

EVALUATION OF THE TOBACCO EPIDEMIC AND TOBACCO CONTROL MEASURES AT NATIONAL AND MUNICIPAL LEVELS

Tatiana I. Andreeva

The lecture covers the issue of tobacco control measures effectiveness and evaluation of the tobacco epidemic in general. Indicators of five levels are suggested. 1. Input (resources), 2. Process (activities to transform resources into effective measures), 3. Output (products, policies, services and programs), 4. Outcome (prevalence, initiation and cessation of smoking), 5. Impact (diseases and deaths caused by tobacco use and tobacco smoke). Approaches to data collection to estimate the suggested groups of indicators are suggested.

Key words: tobacco epidemic, surveillance, monitoring, evaluation, input, process, output, outcome, impact.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ И МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЕЙ НА НАЦИОНАЛЬНОМ И МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

Т.И. Андреева

Лекция посвящена теме оценки эффективности мер контроля над табаком и состояния табачной эпидемии в целом. Приведены индикаторы пяти уровней: 1. вклад (ресурсы), 2. процессы (действия, направленные на превращение ресурсов в эффективные меры), 3. продукт (политические меры, службы и программы, способные воздействовать на население), 4. результат (распространенность курения, начало и прекращение курения), 5. влияние (заболевания и смерти, связанные с потреблением табака и воздействием табачного дыма). Предложены подходы к сбору данных для оценки этих групп.

Ключевые слова: табачная эпидемия, эпиднадзор, мониторинг, оценка, вклад, процессы, продукт, результат, влияние.

Данная работа относится к сфере, которая на английском языке называется «surveillance» и переводится на русский язык как «надзор» или «эпиднадзор», а иногда прибегают к слову «мониторинг».

Первоначально под «surveillance» понимался именно мониторинг разных показателей, касающихся здоровья – количество заболевших, заболеваемость, распространенность заболеваний. Затем появился эпиднадзор второго поколения, который стал отслеживать не только биологические показатели – заболеваемость и смертность – но и поведенческие факторы риска. В последние годы в разных сферах общественного здоровья не только рассматривают перечисленные выше показатели, но и дополняют их мониторингом политических мер и программ, которые должны обеспечить решение проблем. Такой мониторинг отслеживает, в какой степени на данной территории действуют и соблюдаются законы, принятые для решения соответствующей проблемы, в какой мере осуществляются программы, предоставляются услуги и

так далее. Это иногда называют мониторингом третьего поколения.

Что можно и нужно измерять как показатели эффективности работы в сфере общественного здоровья?

При попытках измерить эффективность любой деятельности традиционно возникает вопрос о выборе индикаторов. Для общественного здоровья полезной представляется платформа, которую использует «Глобальный фонд против СПИДа, туберкулеза и малярии» для оценки успешности осуществляемых мер. Эта платформа является чрезвычайно уместной для работы и с другими проблемами общественного здоровья. Платформа состоит из индикаторов пяти уровней. Рассмотрим их вместе с англоязычными вариантами, чтобы минимизировать издержки неоднозначности перевода.

Индикаторы **вклада (input)** касаются используемых для решения проблемы ресурсов (человеческих, материальных, информационных и любых дру-

программное обеспечение, ноу-хау и все прочее).

Индикаторы **процесса (process)** касаются деятельности, которая фактически превращает имеющиеся ресурсы в эффективные меры.

Индикаторы как следствие процессов, или, лучше, **продукт (output)** – это продукты и услуги, которые могут быть направлены на население и могут непосредственно влиять на его поведение и здоровье. Обобщенно все эти продукты можно рассматривать в качестве интервенций, вмешательств популяционного или индивидуального уровня. Это обычно некие характеристики окружающей среды, структурные изменения, законодательные меры в комплексе с действиями по их реализации, учреждения и службы, создающие условия для здорового выбора. Иногда продуктом может быть деятельность некоторых служб, но она отличается от деятельности предыдущего уровня тем, что она непосредственно влияет на население, а не на создание каких-то служб или программ.

Индикаторы **результата (outcome)** касаются изменений на уровне населения, групп людей, относящихся к их знаниям, убеждениям и практикам.

Если рассматриваемая проблема здоровья связана с известными рискованными видами поведения, то успех, выраженный в индикаторах этого уровня, будет подразумевать сокращение таких рискованных видов поведения. Например, оценивается, уменьшилась ли в популяции доля людей, образ жизни которых не может считаться здоровым. Если известно, что для сокращения рисков люди должны обладать определенными знаниями, то индикаторы могут касаться этих знаний. Например, стало ли больше людей, которые понимают, какой образ жизни можно считать здоровым.

Индикаторы **влияния (impact)** касаются изменения показателей заболеваний и смертей, возникающих вследствие проблемы, которую мы хотим решить.

Индикаторы первых трех уровней (вклад, процесс и продукт) могут собираться в процессе мониторинга и фактически отслеживаются на управленческом уровне. Индикаторы результата и влияния часто требуют проведения специальных исследований, опросов населения, привлечения данных о заболеваемости и смертности.

Как именно могут измеряться перечисленные индикаторы и как их можно использовать для оценки эффективности мер контроля над табаком? Какие данные необходимы, чтобы оценка стала возможной? Рассмотрим перечисленные группы показателей, начиная с последнего.

ВЛИЯНИЕ (IMPACT)

Влияние и конечная цель контроля над табаком состоит в том, чтобы сократить количество болезней и смертей, возникающих из-за воздействия табачного дыма как на тех, кто курит сам, так и тех, кто вдыхает табачный дым поневоле. Однако оценка того, какая именно часть из всех болезней и смертей вызвана воздействием табачного дыма, представляет определенную методологическую проблему, поскольку рутинные статистические данные, касающиеся заболеваемости и смертности, обычно ничего не говорят о вкладе в эти показатели потребления табачных изделий. Методологически строгая оценка вклада курения в смертность от различных заболеваний требует проведения дорогостоящих и долговременных эпидемиологических исследований. Например, исследование, проведенное Ричардом Пито и соавторами в Китае [22], потребовало

интервьюирования 1 000 000 (одного миллиона) выживших родственников (обычно супругов) недавно умерших людей.

Поскольку большинство стран не могут позволить себе проведение подобных исследований, на основе результатов ранее проведенных масштабных исследований были предложены непрямые оценки связанной с табаком смертности. Процедуры получения этих оценок достаточно сложны. Упрощенно поясним, что в расчет брались уровни смертности в каждой конкретной стране с учетом возраста и пола. Поскольку более 90% случаев рака легкого обусловлены курением, то именно это заболевание служило основой для расчетов в отличие от, например, сердечно-сосудистых заболеваний, характеризующихся множественностью причин возникновения. Поскольку в большинстве стран были известны лишь уровни смертности от рака легкого, но не уровни смертности курящих и некурящих, то их нужно было сравнить с какой-то группой, для которой такие оценки были проведены. Такой группой стали некурящие, проживающие в США.

Подразумевалось, что в любой стране мира, если исключить влияние курения, люди будут умирать от рака легкого с такой же вероятностью, как американские некурящие. Часть смертности от рака легкого, которая превышает показатели смертности для американских некурящих, относится за счет влияния курения. Такие оценки связанной с потреблением табака смертности были рассчитаны и опубликованы для развитых стран, к которым отнесены и страны бывшего СССР. [29] Казалось бы, это удобный способ оценки ситуации. Однако есть ряд ограничений. Во-первых, это данные национального уровня, рассчитанные для страны в целом, они ничего не могут сказать о влиянии успехов на местном уровне. Во-вторых, опубликованные данные касаются уже довольно давно прошедших лет, их можно использовать для ретроспективной оценки, но не для отслеживания нынешних успехов. В-третьих, не менее важным ограничением является то, что оцениваемые Ричардом Пито и соавторами уровни смертности от курения во всех странах бывшего СССР снижаются, в том числе в группах, в которых происходит рост потребления табака. Это указывает на очевидную неточность таких оценок, базирующихся исключительно на показателях смертности от рака легкого. Фактически же следствиями потребления табачных изделий является длинный список заболеваний и причин смерти.

Например, если курильщик умер в возрасте 40 лет от инфаркта миокарда и не дожил до своего рака легкого в 50 лет, то «оцениваемая связанная с курением смертность» в этом случае снижается. Впрочем, существуют и другие гипотезы относительно причин такого снижения, которые являются предметом длительных дискуссий [13-15; 21; 23; 28; 30; 32; 33; 37]

Как можно собирать информацию для прямых оценок связанных с табаком заболеваемости и смертности

Для ориентации в том, какой вклад в заболеваемость и смертность, оцениваемые на местном уровне, вносит курение, чрезвычайно важными являются отметки о курительном статусе пациентов в медицинской документации. Если эти отметки затем учитываются при составлении отчетов, то можно оценить, какой вклад вносит курение в ту или иную патологию. Рассмотрим гипотетический пример. Пусть в городе, где проживает 1 миллион взрослых, по данным годового отчета, острый инфаркт миокарда перенесли 1000 жителей, среди них курильщиками оказались 600 человек. Самое простое было бы предположить, что у всех 600 курильщиков, у которых произошел инфаркт миокарда, он произошел по причине курения, то есть 60% случаев связаны с курением. Но это некорректно, поскольку у некурящих тоже наблюдались такие заболевания.

Следовательно, и часть случаев заболеваний среди курильщиков обусловлена другими причинами, и нужно понять, как соотносятся эти доли.

По данным городского или, что более вероятно, национального опроса, мы знаем, что в этой стране курят 40% взрослых. Составляем таблицу 2x2 (таблица 1). Из данных о распространенности курения предполагаем, что всего в городе 400 000 взрослых курильщиков. Заполняем вторую и четвертую колонки в таблице. После них заполняем третью, вычитая данные второй колонки из данных четвертой.

Вычисляем соотношение шансов (OR), которое служит для оценки относительного риска (RR). Шанс курильщиков получить инфаркт = $600/399\ 400$; шанс некурящих получить инфаркт = $400/599\ 600$. $OR = (600/399\ 400)/(400/599\ 600) = (600 * 599\ 600)/(400 * 399\ 400) = 2,25$

Впрочем, в данном примере можно оценить и относительный риск. Абсолютный риск заболевания для курильщиков составляет $600/400\ 000$; для некурящих $400/600\ 000$.

Таблица 1. Расчет показателей относительного риска в гипотетическом примере

	Перенесли инфаркт миокарда	Не перенесли инфаркт	Всего
Курильщики	600	399 400	400 000
Некурящие	400	599 600	600 000
Всего	1000	999 000	1 000 000

Относительный риск = абс.риск курильщиков/абс.риск некурящих = $(600/400\ 000)/(400/600\ 000)=9/4=2,25$

Поскольку заболеваемость низкая (в статистическом смысле), то относительный риск и соотношение шансов совпадают.

Теперь мы знаем абсолютный риск курильщиков и некурящих заболеть инфарктом. А также знаем, во сколько раз риск у курильщиков выше, чем у некурящих. Но мы по-прежнему не знаем, какая часть случаев инфаркта обусловлена курением.

Зная распространенность курения (40%) и относительный риск (2,25) вычисляем атрибутивный риск, то есть долю случаев инфаркта миокарда среди населения в целом, которая может быть отнесена за счет курения.

Все случаи инфаркта среди некурящих не связаны с активным курением. Среди курильщиков доля случаев инфаркта (диагональная штриховка на рисунке 1), которая совпадает с частотой инфаркта у некурящих (горизонтальная штриховка на рисунке 1), не связана с курением. Та доля случаев инфаркта у курильщиков, которая превышает риск у некурящих (вертикальная штриховка), соответствует дополнительному риску у курильщиков, то есть можно считать, что она обусловлена курением. Стало быть, площадь верхней части левого столбика (вертикальная штриховка), отне-

сенная ко всей площади левого столбика (вертикальная плюс диагональная штриховка), соответствует доле случаев заболеваний среди курильщиков, обусловленной курением. А эта же площадь, отнесенная к площади всей заштрихованной фигуры, соответствует доле случаев заболеваний, обусловленных курением, среди случаев всех заболеваний (всего населения – и курящего, и некурящего).

Формула выводится геометрически. Нам нужно оценить, какую часть составляет площадь прямоугольника, заштрихованного вертикально, от суммы площадей верхнего и нижнего прямоугольников. Высота нижнего прямоугольника равна 1,0 – это уровень риска тех, кто не курит. Высота верхнего прямоугольника (вертикальная штриховка) равна величине относительного риска минус 1,0. Ширина левого столбика равна распространенности курения, в данном случае 0,4, а ширина всей фигуры – 1,0 – это все население. Таким образом, получаем формулу:

$PAF = (RR-1) * Pr / ((RR-1) * Pr + 1)$, где

PAF – атрибутивный риск для населения в целом

RR – относительный риск

Pr – распространенность воздействия.

$$PAF = (RR-1) * Pr / ((RR-1) * Pr + 1) = (2,25-1) * 0,4 / ((2,25-1) * 0,4 + 1) = 1,25 * 0,4 / (0,5 + 1) = 0,5 / 1,5 = 0,33$$

Это означает, что в данном гипотетическом примере 33% случаев инфаркта миокарда, зафиксированных в городе в течение года, могут быть отнесены за счет активного курения пациентов. Разумеется, подобные оценки можно проводить для отдельных возрастно-половых или профессиональных групп и тем самым определять, какие группы требуют прицельных воздействий в ближайшее время, чтобы снизить в них уровень курения и риска соответствующих заболеваний.

Если такие оценки делать для разных заболеваний, фигурирующих в годовых отчетах, а также и для разных причин смерти, и делать это ежегодно, то после внедрения определенных эффективных мер можно увидеть снижение этой фракции, относимой за счет курения. Это и будет свидетельством позитивного влияния мер контроля над табаком на здоровье.

В связи с этим нужно иметь в виду, что разные последствия курения разбиваются на разных временных промежутках. Быстро снижается заболеваемость раком легких и соответственно смертности от него ожидать не приходится. Опыт развитых стран говорит о том, что эти результаты в виде сокращения перечисленных заболеваний наступают через 20-30 лет после внедрения эффективных мер контроля над табаком. А вот сердечно-сосудистые заболевания реагируют на изменение ситуации с курением довольно быстро. Это позволило осознать пример города Хелена в штате Монтана, где количество инфарктов миокарда быстро снизилось вслед за запретом курения в городских барах и ресторанах, и это было особенно заметно в сравнении с заболеваемостью жителей окружающих населенных пунктов, где запрет курения введен не был. [27]

Можно делать такие же оценки для любых других заболеваний, связанных с потреблением табака. Однако для начала можно рекомендовать это именно для острой сердечно-сосудистой патологии, поскольку именно с ней связана наибольшая часть смертей. Кроме того, возможность быстрых изменений также делает индикатор более удачным.

Узким местом пока является регистрация курительного статуса в медицинской документации, и ее внедрение потребует определенных усилий, которые будут весьма уместными. Мировым стандартом является регистрация его наряду с такими показателями, как температура тела, артериальное давление или частота сердечных сокращений. Разумеется, врачам, решающим

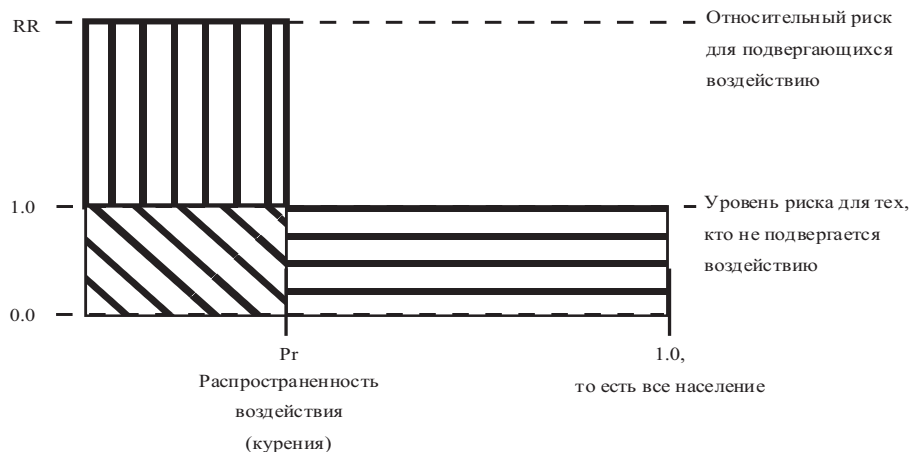


Рисунок 1. Расчет показателей атрибутивного риска в гипотетическом примере

одновременно много разных задач, необходимы подсказки, чтобы они не забыли подумать и о курении, в том числе. Это могут быть специальные бланки, в которых все необходимые данные необходимо просто отметить, а не вписывать самостоятельно. Например, когда в штате Техас в документации о причинах смерти появилась клеточка, где нужно поставить галочку, если врач считает, что данная смерть связана с курением, доля свидетельств о смерти, отмечающих такую связь, возросла с 0,7% до 13,9%. [38] Аналогичные клеточки в амбулаторных картах и историях болезни, размещенные на видном месте, также могли бы помочь оценке картины медицинских последствий потребления табака.

Внедрение в медицинскую документацию сбора сведений о курительном статусе сделает возможным подлинный «эпидемиологический надзор» за табачной эпидемией, поскольку все остальные показатели, описанные ниже, являются опосредованными, предварительными. Мы только предполагаем, что они должны отражаться на изменениях заболеваемости и смертности, исходя из исследований, проведенных в других условиях.

РЕЗУЛЬТАТ (OUTCOME)

Поскольку большая часть показателей предыдущего уровня, оценивающих заболеваемость и смертность, являются трудно измеряемыми и оцениваются только по прошествии длительного времени, чаще об эффективности мер контроля над табаком судят по изменению поведения, а именно по распространенности курения, началу курения, прекращению курения. Это требует проведения регулярных замеров.

Впрочем, для тех, кто хотел бы отказаться от названных выше показателей заболеваемости и смертности вовсе, приведем высказывание известных эпидемиологов Эззати и Лопеса (Ezzati & Lopez), которые считают, что даже там, где имеются надежные данные, распространенность курения является плохим методом измерения его вреда, поскольку вред зависит от возраста начала курения, длительности курения, количества сигарет, выкуриваемых в течение дня, глубины вдыхания дыма, а также таких характеристик используемых сигарет, как содержание смол и никотина или тип фильтра. [16] Это еще раз свидетельствует в пользу комплексной оценки, учитывающей сведения разных уровней.

Распространенность курения

Распространенность курения весьма чувствительна и к маркетинговым ухищрениям табачной индустрии, и к мерам контроля над табаком. Рост распространенности – признак активности первых и неэффективности последних. Опыт развитых стран свидетельствует, что реальные темпы снижения распространенности курения могут составлять порядка двух процентных пунктов в год. Например, в Австралии с 1980 по 2001 годы распространенность курения снизилась с 35 до 23%, то есть на 12 пунктов за 20 лет. [35] В странах-участниках проекта MONICA было показано, что снижение распространенности курения среди мужчин там, где оно происходило, составляло только 3-4 процентных пункта за пять лет. [12; 26] Эти темпы могут быть выше в начальный период использования эффективных мер контроля над табаком, когда в популяции много курильщиков, не имеющих физической зависимости (и этому есть примеры в недавней истории ряда стран бывшего СССР) [11; 19; 34], но постепенно снижаются, когда в популяции остается все меньше людей, которые курят и могут отказаться от курения без посторонней помощи. [17] В странах с длительной историей табачной эпидемии остановка снижения распространенности курения наступает на уровне примерно 20%. Далее каждый процентный пункт дается все большими усилиями, поскольку оставшиеся курильщики, как правило, уже испробовали все, но пока не смогли отказаться от курения. Оценки измерения распространенности курения следует проводить с учетом процессов, происходящих в отдельных возрастных когортах. Например, если группа в основном не куривших женщин старшего возраста постепенно замещается следующими когортами с высокой распространенностью курения, то распространенность курения среди населения в целом может повышаться, несмотря на успехи в прекращении курения каждой отдельной группы. [10] Важно учитывать, как смертность влияет на уровень распространенности курения. Противоположный пример состоит в том, что распространенность курения будет снижаться, если в старших возрастных группах курильщики умирают в большей степени, чем некурящие.

Измерения распространенности курения должны происходить в соответствии с принятыми стандартами. Такой объединяющий подход был предложен в «Руководстве по контролю и мониторингу табачной эпидемии», изданном ВОЗ в 1998 году. [36]

Данное руководство рекомендует рассматривать семь групп людей в зависимости от их курительного статуса. При этом часто выделяют более крупные группы, какими являются, например, курильщики и некурящие. Рассмотрим соответствующие определения.

A. Курильщик - это человек, который на время опроса курит любое табачное изделие. Курильщики затем могут быть поделены на две категории:

A1. Ежедневный курильщик – человек, который курит любое табачное изделие, по меньшей мере, раз в день (исключение составляют люди, которые курят каждый день, кроме дней религиозных праздников, они также классифицируются как ежедневные курильщики).

A2. Нерегулярный курильщик - человек, который курит, но не каждый день.

К нерегулярным курильщикам относятся:

A2 i) Сокращающие потребление – люди которые раньше курили ежедневно, но сейчас курят не каждый день.

A2 ii) Продолжающие нерегулярные курильщики – люди, которые никогда не курили каждый день, но которые выкурили 100 или более сигарет (или эквивалентное количество табака) и сейчас курят нерегулярно.

A2 iii) Экспериментаторы - люди, которые выкурили менее 100 сигарет (или эквивалентное количество табака) и теперь курят нерегулярно.

B. Некурящий – это человек, который на время опроса не курит вообще. Некурящие могут быть поделены на три категории:

B1. Бывшие курильщики – люди, которые раньше были ежедневными курильщиками, но теперь не курят вообще.

B2. Никогда не курившие – те, кто либо (i) никогда не курил вообще или (ii) никогда не был ежедневным курильщиком и выкурил менее 100 сигарет (или эквивалентного количества табака) за всю свою жизнь.

B3. Бывшие нерегулярные курильщики - те, кто когда-то курил нерегулярно, но никогда не был ежедневным курильщиком и кто выкурил 100 или более сигарет (или эквивалентное количество табака) за всю свою жизнь.

Для выяснения так называемого курительного статуса то же руководство [36] рекомендует применять следующие основные вопросы. В анкете они должны сопровождаться другими вопросами, цель которых состоит в получении от респондентов информации

социально-демографического характера (например, возраст, пол, социально-экономическое положение).

V1. Курили ли вы когда-нибудь? (Да/Нет). Если нет, дальше на вопросы отвечать не нужно.

V2. Выкурили ли вы минимум 100 сигарет или эквивалентное количество табака за всю вашу жизнь? (Да/Нет).

V3. Курили ли вы когда-нибудь ежедневно? (Да/Нет).

V4. Вы курите сейчас ежедневно, нерегулярно или не курите вообще?

V5. В среднем, какое количество следующих табачных изделий вы выкуриваете/выкурили в день? (сигареты промышленного производства, самокрутки, биди, трубка, сигары, кальян)

V6. Сколько лет вы курили/курите ежедневно? (отвечать только если когда-либо курили ежедневно.)

V7. Сколько прошло времени с тех пор, когда вы курили ежедневно? (отвечать только тем, кто курил ежедневно, а затем бросил).

- менее одного месяца;
- месяц или больше, но менее полугода;
- полгода или больше, но менее года;
- год или больше, но менее пяти лет;
- пять лет или больше, но менее 10 лет;
- 10 лет и более.

Эти семь вопросов считаются базовыми. Среди них абсолютно необходимыми являются первые четыре.

Однако, поскольку обычно оплата социологического опроса проводится по количеству вопросов, а денег всегда меньше, чем вопросов, которые хочется задать, то, по нашему опыту, вопросы V1-V4 можно заменить одним со следующей формулировкой.

Пробовали ли Вы когда-либо курить сигареты или другие табачные изделия?

- Да, и я курю в настоящее время каждый день.
- Да, и я курю в настоящее время, но не каждый день.
- Я курил(а) раньше каждый день, но в настоящее время я курю иногда, не каждый день.
- Я курил(а) раньше каждый день, но я больше не курю совсем.
- Я выкурил(а) более 100 сигарет за всю жизнь, но я никогда не курил(а) ежедневно, а теперь не курю совсем.
- Я пробовал(а) курить, но выкурил(а) за всю жизнь менее 100 сигарет или аналогичного количества других табачных изделий, и сейчас не курю.

g. Я никогда не пробовал(а) курить – не сделал(а) за всю жизнь ни одной затяжки.

Соответственно, варианты ответов вычленяют следующие категории:

- Ежедневные курильщики.
- Нерегулярные курильщики.
- Курильщики, сокращающие потребление.
- Бывшие ежедневные курильщики.
- Бывшие нерегулярные курильщики.
- Экспериментаторы. (Здесь экспериментаторы отличаются от экспериментаторов как подгруппы эпизодических курильщиков в приведенном выше куске из руководства 1998 года)
- Никогда не курившие.

Мы оценили данный набор вариантов ответов в сравнении с вопросами Глобального опроса взрослых о потреблении табака, проведенного в ряде стран мира в 2008-2010 годах, и пришли к выводу, что он дает возможность достаточно точно оценить распространенность большинства курительных статусов, однако больше людей называют себя эпизодическими курильщиками, чем в глобальном опросе. При этом среди мужчин эпизодическими курильщиками себя называют отчасти те, кто при другом наборе вопросов отвечает, что никогда не курил, а среди женщин колебания происходят между статусами ежедневной или эпизодической курильщицы. [7]

Порой проводимые опросы страдают от низкого процента ответивших лиц. Это чаще всего происходит из-за отсутствия дома активной части населения. Проведенный нами анализ [6] показал, что если задавать оказавшемуся дома взрослому члену семьи вопросы о курении остальных членов семьи, то можно собрать информацию, которая будет характеризовать распространенность ежедневного курения среди женщин и распространенность нынешнего (ежедневного+эпизодического) курения среди мужчин. При этом данные по эпизодическому курению будут с большей вероятностью недооцениваться по молодым группам.

Часто в социологических опросах задают вместо четырех один или два вопроса, например, «Курите ли Вы? Да/нет». Анализ ряда опросов [9] показал, что такие опросы выявляют не всех курильщиков, а только ежедневных, и это должно учитываться при сравнении данных разных опросов.

Вопрос V6 полезно задавать в сочетании с вопросом о возрасте, тогда это

дает дополнительные возможности анализа данных.

Вопрос V7 часто бывает полезно задавать в ином формате – спрашивать не о том, сколько времени прошло с момента прекращения курения, а о том, например, в каком году человек отказался от курения. Это позволяет оценить эффективность некоторых мер, внедренных в определенные годы.

Однако эти данные уже дают информацию для оценки другого показателя поведения – прекращения курения. Фактически, распространенность курения определяется тремя процессами: (1) тем, в какой мере молодые люди начинают курить, (2) в какой мере нынешние курильщики отказываются от курения, (3) сколько курильщиков преждевременно умирает.

Прекращение курения

Этот процесс можно изучать с помощью перечисленных выше вопросов. При этом важно иметь в виду, что оценка размеров всего двух групп – курильщиков и некурящих – может быть необходимой, но недостаточной для констатации происходящих процессов. Более подробное распределение населения по перечисленным выше курительным статусам может дать дополнительную информацию. В периоды осуществления эффективных мер контроля над табаком многие курильщики не сразу полностью отказываются от курения, а сначала переходят в разряд нерегулярных курильщиков. Это полезно учитывать при анализе собираемых данных.

Начало курения

Этот показатель обычно оценивается в опросах подростков. Однако следует помнить, что оценка курительного статуса подростков предполагает использование иных групп, нежели у взрослых. В работах ведущих специалистов [18] в данной области предлагается выделять следующие группы:

- Те, кто никогда не курил (ни одной сигареты);
- Те, кто пробовал курить, но всего один раз;
- Те, кто покурив больше, чем один раз, но прекратил это навсегда;
- Экспериментаторы, которые курят от случая к случаю, но реже, чем раз в неделю;
- Регулярные курильщики, которые курят как минимум раз в неделю.
- Мы также рекомендуем выделять группу ежедневных курильщиков, которые сообщили, что курили не менее 40 раз за всю жизнь, и курят на момент опроса ежедневно.

Если в стране проводятся регулярные (раз в несколько лет) репрезентативные опросы подростков одного и того же возраста, то увеличение доли подростков 1,2,3 групп будет указывать на позитивные влияния, а 4,5,6 – на негативные. В этом смысле показатель «когда-либо в жизни курившие подростки», куда попадают также и представители 2 и 3 групп, недостаточно информативен, поскольку большинству подростков интересно попробовать курить, но это совершенно не означает превращение их в курильщikov.

ПРОДУКТ (OUTPUT)

Поскольку в контроле над табаком существует солидная научная база доказательств эффективности мер, рекомендованных Рамочной конвенцией по контролю над табаком, реальное осуществление таких мер может считаться эффективным, поскольку ранее было показано, что в других странах они уже приводили к снижению распространенности курения, а, следовательно, и вызванных им болезней и смертей.

Повышение налогов и цен на табачные изделия

Эта мера эффективна в том случае, если повышается не только номинальная, но и реальная цена, то есть цена с учетом инфляции. В большинстве случаев данная мера может осуществляться только на национальном уровне. Если на региональном или муниципальном уровне законодательно разрешено вводить какие-то местные налоги на табачные изделия, эту возможность также следует использовать для снижения спроса на сигареты. Поскольку спрос на табачные изделия из-за вызываемой ими зависимости является мало-эластичным, то потребление снижается в меньшей мере, чем повышается цена. Поэтому повышение цен приводит к двойному выигрышу – снижению потребления табака и повышению доходов бюджета.

Запрет рекламы табачных изделий

Эта мера также весьма эффективна, поскольку реклама табачных изделий способствует началу курения [24], а ее запрет снижает привлекательность табачных изделий для молодежи и не требует больших финансовых затрат для ее реализации. К сожалению, законодательство о запрете рекламы, как правило, принимается только на национальном уровне. На местном уровне ограничивать влияние табачной рекламы можно в том случае, если муниципальные или иные местные власти могут, согласно законодатель-

ству, определять, например, тарифы или дополнительные налоги на размещение определенных видов рекламы. Если соответствующие национальные законы уже приняты, или какие-то регуляторные акты принимаются на местном уровне, отслеживать действие данной меры можно путем учета количества табачной рекламы на разных носителях.

Иногда высказывается мнение о том, что антиреклама якобы нивелирует влияние рекламы и должна рассматриваться как эффективная мера контроля над табаком. Но эффективность антирекламы еще должна быть доказана в каждом конкретном случае. К сожалению, нередко антиреклама может оказаться скрытой рекламой табака и в этом случае будет контрпродуктивной.

Информирование курильщиков об опасностях курения путем размещения предупреждений на упаковке табачных изделий

Данная мера также принимается на национальном уровне. Графические предупреждения являются более эффективными, чем текстовые. Однако текстовые предупреждения также могут быть эффективными. Анализ данных опросов населения в Украине показал, что введенные в конце 2006 года новые текстовые предупреждения повлияли на уровень информированности населения по вопросам воздействия активного и пассивного курения на здоровье. В отношении тех последствий курения, которые и ранее были достаточно известны (рак легких, сердечно-сосудистые и респираторные заболевания), информированность продемонстрировали более 90% опрошенных. Для тех последствий, которые были мало известны населению ранее, произошел значительный рост информированности, если информация размещалась на пачках: например, в 2005 году только 11% респондентов указывали, что курение является причиной импотенции, в 2010 году об этом сообщали 55% опрошенных. [8] Очевидно, что такие изменения в восприятии воздействия курения на здоровье могли внести вклад в снижение распространенности курения.

Информирование курильщиков и некурящих об опасностях курения

Очевидно, что регулируемое на национальном уровне размещение медицинских предупреждений на пачках табачных изделий не может видоизменяться посредством усилий местного уровня. С другой стороны, разного масштаба информационные кампании в СМИ могут координироваться на

уровне субъектов федерации или отдельных муниципалитетов. А подсказками на этом пути могут стать исследования, касающиеся предупреждений на пачках. Результаты Глобального опроса взрослых о потреблении табака в Украине [34] показали, что производители табачных изделий размещают предупреждения на пачках далеко не равномерно. Наименее представленными оказались предупреждения «Защитите детей! Не заставляйте их дышать вашим табачным дымом» и «Табачный дым влияет на здоровье тех, кто Вас окружает». Очевидно, эти темы, связанные с подверженностью воздействию чужого табачного дыма, производители посчитали для себя самыми невыгодными. Наверное, стоит больше внимания уделять именно этим вопросам в общении с журналистами. Более подробную информацию, касающуюся воздействия табачного дыма на детей можно найти в наших обзорах. [2; 5]

С другой стороны, известно, что эффективными являются сообщения в СМИ, которые информируют курильщиков и некурящих о готовящихся регуляторных и прочих изменениях. Например, по опыту Новой Зеландии было замечено, что повышение налогов на табачные изделия само по себе в меньшей степени способствует сокращению распространенности курения, чем повышение налогов с предваряющим его широким обсуждением в СМИ.

Мониторинг информирования населения осуществлять несложно. Табачные пачки можно увидеть в любом табачном киоске. Мониторинг кампаний в СМИ занимает несколько больше времени, однако он также несложен в условиях современных коммуникационных систем.

Предложение помощи в прекращении курения

Эта мера, хотя и может быть более осуществимой при наличии национальных стандартов и рекомендаций, все же фактически осуществляется на уровне конкретных учреждений и конкретных специалистов. Поэтому продвижение ее на местном уровне целиком реально. Какой должна быть такая помощь со стороны системы здравоохранения, описано ранее. [1; 4] При этом известно, что система здравоохранения весьма медленно воспринимает нововведения, особенно ориентированные на профилактику. [31] Это же касается и помощи в прекращении курения.

Решением с более быстрой отдачей является организация на муниципальном уровне телефонных служб

помощи в прекращении курения. Важно, чтобы такая служба широко анонсировалась в различных городских учреждениях (например, на стенах в коридорах и холлах поликлиник) и посредством различных каналов информирования населения (в разнообразных газетах рекламных объявлений, бесплатных газетах, в блоках социальной рекламы на телевидении и радио). Мониторинг такой информации о наличии бесплатных муниципальных служб помощи в прекращении курения (а не рекламы знахарей-коммерсантов) осуществлять достаточно легко. Последующие звонки по анонсируемым телефонам также не занимают много времени и позволяют быстро сориентироваться в характере и уровне предлагаемой помощи.

Защита населения от воздействия табачного дыма

Данная мера осуществляется именно на местном уровне. Хотя действия, как и все другие, будут более уверенными при наличии национального законодательства, без осуществления и контроля на местном уровне все положения закона останутся на бумаге.

Регуляторным мерам национального уровня решающим образом способствовала Рамочная конвенция по борьбе против табака, поскольку присоединившиеся к ней страны обязаны в обозначенные сроки внести изменения в свои законы. До появления таких законов существовали лишь добровольные оазисы, освобожденные от табачного дыма усилиями находящихся в них людей. Однако движение снизу вверх никогда не становилось всеобъемлющим.

На местном уровне полезны регуляторные решения сверху вниз. Например, республиканская власть принимает решения, которые побуждают подобные решения городских или районных властей, далее руководителей ведомств, отдельных учреждений и предприятий. В данном случае важно и то, чтобы освобождение воздуха от табачного дыма декларировалось. Данные глобального опроса взрослых о табаке, проведенного в Украине, [34] показали, что на рабочих местах, где курение разрешается везде, воздействию табачного дыма подвергаются 92% опрошенных, если нет никаких правил – 71%, если разрешается курить только в отдельных специально предназначенных для этого помещениях – 44%, а если курение запрещено везде – только 9%. Таким образом, даже если запрет не полностью соблюдается, явные пре-

имущества имеются там, где он хотя бы декларирован. Наличие официальных распоряжений о запрете курения на рабочих местах – это показательный индикатор для осуществления мониторинга.

Другой аспект защиты от воздействия табачного дыма – соблюдение принятых запретов. Хотя оптимальным в данной связи является приборный мониторинг, который позволяет измерять присутствие в воздухе компонентов табачного дыма – никотина или взвешенных частиц, отсутствие приборов не должно исключать возможностей проведения мониторинга. Мы оценили, что обонятельное определение запаха табачного дыма в большинстве случаев является не менее чувствительным индикатором, чем измерение взвешенных частиц. [3] Кроме того, опросы некурящих работников или посетителей данного учреждения/предприятия могут давать полезную информацию.

Ограничения незаконной торговли

Эта мера также осуществляется на местном уровне в части, во-первых, запрета уличной торговли, во-вторых, противодействия нарушениям правил торговли, таких как продажа сигарет поштучно и продажа несовершеннолетним. При этом акцент на доступе несовершеннолетних к сигаретам не является эффективным подходом контроля над табаком. Мониторинг наличия уличной незаконной торговли сигаретами, а также поштучных продаж сигарет в легальных торговых точках несложно организовать, и при его периодическом осуществлении можно получать информацию о том, происходит ли какая-либо динамика.

На национальном уровне противодействие незаконной торговле включает пресечение потоков контрабандных сигарет в страну и из страны. Оценка уровня контрабанды и эффективности мер противодействия является отдельной большой темой, [20; 25] которая не представляет большого интереса для контроля над табаком на местном уровне.

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЦЕССА (PROCESS)

Все перечисленные выше эффективные меры контроля над табаком должны быть приняты, осуществлены, институционализированы, закреплены законодательно в зависимости от того, о какой именно мере идет речь. Очевидно, что страны, а также отдельные муниципальные структуры могут находиться на разных этапах развития мер контроля над табаком. Те дей-

ствия властей, экспертов, активистов, которые направлены на внедрение на данной территории каждой конкретной меры, будут служить измерению индикаторов эффективности на уровне процесса.

Например, если говорить об осуществляемой политике чистого воздуха еще рано, то важно оценить, что происходит в направлении ее формирования: приняты ли какие-то решения на уровне республики, города, министерств, ведомств. Если решения еще не приняты, то стоит учесть, какие лоббистские действия были проведены для их продвижения.

В целом полезно представить причинно-следственные цепочки, ведущие к желаемой цели.

Если в городе еще не предоставляется помощь в прекращении курения, важно понимать, что делается для ее предоставления: проведена ли подготовка врачей, другого персонала, подготовлены ли методические материалы, приглашены ли специалисты, способные провести обучение, приняты ли решения о том, что такая помощь должна быть организована. Если ничего этого еще нет, то были ли людям, принимающим соответствующие решения, предоставлены убедительные доказательства необходимости такой помощи.

В более общем виде, для ответов на вопросы о процессе и вкладе полезно рассмотреть проблему с иной точки зрения – с позиций вопросов стратегического планирования. Напомним их.

1. Цели: Чего мы хотим? Это как раз те эффективные меры контроля над табаком, которые были перечислены в разделе, касающемся продуктов, или их компоненты. Например, не вообще политика чистого воздуха, а конкретно в городском транспорте. Помощь в прекращении курения не вообще, а посредством городской телефонной службы.

2. Аудитория: Кто это может нам дать? Здесь определяем тех лиц, принимающих решения, от которых зависит осуществление данной меры. Действия, относящиеся к уровню «процессов» будут направлены на этих лиц или будут осуществляться во взаимодействии с ними.

3. Послание: Что им нужно услышать?

4. Говорящие: От кого им это нужно услышать?

5. Передача: Как мы можем сделать так, чтобы они это услышали?

Вопросы 3-5 являются наполнением «процессов».

Последующие вопросы в большей мере касаются ресурсов, то есть показателей вклада.

6. Ресурсы: Что у нас есть?

7. Дыры: Что нам нужно развить?

8. Первый шаг: С чего мы начнем?

9. Оценка: Как мы увидим, что это работает?

То есть предлагаемая схема мониторинга и оценки является, в некотором смысле, стратегическим планированием наоборот. При стратегическом планировании мы смотрим вперед, а при мониторинге и оценке смотрим назад на то, что сделано. Когда мы ретроспективно думаем о необходимых условиях требуемых решений, можно использовать инструменты стратегического планирования.

Следует также учитывать, что иногда в качестве пунктов для отчета могут быть предложены действия, которые вовсе не ведут к поставленной цели. Например, лекции в школах о вреде курения вроде бы являются деятельностью, но известно, что к снижению распространенности курения и связанных с ним заболеваний и смертей они, скорее всего, не приводят. Соответственно, в качестве индикаторов процесса они рассматриваться не должны.

ПОКАЗАТЕЛИ ВКЛАДА (INPUT)

Чтобы необходимые процессы происходили, нужны ресурсы, которые вовсе не сводятся к наличию финансирования, поскольку финансирование тоже не решает проблему само по себе: слишком много примеров, когда финансовые ресурсы используются неэффективно.

Как и на предыдущем уровне, индикаторы вклада имеет смысл обсуждать, если еще нет последствий этого вклада в виде процессов и продуктов. Если такие последствия есть, ресурсы приобретают не теоретическое, а практическое значение. Вопрос лишь в том, являются ли индикаторы, предназначенные для их оценки, предметом широкого обсуждения или внутреннего рассмотрения. Очевидно, что декларированная программа муниципального или национального уровня, на которую не выделено никаких средств, скорее всего, будет провалена. С другой стороны, при осуществлении некоторых мер необходима отдельная работа по созданию или поиску отдельных ресурсов. Результатом определенной работы может явиться то, что ресурсы увеличились.

Человеческие ресурсы

История контроля над табаком – это история личностей, которые на определенном этапе решили добиться перемен и взялись за это. Будет ли все перечисленное выше эффективно осуществляться и как быстро это случится, часто зависит от того, есть ли в данном городе или стране лидер, который поставил перед собой ту или иную цель. Такой ключевой фигурой где-то становится министр здравоохранения, где-то президент страны, где-то представитель неправительственной организации. Наличие коалиций, движений, объединений заинтересованных людей может прибавлять шансов на успех.

С другой стороны, на этапе, когда от первоначальных идей происходит переход к работающей системе, важно, чтобы были подготовленные специалисты, которые готовы осуществлять то, что от них ожидается. Однако это уже будет результатом процессов подготовки и привлечения кадров.

Информационные ресурсы

Быть лидером не всегда достаточно. Нужно еще понимать, куда двигаться, что эффективно, что стоит предлагать власти, и какие способы ведения диалога сработают с большей вероятностью. Если страна не является достаточно продвинутой в контроле над табаком, искать ответов на вопросы на национальном языке данной страны не всегда уместно. Важно ориентироваться на источники научных данных. Средоточием систематизированных доказательных данных является библиотека кохрановского сотрудничества

<http://www.thecochranelibrary.com>, где можно найти среди прочих и группу обзоров, касающихся табака. Если здесь не находятся ответы на интересные вопросы, возможно, систематический обзор по заданному вопросу еще не подготовлен и следует поискать отдельные исследования, например, на сайте <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

В наше время информация многообразна, и никто не может знать ответов на все вопросы. Если к чиновнику приходят бизнесмены и начинают продвигать свои идеи продажи «безвредных» электронных сигарет или сигарет, не содержащих табака, а таких предложений может быть сколько угодно, то самый простой способ быстро сформировать собственную точку зрения по непонятной проблеме – это обратиться к данным перечисленных выше сайтов.

Поддержка власти

Данный ресурс определяет очень многое. Политологи оперируют термином «окна возможностей», которые могут открываться в зависимости от политической конъюнктуры и которыми можно воспользоваться или нет. Оптимален альянс власти, стремящейся улучшить здоровье населения, экспертов, готовых подсказать оптимальные пути для этого, и общественных активистов, мобилизующих заинтересованные в переменах силы.

Средства коммуникации

Рассматриваемые в широком смысле, они включают и средства массовой информации, и разнообразные информационные технологии. Очевидно, что действия людей, не имеющих доступа к ставшим уже привычными источникам информации и каналам связи, не могут быть своевременными и базирующимися на лучших источниках информации.

Финансовые ресурсы

Они могут помочь обеспечить нужную коммуникацию, порой привлечь ключевых экспертов, однако примеров неэффективного использования денег всегда больше, чем противоположных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мониторинг и оценка эффективности действий по контролю над табаком может и должен осуществляться на нескольких уровнях.

Там, где действия по контролю над табаком планируются или уже осуществляются, полезно отслеживать связанные с потреблением табака заболеваемость и смертность. Предпосылками для них являются показатели распространенности курения, начала и прекращения курения. Известен перечень мер контроля над табаком, доказавших свою эффективность в разных странах и закрепленных Рамочной конвенцией по борьбе против табака. Если такие меры осуществляются, можно ожидать снижения распространенности курения, заболеваемости и смертности. Показатели, по которым можно оценивать использование каждой меры на местном уровне, в большинстве своем достаточно просты.

Если такие меры еще не осуществляются, то объектом мониторинга должны быть процессы, нацеленные на принятие соответствующих решений или создание структур, а также имеющиеся для этого или необходимые ресурсы. В том же случае, когда необходимые меры уже осуществляются, ресурсы также чрезвычайно важны. Таким образом, состояние табачной эпидемии и меры, направленные

Таблица 2. Индикаторы эффективности и осуществления мер контроля над табаком

Вклад	Процесс	Продукт	Результат	Влияние
Люди	Лоббирование	Повышение цен на табачные изделия	Распространенность курения	Заболееваемость
Информация	Подготовка кадров	Запрет прямой и непрямо́й рекламы табачных изделий	Начало курения	Смертность
Поддержка власти	Подготовка материалов	Информирование	Прекращение курения	
Средства коммуникации	Институционализация	Освобождение от табачного дыма		
Финансовые ресурсы		Помощь в прекращении курения		
		Запрет незаконной торговли		

ные на ее преодоление, предлагается оценивать на всех перечисленных уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Т. Помощь курильщикам в прекращении курения: Практическое руководство для работников здравоохранения / Т. Андреева. - Киев. - 2002. - 146 с.
2. Андреева Т. Если родители курят... / Татьяна Андреева. - Киев. - 2003. - 64 с.
3. Андреева Т.И. Концентрации взвешенных частиц как индикатор загрязнения воздуха лечебных учреждений табачным дымом на примере трех городских больниц города Казани / Т. И. Андреева, И. Н. Андреев, Г. А. Ананьева, А. А. Малова, О. А. Василевская, Р. Р. Хусниева // Восточно-европейский журнал общественного здоровья. - 2009. - №3(7). - С. 57-69.
4. Андреева Т. И. Зачем и как следует помогать пациентам-курильщикам в отказе от курения / Т.И. Андреева // Вестник современной клинической медицины. - 2010. - Т.3. - Приложение 2. - С. 134-146.
5. Андреева Т. И. Воздействие пассивного курения на здоровье детей. Обзор литературы / Т.И. Андреева // Главный врач. - 2009. - С. №9, с.86-95, №10, с.75-83.
6. Андреева Т. И. Чи вимірюють сімейні опитування поширення тютюнокуріння в популяції? Результати глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну в Україні / Т. І. Андреева // Грані. - 2010. - №5(73). - С. 118-121.
7. Андреева Т. И. Запитання для моніторингу поширеності куріння серед дорослого населення (Вопросы для мониторинга распространенности курения среди взрослого населения) / Т. І. Андреева // Грані. - 2011. - №2 (76). В печати.
8. Андреева Т. И. Ефективність інформування населення про небезпеки тютюнокуріння через попередження на пачках / Т.І. Андреева, К.С. Красовський // Наукові записки Соціологічні науки. - 2010. - №109. - С. 72-77.
9. Красовський К.С. Оцінка динаміки поширеності тютюнокуріння в Україні / К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. А. Григоренко, Н. А. Бутильська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2009. - №2. - С. 91-99.
10. Ahacic K. Trends in smoking in Sweden from 1968 to 2002: age, period, and cohort patterns / K. Ahacic, R. Kennison, M. Thorslund // Prev Med. - 2008. - 46. - №6. - С. 558-564.
11. Andreeva T. I. Correlates and recent changes of smoking prevalence among adults in Ukraine (in Ukrainian) / T. I. Andreeva, K. S. Krasovsky, N. M. Kharchenko // Eastern European Journal of Public Health. - 2009. - №1. - С. 50-57.
12. Dobson A. J. Changes in cigarette smoking among adults in 35 populations in the mid-1980s. WHO MONICA Project / A. J. Dobson, K. Kuulasmaa, V. Moltchanov, A. Evans, S. P. Fortmann, K. Jamrozik, S. Sans, J. Tuomilehto // Tob Control. - 1998. - 7. - №1. - С. 14-21.
13. Ezzati M. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: current patterns and data needs / M. Ezzati, S. J. Henley, A. D. Lopez, M. J. Thun // Int J Cancer. - 2005. - 116. - №6. - С. 963-971.
14. Ezzati M. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality / M. Ezzati, S. J. Henley, M. J. Thun, A. D. Lopez // Circulation. - 2005. - 112. - №4. - С. 489-497.
15. Ezzati M. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000 / M. Ezzati, A. D. Lopez // Tob Control. - 2004. - 13. - №4. - С. 388-395.
16. Ezzati M. Measuring the accumulated hazards of smoking: global and regional estimates for 2000 / M. Ezzati // Tob Control. - 2003. - 12. - №1. - С. 79-85.
17. Fagerström K. O. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers / K. O. Fagerström, M. Kunze, R. Schoberberger, N. Breslau, J. R. Hughes, R. D. Hurt, P. Puska, L. Ramström, W. Żatoński // Tobacco Control. - 1996. - №5. - С. 52-56.
18. Flay B. R. Six-year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial / B. R. Flay, D. Koepke, S. J. Thomson, S. Santi, J. A. Best, K. S. Brown // Am J Public Health. - 1989. - 79. - №10. - С. 1371-1376.
19. Krasovsky K. S. Assessment of dynamics in tobacco smoking prevalence in Ukraine (in Ukrainian) / K. S. Krasovsky, T. I. Andreeva, A. A. Grigorenko, N. A. Butylska // Bulletin of Social Hygiene and Health Care in Ukraine. - 2009. - №2. - С. 91-99.
20. Lakhdar C. B. Quantitative and qualitative estimates of cross-border tobacco shopping and tobacco smuggling in France / C. B. Lakhdar // Tob Control. - 2008. - 17. - №1. - С. 12-16.
21. Leon D. A. Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis / D. A. Leon, V. M. Shkolnikov, M. McKee // Addiction. - 2009. - C.
22. Liu B. Q. Emerging tobacco hazards in China: 1. Retrospective proportional mortality study of one million deaths / B. Q. Liu, R. Peto, Z. M. Chen, J. Boreham, Y. P. Wu, J. Y. Li, T. C. Campbell, J. S. Chen // BMJ. - 1998. - 317. - №7170. - С. 1411-1422.
23. Lopez A. D. Smoking and death in Russia / A. D. Lopez // Tob Control. - 1998. - 7. - №1. - С. 3-4.
24. Lovato C. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours / C. Lovato, G. Linn, L. F. Stead, A. Best // Cochrane Database Syst Rev. - 2003. - №4. - С. CD003439.
25. Lund K. E. [The scale of border trade, tax-free import and tobacco smuggling to Norway] / K. E. Lund // Tidsskr Nor Laegeforen. - 2004. - 124. - №1. - С. 35-38.
26. Molarius A. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA Project / A. Molarius, R. W. Parsons, A. J. Dobson, A. Evans, S. P. Fortmann, K. Jamrozik, K. Kuulasmaa, V. Moltchanov, S. Sans, J. Tuomilehto, P. Puska // Am J Public Health. - 2001. - 91. - №2. - С. 206-212.
27. Pechacek T. F. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? / T. F. Pechacek, S. Babb // BMJ. - 2004. - 328. - №7446. - С. 980-983.
28. Perlman F. Socioeconomic and behavioral determinants of mortality in posttransition Russia: a prospective population study / F. Perlman, M. Bobak // Ann Epidemiol. - 2008. - 18. - №2. - С. 92-100.
29. Peto R. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. / R. Peto. -: Oxford University Press. - 1994. -
30. Rehm J. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe / J. Rehm, U. Sulkowska, M. Manczuk, P. Boffetta, J. Powles, S. Popova, W. Zatonski // Int J Epidemiol. - 2007. - 36. - №2. - С. 458-467.
31. Sanson-Fisher R. W. Diffusion of innovation theory for clinical change / R. W. Sanson-Fisher // Med J Aust. - 2004. - 180. - №6 Suppl. - С. S55-56.

32. Shkolnikov V. Why is the death rate from lung cancer falling in the Russian Federation? / V. Shkolnikov, M. McKee, D. Leon, L. Chenet // *Eur J Epidemiol.* – 1999. – 15. – №3. – С. 203-206.
33. Shkolnikov V. M. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks and cohort effects / V. M. Shkolnikov, M. McKee, J. Vallin, E. Aksel, D. Leon, L. Chenet, F. Mesle // *Int J Epidemiol.* – 1999. – 28. – №1. – С. 19-29.
34. Ukraine Global Adult Tobacco Survey country report /. - Kiev: Ministry of Health of Ukraine. - 2010. - 173p. .
35. White V. How has the prevalence of cigarette smoking changed among Australian adults? Trends in smoking prevalence between 1980 and 2001 / V. White, D. Hill, M. Siahpush, I. Bobevski // *Tob Control.* – 2003. – 12. – №90002. – С. ii67-74.
36. WHO. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic /. - Geneva, Switzerland: WHO. - 1998. -
37. Zaridze D. G. Smoking patterns in the USSR / D. G. Zaridze, V. V. Dvoirin, V. A. Kobljakov, V. P. Pisklov // *IARC Sci Publ.* – 1986. – №74. – С. 75-86.
38. Zevallos J. C. Usefulness of tobacco check boxes on death certificates: Texas, 1987-1998 / J. C. Zevallos, P. Huang, M. Smoot, K. Condon, C. Alo // *Am J Public Health.* – 2004. – 94. – №9. – С. 1610-1613.