЗах, спортивных базах, кинотеатрах, библиотеках, Домах культуры, на предприятиях края.

Студенты-волонтеры департамента здравоохранения Краснодарского края в центре города Краснодара приняли участие в проведении социальной акции "31 мая - День отказа от курения. Навсегда". Среди горожан были распространены информационно-тематические буклеты, листовки, разработанные ГУЗ "Центр медицинской профилактики" департамента здравоохранения Краснодарского края.

Акции (дни "открытых дверей") по диагностике заболеваний легких и злокачественных новообразований полости рта и глотки прошли в 4 лечебно-профилактических учреждениях края:

ГУЗ "Клинический онкологический диспансер N 1" департамента здравоохранения Краснодарского края.

ГУЗ "Краевая клиническая больница N 1 им. проф. С.В. Очаповского".

МУЗ "Городская больница" г. Армавира.

МУЗ "Центральная городская больница" г. Туапсе.

В дни акции в перечисленных ЛПУ Краснодарского края для населения проводились консультации специалистов: онкологов (специалисты опухолей головы и шеи), терапевтов, педиатров, фтизиатров, акушер-гинекологов, наркологов, психологов, врачей лучевой диагностики (для проведения рентгенологических и флюорографических исследований легких).

Показательный "День здоровья" организован ГУЗ "Центром медицинской профилактики" департамента здравоохранения Краснодарского края и проведен 29 мая 2010 года на базе МУЗ "Центральная районная больница муниципального образования Калининский район" с участием специалистов государственных учреждений здравоохранения департамента здравоохранения Краснодарского края



(в станичном парке Калининского района, поликлиническом отделении центральной районной больницы, МОУ СОШ N 1).

Всего приняли участие в акции (дни "открытых дверей") и мероприятии "День здоровья" - 1547 человек.

Осмотрено врачами-специалистами - 1377 человек.

Проведено дополнительных обследований:

- рентген-исследования - 100,
- флюорографические исследования - 100,
- измерение роста и веса - 72 чел,
- измерение артериального давления - 72 чел.

Выявлены 162 человека с отклонениями в состоянии здоровья.

Посетившим акцию "31 мая - День отказа от курения. Навсегда" розданы более 10000 штук (каждого наименования) буклетов, листовок, памяток.

### Краткое содержание и основные принципы проекта создания бездымных пространств в учреждениях здравоохранения Краснодарского края

Программа направлена на все учреждения здравоохранения Краснодарского края с целью защиты персонала и пациентов от воздействия табачного дыма. Она призвана обеспечить полный запрет на курение в организациях здравоохранения и включает внедрение внутренней политики отказа от курения в учреждениях здравоохранения, а также мер по обеспечению выполнения этих инициатив и по контролю за ними; проведение образовательных мероприятий по информированию о здоровье без табака и создание дискуссионной площадки для поддержки деятельности программы.

Цель и задачи Проекта.

Цель Проекта - введение полного запрета на курение, продажу и рекламу табака и табачных изделий в медицинских учреждениях Краснодарского края.

Задача 1: Сокращение воздействия табачного дыма на персонал, пациентов, посетителей медицинских учреждений края.

Задача 2. Повышение уровня осведомленности персонала о воздействии табачного дыма на здоровье, о причинах и основных принципах Проекта. Создание постоянно действующей системы обучения персонала.

Задача 3. Создание коммуникационной платформы по информированию населения и государственных органов для создания положительного общественного мнения и поддержки Проекта.

Партнеры Проекта.

Администрация Краснодарского края, Законодательное собрание края.

Основные мероприятия Проекта:

1. Издание приказа департамента здравоохранения Краснодарского края "О запрете курения в учреждениях здравоохранения Краснодарского края".

2. Издание внутренних приказов в каждом учреждении здравоохранения "О запрете курения" с учетом специфики каждого учреждения здравоохранения.

3. Внесение изменений в правила внутреннего и трудового распорядка (добавление Раздела, посвященного вопросам ограничения курения табака на территории медицинского учреждения) в каждом учреждении здравоохранения с мерами дисциплинарного взыскания за нарушение запрета курения.

#### 4. Обучение:

Цель обучающей программы: обеспечить наличие у руководителей учреждений здравоохранения, врачей, средних медицинских работников знаний и навыков для эффективного внедрения и популяризации программы запрета табака в медицинском учреждении.

Обучающая программа включает:

- проведение исходной конференции для руководителей учреждений здравоохранения, на которой они получают базовые знания о программе запрета табака в медицинских учреждениях Краснодарского края и итоговой конференции,
- разработка, тиражирование и распространение методических рекомендаций и информационных буклетов о программе,
- чтение лекций для врачей, проходящих обучение на циклах последипломного образования в Краснодарском государственном медицинском университете,
- доклады консультантов Проекта на общепольничных конференциях и планерках,
- лекции консультантов на выездных районных обучающих семинарах для врачей и среднего медицинского персонала.

Лекции и доклады включают вопросы о воздействии табачного дыма, причинах внедрения Проекта полного запрета курения в учреждениях здравоохранения, методах оказания помощи в отказе от курения.

На основе полученных знаний заведующие отделениями проводят текущее обучение своих сотрудников - врачей и медицинских сестер - навыкам взаимодействия с пациентами и членами их семей, которые потребляют табак, рекомендациям по отказу от табака, оказанию поддержке в отказе от табака.

В процессе выполнения программы проводится текущее анкетирование медицинских работников по уровню знаний о вреде курения, умению и навыкам проведения кратких консультаций.

5. Контроль за исполнением правил внутреннего и трудового распорядка. Для этого в каждом учреждении здравоохранения создаются внутренние группы контроля из числа сотрудников (согласно регламенту раздела в Правилах внутреннего трудового распорядка учреждения, посвященному вопросам ограничения курения табака).

Внешний контроль за соблюдением запрета курения регулярной инспекцией с проведением машинных замеров качества воздуха на наличие табачного дыма в зданиях учреждений здравоохранения.

#### 6. Информирование населения:

Информационная кампания проводится с целью повышения осведомленности и уровня знаний о вреде курения и воздействия табачного дыма, причинам введения запрета и основным принципам программы среди персонала, пациентов и населения края. Для этого будет создана постоянно действующая система информирования, в т.ч.: проведены пресс-конференции, круглые столы для журналистов с участием федеральных экспертов по антитабачной борьбе, организованы публикации в печатных и электронных СМИ. Для распространения информации в ЛПУ будут использованы интрасети и печатные материалы. Необходимо установить постоянные знаки, уведомляющие персонал, пациентов и посетителей о том, что в медицинском учреждении запрещен табак. Знаки должны быть размещены в заметных местах (входы, двери зданий и лифты, все зоны общественного пользования, конференц-залы), а также в потенциальных местах скрытного курения, например, на лестничных пролетах, в туалетах, на территории - рядом с местами отдыха (беседки, лавочки и т.д.).

#### 7. Оценка эффективности Проекта:

Для оценки эффективности исполнения проекта полного запрета табака и систем будут проведены исходные и текущие исследования (анкетирование и опросы) среди персонала и пациентов силами волонтеров-студентов Краснодарского государственного медицинского университета и врачей-интернов.

#### 8. Процедура обжалования:

Для предоставления персоналу, пациентам и посетителям возможности задавать вопросы, направлять комментарии и жалобы, сообщать о нарушениях и запрашивать дополнительные сведения, в учреждениях будут размещены почтовые ящики. Еженедельный анализ поступивших сообщений будет использован для принятия оперативных мер по исправлению, усилению мер и корректировки Проекта.

#### 9. Поддержка в отказе от курения:

Поддержка в отказе от табака в медицинском учреждении включает в себя выявление пациентов, потребляющих табак, и членов семей, которые подвергают пациентов воздействию табачного дыма. Курящим пациентам будут даваться краткие консультации по отказу от табака, а тем, кто желает отказаться от табака, - будет предложена поддержка в отказе от табака.

Поддержку в отказе от табака будут оказывать врачи и обученный средний медицинский персонал. При необходимости проведения лечения табачной зависимости (проведение никотинзаместительной терапии) пациенты будут направляться к специалистам, владеющим методами лечения табачной зависимости, в свое или другое учреждение, оказывающее помощь в отказе от табака. Ожидается, что медицинское учреждение будет оказывать полноценную поддержку в отказе от табака, и по мере возможности организует службу помощи в отказе от табака для пациентов и членов их семей.

#### 10. Ожидаемые результаты внедрения Проекта:

- Курение, продажа, скрытая или явная реклама табачных изделий запрещено во всех учреждениях здравоохранения края.

- Курение запрещено на всей территории медицинского учреждения, за исключением минимально допустимого количества отведенных для курения мест, находящихся за пределами закрытых помещений.

- Всему персоналу и пациентам, потребляющим табак, а также членам семьи, которые подвергают пациентов воздействию табачного дыма дома, предлагается поддержка в отказе от табака.

- Персонал способен эффективно взаимодействовать с пациентами/членами семьи, которые потребляют табак, рекомендуя отказаться от табака, оказывая поддержку в отказе от табака или направляя пациентов за помощью в отказе от табака в специализированное медицинское учреждение.

- На территории медицинских учреждений запрещена продажа табачной продукции.

- На территории учреждений здравоохранения запрещена реклама или спонсорская поддержка табака.

- Соблюдение Проекта контролируется 2-мя уровнями контроля: внутренний контроль - группа контроля из числа сотрудников медицинского учреждения и внешний (независимый контроль) - регулярной инспекцией с проведением отбора проб и замеров качества воздуха на наличие табачного дыма в зданиях учреждений здравоохранения.

Эффективное информирование, правильно обученный персонал и общесистемный подход будут способствовать созданию имиджа медицинского учреждения, запретившего табак.

#### 11. Устойчивость Проекта

1. Этот Проект станет хорошим опытом по внедрению здорового образа жизни без курения и послужит для иных учреждений моделью для подражания (включая другие регионы).

2. Изменения правил внутреннего распорядка, предусматривающие запрет табака на территории медицинских учреждений, после подписания станут обязательными и долгосрочными.

3. Созданная система дисциплинарных взысканий и поощрений сделает и сотрудников, и пациентов более дисциплинированными и повысит осознанную ответственность за собственное здоровье.

4. С увеличением уровня знаний медицинских работников и увеличением возможностей контроля администрацией учреждений здравоохранения за курением на своей территории все больше число врачей смогут внести свою лепту в свободное от табака общество несколькими важными путями:

- бросив курить, чтобы стать для пациентов и других курильщиков объектами для подражания;

- консультируя и помогая тем пациентам, кто уже бросил курить;

- организуя встречи и своими выступлениями продвигая деятельность по ограничению курения.

---

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

---

6. Будет создан положительный образ тех учреждений, где отказались от табака. Этот образ поддержат и власти, и общественное мнение.

Контроль за соблюдением запрета курения в учреждениях  
здравоохранения Краснодарского края.  
Стимулирование заинтересованности и преодоление  
противодействия запрету табака

Внедрение Проекта требует контроля. Контроль за соблюдением запрета курения в учреждениях здравоохранения является неотъемлемой частью Проекта создания зон, 100% свободных от курения. Организация системы и отработка механизма действенного контроля будет играть решающую роль в достижении эффективности Проекта и реальной защиты персонала и пациентов от губительного воздействия табачного дыма.

Для выявления проблем и предложений улучшения будет разработан протокол контроля, включающий: график контроля, методы отчетности, последствия несоблюдения запрета курения.

Ответственными за контроль исполнения запрета табака в каждом подразделении медицинского учреждения являются руководители структурных подразделений, например, заведующие отделениями и руководитель учреждения здравоохранения ответственен за все учреждение.

На первом этапе в создании системы контроля рекомендуется внести изменения в локальные нормативные акты учреждений, которые регулируют правила поведения сотрудников, пациентов и посетителей учреждений здравоохранения. Ниже приводится рекомендуемый раздел такого локального нормативного акта.

Образец  
раздела в Коллективном договоре и/или правилах внутреннего  
трудового распорядка учреждения здравоохранения, посвященный  
вопросам ограничения курения табака

**Раздел. ОГРАНИЧЕНИЕ КУРЕНИЯ  
ТАБАКА В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

1. Во исполнение Федерального [закона](#) от 10.07.2001 N 87-ФЗ "Об ограничении курения табака" работникам учреждения здравоохранения запрещается курение табака на рабочем месте, за исключением курения табака в специально отведенных местах для курения.

Под рабочим местом понимается место, где работник должен находиться или куда ему необходимо прибыть в связи с его работой и которое прямо или косвенно находится под контролем работодателя, в том числе: помещения, здания, сооружения, автомобили, находящиеся у учреждения здравоохранения в

оперативном управлении или на ином законном основании (аренда, договор безвозмездного пользования, договор о совместной деятельности и т.д.).

Курение при нахождении в служебном транспорте, в том числе во время ожидания, запрещается.

## 2. Права и обязанности Администрации в области ограничения курения табака:

### 2.1. Администрация обязана:

1) проинформировать работников учреждения здравоохранения о введении запрета на курение табака на рабочем месте, за исключением курения табака в специально отведенных на открытой территории учреждения местах для курения табака, в том числе информировать граждан о таком запрете при приеме на работу;

2) создать специально отведенные места для курения табака на открытой территории учреждения, соответствующие требованиям пожарной безопасности, оснастить их урнами с уборкой не реже одного раза в день;

3) обеспечить доступность специально отведенных мест для курения табака как для работников учреждения здравоохранения во все время их работы, так и для пациентов и посетителей учреждения;

4) обеспечить наличие специальных указателей в местах нахождения специально отведенных мест для курения табака;

5) поддерживать и развивать инициативу работников в области ограничения курения табака в учреждении.

### 2.2. Права Администрации:

1) осуществлять постоянный текущий контроль исполнения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте;

2) применять меры поощрения к работникам, не допускающим нарушения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте.

3) применять меры ответственности к работникам, допускающим нарушение предписаний по запрету курения табака на рабочем месте;

4) учитывать результаты текущего (внутреннего) и внешнего контроля исполнения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте при осуществлении материального стимулирования работников учреждения;

5) принимать иные меры по запрету курения табака на рабочем месте в учреждении, помимо указанных в предыдущих подпунктах, в том числе путем проведения разъяснительной работы (индивидуальной - с работниками, курящими табак, с работниками, допустившими нарушение предписаний об ограничении курения табака на рабочем месте; групповой - путем организации обязательных собраний в структурных подразделениях, общих собраний трудового коллектива), пропагандистской работы.

## 3. Права и обязанности Работника в области ограничения курения табака:

### 3.1. Работник имеет право:

1) соблюдать запрет курения табака на рабочем месте, за исключением курения табака в специально отведенных местах для курения табака, а также иные законные предписания администрации учреждения здравоохранения в области запрета

курения табака в учреждении, в том числе соблюдать запрет по курению табака при нахождении в служебном транспорте, в том числе во время ожидания;

2) сообщать непосредственному руководителю или администрации учреждения здравоохранения об известных ему фактах нарушения предписаний об ограничении курения табака в учреждении.

3.2. Работник имеет право:

1) на полную и достоверную информацию о запрете курения табака в учреждении здравоохранения, в том числе о принятых локальных нормативных актах в указанной области, нахождении специально отведенных мест для курения табака;

2) предлагать формы и методы совершенствования работы в области ограничения курения табака в учреждении здравоохранения;

3) участвовать в работе, проводимой учреждением здравоохранения в области создания бездымного пространства в учреждении, в том числе в работе по осуществлению текущего контроля исполнения предписаний по ограничению курения табака в учреждении здравоохранения;

4) на предоставление возможности курить табак в специально отведенном на открытой территории учреждения здравоохранения оснащённом месте для курения табака.

## Образец Положения о текущем (внутреннем) контроле по соблюдению предписаний о запрете курения табака в учреждении

### 1. Общие положения

1.1. Текущий (внутренний) контроль по соблюдению предписаний о запрете курения табака в учреждении (далее - текущий контроль) осуществляется с целью обеспечения соблюдения требований [статьи 6](#) Федерального закона от 10.07.2001 N 87-ФЗ "Об ограничении курения табака", а также предписаний в области ограничения курения табака в учреждении здравоохранения.

1.2. Текущий контроль осуществляется:

а) руководителями структурных подразделений - в отношении подчиненных работников;

б) ответственными за проведение работы по организации создания бездымного пространства в учреждении - в отношении работников учреждения, пациентов и посетителей учреждения

в) специально созданной комиссией - в отношении работников учреждения, пациентов и посетителей учреждения;

г) руководителем учреждения - в отношении работников учреждения, пациентов и посетителей учреждения.

1.3. Работники учреждения здравоохранения обязаны сообщать непосредственному руководителю или администрации учреждения здравоохранения

об известных им фактах нарушения предписаний о запрете курения табака в учреждении.

1.4. Лица, осуществляющие текущий контроль в своей деятельности, руководствуется Федеральным [законом](#) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", Федеральным [законом](#) "Об ограничении курения табака", иными нормативными правовыми актами Краснодарского края, локальными актами учреждения, в том числе настоящим Положением.

## 2. Текущий контроль руководителя структурного подразделения

2.1. Руководитель учреждения информирует о предписаниях в области запрета курения табака в учреждении здравоохранения руководителей структурных подразделений.

Руководитель структурного подразделения еженедельно проводит планерку, посвященную информированию о предписаниях в области запрета курения табака в учреждении здравоохранения, в том числе информирует сотрудников структурного подразделения о нарушениях предписаний в области курения табака на рабочем месте, допущенных ими в течение недели, и о мерах стимулирования работников за недопущение нарушений предписаний по запрету курения табака на рабочем месте, активное участие в проведении контрольных, пропагандистских и иных мероприятий по созданию бездымного пространства в учреждении здравоохранения, а также за отказ от курения табака.

2.2. Руководитель структурного подразделения принимает деятельное участие в работе по выявлению нарушений сотрудниками структурного подразделения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте, в том числе путем обходов помещений, в которых находится структурное подразделение, опроса сотрудников структурного подразделения, проведения разъяснительной работы, информирования о способах сообщения лицами, которым стало известно о допущенных сотрудниками структурного подразделения нарушениях предписаний по запрету курения табака на рабочем месте, и в иных формах, обеспечивающих выявление таких нарушений.

2.3. Руководитель структурного подразделения организует работу по фиксации сообщений о нарушении сотрудниками структурного подразделения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте, осуществляя такую фиксацию самостоятельно или назначив ответственных лиц.

Еженедельно к понедельнику руководитель структурного подразделения представляет ответственному за проведение работы по организации бездымного пространства в учреждении здравоохранения отчет о проведенных мероприятиях в области запрета курения табака в учреждении (проведение бесед, устные благодарности, обходы, подготовка пропагандистских материалов, подготовка предложений по совершенствованию работы и т.п.), а также о допущенных работниками структурного подразделения нарушениях предписаний по запрету курения табака на рабочем месте с указанием:



- а) фамилии, имени, отчества сотрудника, допустившего нарушения;
- б) существа нарушения;
- в) способа получения информации о нарушении и лица, от которого получена информация;
- г) даты и времени (в случае если они известны) совершения нарушения.

### 3. Текущий контроль комиссии по соблюдению предписаний о запрете курения табака в учреждении

3.1. Комиссия по соблюдению предписаний о запрете курения табака в учреждении здравоохранения (далее - комиссия) является постоянно действующим органом и формируется руководителем учреждения.

3.2. В состав комиссии включаются представители от кадровой и юридической службы, работник, обеспечивающий работу административно-хозяйственной части учреждения (заместитель по административно-хозяйственной части при его наличии), работник, ответственный за проведение работы по организации бездымного пространства в учреждении, работник, ответственный за работу по организации гражданской обороны в учреждении (заместитель по гражданской обороне при его наличии), старшая медсестра (по согласованию), представитель профессионального союза учреждения, а в случае его отсутствия - представитель работников учреждения, уполномоченный на такую работу общим собранием трудового коллектива (если трудовым коллективом будет уполномочен такой работник).

3.3. В состав комиссии могут быть включены иные работники учреждения по их инициативе, в том числе представитель врачебного персонала учреждения.

3.4. Председателем комиссии является работник, ответственный за проведение работы по организации бездымного пространства в учреждении здравоохранения.

Комиссией определяется из своего состава секретарь комиссии.

3.5. Функции комиссии:

а) выявление и фиксация нарушений предписаний о запрете курения табака на рабочих местах;

б) организация и проведения проверки соблюдения руководителями структурных требований о проведении текущего контроля;

в) анализ, обобщение и подготовка предложений по совершенствованию работы по созданию бездымного пространства в учреждении здравоохранения;

г) формирование программы мероприятий по созданию бездымного пространства в учреждении;

д) информирование руководителя учреждения о ходе и результатах работы по созданию бездымного пространства в учреждении здравоохранения, в том числе путем составления ежеквартального отчета;

е) оказание методической и практической помощи руководителям структурных подразделений по вопросам запрета курения табака в учреждении.

3.6. Комиссия правомочна осуществлять свою деятельность в случае присутствии не менее половины ее членов.

---

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

---

3.6. Комиссия собирается еженедельно для заслушивания отчетов руководителей структурных подразделений о проведенных мероприятиях в области создания бездымного пространства в учреждении здравоохранения, а также о допущенных работниками структурного подразделения нарушениях предписаний по запрету курения табака на рабочем месте.

3.7. По результатам заслушивания руководителям структурных подразделений даются индивидуальные пожелания по совершенствованию работы в области созданию бездымного пространства в учреждении здравоохранения.

3.8. По всем фактам зафиксированных сообщений о допущенных нарушениях работниками структурного подразделения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте комиссией проводится расследование, по итогам которого составляется акт о наличии оснований подтверждения или не подтверждении факта совершения такого нарушения конкретным лицом.

При проведении расследования комиссия вправе запрашивать информацию, требующуюся для осуществления ее деятельности, у любых работников учреждения.

3.9. Акты в день их подписания всеми членами комиссии, участвовавшими в расследовании, передаются лицом, ответственным за создание бездымного пространства в учреждении, руководителю учреждения для принятия решения о наложении на работника, допустившего нарушение, мер воздействия.

3.10. Акты подлежат рассмотрению руководителем учреждения в недельный срок с момента их поступления.

#### 4. Меры, применяемые к работникам, допустившим нарушение предписаний о запрете курения табака на рабочем месте

4.1. Нарушение предписаний о запрете курения табака на рабочем месте влечет за собой объявление информации о допущенном нарушении на планерке структурного подразделения, а также может повлечь распространение указанной информации с использованием информационных стендов учреждения.

Подобного рода информирование не является дисциплинарным взысканием и осуществляется с целью устного порицания работника.

О результатах принятия таких решения с учетом результатов текущего контроля работник должен быть устно проинформирован.

#### 5. Меры поощрения работников за участие в работе по созданию бездымного пространства в учреждении

5.1. Администрация учреждения здравоохранения имеет право поощрять работников за участие в работе по созданию бездымного пространства в учреждении. Активное участие работников в работе, проводимой учреждением по созданию бездымного пространства в учреждении, должно учитываться при принятии решений, в которых допускается усмотрение представителя работодателя (размер выплат стимулирующего характера, предоставление отпуска в удобное для работника время не в соответствии с графиком отпусков, премирование, подготовка характеристик с места работы, представление к государственным наградам, к присуждению почетных званий, прочее).

5.2. Работникам, длительное время не допускающим нарушения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте, объявляется устная благодарность при проведении текущих планерок или иной вид поощрения.

5.3. Работникам, не допустившим нарушения предписаний по запрету курения табака на рабочем месте, и принявшим активное участие в проведении контрольных, пропагандистских и иных мероприятий по созданию бездымного пространства в учреждении, как-то:

а) добросовестное исполнение обязанности по сообщению непосредственному руководителю или администрации учреждения об известных работнику фактах нарушения предписаний о запрете курения табака в учреждении;

б) предложение новых форм и методов или предложения по совершенствованию уже используемых форм работы по созданию бездымного пространства в учреждении;

в) добровольное участие в работе, проводимой учреждением по созданию бездымного пространства в учреждении, в том числе:

в работе по осуществлению текущего контроля исполнения предписаний по запрету курения табака в учреждении;

дача кратких консультаций по вопросам отказа от курения табака;

ведения "школ здоровья", посвященных вопросам отказа от курения табака и т.д., - объявляется благодарностью руководителем учреждения с выдачей почетной грамоты или иной вид поощрения.

5.4. Работники, курящие табак и принявшие решение о сокращении курения табака или полном отказе от курения табака, вправе сообщить об этом ответственному за проведение работы по созданию бездымного пространства в учреждении или руководителю учреждения.

Администрация учреждения способствует такому работнику в реализации решения путем:

организации предоставления психологической помощи;

информирования об учреждениях, оказывающих содействие в отказе от курения табака;

принятия решения о поощрении работника.

5.5. Работникам, отказавшимся от курения табака, объявляется благодарностью руководителем учреждения с выдачей почетной грамоты или иной вид поощрения.

Что делать, если курильщик отказывается прекратить курить в общественном месте, а группы контроля нет рядом?

Вероятно, каждому из нас, кто является активным некурящим, приходилось попадать в ситуацию, когда мы находимся в месте, где курить запрещено, но кто-то там курит. На наше замечание курильщик реагирует грубо и отказывается прекратить курить. В такой момент хочется сказать или сделать что-то, чтобы заставить курильщика потушить сигарету или наказать его в словесной или иной форме. К сожалению, как показывает практика, редко удается придумать прямо на месте что-то эффективное, и мы потом можем долго переживать, что нам пришлось "утереться" и терпеть вдобавок к табачному дыму еще и грубость.

Большинство курящих осознают опасность для здоровья и антиобщественный характер курения в общественных местах. Но если мы все же сталкиваемся с курильщиком, который отрицает эту социальную логику, какой стратегии лучше всего придерживаться? Никогда не повышайте голос, не опускайтесь на уровень грубияна. И если Вы будете помнить это, Вы победите.

Участники сети Глобалинк поделились своим опытом тех фраз, которые они говорят отказавшемуся погасить сигарету курильщику. Их можно использовать, когда деваться некуда. Главное, помните, что эти фразы адресованы не сколько самому курильщику, сколько окружающим, чтобы вызвать их симпатии и поставить курильщика в смешное положение. Например: "Я не против того, что Вы затягиваетесь дымом, но, пожалуйста, не выдыхайте его". "Простите, от Вас плохо пахнет, потому что Вы курите, или Вы курите, потому что от Вас плохо пахнет?"

Но лучше всего просто укажите курящему запрещающий курить знак и покажите ему, где он может курить. Ваша задача - не наказать и не унижить курильщика за его курение, а защитить свое право на чистый воздух. И помните, что большинство курящих являются вежливыми людьми. И большинство из них понимают вред, который они причиняют здоровью окружающих.

### Роль врача в борьбе с курением. Кодекс врача

К.Д. Данишевский: Кто, если не медики, возглавит крестовый поход на курение? Имеют ли право врачи "умыть руки"?

Само положение врачей в обществе обеспечивает высокую эффективность их действий против курения, а именно:

- глубокие знания о заболеваниях,
- возможность придать рекомендациям личностный характер, увязав их с состоянием здоровья пациента и историей болезней семьи,
- репутация независимых и заинтересованных специалистов в вопросах здоровья,
- положение консультантов по вопросам здоровья как для отдельных лиц, так и для средств массовой информации,
- уникальная возможность давать индивидуальные консультации в условиях учреждения здравоохранения, где пациенты наиболее восприимчивы к советам,

- врачи встречаются пациентов в тот момент жизни, когда они наиболее восприимчивы к советам о здоровье,
- их рекомендациям доверяют больше всего,
- врачи встречаются большое количество курящих пациентов ежедневно,
- положение уважаемых специалистов в обществе.

Врач может и должен влиять на образ жизни пациентов, и медики могут серьезно влиять на распространенность курения. Возможно, тот факт, что российские медики до сих пор, если и оказали влияние на табачную эпидемию, то весьма незначительное, связан с дефектами самой системы здравоохранения. По сути, российские врачи не видят своих пациентов до того момента, когда у них развились серьезные заболевания.

В довершение необходимо отметить, что без борьбы с курением трудно продвигать здоровый образ жизни в целом или оказывать влияние на здоровье общества или отдельного индивидуума. Многие аспекты здорового образа жизни, как-то: повышение физической активности, могут быть затруднены из-за побочных эффектов курения на дыхательную и другие системы, снижение толерантности к нагрузкам. Без участия, а желательно и руководящей роли медиков, процесс борьбы с курением, к сожалению, обречен.

По опыту развитых стран, участие медицинских работников в борьбе с курением может осуществляться как через собственный положительный пример, так и в форме информирования курящих и некурящих о вреде, наносимом курением. Для уже курящих важную роль играют регулярные и настойчивые советы бросить курить и оказание помощи бросающим. В целом настойчивый совет бросить курить приводит к приблизительно 5% успеху. Систематические советы врача в процесс избавления от этой вредной привычки повышает эффективность вмешательства, по некоторым данным, до 20 - 36%, применение фармакологических препаратов (например, никотинсодержащих пластырей и жевательных резинок) так же может иметь эффект на процент успеха.

Владимир Левшин, профессор: Мировой опыт работы по снижению распространения курения доказывает, что это нелегкая, но вполне реальная задача. Одно из наиболее эффективных и перспективных направлений на этом пути - организация медицинской помощи.

Кодекс практики для медицинских работников

Источник: The role of health professionals in tobacco control. WHO Tobacco Free Initiative, 2005.

В 2005 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала новый кодекс практики для профессиональных медицинских организаций, участвующих в борьбе против табака. Кодекс содержит 14 возможных действий, которые медицинские работники и их организации могут выполнять в ходе борьбы против табака и для улучшения общественного здравоохранения. Медицинские учреждения могут принять кодекс практики в качестве нормативного документа для всего персонала в рамках инициативы создания бездымного пространства в медицинском учреждении. При этом медицинские работники возьмут на себя следующие обязательства:

1. Рекомендовать и помогать работникам учреждения служить образцом для подражания, отказавшись от табака и ведя образ жизни, не приемлющий табак.
2. Оценивать и рассматривать ситуации, в которых происходит потребление табака, и отношение сотрудников учреждения к борьбе против табака через опросы и введение соответствующих программ.
3. Запретить табак на территории организации и рекомендовать работникам контролировать соблюдение этого запрета.
4. Включать обсуждение борьбы против табака в повестку всех соответствующих съездов и конференций по вопросам здравоохранения.
5. Рекомендовать работникам учреждения регулярно разговаривать с пациентами и клиентами о потреблении табака и воздействии табачного дыма, опираясь на проверенные данные и передовой опыт, давать советы по отказу от табака и отслеживать их успехи в отказе от табака.
6. Требовать, чтобы медицинские учебные заведения и образовательные центры включали вопросы, связанные с борьбой против табака, в план обучения медицинских работников, в частности в программы повышения квалификации и другие обучающие программы.
7. Активно участвовать в мероприятиях, проводимых ежегодно во Всемирный день без табака - 31 мая.
8. Воздерживаться от принятия любой помощи, в том числе финансовой, от представителей табачной промышленности, а также от вложения средств в табачную промышленность и рекомендовать работникам учреждения поступать аналогичным образом.
9. Принять официальную программу учреждения в отношении коммерческих или любых других отношений с партнерами, сотрудничающими или связанными с представителями табачной промышленности на основании сделанного заявления об интересах.
10. Запретить продажу или рекламу табачной продукции на территории учреждения и рекомендовать работникам учреждения контролировать соблюдение этого запрета.
11. Активно поддерживать действия правительства, направленные на ратификацию и внедрение Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.
12. Выделять финансовые и/или другие средства на борьбу против табака, в том числе на внедрение этого кодекса практики.
13. Участвовать в мероприятиях по борьбе против табака, организуемых ассоциациями медицинских работников.
14. Поддерживать кампании по созданию общественных мест, где запрещен табак.

Рекомендации медицинским работникам по оказанию  
помощи в отказе от курения

Работа с лицами, курящими табак, проводится в нескольких направлениях. И одно из важных направлений в этой деятельности - снижение табакокурения среди медицинских работников.

Первое направление включает в себя санитарно-просветительную и психолого-педагогическую работу среди населения, в том числе может включать рекомендации по самостоятельному прекращению курения. Прекращение курения табака под влиянием активной пропаганды происходит безболезненно у 10 - 20% систематически курящих лиц. У остальных лиц период отмены курения сопровождается проявлением клинической симптоматики табачной зависимости, требующей квалифицированной медицинской помощи.

Второе направление - это медицинская помощь. Она оказывается специалистами: психиатрами, наркологами, психотерапевтами, медицинскими психологами.

Третье направление - реабилитационно-восстановительное. Обучение пациентов овладением основ бесконфликтного поведения, совершенствованию личности, формированию здорового образа жизни.

Регистрация табакокурения производится при сборе анамнеза. В амбулаторной карте или истории болезни отмечается количество выкуриваемых в день табачных изделий (в среднем), длительность систематического, ежедневного курения, название табачного изделия. Пациенты, никогда не курившие, обозначаются в карте индексом (НК), бросившие курить - (БК), курящие - (К). В беседе уточняется установка пациента на прекращение курения табака.

В беседе уточняется установка пациента на прекращение курения табака. В зависимости от позиции пациента, тактика преодоления курения будет различной. При наличии желания пациента прекратить курение его установка закрепляется проведением короткой беседы. В беседе дается конкретная информация об опасности курения для его собственного здоровья, влиянии курения на процесс выздоровления и воздействие курения табака на членов семьи пациента. В беседе сообщается о возможных трудностях в преодолении курения табака и необходимости проведения длительной и упорной работы по формированию новой привычки некурения. Одновременно необходимо сообщить и обратить внимание пациента на положительные сдвиги, которые он ощутит от прекращения курения табака.

При отсутствии у пациента желания прекращения курения табака с ним целесообразно провести индивидуальную беседу о влиянии курения на его здоровье, оказать помощь в выработке мотива прекращения курения, акцентируя внимание пациента на улучшение его самочувствия при некурении. Одновременно пациенту необходимо предложить медицинскую помощь в борьбе с курением.

Мотивы прекращения курения табака различны, выбор их широк: желание улучшить собственное здоровье, обеспокоенность здоровьем членов семьи из-за пассивного вдыхания табачного дыма; отсутствие положительного примера для детей; желание избавиться от специфического запаха табачного дыма, пропитавшего одежду, помещение; увеличение своей работоспособности и т.п.

В беседе с пациентами,отягощенными хроническими заболеваниями, важно обратить их внимание на то, что при курении в 3 - 4 раза чаще, чем у некурящих, обостряется и заканчивается смертельным исходом имеющееся сердечно-сосудистое заболевание. Затрудняется излечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронических заболеваний, на фоне которых возможно развитие злокачественной опухоли.

Каждая серьезная, доброжелательная, внимательная беседа врача с пациентом-курильщиком должна расширять его представления о вреде курения, его сути, а также иметь четкую конечную цель: добровольное, обоснованное и убежденное желание больного отказа от дальнейшего употребления табака. Такая рекомендация занимает у врача минимум времени, зато эффективность ее для формирования мотивации против курения и стимулирования пациента к самостоятельному отказу от курения или к обращению за соответствующей помощью может быть выше других просветительных методов и приемов.

Международный опыт свидетельствует о важной роли медицинских сестер в оказании помощи в отказе от курения. Медсестры - самая многочисленная группа медперсонала, они присутствуют практически на всех уровнях системы здравоохранения. В результате обзора испытаний было обнаружено, что рекомендация и поддержка медсестры могут повысить вероятность успешного отказа от курения, особенно в условиях стационара. Аналогичная рекомендация и поддержка медсестры в условиях медосмотра или в ходе профилактических мероприятий могут оказаться менее эффективными, хотя и в этих условиях они могут оказать некоторое влияние.

Отягчающим обстоятельством проблемы курения в России является высокая распространенность его среди врачей. Известно, что врачи являются модельной группой для остального населения в отношении здорового образа жизни. В частности, пример врача определяет эффективность различных рекомендаций и советов к отказу от курения. Помощь врача эффективна только если он сам не курит, это определяет и его отношение к курению и доверие к нему пациента. Поэтому во многих развитых странах снижению распространенности курения среди населения предшествовало снижение его среди врачей.

Врачи, бросившие курить, лучше осознают вред курения и больше уделяют внимания своим курящим пациентам.

При опросе курильщиков потребность в медицинской помощи при отказе от курения высказывают 35% опрошенных (Г.И. Халиман).

С учетом того, что многие из курильщиков не осознают степени своей табачной зависимости и трудности самостоятельного отказа от курения, доля курильщиков, нуждающихся в специализированной помощи, представляется намного большей. Значит большинство курильщиков не бросают курить не потому, что хотят курить, а потому, что не могут бросить.

Методика оказания помощи в отказе от курения состоит из нескольких этапов и комплекса приемов. Однако она подразумевает возможность использования ее в разных вариантах и объеме в зависимости от условий приема, возможностей



медицинского работника и индивидуальных особенностей пациента. В частности, получение положительных результатов на определенном этапе исключает необходимость других этапов и приемов.

Организация помощи в отказе от курения в полном объеме требует выполнения следующих конкретных задач:

1. Выявление курильщиков и рекомендации им к отказу от курения.
2. Оценка и учет индивидуального курительного анамнеза и психологической готовности к отказу от курения.
3. Определение степени зависимости от табака.
4. Общий осмотр и обследование пациента.
5. Формирование или закрепление установки на отказ от курения.
6. Составление индивидуального плана отказа от курения.
7. Оказание различного вида помощи, психотерапевтической, фармакологической в преодолении зависимости от табака.
8. Поддержка пациентов при прослеживании их после отказа от курения.
9. Помощь пациенту в случае возобновления курения после отказа.

В зависимости от условий и возможностей врач может оказать помощь в отказе от курения в большем объеме или направить пациента на специализированный прием. Направление курильщиков на специализированный прием по оказанию помощи в отказе от курения, если такой организован, осуществляется также путем информирования населения о наличии соответствующей помощи. Для этого используются объявления в холлах поликлиник и больниц. Соответствующие объявления могут быть сделаны по местному радио, телевидению, в газетах. Оценка и учет курительного анамнеза и психологической готовности к отказу от курения. Такая оценка проводится путем заполнения специальной анкеты, в которой уточняются различные детали и обстоятельства курительного анамнеза пациента, его отношение к своей привычке, возможный прошлый опыт ее преодоления, причины и мотивы, побудившие обратиться за помощью. Анкета заполняется самим пациентом в начале приема. Сведения, полученные при анкетировании, используются на последующих этапах помощи. Прежде всего, оценивается психологическая готовность пациента в отказе от курения. С помощью анкеты и возможно дополнительных устных вопросов уточняются мотивы и степень желаяния, готовности к отказу от курения. Все эти сведения в последующем учитываются при формировании или закреплении установки на отказ от курения. Определение степени зависимости от табака. Оценка степени табачной зависимости необходима для составления индивидуального плана помощи. О степени табачной зависимости можно судить по продолжительности непрерывного курения и количеству выкуриваемых за сутки сигарет. Так курение более 15 сигарет в день на протяжении более 6 лет, как правило, вызывает выраженную степень табачной зависимости. Более специфическим подтверждением наличия выраженной степени табачной зависимости являются соответствующие ответы на вопросы анкеты, указывающие на курение натощак (в первые 0,5 часа после сна), ночное курение, курение во время болезни, трудность воздержания от курения в местах, где это запрещено. Для

количественной оценки степени табачной зависимости можно дополнительно использовать еще одну анкету. Для окончательной оценки степени табачной зависимости следует использовать также результаты подготовительного этапа: анализ дневника курения и самостоятельных попыток (по заданию врача) ограничить курение. Общий осмотр и обследование пациента. Цель данного обследования - зафиксировать состояние здоровья и общего самочувствия до начала отказа от курения с последующим контролем соответствующих параметров и показателей физического статуса в процессе и после отказа от курения. Обследование включает: учет жалоб и состояние общего самочувствия, учет сопутствующих заболеваний, измерения артериального давления и пульса (возможно до и после нагрузки), спирометрия, измерение веса тела. Полученные при обследовании как субъективные, так и объективные данные используются как для формирования или закрепления установки на отказ от курения, так и для оценки в последующем эффекта отказа от курения путем учета динамики в симптомах и самочувствии пациента. Формирование или закрепление установки на отказ от курения Следует предварительно проанализировать и обсудить ответы пациента на следующие вопросы анкеты: Ощущаете ли Вы вред для Вашего здоровья от курения? Хотели бы Вы изменить свою привычку к курению? Почему Вы хотите бросить курить? Пытались ли Вы бросить курить? С учетом ответов на эти вопросы определяется тактика и содержание краткой беседы с пациентом для формирования или закрепления установки на отказ от курения. В случае если пациент отвечает, что он не хочет менять свою привычку курить или сомневается в этом, следует в короткой беседе акцентировать внимание на следующих основных позициях:

- истинный ущерб, который может приносить курение здоровью, при этом отметить возможную связь с курением имеющихся у пациента жалоб;
- скрытый и замедленный эффект вредного действия курения на здоровье;
- возможность восстановления здоровья после отказа от курения.

Далее следует предложить пациенту вместе взвесить все "за" и "против" курения и записать их в две колонки на листе бумаги. При этом, прежде всего, сам пациент должен сформулировать доводы против курения, а врач помогает или подсказывает, имея в виду следующие доводы за прекращение курения:

- улучшение общего самочувствия (избавление от одышки, кашля, болей в сердце, в желудке и других симптомов) и работоспособности,
- многократное уменьшение риска развития заболеваний, связанных с курением;
  - исключение пассивного курения ближайшего окружения;
  - исключение дурного примера для детей пациента;
  - избавление от кашля курильщика;
  - избавление от неприятного запаха изо рта, желтизны зубов и пальцев;
  - избавление от табачной зависимости,
- освобождение от денежных трат на табак (рекомендуется провести с пациентом расчет его расходов на курение за месяц, год);

- повышение эффективности лечения имеющихся у пациента сопутствующих заболеваний.

При беседе с пациентом желательно говорить максимально просто и доверительно, избегая шаблонов и чтения морали. Следует также помнить, что чем более советы и установки врача учитывают индивидуальные особенности анамнеза, характера пациента, его социальную роль, тем эффективнее мотивация пациента на выполнение рекомендаций.

По завершению приема следует пригласить пациента на повторную беседу после обдумывания полученной информации. В случае если пациент отвечает, что хотел бы бросить курить, следует поддержать его в этой установке, дать задание на подготовительный этап и назначить дату следующего визита через неделю.

В течение подготовительной недели он должен выполнить следующие задания:

- обдумать перечень всех возможных причин и доводов за отказ от курения, составить их список, каждый день утром и вечером перечислить его и запомнить;
- заполнить дневник курения на два обычных дня, где регистрируются все выкуриваемые сигареты (время, ситуация, степень желания курить);
- определить самые "важные" для себя сигареты и те, которые не очень значимы, попробовать в последующие дни отказаться от малозначимых сигарет;
- определить те ситуации, в которых желание закурить наиболее часто и сильно, продумать, как их можно избежать или исключить курение при них;
- попробовать несколько раз при появлении желания курить не брать сигареты, пока не пройдет по крайней мере 3 минуты. в течение этого времени постараться занять себя чем-нибудь, позвонить по телефону, отвлечься на какое-нибудь другое занятие;
- попробовать не докуривать сигарету (папиросу) до конца;
- попробовать в один из дней сократить вдвое обычное число выкуриваемых сигарет, в этот день постарайтесь, как можно дольше оттягивать момент закуривания первой и последующих сигарет;
- постараться один день совсем не курить, а следить за своим самочувствием в течение этого дня, отмечать, как при этом переносятся ситуации, в которых пациент обычно курит.

На основании анализа подготовительного этапа разрабатывается тактика прекращения курения.

Составление индивидуального плана прекращения курения.

План отказа от курения составляется при втором, через неделю, визите пациента. Приход на второй назначенный визит является своеобразным тестом на наличие у курильщика достаточной мотивации к отказу от курения. При составлении плана врач должен учитывать: интенсивность и продолжительность курения данного пациента; степень выраженной табачной зависимости; опыт возможных прошлых попыток бросить курить. Если пациент в прошлом делал такие попытки, надо вместе с ним проанализировать их и объяснить, почему они были неудачными. Подчеркнуть, что курение это не просто привычка, никотиномания, требующая определенного умения и помощи, чтобы одолеть ее. Кроме того, не

всегда удается преодолеть зависимость от табака с первой попытки. Следует под контролем врача осуществить очередную попытку отказа от курения уже по специально составленному плану. Такой план составляется совместно с пациентом и предусматривает определение даты и режима отказа от курения. Для начала отказа от курения предпочтительно выбрать в чем-то значимый для пациента день или день, когда пациент обычно меньше курит.

Существует два основных варианта режима отказа от курения: одномоментный (полный отказ от курения с определенного дня) и постепенный (с каждым днем уменьшение числа выкуриваемых за день сигарет). Более эффективен и психологически приемлем для большинства режим одномоментного отказа. Постепенный отказ от курения рекомендуется лицам, страдающим тяжелыми формами хронических заболеваний с целью профилактики ухудшения самочувствия в связи с синдромом отмены. Пациенту рекомендуется сообщить своим близким (родственникам, друзьям) о своем решении бросить курить. Следует предупредить пациента о возможных симптомах синдрома отмены (раздражительность, затруднение концентрации внимания, утомляемость, головные боли, изменение аппетита и стула, потливость, повышение слюноотделения или сухость во рту). Следует объяснить, что все эти симптомы временные и легко устраняются путем определенной терапии. В заключение с учетом особенностей курительного анамнеза и статуса пациента определяется индивидуальный перечень и объем профилактической, поддерживающей и заместительной помощи и терапии.

Оказание различного вида помощи при отказе от курения

1. Рациональная психотерапия
2. Поведенческая терапия
3. Аутогенная тренировка
4. Медикаментозная терапия

Приложение N 1

## **ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РУКОВОДСТВ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕСПИРАТОРНОГО ОБЩЕСТВА, АМЕРИКАНСКОГО ТОРАКАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА, ВОЗ ПО ЛЕЧЕНИЮ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

В настоящее время существуют эффективные методы лечения, которые могут приводить к длительному или полному отказу от курения.

Пациентам, которые хотят бросить курить, врач должен предложить программу лечения табачной зависимости. Лечение табачной зависимости слабой степени

является наиболее эффективным, поэтому каждому пациенту с такой зависимостью должно быть предложено соответствующее лечение.

Пациентов, которые не хотят бросить курить, врач должен обеспечить аргументированной информацией и литературой с тем, чтобы мотивировать их к отказу от курения.

В каждом медицинском учреждении (поликлиника, больница и т.д.) должен вестись учет курящих пациентов и пациентов, которые лечатся от табачной зависимости.

Эффективность лечения табачной зависимости сильной и тяжелой степени повышается при увеличении контакта врача и пациента, поэтому большую роль играют индивидуальные, групповые занятия или телефонные консультации.

Фармакотерапией табачной зависимости является применение никотин-содержащих препаратов: никотиновая жевательная резинка, никотиновый ингалятор.

Всем пациентам должна быть обеспечена психологическая и социальная поддержка.

Основные положения руководств по лечению табачной зависимости для пациентов:

1. Подготовиться к отказу от курения:

- назначить дату прекращения курения;
- изменить свое окружение: убрать сигареты из дома, автомобиля, рабочего места, не позволять курить у себя дома;
- пересмотреть все свои предыдущие попытки бросить курить, попытаться проанализировать, что помогало и что мешало отказу от курения;
- однажды бросив курить, не делать ни одной затяжки.

2. Получить поддержку от врача и близких людей:

- предупредить свою семью, друзей и сотрудников по работе о том, что намерены бросить курить и просить их помощи в том, чтобы они не курили в его присутствии и не оставляли сигареты;
- обсудить эту проблему со своим врачом (к сожалению, практики обращаться к врачу по поводу лечения табачной зависимости в нашей стране пока не существует).

3. Учиться новому поведению:

- стараться отвлекать самого себя от желания курить: заняться каким-либо делом, разговаривать с окружающими, гулять и т.д.;
- изменить свой маршрут до работы, использовать разные маршруты, пить только чай вместо кофе;
- пытаться найти какие-либо способы для снятия стрессов: принимать горячую ванну, заниматься физическими упражнениями, читать книги;
- планировать каждый день что-либо, приносящее удовольствие,
- пить как можно больше воды или соков.

4. Правильно и обязательно принимать лекарства - никотин-содержащие препараты:

- внимательно ознакомиться с инструкцией, которая прилагается к препарату,

- применение никотин-содержащих препаратов, по крайней мере, удваивает шанс успеха,

- при беременности или различных хронических заболеваниях необходимо об использовании препаратов проконсультироваться у врача.

5. Быть готовым к неудаче или различным трудным ситуациям. Как правило, неудачи происходят в течение первых 3 месяцев отказа от курения. Если человек закурил, главное - не отказываться от желания бросить курить и готовиться к следующей попытке. Необходимо помнить, что большинству удается бросить курить после нескольких неудачных попыток. Трудные ситуации могут быть связаны со следующим:

- Алкоголь. Избегайте употреблять алкогольные напитки. Снижение их употребления увеличивает шанс успеха.

- Другие курильщики. Окружение курящих людей может провоцировать желание закурить.

- Увеличение массы тела. У многих курильщиков после отказа от курения увеличивается масса тела, поэтому необходимо заранее продумать диету и увеличение физической активности. Главное - не ставить желание бросить курить в зависимость от увеличения веса. Применение никотин-содержащих препаратов снижает увеличение веса.

- Плохое настроение или депрессия. Необходимо самостоятельно заботиться о своем настроении, искать способы его улучшить, помимо курения.

Уровень психологической и медикаментозной поддержки пациентов в период отказа от курения будет зависеть от имеющейся степени никотиновой зависимости. Одним из наиболее объективных тестов является тест Фагерстрема (см. ниже). Выраженная никотиновая зависимость является показанием для назначения лекарственной терапии, при легких формах зависимости высока вероятность отказа без помощи медиков.

Пациенты, у которых коэффициент Фагерстрема более 5 баллов, требуют обязательного применения никотин-содержащих препаратов и психологической поддержки со стороны врача для уменьшения симптомов отмены, которые развиваются в результате прекращения поступления никотина в организм (тревога, депрессия, бессонница, головокружение и др.).

### Тест Фагерстрема для определения силы никотиновой зависимости

1. Через сколько времени после пробуждения Вы закуриваете первую сигарету?

В течение первых 5 минут	3
От 6 до 30 минут	2
От 31 до 60 минут	1
Более часа	0

2. Трудно ли Вам воздерживаться от курения в местах, где курение запрещено?

Да	1
Нет	0

### 3. От какой сигареты в течение дня Вам труднее всего отказаться

От первой	1
От второй	0

### 4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в течение дня

10 или меньше	0
От 11 до 20	1
От 21 до 30	2
31 и более	3

### 5. Курите ли Вы больше в первой половине дня, чем во второй?

Да	1
Нет	2

6. Продолжаете ли Вы курить, когда Вы очень больны и вынуждены соблюдать постельный режим в течение всего дня?

Да	1
Нет	0

Общее количество очков:

Ваш результат:

От 0 до 2 - Никотиновая зависимость не выявлена.

От 3 до 6 - Слабая или умеренно выраженная никотиновая зависимость.

От 7 до 10 - Сильно выраженная никотиновая зависимость.

Пациент и врач должны следить за появлением симптомов и регулировать дозу никотин-содержащего препарата, чтобы минимизировать их проявление. Наиболее сильно симптомы отмены проявляются в первый месяц после отказа от курения, поэтому именно в этот период важно принимать препараты в достаточно большой дозе, и только после исчезновения симптомов начинать постепенно снижать дозу препарата. Большинство курильщиков, использующие стандартные схемы, достигают только 50% замещения уровня никотина, который был при курении табака. Более высокие дозы, чем указаны в рекомендациях, безопасны для пациентов, которые курят более 20 сигарет в день, и использование более высоких доз может увеличить шанс успеха.

В настоящее время в России зарегистрированы и находятся в продаже никотин-содержащие препараты, которые выпускает фирма Фармация под общим названием Никоретте. Препараты предназначены для доставки в организм никотина в период

отказа от курения для снятия симптомов отмены. Никоретте выпускается в двух формах: Никоретте - жевательная резинка и Никоретте - ингалятор.

Никоретте - жевательная резинка. Выпускается в двух дозах: 2 мг и 4 мг никотина. В настоящее время в Россию поставляется только Никоретте - жевательная резинка 2 мг, поставки Никоретте в дозе 4 мг ожидаются в ближайшее время. Никоретте 2 мг рекомендуется для пациентов, выкуривающих менее 25 сигарет в сутки, 4 мг - для пациентов, выкуривающих более 25 сигарет в сутки. Обычно жевательную резинку используют в течение 3 месяцев не более 24 пластинок в сутки. В первые дни после отказа от курения используют не менее 1 пластинки в час. Очень важно соблюдать правильную технику жевания: пластинку кладут в рот и медленно несколько раз разжевывают, пока не почувствуют специфический вкус (горький или мятный в зависимости от типа жевательной резинки). Затем пластинку помещают за щеку и периодически ее жуют в течение 30 минут, пока полностью не исчезнет вкус.

Никоретте - ингалятор. Ингалятор представляет собой мундштук, в который вставляются сменные картриджи, содержащие 10 мг никотина и ментола. Процесс использования ингалятора очень похож на процесс курения: никотин поступает из картриджа в ротовую полость при вдыхании из мундштука. Это позволяет несколько облегчить отвыкание от сильной привычки у курильщиков к самой процедуре курения. Весь никотин из картриджа расходуется в течение 20 минут интенсивного "курения". Пациент сам должен определить, сколько затяжек ему следует делать при каждом "курении", но не применять открытый картридж на следующий день. Применять ингалятор более 6 месяцев не рекомендуется.

Кислые напитки (кофе, соки) снижают абсорбцию никотина, поэтому нежелательно что-либо есть или пить (кроме воды) за 15 минут до и в течение использования Никоретте. В первые 2 недели отказа от курения не стоит дожидаться появления симптомов отмены, а принимать Никоретте в плановом порядке каждый час в дозе, зависящей от степени никотиновой зависимости. Принимают препараты от 3 до 6 месяцев, при этом в последние 2-3 месяца частоту использования препарата последовательно снижают до полного отказа от применения. Применение никотин-содержащих препаратов по крайней мере удваивает шанс успеха.

Приложение N 2

## **МЕТОДИКА САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ПОСТЕПЕННОГО ОТВЫКАНИЯ ОТ КУРЕНИЯ**

1. Прежде всего четко обоснуйте для себя причину, побудившую Вас отказаться от курения (стремление сохранить и укрепить здоровье, увеличить свою



работоспособность, избавить окружающих от вредного воздействия табачного дыма и др.).

2. Предложите своему другу (если он курит) бросить курить - вместе бросать легче. Также и курящим супругам легче одновременно отказаться от вредной привычки.

3. Заключите с кем-нибудь пари (спор), что перестанете курить в определенный день. Это Вас будет стимулировать осуществить свою цель.

4. Уберите из своей комнаты пепельницы, зажигалки и вообще все предметы, которые напоминают о курении.

5. Наметьте дату, когда Вы бросите курить (желательно, чтобы она была приурочена к отпуску, ко дню рождения или другому знаменательному событию).

6. В заранее намеченное утро, открыв пачку Ваших любимых сигарет, одну сигарету выбросьте, а 19 выкуривайте, как обычно, в течение дня. На другое утро выбросьте уже две сигареты. На третий день Вы выкуриваете - 17, на четвертый - 16 сигарет и т.д. При этом необходимо каждый раз открывать новую пачку сигарет и, не жалея, лишние выкидывать вон. Даже на двадцатый день не пожалейте - выкиньте все ненужные - 19 сигарет. На 21 день выкидывайте опять - 19 сигарет, а от оставшейся отрезается одна треть, после чего ее можно выкурить, на 22-й день у оставшейся из новой пачки сигареты отрезайте половину и выкуривайте оставшуюся часть. На 23-й день от единственной из пачки сигареты отрезайте - 3/4 ее длины и делаете последнюю, по сути дела, уже безразличную для Вас затяжку. И все! С курением покончено!

7. Для тех, кто курит папиросы и хочет избавиться от этой привычки, можно рекомендовать следующее: возьмите папиросу и прежде чем ее закурить, вставьте в "мундштук" ватный шарик (тампон) и в таком виде выкурите ее. Сделайте то же самое с каждой папиросой из пачки. На другой день вложите 2 шарика в каждую папиросу, а в последующие - 3 - 4 шарика и т.д. и выкуривайте папиросы в таком виде. С каждым днем количество ватных шариков в папиросе будет увеличиваться, и Вы почувствуете, что курить становится все труднее и труднее. При этом сама процедура сворачивания ватных шариков оттягивает время начала курения, а наличие "ватного фильтра" значительно затруднит сам процесс курения, который уже не будет доставлять Вам никакого удовольствия.

По прошествии 1 - 1,5 месяцев строгого контроля (учитывая предлагаемые рекомендации) прекратите курить!!! Наградите себя за этот "подвиг", купите себе что-нибудь приятное.

### Советы тем, кто бросает курить

Не исключено, что у Вас опять появится непреодолимое желание закурить. В этом случае Вы должны напрячь всю свою волю и вспомнить ту основную причину, из-за которой Вы решили бросить курить. Кроме того, можно воспользоваться несколькими советами, которые помогут Вам справиться с собой и отвлекут от желания закурить.

1. При появлении желания закурить постарайтесь занять себя чем-нибудь, например, позвоните кому-нибудь по телефону, пройдитесь по коридору и т.д. Чаще посещайте театры, кино, музеи, т.е. места, где курить запрещено. Постарайтесь заменить сигарету легкими физическими упражнениями, короткими прогулками до и после работы.

2. Если Вы привыкли держать сигарету и не знаете, куда деть руки, займите их ручкой, карандашом.

3. Если Вы привыкли держать что-нибудь во рту - держите зубочистку, несладкую жевательную резинку или мятные конфеты.

4. Чувствуете, что начинаете сдаваться - зажгите спичку и медленно погасите, сомните ее в пепельнице, как будто это сигарета.

5. Когда желание закурить сигареты становится нестерпимым, попробуйте сжимать кистевой эспандер (желательно, резиновый, круглый) то правой рукой, то левой, то обеими вместе. Несколько минут достаточно, чтобы справиться с собой. Если желание закурить появится опять, тогда вновь следует обратиться к спасительному эспандеру.

6. Эффективны и дыхательные упражнения: несколько раз быстро вдохните и выдохните, а затем глубоко вдохните и задержите дыхание на некоторое время. Дыхательные упражнения хорошо вентилируют легкие и устраняют появляющуюся тягу к курению.

7. Можно также использовать и зубной эликсир - 4 - 5 каплями смазывать язык, обвести им полость рта.

8. При появлении некоторых неприятных ощущений - раздражительности, быстрой утомляемости, головных болях, изменении аппетита, потливости, повышении слюноотделения или, наоборот, сухость во рту и др. - необходимо срочно обратиться к врачу.

Примечание: по материалам методических рекомендаций "Медицинская помощь при табакокурении в практическом здравоохранении".

Приложение N 3

**ВЫДЕРЖКИ ИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТОВ,  
НА КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ОПИРАТЬСЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ  
ПРАВИЛ ВНУТРЕННЕГО И ТРУДОВОГО РАСПОРЯДКА УЧРЕЖДЕНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ  
СТЕНДОВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ**

1. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

(РКБТ является международным соглашением, принятым в мае 2003 г. на 56-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, подписана и ратифицирована Россией в 2008 г.).

### 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 Сторонам на национальном, региональном и международном уровнях, с тем, чтобы постоянно и существенно сокращать распространенность употребления табака и воздействия табачного дыма.

### Статья 4

Каждый человек должен быть проинформирован о последствиях для здоровья, наркотическом характере и смертельной опасности в результате употребления табака и воздействия табачного дыма, и в этой связи для защиты всех людей от воздействия табачного дыма следует рассмотреть на соответствующем правительственном уровне эффективные законодательные, исполнительные, административные и иные меры.

### Статья 8. Защита от воздействия табачного дыма

1. Стороны признают, что научные данные недвусмысленно подтверждают, что воздействие табачного дыма является причиной смерти, болезни и инвалидности.

2. Каждая Сторона принимает и осуществляет ... и активно содействует ... принятию и осуществлению эффективных законодательных, исполнительных, административных и иных мер, обеспечивающих защиту от воздействия табачного дыма на рабочих местах, внутри помещений, общественном транспорте и в закрытых общественных местах.

Статья 14. Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака

1. Каждая Сторона ... принимает эффективные меры для содействия прекращению употребления табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости.

2. Для достижения этой цели каждая Сторона стремится:

- разрабатывать и осуществлять эффективные программы, направленные на содействие прекращению употребления табака ...;

- включать диагностику и лечение табачной зависимости и услуги по консультированию в отношении прекращения употребления табака в национальные программы, планы и стратегии в области здравоохранения и просвещения при участии работников здравоохранения и социальных работников;

- создавать в учреждениях медико-санитарной помощи и центрах реабилитации программы по диагностике, консультированию, профилактике и лечению табачной зависимости.

## 2. Конституция Российской Федерации (принята 12 декабря 1993 г.)

### Статья 1

Гражданские права могут быть ограничены на основании федерального закона в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц.

### Статья 17

3. Осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц.

### Статья 41

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

### Статья 42

Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

## 3. Уголовный кодекс Российской Федерации (от 13.06.1996 N 63-ФЗ)

### Глава 16. ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ

Статья 112. Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью

1. Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, не опасного для жизни человека и не повлекшего последствий, указанных в [статье 111](#) настоящего Кодекса, но вызвавшего длительное расстройство здоровья или значительную стойкую утрату общей трудоспособности менее чем на одну треть,

- наказывается арестом на срок от трех до шести месяцев или лишением свободы на срок до трех лет.

#### Статья 115. Умышленное причинение легкого вреда здоровью

1. Умышленное причинение легкого вреда здоровью, вызвавшего кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату общей трудоспособности, -

(в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ)

наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

(в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ).

### Глава 25. ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЙ НРАВСТВЕННОСТИ

#### Статья 236. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил

1. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, -

наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо обязательными работами на срок до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет.

(в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ).

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, -

наказывается обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до двух лет, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок.

(в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ).

### Глава 26. ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

## Статья 251. Загрязнение атмосферы

1. Нарушение правил выброса в атмосферу загрязняющих веществ, если эти деяния повлекли загрязнение или иное изменение природных свойств воздуха, - наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев.

(в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ).

2. Те же деяния, повлекшие по неосторожности причинение вреда здоровью человека, -

(в ред. Федерального закона от 25.06.1998 N 92-ФЗ)

наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет.

(в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ)

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть человека, -

наказываются лишением свободы на срок до пяти лет.

(в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ).

## 4. Федеральный закон "Об охране атмосферного воздуха" (от 04.05.1999 N 96-ФЗ)

### Статья 3. Основные принципы государственного управления в области охраны атмосферного воздуха

Государственное управление в области охраны атмосферного воздуха основывается на следующих принципах:

приоритет охраны жизни и здоровья человека, настоящего и будущего поколений;

обеспечение благоприятных экологических условий для жизни, труда и отдыха человека.

### Статья 29. Права граждан, юридических лиц и общественных объединений в области охраны атмосферного воздуха

1. Граждане, юридические лица и общественные объединения имеют право на: информацию о состоянии атмосферного воздуха, его загрязнении, а также об источниках загрязнения атмосферного воздуха и вредного физического воздействия на него;

участие в проведении мероприятий по охране атмосферного воздуха и их финансирование;

2. Граждане и общественные объединения имеют право предъявлять иски о возмещении вреда здоровью и имуществу граждан, окружающей среде, причиненного загрязнением атмосферного воздуха.

Статья 31. Ответственность за нарушение законодательства Российской Федерации в области охраны атмосферного воздуха

Лица, виновные в нарушении законодательства Российской Федерации в области охраны атмосферного воздуха, несут уголовную, административную и иную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 32. Возмещение вреда, причиненного здоровью и окружающей среде загрязнением атмосферного воздуха

Вред, причиненный здоровью и окружающей среде загрязнением атмосферного воздуха, подлежит возмещению в полном объеме и в соответствии с утвержденными в установленном порядке таксами и методиками исчисления размера вреда, при их отсутствии в полном объеме и в соответствии с фактическими затратами на восстановление здоровья и окружающей среды за счет средств физических и юридических лиц, виновных в загрязнении атмосферного воздуха.

## 5. Федеральный закон "Об охране окружающей среды" (от 10.01.2002 N 7-ФЗ)

В соответствии с [Конституцией](#) Российской Федерации каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, которые являются основой устойчивого развития, жизни и деятельности народов, проживающих на территории Российской Федерации.

Статья 11. Права и обязанности граждан в области охраны окружающей среды

1. Каждый гражданин имеет право на благоприятную окружающую среду, на ее защиту от негативного воздействия, вызванного хозяйственной и иной деятельностью ...

2. Граждане имеют право:

обращаться в органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и иные организации с жалобами, заявлениями и предложениями по вопросам, касающимся охраны окружающей среды, негативного воздействия на окружающую среду ...

6. Федеральный закон "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"  
(от 30.03.1999 N 52-ФЗ,  
в ред. Федеральных законов от 30.12.2001 N 196-ФЗ)

Настоящий Федеральный закон направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации предусмотренных Конституцией Российской Федерации прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

#### Статья 8. Права граждан

Граждане имеют право:

на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;

осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил;

на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

#### Статья 10. Обязанности граждан

Граждане обязаны:

выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц;

заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей;

не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Статья 20. Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских поселениях, на территориях промышленных организаций, воздуху в рабочих зонах производственных помещений, жилых и других помещениях

1. Атмосферный воздух в городских и сельских поселениях, на территориях промышленных организаций, а также воздух в рабочих зонах производственных



помещений, жилых и других помещениях (далее - места постоянного или временного пребывания человека) не должен оказывать вредное воздействие на человека.

2. Критерии безопасности и (или) безвредности для человека атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, ... воздуха в местах постоянного или временного пребывания человека, в том числе предельно допустимые концентрации (уровни) химических, биологических веществ и микроорганизмов в воздухе, устанавливаются санитарными правилами.

4. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, граждане, индивидуальные предприниматели, юридические лица в соответствии со своими полномочиями обязаны осуществлять меры по предотвращению и снижению загрязнения атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, воздуха в местах постоянного или временного пребывания человека, обеспечению соответствия атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, воздуха в местах постоянного или временного пребывания человека санитарным правилам.

Статья 55. Ответственность за нарушение санитарного  
законодательства  
(в ред. Федерального закона от 30.12.2001 N 196-ФЗ)

За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 57. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда вследствие нарушения санитарного законодательства

Вред, причиненный личности или имуществу гражданина, вследствие нарушения санитарного законодательства, подлежит возмещению гражданином или юридическим лицом, причинившими вред, в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации. [СанПиН 2.1.2.1002-00](#).

---

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: Федеральный закон от 10.07.2001 N 87-ФЗ имеет название "Об ограничении курения табака", а не "Об ограничении курения".

---

7. Федеральный [закон](#) "Об ограничении курения"  
(от 10 июля 2001 г. N 87-ФЗ)

Статья 6.1. В целях снижения вредного воздействия табачного дыма запрещается курение табака на рабочих местах, в залах ожидания железнодорожных, авто- и аэровокзалов, в закрытых спортивных сооружениях, организациях здравоохранения, на территориях и в помещениях образовательных организаций, в помещениях, занимаемых государственными и муниципальными органами власти, за исключением курения табака в специально отведенных местах.

Заместитель руководителя  
департамента здравоохранения  
Краснодарского края  
М.А.ВАРТАЗАРЯН

---