

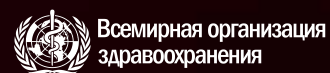


ТАБАК ГУБИТ СЕРДЦЕ

Выбирайте здоровье, а не табак

31 мая: Всемирный день без табака

#БезТабака



ТАБАК ГУБИТ СЕРДЦЕ

Выбирайте здоровье, а не табак

31 мая: Всемирный день без табака

#БезТабака



© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования по указанному ниже образцу. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке».

Любое урегулирование споров, возникающих в связи с указанной лицензией, проводится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Пример оформления библиографической ссылки для цитирования: Всемирный день без табака, 31 мая 2018 - Табак губит сердце. Выбирайте здоровье, а не табак. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (WHO/NMH/PND/18.4). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование. Для приобретения публикаций ВОЗ перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing/>

Материалы третьих лиц. Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и при необходимости получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, чьи материалы содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

Общие оговорки об ограничении ответственности. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

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

ВОЗ приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Дизайн публикации сделан NOVASB

Напечатано в Швейцарии

Эта публикация доступна в электронном формате на сайте www.who.int/tobacco

Любые вопросы относительно этой публикации должны быть направлены на следующий электронный адрес: tfi@who.int



СОДЕРЖАНИЕ

Табак убивает	06
Масштабы смертности от сердечно-сосудистых заболеваний	06
Табак губит сердце	07
Воздействие вторичного табачного дыма	07
Как табак губит сердце?	08
Бездымный табак	09
Электронные системы доставки никотина	09
Изделия из нагреваемого табака	10
Знают ли люди о том, что табак может наносить вред сердцу?	10
Преимущества отказа от употребления табака	12
Преимущества для общества	13
Решения	14
Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака	14
Инициатива Global Hearts	15
Наиболее затратоэффективные подходы в области профилактики НИЗ и борьбы с ними	15
Возможности	16
Справочные документы	18



ТАБАК УБИВАЕТ

Ежегодно табак убивает более 7 миллионов человек (1), то есть ежедневно в результате употребления табака или воздействия вторичного табачного дыма (ВТД) умирает более 19 000 человек. Большинство таких случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем доходов, население которых подвергается активному маркетингу табачной промышленности.

Табак может быть смертельным даже для некурящих людей: ВТД приводит к развитию сердечных заболеваний, рака и других болезней, вызывая ежегодно около 890 000 случаев преждевременной смерти (1).

Масштабы такого губительного воздействия на здоровье людей шокируют, но эти случаи смерти можно предотвращать. Табачная промышленность продолжает активно поддерживать употребление табачных изделий и скрывать их опасности, но мы даем надлежащий отпор, с тем чтобы не допустить продолжающегося губительного воздействия табака.

МАСШТАБЫ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Каждый третий случай смерти в мире происходит в результате сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) (2), несмотря на наличие эффективных, недорогих и безопасных лекарств. В действительности, ССЗ являются основной причиной смерти в мире, ежегодно вызывая около 18 миллионов случаев смерти (2), причем более 80% этих случаев происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. (2).



ТАБАК ГУБИТ СЕРДЦЕ

Употребление табака и воздействие ВТД являются важными причинами развития ССЗ (1), вызывая примерно 17% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в мире, то есть около 3 миллионов случаев смерти в год (3).

Риск развития сердечно-сосудистого заболевания, обусловленный курением табака, связан с количеством выкуриваемого табака и стажем курения. Однако, несмотря на сильную зависимость «доза – эффект» между количеством ежедневно выкуриваемого табака и риском развития сердечно-сосудистого заболевания, эта зависимость не является линейной (4). Риск значительно возрастает даже при воздействии незначительных уровней табачного дыма, как и при воздействии ВТД. Так, выкуривание примерно одной сигареты в день влечет за собой риск развития ишемической болезни сердца и инсульта, который лишь наполовину меньше риска, связанного с ежедневным выкуриванием 20 сигарет (5).

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВТОРИЧНОГО ТАБАЧНОГО ДЫМА

Воздействие ВТД может приводить к развитию ишемической болезни сердца у взрослых людей, повышая риск развития болезни примерно на 25%-30% (6). На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти, связанной с ВТД; около 55% из предположительно 890 000 случаев смерти взрослых людей в мире, вызванных воздействием вторичного табачного дыма, обусловлены ишемической болезнью сердца (1, 7).

В докладе о курении главного врача Службы здравоохранения Соединенных Штатов Америки 2014 г. указано, что между ВТД и острыми сердечно-сосудистыми состояниями существует причинно-следственная связь и что введение в действие законов и политики в отношении зон, свободных от курения, способствовало значительному уменьшению числа коронарных синдромов среди некурящих людей в возрасте до 65 лет (8).



КАК ТАБАК ГУБИТ СЕРДЦЕ?

Табачный дым содержит более 7000 химических веществ (4) и подразделяется на две фазы: твердую и газовую (9). Твердая фаза табачного дыма содержит никотин - вызывающее сильное привыкание вещество, связанное с повышением частоты сердцебиений, кровяного давления и сократимости миокарда (6), - и общий аэрозольный остаток (смолу), которые вместе способствуют развитию сердечных заболеваний следующими путями: воспаление, нарушение эндотелия (внутренняя поверхность кровяных сосудов), усиленное образование тромбов и снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (HDL) (4, 9, 10). Газовая фаза содержит, в числе прочих газов, ядовитый угарный газ. Угарный газ вытесняет кислород в крови, снижая тем самым доступность кислорода для сердечной мышцы и других тканей тела (4, 11).

Такое патофизиологическое воздействие табака способствует атеросклерозу, или сужению артерий, как у лиц, активно употребляющих табак, так и у пассивных курильщиков, что приводит к развитию разных типов ССЗ, таких как ишемическая болезнь сердца, нарушение мозгового кровообращения, заболевание периферических артерий и аневризма аорты (см. Рисунок 1).

РИСУНОК 1. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Справочные документы: 9, 10, 12. Иллюстрация предоставлена Голландским фондом сердца



БЕЗДЫМНЫЙ ТАБАК

Все табачные изделия, по своей сути, наносят вред, включая бездымный табак, который содержит более 2000 химических соединений, включая никотин (4, 12–15). Тяжелые металлы, такие как кадмий, и другие вещества, содержащиеся в бездымных табачных изделиях, а также добавки, такие как лакрица или зола трутовика, оказывают негативное воздействие на сердечно-сосудистую систему (13). Бездымный табак может также приводить к развитию сердечных заболеваний, вызывая резкое повышение кровяного давления и способствуя развитию хронической гипертензии (16–18). Обзор исследований позволил выявить связи между употреблением бездымного табака и смертельными инфарктом миокарда и инсультом (12, 14, 15, 19–21). Употребление бездымного табака возрастает во многих частях мира, а в некоторых странах (например, в Бангладеш, Индии) он используется шире, чем курительный табак (15, 20).

ЭЛЕКТРОННЫЕ СИСТЕМЫ ДОСТАВКИ НИКОТИНА

Электронные системы доставки никотина (ЭСДН), известные также как электронные сигареты, электронные сигары или вапорайзеры, - это работающие на аккумуляторах устройства для нагревания раствора, или е-жидкости, с целью образования аэрозольной смеси, содержащей ароматизированные жидкости и никотин, которые вдыхает пользователь (22). Они также выделяют разные потенциально вредные и токсичные химические вещества с известным воздействием на здоровье, что приводит к целому ряду значительных патологических изменений. К тому же, смесь содержит никотин, который может оказывать неблагоприятное воздействие во время беременности и способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистая система очень чувствительна к никотину и другим химическим веществам, и ЭСДН оказывают прямое воздействие на организм человека (например, сужение артерий, повышение частоты сердцебиений и кровяного давления). Лица, не являющиеся пользователями, в том числе дети и молодые люди, также подвергаются риску развития ССЗ из-за вдыхания вторичного пара (23). Имеющиеся на сегодняшний день фактические данные свидетельствуют о том, что, как правило, ЭСДН содержат меньше токсических веществ, чем дым сигарет. Вместе с тем, длительное использование ЭСДН предположительно повышает риск развития хронической обструктивной болезни легких, рака легких и, возможно, сердечно-сосудистых заболеваний, а также некоторых других заболеваний, связанных с курением. Кроме того, в настоящее время неизвестно, связано ли использование ЭСДН с более низким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с курением сигарет.



ИЗДЕЛИЯ ИЗ НАГРЕВАЕМОГО ТАБАКА

Изделия из нагреваемого табака (ИНТ), известные также как изделия из нагреваемого, но не горящего табака, - это работающие на аккумуляторах устройства для нагревания табака до более низких температур (до 350°C) по сравнению с температурами горения обычных сигарет (около 600°C). Это приводит к образованию аэрозоля, содержащего никотин и другие химические вещества, при этом из табачных листьев, остающихся нетронутыми, выделяются летучие вещества. В настоящее время не имеется фактических данных, свидетельствующих о меньшем вреде ИНТ по сравнению с обычными табачными изделиями. Все формы употребления табака наносят вред, и на ИНТ должны распространяться те же меры политики и регулирования, что и на любую другую табачную продукцию.

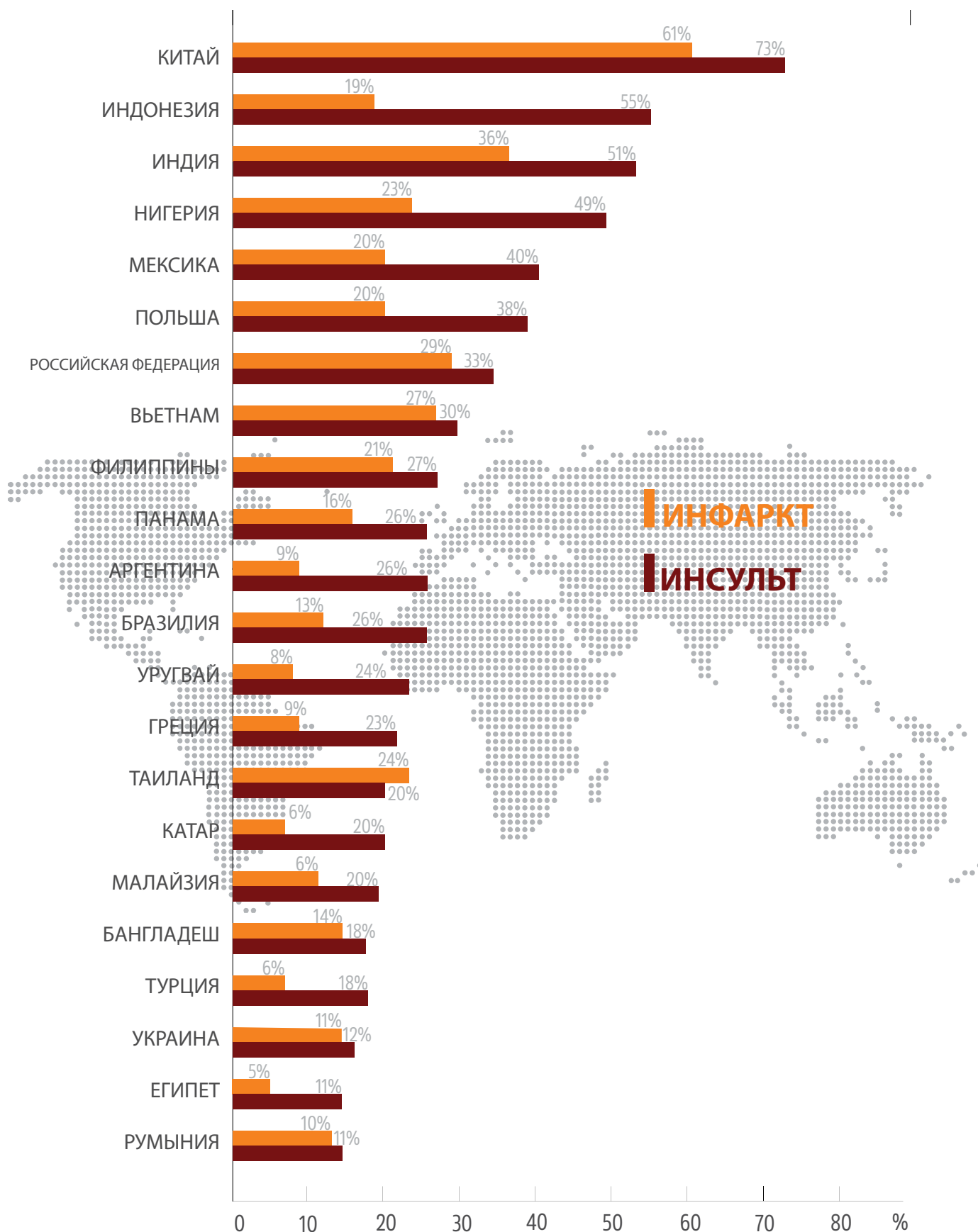
ЗНАЮТ ЛИ ЛЮДИ О ТОМ, ЧТО ТАБАК МОЖЕТ НАНОСИТЬ ВРЕД СЕРДЦУ?

Несмотря на то, что многие люди знают о том, что употребление табака повышает риск развития рака, в знаниях о рисках развития ССЗ в результате употребления табака, имеются пробелы, причем во многих странах значительные (24).

По результатам Глобального обследования потребления табака взрослым населением (GATS), процентная доля людей, не верящих в то, что табак может приводить к инсульту, варьируется от 73% в Китае до 11% в Египте и Румынии; а в отношении инфаркта этот показатель варьируется от 61% в Китае до 5% в Египте (24) (см. Рисунок 2).



РИСУНОК 2. ВЗРОСЛЫЕ ЛЮДИ, КОТОРЫЕ НЕ ВЕРЯТ ИЛИ НЕ ЗНАЮТ, ЧТО КУРЕНИЕ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ИНСУЛЬТУ И ИНФАРКТУ (%)



Справочный документ: (24)



ПРЕИМУЩЕСТВА ОТКАЗА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Отказ от употребления табака имеет значительные преимущества. В качестве наиболее эффективных решений, способствующих отказу от употребления табака, ВОЗ предлагает краткие рекомендации, консультирование (телефонные линии для бросающих курить) и/или текстовые сообщения по мобильным телефонам (mCessation). Кроме того, для лиц, не способных отказаться от курения с помощью этих рекомендуемых мер, существуют эффективные препараты, такие как никотинзаместительная терапия, бупропион или варениклин, способствующие отказу от употребления табака.



ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ (25, 26)

В течение 20 минут

частота сердцебиений и кровяное давление снижаются (27)

В течение 12 часов

уровень угарного газа в крови снижается до нормального (28)

Через 2 - 12 недель

кровообращение и функция легких улучшаются (25)

Через 6 недель

после отказа от употребления бездымного табака 97% лейкоплакических поражений полости рта полностью проходят (29)

Через 1 – 9 месяцев

после отказа от курения кашель и одышка уменьшаются (25)

Через год после отказа от курения

риск развития ишемической болезни сердца составляет примерно половину от аналогичного показателя для курильщика (25)

Через 1 – 4 года после отказа от употребления

бездымного табака риск смерти составляет почти половину от аналогичного показателя для лица, продолжающего его употреблять (30)

Через 5 – 15 лет после отказа от курения

риск инсульта снижается до уровня риска для некурящего человека (25)

Через 10 лет после отказа от курения

риск развития рака легких составляет примерно половину от аналогичного показателя для курильщика, а риск развития рака ротовой полости, горла, пищевода, мочевого пузыря, шейки матки и поджелудочной железы снижается (25)

Через 15 лет после отказа от курения

риск развития ишемической болезни сердца становится равным риску для никогда не курящего человека (25)



ЛЮДИ ВСЕХ ВОЗРАСТОВ, У КОТОРЫХ УЖЕ РАЗВИЛИСЬ СВЯЗАННЫЕ С ТАБАКОМ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, ВСЕ ЕЩЕ МОГУТ ПОЛУЧИТЬ ПРЕИМУЩЕСТВА ОТ ОТКАЗА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА.

Преимущества в сравнении с лицами, продолжающими употреблять табак (26)

- В возрасте около 30 лет: + 10 лет ожидаемой продолжительности жизни
- В возрасте около 40 лет: + 9 лет ожидаемой продолжительности жизни
- В возрасте около 50 лет: + 6 лет ожидаемой продолжительности жизни
- В возрасте около 60 лет: + 3 года ожидаемой продолжительности жизни
- После развития болезни, представляющей угрозу для жизни: преимуществом для людей, отказавшихся от употребления табака после инфаркта миокарда, является быстрое снижение вероятности смерти на 36% (31) - 46% (30).

ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ ОБЩЕСТВА

Глобальный экономический ущерб от курения оценивается в сумму, превышающую 1,4 трлн. долл. США в год. Эта сумма включает прямые медицинские расходы (около 400 млрд. долл. США) и косвенные расходы (1 трлн. долл. США), понесенные в результате потери производительности в связи с преждевременной смертью и воздействием ВТД (32, 33). Подходы, способствующие отказу от употребления табака, являются затратноэффективными мерами профилактики ССЗ и позволяют обеспечить значительную экономию с точки зрения средств, расходуемых как на кратковременную, так и на длительную медицинскую помощь (34). По результатам исследования, в рамках которого изучался экономический ущерб от курения, расходы на помощь курильщику в отказе от курения (примерно 1000-1500 долл. США) компенсируются в краткосрочной перспективе доходами, полученными благодаря предотвращению одних лишь инфарктов и инсультов (35).



РЕШЕНИЯ

РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) (36) обеспечивает твердые, сплоченные действия в связи с глобальной табачной эпидемией и обусловленными ею огромными здравоохранительными, социальными, экологическими и экономическими расходами. Стороны Конвенции обязаны принимать всесторонние, эффективные меры по борьбе против табака. РКБТ ВОЗ насчитывает 181 Сторону и охватывает 90% населения мира. В РКБТ ВОЗ предусмотрены меры, направленные на уменьшение как спроса на табачную продукцию, так и ее предложения, помимо этих мер она включает другие важные положения, такие как требование к Сторонам принимать меры по защите политики общественного здравоохранения от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности. В сферу охвата соглашения входит вся цепь производства и распределения табака – от фермы до фабрики и далее до пункта продажи.



FCCTS

РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ
ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА



ИНИЦИАТИВА GLOBAL HEARTS

Для содействия правительствам в усилении профилактики и контроля ССЗ в сентябре 2016 г. ВОЗ и Центры Соединенных Штатов Америки по контролю и профилактике болезней провозгласили Global Hearts – новую инициативу, включающую три технических пакета (37).

В отношении профилактики ССЗ Global Hearts включает пакет MPOWER¹ по борьбе против табака, ориентированный на РКБТ ВОЗ, и пакет SHAKE, предназначенный для уменьшения потребления соли². В отношении ведения ССЗ технический пакет HEARTS³ предназначен для укрепления ведения ССЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи в целях уменьшения числа осложнений, таких как инфаркты и инсульты (37).

Все эти пакеты содержат ряд высокоэффективных, основанных на фактических данных мероприятий, которые, вместе взятые, окажут значительное положительное воздействие на здоровье сердца в глобальных масштабах.

НАИБОЛЕЕ ЗАТРАТОЭФФЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НИЗ И БОРЬБЫ С НИМИ

Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила ряд наиболее затратоэффективных подходов и других рекомендуемых ВОЗ мероприятий для осуществления правительствами в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. Мероприятия по борьбе против табака и ССЗ занимают важное место среди этих подходов и являются проверенными и затратоэффективными мерами, осуществление которых должно быть ускорено в странах. Центральное место среди наиболее затратоэффективных подходов отводится мерам MPOWER (38).

¹ Пакет **MPOWER**: **M**-onitor – мониторинг употребления табака и политики в области профилактики,

P-rotect – защита людей от табачного дыма, **O**-ffer – предложение помощи в целях отказа от употребления табака, **W**-arn – предупреждение об опасностях, связанных с табаком, **E**-nforce – обеспечение соблюдения запретов на рекламу, **R**-aise – повышение налогов на табак. Этот технический пакет предназначен для содействия уменьшению спроса на табачные изделия на страновом уровне.

² Пакет **SHAKE**: **S**-urveillance – осуществлять надзор, **H**-arness – привлекать промышленность для изменения состава, **A**-dopt – принимать маркировку, **K**-nowledge – улучшать знания, **E**-nvironment – создавать условия для здорового питания. Этот технический пакет предназначен для содействия государствам-членам в разработке, осуществлении и мониторинге стратегий, направленных на уменьшение потребления соли среди населения.

³ Пакет **HEARTS**: **H**-ealthy-lifestyle – консультирование в отношении здорового образа жизни, **E**-vidence-based – протоколы лечения, основанные на фактических данных, **A**-ccess – доступ к основным лекарственным средствам и технологиям, **R**-isk based – схемы, основанные на оценке риска, **T**-eam-based – медицинская помощь на коллективной основе, **S**-ystems – системы для мониторинга. Этот технический пакет обеспечивает стратегический подход к улучшению сердечно-сосудистого здоровья в странах.



ВОЗМОЖНОСТИ

КАЖДЫЙ МОЖЕТ ПРИНИМАТЬ УЧАСТИЕ В БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА:

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА, МЕСТНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ И ГОРОДА МОГУТ:

- проводить информационно-разъяснительную работу в отношении комплексных мер по борьбе против табака, изложенных в РКБТ ВОЗ;
- поддерживать введение и обеспечение исполнения законов о бездымной среде во всех общественных местах и на рабочих местах, включая учреждения, рестораны, бары, казино, больницы и клиники, для защиты людей от вредного воздействия ВТД;
- поддерживать практику нанесения на все табачные изделия графических предупреждений о вреде для здоровья в качестве эффективного по стоимости способа информирования людей, употребляющих табак, о связанных с ним рисках для здоровья;
- содействовать принятию маркировки, предупреждающей о связанных с табаком рисках развития ССЗ, в соответствии с руководящими принципами осуществления РКБТ ВОЗ в отношении предупреждений о вреде для здоровья;
- поддерживать осуществление политики по обеспечению систематического доступа к консультированию и фармакотерапии, содействующим отказу от курения;
- разворачивать основанные на фактических данных кампании в СМИ по повышению осведомленности в отношении рисков развития ССЗ, связанных с употреблением табака и воздействием ВТД;
- просвещать общественность и исправлять неверные представления людей о ССЗ и употреблении табака;
- вводить меры политики, направленные на недопущение лоббирования табачной промышленности и ее вмешательства в политику борьбы против табака, и обеспечивать их осуществление.



ВСЕ ПРОВАЙДЕРЫ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВРАЧИ ШИРОКОГО И УЗКОГО ПРОФИЛЯ И КАРДИОЛОГИ МОГУТ:

- спрашивать пациентов, употребляют ли они табак, и предоставлять каждому пациенту, употребляющему табак, краткие рекомендации в отношении отказа от этой практики;
- пропагандировать жизнь, свободную от табачной зависимости, на основе личного примера и содействия курящим пациентам и специалистам здравоохранения в отказе от курения;
- проводить четкую всестороннюю политику по превращению всех медицинских учреждений, организаций и учебных заведений (включая университеты) в зоны, свободные от курения, и обеспечивать ее выполнение на всех уровнях (включая конференции);
- побуждать пенсионные фонды, бухгалтерии и банки своих медицинских учреждений не вкладывать средства в области, связанные с табаком;
- осуществлять программы и протоколы, обеспечивающие систематическую поддержку в отказе от курения и консультирование в отношении предотвращения воздействия ВТД; некурящим пациентам следует также рекомендовать избегать воздействия ВТД;
- поддерживать включение консультирования в отношении отказа от курения во все учебные программы среднего, высшего и последующего медицинского образования;
- повышать значимость проблем борьбы против табака, включая курение и воздействие ВТД, на основных клинических кардиологических совещаниях и в рамках программ повышения квалификации.

КОММЕРЧЕСКИЕ ПРЕДПРИЯТИЯ:

- владельцы ресторанов и баров должны обеспечивать соблюдение национальных законов о бездымной среде и содействовать тому, чтобы их заведения были зонами, полностью свободными от табачного дыма;
- розничные торговцы должны строго соблюдать ограничения в отношении продажи табачных изделий лицам, не достигшим совершеннолетия, и запреты на рекламу, маркетинг и стимулирование продажи табака и не должны, в частности, распространять бесплатные образцы или размещать рекламу табака там, где это не соответствует их внутренним законам;
- спортивные клубы и спортивные, развлекательные, музыкальные, общественные и культурные мероприятия, особенно молодежные, не должны допускать никаких форм спонсорства табака.



СПРАВОЧНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-1422.
2. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare data visualization [website]. Seattle, WA: University of Washington; 2016 (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, accessed 23 April 2018).
4. United States Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
5. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*. 2018;360:j5855.
6. Catlin MC, Deng R, Martinez RS, Sharma R, Grossblatt N. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: making sense of the evidence. Washington (DC): Institute of Medicine of the National Academies; 2009.
7. Öberg M, Woodward A, Jaakkola MS, Peruga A, Prüss-Ustün A. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2010.
8. United States Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
9. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43(10):1731-7.



10. Csordas A, Bernhard D. The biology behind the atherothrombotic effects of cigarette smoke. *Nat Rev Cardiol.* 2013;10(4):219-30.
11. United States Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
12. Gupta R, Gupta S, Sharma S, Sinha DN, Mehrotra R. Risk of coronary heart disease among smokeless tobacco users: results of systematic review and meta-analysis of global data. *Nicotine Tob Res.* 2018 [e-pub ahead of print].
13. Gupta R, Gurm H, Bartholomew JR. Smokeless tobacco and cardiovascular risk. *Arch Intern Med.* 2004;164(17):1845-9.
14. Piano MR, Benowitz NL, Fitzgerald GA, Corbridge S, Heath J, Hahn E et al. Impact of smokeless tobacco products on cardiovascular disease: implications for policy, prevention, and treatment: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2010;122(15):1520-44.
15. Siddiqi K, Shah S, Abbas SM, Vidyasagan A, Jawad M, Dogar O et al. Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults: analysis of data from 113 countries. *BMC Med.* 2015;13:194.
16. Hergens MP, Lambe M, Pershagen G, Ye W. Risk of hypertension amongst Swedish male snuff users: a prospective study. *J Intern Med.* 2008;264(2):187-94.
17. Pandey A, Patni N, Sarangi S, Singh M, Sharma K, Vellimana AK et al. Association of exclusive smokeless tobacco consumption with hypertension in an adult male rural population of India. *Tob Induc Dis.* 2009;5:15.
18. Anand A, Mik S. The risk of hypertension and other chronic diseases: comparing smokeless tobacco with smoking. *Front Public Health.* 2017;5:255.
19. Boffetta P, Straif K. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ.* 2009;339:b3060.
20. Zhang LN, Yang YM, Xu ZR, Gui QF, Hu QQ. Chewing substances with or without tobacco and risk of cardiovascular disease in Asia: a meta-analysis. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2010;11(9):681-9.
21. Vidyasagan AL, Siddiqi K, Kanaan M. Use of smokeless tobacco and risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23(18):1970-81.
22. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation.* 2014;129(19):1972-86.
23. Qasim H, Karim ZA, Rivera JO, Khasawneh FT, Alshbool FZ. Impact of electronic cigarettes on the cardiovascular system. *J Am Heart Assoc.* 2017;6(9).



24. Asma S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM et al. The GATS atlas. Global Adult Tobacco Survey. Atlanta, GA: CDC Foundation; 2015.
25. United States Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1990.
26. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
27. Mahmud A, Feely J. Effect of smoking on arterial stiffness and pulse pressure amplification. *Hypertension*. 2003;41(1):183-7.
28. United States Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking. Nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1988.
29. Martin GC, Brown JP, Eifler CW, Houston GD. Oral leukoplakia status six weeks after cessation of smokeless tobacco use. *J Am Dent Assoc*. 1999;130(7):945-54.
30. Arefalk G, Hambraeus K, Lind L, Michaëlsson K, Lindahl B, Sundström J. Discontinuation of smokeless tobacco and mortality risk after myocardial infarction. *Circulation*. 2014;130(4):325-32.
31. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
32. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018;27(1):58-64.
33. Hall W, Doran C. How much can the USA reduce health care costs by reducing smoking? *PLoS Med*. 2016;13(5):e1002021.
34. Lightwood J. The economics of smoking and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46(1):39-78.
35. Basu S, Glantz S, Bitton A, Millett C. The effect of tobacco control measures during a period of rising cardiovascular disease risk in India: a mathematical model of myocardial infarction and stroke. *PLoS Med*. 2013;10 (7):e1001480.
36. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003.
37. Global Hearts Initiative [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/en/, accessed 23 April 2018).
38. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017.







Всемирная организация
здравоохранения



ВМЕСТЕ
ПОБЕДИМ НИЗ

#победимНИЗ



WORLD HEART
FEDERATION®



FCTC

РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ
ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА
С Е К Р Е Т А Р И А Т