

ОБЗОРЫ

ЖЕНСКОЕ КУРЕНИЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ТРЕНДЫ, АССОЦИАЦИИ, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Д.В. Денисова¹, А.Н. Сергеев², О.А. Косилова²¹ФГБНУ «НИИ терапии и профилактической медицины»
630089, г. Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, 175/1²Национальный фонд поддержки социальных программ РФ
123056, г. Москва, ул. Зоологическая, 26, стр. 2

В обзоре представлены данные современной научной литературы о состоянии проблемы женского курения в мире и России за последние 25 лет. Приведены результаты международных и российских исследований о распространенности и трендах женского курения. Показан рост женского курения с конца XX в., связанный с агрессивной политикой табачных компаний на фоне эмансипации женщин во многих странах мира, включая Россию. Продемонстрировано негативное влияние курения на женское здоровье, на репродуктивную функцию и материнство. Показана эффективность мировой анитабачной политики и государственной политики России по сокращению потребления табака.

Ключевые слова: курение, женщины, распространенность, тренды, профилактика.

ВВЕДЕНИЕ

Употребление табака — единственная наиболее легко устранимая причина смерти во всем мире, от которой гибнет примерно половина всех лиц, курящих в течение длительного времени. Табак, жертвами которого в мире ежегодно становятся более 5 млн человек, является основной причиной смертей, которые можно было бы предотвратить.

Число случаев смерти по причине табакокурения быстро растет вследствие широкого распространения курения в густонаселенных развивающихся странах. Если современные тенденции в табакокурении сохранятся, число случаев смерти по причине употребления табака возрастет к 2030 г. до 8,3 млн в год, при этом более 70 % этих случаев будет приходиться на развивающиеся страны [1].

Сдерживать быстрый рост потребления табака — необходимость здравоохранения во всем мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире около 1,3 млрд курильщиков. Эта цифра составляет около одной трети населения Земли в возрасте от 15 лет и старше, причем примерно 84 % курильщиков живут в странах с развивающейся или переходной экономикой [2]. Если современная распространенность курения останется без изменения, то к 2030 г. в мире будет 2 млрд курильщиков. Это произойдет главным образом благодаря росту населения в развивающихся странах. Прогнозы, основанные на данных ООН по вопросам продовольствия и сельского хозяйства, указывают на то, что потребление табака увеличится в большинстве развивающихся стран, но уменьшится в странах с высокими доходами, таких как Великобритания, Канада, США, Австралия и страны Северной Европы [3, 4].

Денисова Диана Вахтанговна — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории профилактической медицины, e-mail: denisovadiana@gmail.com

Сергеев Андрей Николаевич — председатель Правления Национального фонда поддержки социальных программ РФ, e-mail: info@nfsp.ru

Косилова Ольга Александровна — исполнительный директор Национального фонда поддержки социальных программ РФ, e-mail: info@nfsp.ru

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ
В МИРЕ И РОССИИ**

Несмотря на важность проблемы курения, достоверных данных о распространенности курения и научных исследований о факторах, ее обуславливающих, не так много, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Всемирная организация здравоохранения инициировала проведение национально репрезентативных опросов взрослого населения о потреблении табака – GATS (Global Adult Tobacco Survey) с использованием глобального стандартного протокола. Первая волна GATS была проведена в 2008–2010 гг. в 14 странах (включая Россию), на которые приходится около половины мировых курильщиков. Анализ результатов этих опросов представил журнал The Lancet [5].

Результаты GATS в 14 странах, а также результаты национальных обследований в США и Великобритании позволяют оценить общее число потребителей табака в этих 16 странах в 852 млн человек, в том числе 300,8 млн – в Китае, 274,9 млн – в Индии, 48,8 млн – в США и 44,1 млн – в Российской Федерации (рис. 1). Из 852 млн потребителей табака 661 млн – курильщики [6].

В России на 100 курящих мужчин приходится 36 курящих женщин, но это не значит, что проблема женского курения не стоит у нас так остро, как в Великобритании и США. Наоборот, по доле курящих женщин Россия превосходит названные страны, однако распространенность курения среди мужчин там значительно ниже, чем в России, поэтому показатель соотношения женского и мужского курения выше. Распространенность курения табака среди россиян выросла за последние 15 лет.

Что касается возрастного распределения курильщиков, то среди мужчин, как правило, доля курящих выше в молодых и средних возрастах и снижается в старших возрастах. Среди женщин возрастной профиль курильщиц в разных странах различается. Например, в Египте и азиатских странах распространенность курения растет с возрастом женщины, достигая максимума после 65 лет. В Польше, Бразилии и США доля курящих женщин растет до возраста 45–54 лет, когда она достигает максимальных значений, а затем снижается. В России (как и в Великобритании) наибольшее число курильщиц в молодых возрастных группах от 15 до 34 лет, а после 45 лет популярность курения падает (рис. 2).

По доле курящих молодых женщин Россия превосходит все рассматриваемые страны (рис. 3). По распространенности курения среди девушек-подростков 15–19 лет Россия так-

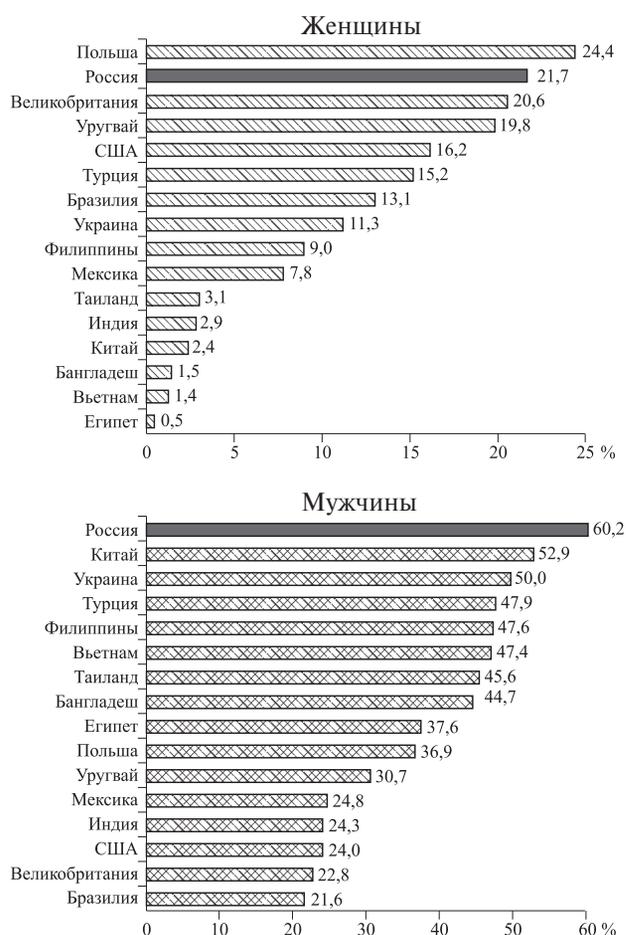


Рис. 1. Доля курильщиков табака среди взрослого населения, 15 лет и старше [5]

же впереди, уступая только Великобритании (19,7 % в РФ и 26,1 % в Великобритании). Правда уровня курения юношей российские девушки не достигли.

Рисунок 4 демонстрирует распространенность табакокурения в мире на 2007 г., видно, что наибольшая частота табакокурения на душу населения регистрируется в России [7].

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУРЕНИЯ

В докладе S.C. Hitchman и G.T. Fong, опубликованном в Бюллетене ВОЗ в 2011 г. [8], указывается на тесную связь между соотношением показателей распространенности курения среди мужчин и среди женщин и расширением прав женщин во многих странах. Эта связь явным образом обусловлена уровнем экономического развития, измеряемого доходом на душу населения и неравенством в его распределении. В заключение авторы задаются вопросом: неужели тенденция к расширению прав женщин неиз-

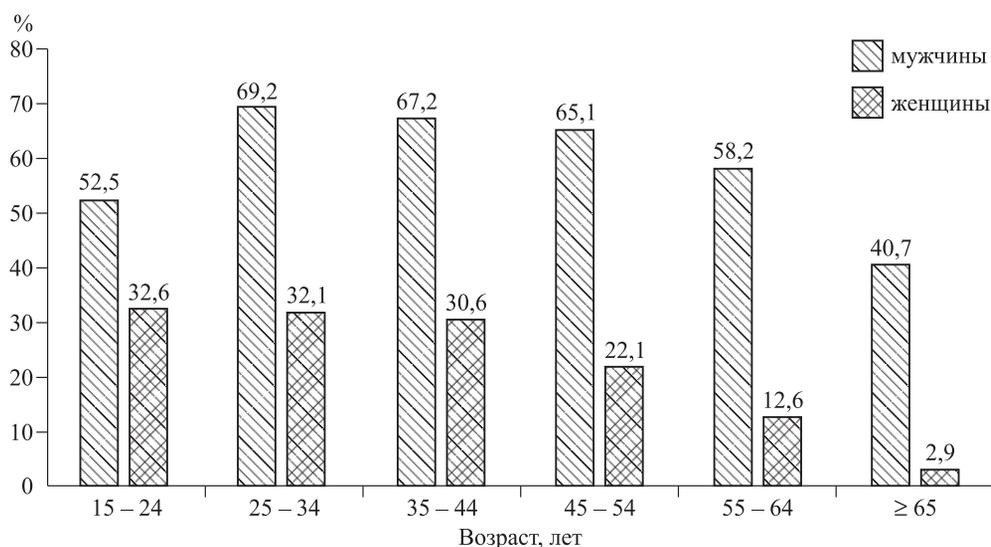


Рис. 2. Распространенность курения табака в зависимости от пола и возраста. Россия, GATS, 2009 [5, 6]

бежно приводит к эпидемии табакокурения среди них?

Выводы исследования совпадают с предсказаниями модели сигаретной эпидемии в развитых странах, которую предложили A.D. Lopez et al., опираясь на исторический опыт ряда стран [9]. В модели описывается быстрый рост распространенности курения, которая достигает максимума в течение нескольких десятилетий, а затем идет на убыль (рис. 5).

Смертность, обусловленная курением, держится на максимуме в течение четырех десяти-

летий после того, как распространенность курения достигает максимального значения. Таким образом, пагубные последствия курения начинают проявляться у населения приблизительно тогда, когда начинается рост приобщения к курению женского населения. Предполагается, что это сдерживает рост распространенности курения среди женщин, которая, согласно наблюдениям, достигает максимального значения в 35–40 %, в отличие от распространенности курения среди мужчин, которая достигает максимума на уровне 50–80 % [9].

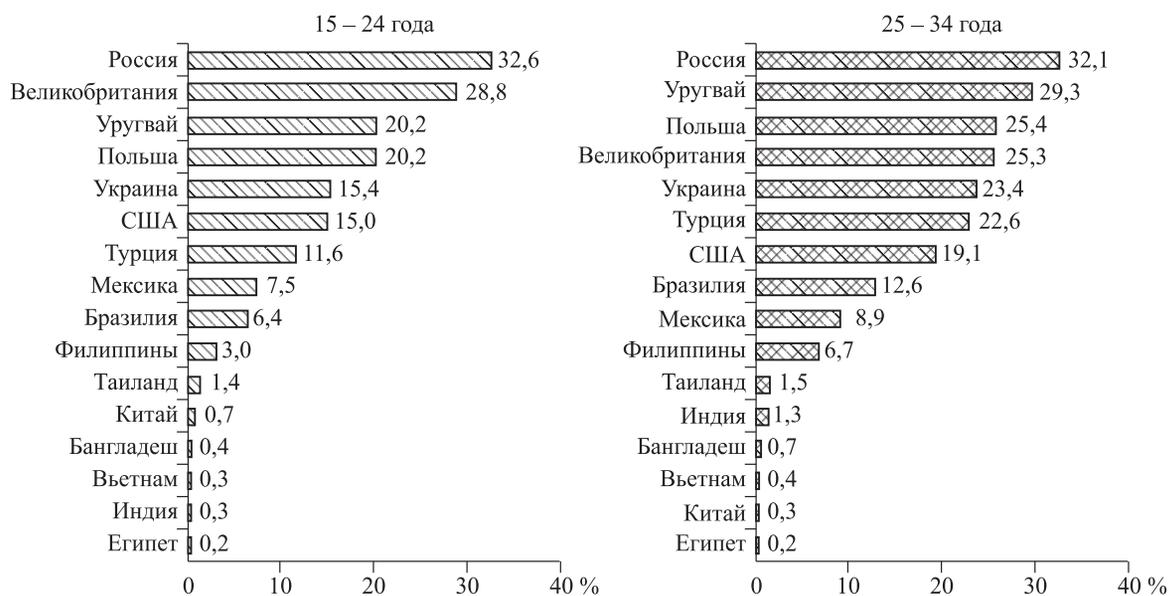


Рис. 3. Доля курящих женщин в возрастных группах 15–24 и 25–34 года [5, 6]

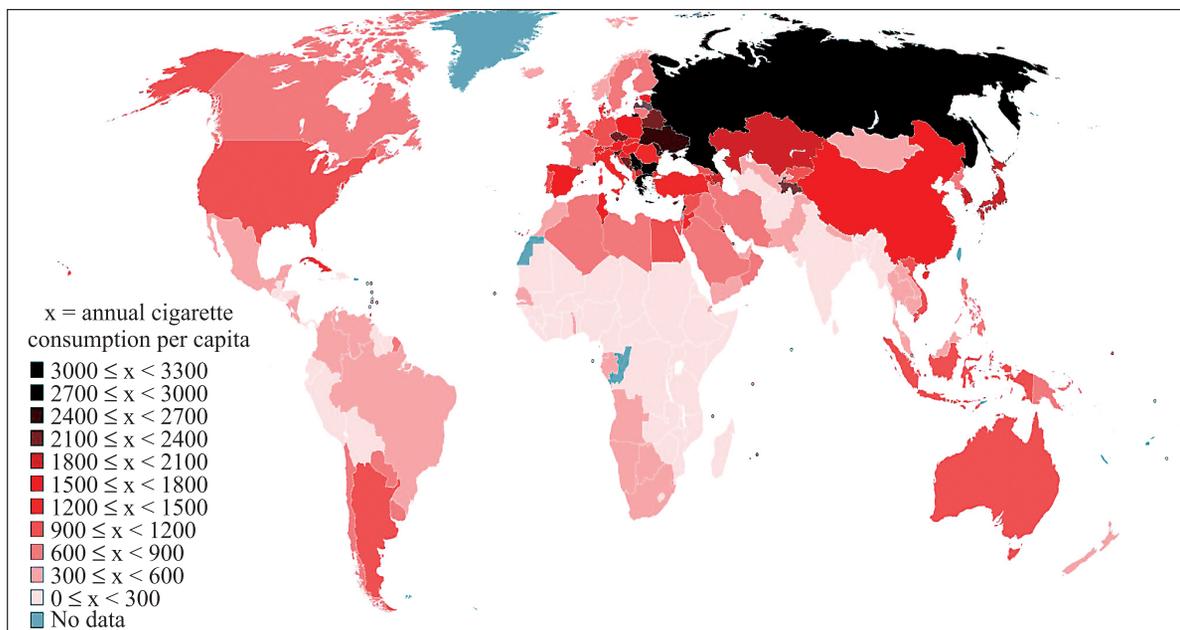


Рис. 4. Мировая табачная эпидемия (ежегодное потребление сигарет на душу населения [7])

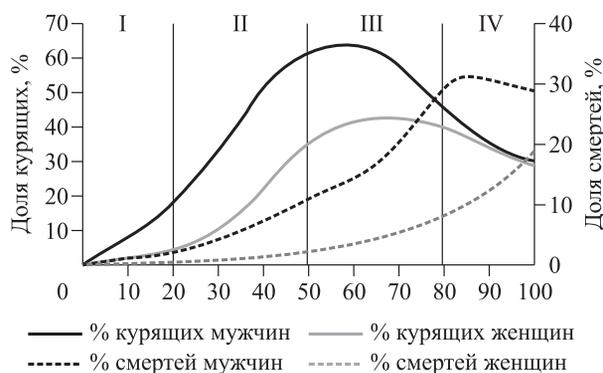


Рис. 5. Стадии развития эпидемии курения (дескриптивная модель A.D. Lopez, 1994) [9]: I стадия – курение – мужская привычка; II стадия – курение среди мужчин растет до пиковых цифр (до 50–80 %) и отмечается рост числа курящих женщин; III стадия – курение среди мужчин снижается, среди женщин – стабилизируется; IV стадия – мужское и женское курение примерно одинаково (около 30 %) и снижается на фоне активного и эффективного антитабачного регулирования

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ТRENДЫ ЖЕНСКОГО КУРЕНИЯ В РОССИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ

Уровень курения в России – один из самых высоких в мире [10, 11]. Согласно опросу Фонда «Общественное мнение», курят 36 % россиян, что значительно больше, чем в подавляющем большинстве стран мира [12]. Среди молодых и менее образованных слоев россиян распростра-

ненность курения еще выше. 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 курильщики составляют более 60 % взрослого мужского населения [13, 14]. Доля курильщиц среди женщин растет. Если в 1992 г. в России курили 7 % женщин, то в 2008 г. – уже 19 % [15]. В мегаполисах курят около 30 % женщин. С 1980-х годов 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 им смертности и заболеваемости [15–18]. По-видимому, 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 (рис. 6).

Распространенность курения среди женщин России по данным отдельных эпидемиологичес-

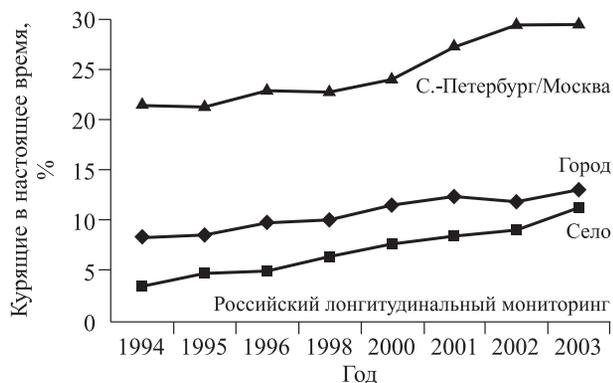


Рис. 6. Распространенность курения среди женщин в России, по данным F. Perlman с соавт. [19]

ких исследований, по крайней мере, до середины 90-х годов, была традиционно ниже, чем среди женщин других стран, и не превышала 5–15 %.

В 1985–1995 гг. проводился международный проект MONICA (Мониторирование тенденций заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и определяющих факторов), в который было включено 36 популяций из 21 страны-участницы, проведено три кросс-секционных исследования (1985, 1999 и 1995 гг.) выборки населения обоего пола 25–64 лет. В России проект выполнялся в Москве и Новосибирске [20]. В числе факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) изучалось курение. В контексте данного обзора интерес представляют десятилетние тренды женского курения. В Новосибирске распространенность курения среди женщин увеличилась в среднем с 3 до 8 %, в Москве – с 12 до 14 % [21]. Из всех 36 попу-

ляций, включенных в проект, только в России был единственный тренд к увеличению частоты курения среди женщин. Даже в Китае на фоне роста мужского курения доля женщин-курильщиц снизилась. По данным С.К. Малютиной (2001), координатора проекта MONICA в Новосибирске, наибольшее увеличение частоты курения отмечено среди молодых женщин (25–34 года) – с 4 до 22 %, а в среднем (среди женщин 25–64 лет) – с 3 до 9 %. Поскольку рост частоты женского курения происходил в период значительных социально-экономических реформ в России, автор справедливо делает вывод об ассоциациях курения и социального стресса, которому женщины подвержены в большей степени, нежели мужчины [20]. Этот факт указывает на необходимость учета психосоциальных факторов при проведении антикурительной пропаганды среди женщин.

Другое широкомасштабное исследование женского курения проводилось в России в рамках двух отдельных проектов, которые осуществлялись в течение 2000–2001 гг: в Москве – в рамках проекта мониторинга поведенческих факторов риска, который проводился совместно с Центром по контролю заболеваний (Атланта, США), и в Архангельске и Мурманске – в рамках проекта по изучению здоровья и питания женщин северных городов России совместно с ЕРБ ВОЗ [15]. Проведенные исследования в Москве, Архангельске и Мурманске на случайных репрезентативных выборках женщин 25–64 лет показали значительный рост частоты курения среди женщин. Так, в Москве распространенность курения составляла 28,7 %, в Архангельске – 23,2 %, а в Мурманске 29,6 %. Частота курения уменьшалась с возрастом (рис. 7).

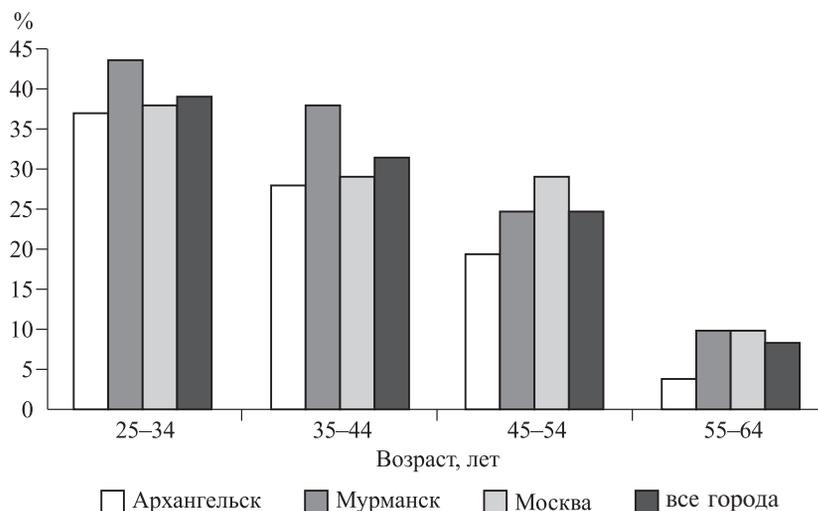


Рис. 7. Распространенность курения в различных возрастных группах женщин [15]

Чаще всего курили женщины 25–34 лет, распространенность курения среди них достигала от 37 % в Архангельске до 42,6 % в Мурманске. Несколько меньше курили женщины 35–44 лет – от 28 % в Архангельске до 38,4 % в Мурманске. Частота курения среди женщин 45–54 лет составляла от 20,2 % в Архангельске до 30,3 % в Москве. Распространенность курения среди женщин 55–64 лет была самой низкой и составляла 3,3 % в Архангельске и 10,1 % в Москве. Распространенность курения среди женщин 25–34 лет в Архангельске оказалась в 12 раз выше этого показателя среди женщин 55–64 лет – 37 и 3,3 %. В Мурманске и Москве эти различия были меньше. В Мурманске почти во всех возрастных группах частота курения была выше, чем в других городах (см. рис. 7).

При изучении зависимости курения от уровня образования (стандартизованные по возрасту показатели) оказалось, что в среднем и отдельно по городам чаще всего курили женщины со средним образованием (31,2 %).

При сопоставлении частоты курения у женщин с различным семейным положением в среднем наблюдались значительные различия между частотой курения семейных женщин (официально замужем или живут гражданским браком) – 25,8 % и вдовами – 41,1 %.

Средний возраст начала курения женщин для всех городов составлял 25,5 лет. До 20 лет начинают курить 30 % всех женщин, до 25 лет курит уже 50 % женщин, до 30 лет закуривает 80 % всех курящих женщин. Молодые женщины 25–34 лет начинают курить гораздо раньше, чем женщины старших возрастов, более половины молодых женщин начали курить до 20 лет. В старшей возрастной группе 55–64 лет женщины начинали курить гораздо позднее – в возрасте старше 30 лет закурили 54 % женщин, а в возрасте до 20 лет начали курить только 16 % женщин. Таким образом, возраст начала курения постепенно снижается. Если 20–30 лет назад женщины начинали курить в большинстве случаев в промежутке между 20–30 годами и позднее, то в последние десятилетия женщины все больше начинают курить до 20 лет. Проанализировав данные ранее проведенных исследований женского курения в России, авторы делают вывод, что частота курения среди женщин за последнее время (десятилетие) резко возросла. В табл. 1 приводятся данные различных исследований о распространенности курения среди женщин, проведенных в нашей стране.

Как видно из табл. 1, частота курения среди женщин российских городов, за исключением Москвы и Санкт-Петербурга, до середины 90-х годов не превышала 9 %. Это подтверждают

также результаты обследования национальной выборки, в которой частота курения женщин составляла 8,6 %. В Москве и Санкт-Петербурге женщины курили больше, чем в других городах. Так, по данным российско-американского исследования, проведенного в 1979–1981 гг., курили 15,2 % женщин Москвы и 17 % женщин Санкт-Петербурга [23].

Если сопоставить распространенность курения среди женщин Москвы по возрастным группам по данным различных исследований, проведенных в 1986, 1990 гг. (в организованной популяции) и в исследовании Т.А. Камардиной с соавт. в 2001 г. [15], то окажется, что частота курения значительно возросла во всех возрастных группах. В наибольшей степени это произошло в группе 45–54 лет, где частота увеличилась в 5 раз по сравнению с 1986 г. В других возрастных группах распространенность курения возросла в 2–3 раза.

В международном проекте HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe), проводившемся в 2003–2008 гг. в странах Восточной Европы и России (Новосибирск) и изучавшем распространенность курения наряду с другими показателями здоровья в когортах населения 45–69 лет, частота курения женщин Новосибирска в старших возрастных группах составила в среднем 8,2 %. Анализ распространенности курения среди женщин по возрастным группам выявил, как и ожидалось, достоверное снижение процента курящих с увеличением возраста с 13,6 до 2,8 % [32].

Данные ряда других отечественных и зарубежных авторов подтверждают факт значительного увеличения распространенности курения среди женщин в России, начиная с 90-х годов прошлого века [33–35].

Недавнее исследование курения среди населения Кузбасса [36] также показало растущую частоту курения среди молодых женщин, которая на 6,5 % выше средней для женской популяции и составляет 24 %. Показатель соответствует средней частоте курения женщин в других регионах России в последние годы, хотя значительно меньше частоты курения для возрастной группы 18–24 лет по данным исследования GATS (2009 г.) – 37,9 % [37].

ЖЕНСКОЕ КУРЕНИЕ И ТАБАЧНЫЕ КОМПАНИИ

Употребление табака продолжает расширяться в развивающихся странах в результате постоянного роста населения наряду с агрессивным маркетингом, проводимым табачной промышленностью. Так, в странах бывшего СССР в период с 1990 по 2000 г. транснациональ-

Таблица 1

Распространенность курения среди женщин России по данным различных исследований [15]

Исследование, автор, место проведения исследования	Год	Возраст женщин, в годах	Частота курения, %	
			Наблюдаемая	Стандартизованная по возрасту (Европейский стандарт)
Д.Н. Лоранский с соавт. [22]	1970–1979		7	
Российско-американское исследование (LRC), Москва [23]	1979–1981	20–69		15,2
Российско-американское исследование (LRC), Санкт-Петербург [23]	1979–1981	20–69		17
С.П. Олейников с соавт., Москва [24]	1979–1981	25–64	10,30	
CINDI, MONICA, Новосибирск [25]	1985	25–64		3
CINDI, Москва, организованная популяция [25]	1986	25–64		9,7
MONICA, Москва [26]	1986	26–64	8,8	
CINDI, Электросталь, организованная популяция	1987	25–64		3,9
CINDI, MONICA, Новосибирск	1988	25–64		4,5
CINDI, Тверь, организованная популяция	1988	25–64		4,2
CINDI, Москва, организованная популяция	1990	25–64		6,6
CINDI, Электросталь, организованная популяция	1990	25–64		6,6
CINDI, Мирный, организованная популяция	1991	25–64		8,4
CINDI, Питкяранта	1992	25–64		8,7
С.А. Шальнова, Россия [27]	1993	25–64		8,6
CINDI, Электросталь, организованная популяция	1994	25–64		3,4
CINDI, MONICA, Новосибирск	1994	25–64		13,1
Л.В. Чазова с соавт., Москва [28]	1995–1996	25–64	12,60	
CINDI, Электросталь	1996	25–64		12
Оценка ВОЗ, Россия [29]	1996	15+		26
CINDI, Москва [30]	2000–2001	25–64		21,4 (28,7)*
CINDI, Мурманск [31]	2001	25–64		23,0 (29,6)
CINDI, Архангельск [31]	2001	25–64		14,3 (23,2)

* В скобках приводятся показатели частоты курения по критерию курения каждый день и иногда.

ные табачные компании инвестировали около 2,7 млрд долларов на развертывание собственных табачных фабрик и рекламу, что послужило значительным катализатором роста курения среди населения [38].

Изначально табачные компании практически не рассматривали женщин как потенциальных потребителей своей продукции. Это связывалось с несколькими причинами. Во-первых, до начала XX в. лишь немногие женщины имели самостоятельный источник доходов, который могли бы тратить на покупку сигарет. Во-вторых – и это являлось еще более значимым препятствием распространению курения среди женщин – в то время в обществе доминировали социокультурные установки, согласно которым женское курение ассоциировалось с распущенностью, безнравственностью и низким социальным статусом, а потому осуждалось как мужчинами, так и женщинами. С развитием женской эмансипации у женщин стали появляться самосто-

ятельные деньги. Гибель значительного числа мужчин в результате Первой и Второй мировых войн довольно существенно сократила число потребителей продукции табачных компаний. Тогда последние и обратили свое внимание на женщин как на потенциальных массовых потребителей табачных изделий. Первые рекламные кампании табачной продукции, нацеленные именно на женщин, были разработаны еще в 1920-е годы. Для успешной реализации своей маркетинговой стратегии производители табака должны были преодолеть сложившееся общественное осуждение женского курения и создать у потенциальных потребительниц ассоциативные связи между курением и значимыми для них ценностями – внешней привлекательностью, независимостью, успешностью и т.д. Первой «женской» маркой сигарет стал бренд «Лаки Страйк» (Lucky Strike), реклама которого была направлена на выработку у женщин ассоциативной связи между курением сигарет и

стройностью. Лозунг рекламной кампании гласил: «Возьми Лаки вместо конфеты» (Reach for a Lucky instead of a sweet). Подразумевалось, что от конфет полнеют, а от сигарет — нет.

Однако поистине масштабная кампания по привлечению женщин к потреблению сигарет развернулась в 1968 г., когда компания Philip Morris выпустила на американский рынок «женские» сигареты «Вирджиния Слимс» (Virginia Slims) и разработала рекламную стратегию, ориентированную исключительно на женщин и учитывавшую специфические социальные проблемы, которые были актуальны в то время для них. Основной лозунг рекламной кампании «Ты далеко пошла, детка» («You've Come a Long Way Baby») был направлен на то, чтобы создать ассоциацию между курением сигарет этой марки и ценностями феминистского движения: независимостью, правом на собственное мнение, успешностью, а также между курением и женской привлекательностью и сексуальностью.

Рекламная кампания «женских» сигарет оказалась сверхуспешной для табачной индустрии. Уже через шесть лет после ее начала уровень курения среди 12-летних американских девочек вырос на 110 %, также распространилось курение среди девочек-подростков и других возрастов [39].

Начало рекламных кампаний «женских» сигарет способствовало росту женского курения и в других странах. Так, в Японии в результате агрессивной рекламы табака, направленной на женщин и девушек, уровень женского курения вырос более чем в 2 раза: с 8,6 % в 1986 г. до 18,2 % в 1991 г. [40].

В Южной Корее в 1988 г. курили 2 % девушек-подростков. В течение следующего, 1989 г., в результате появления в стране американских марок сигарет и их активного продвижения среди женской аудитории, уровень курения среди девочек-подростков составил уже 9 % (т.е. увеличился в 4,5 раза в течение года) [41].

Успех маркетинговых стратегий, направленных на пропаганду женского курения, был огромен — и столь же огромными оказались разрушительные последствия для здоровья женщин-курильщиц.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Вред потребления табака для здоровья надежно доказан. В частности, начиная с 1950-х годов на эту тему опубликовано более 70 тысяч научных статей. Нет никаких сомнений в том, что курение является самой важной причиной преждевременной смертности и инвалидности во всем мире [42].

Проведенный в США анализ женской смертности от раковых, сердечно-сосудистых, респираторных и других заболеваний, вызванных курением, позволяет утверждать, что практически в каждом случае сигареты отнимали у курильщицы до 14 лет жизни. В среднем курение сокращает жизнь женщины на 3–7 лет по сравнению с их некурящими сверстницами [43].

По данным ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30 % для мужчин и 4 % для женщин, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — 2,1 % для мужчин и 3 % для женщин, злокачественных новообразований — 52,1 % для мужчин и 5,2 % для женщин. Риск преждевременной смерти от ИБС среди курящих мужчин в возрасте 40–59 лет и женщин в возрасте 30–69 лет в три раза превышает аналогичный показатель среди некурящего населения. Курение способствует высокому уровню смертности населения России, который в 2,5 раза выше, чем в странах Европы, и низкой продолжительности жизни, которая в России самая низкая среди 53 стран Европейского региона ВОЗ. Курение убивает половину курильщиков. В России ежегодно гибнут более 300 000 человек от болезней, связанных с потреблением табака, при этом трое из четырех умирают в возрасте 35–69 лет [44].

Сердечно-сосудистые заболевания. Курение входит в триаду важнейших факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, мозгового инсульта), а также является одной из основных причин ряда хронических неинфекционных заболеваний (хронического бронхита и рака легких, язвы и рака желудка, сахарного диабета и др.) [45–47]. Курение предрасполагает к развитию различных атеросклеротических синдромов, включая стабильную стенокардию, острый коронарный синдром, внезапную смерть, мозговой инсульт. Также увеличиваются проявления атеросклероза аорты и периферических сосудов, приводя к развитию перемежающейся хромоты и аневризмы брюшной аорты. Канадские исследователи выявили прямую независимую связь между курением и возникновением новых атеросклеротических повреждений коронарных сосудов [48]. Известно, что возникновение и развитие атеросклероза обусловлено интеграцией трех основных компонентов: вазомоторной дисфункции, воспаления и модификации липидного профиля крови. К настоящему времени получены данные, указывающие на ассоциации курения со всеми этими компонентами. Так, J. Ambrose и R. Vague (2004) продемонстрировали повреждающий эффект сыворотки крови курильщиков на эндотелиальные клетки коронарных сосудов *in vitro* за счет снижения синтеза в них окиси азота, ответственного за вазорегуля-

торную функцию эндотелия [49]. Кроме этого окись азота участвует в регуляции воспаления, активации тромбоцитов, адгезии лимфоцитов и тромбообразования, поэтому нарушение биосинтеза окиси азота при курении может оказывать первичное и вторичное воздействие на возникновение и прогрессирование атеросклероза [50]. Курение повышает воспалительную реакцию организма на 20–25 %, вызывая увеличение в крови таких маркеров воспаления, как С-реактивный белок, интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли [49]. Образно говоря, курение подливает масла в огонь воспаления, бушующего в крови и сосудистой стенке при атеросклерозе.

Курение в три раза повышает риск смерти от болезни сердца среди мужчин и женщин среднего возраста. По данным международного проекта INTERHEART, проводимого в 52 странах мира и охватившего около 30 000 человек [51], риск возникновения инфаркта миокарда прямо пропорционален интенсивности курения, т.е. количеству выкуриваемых сигарет в день (рис. 8).

Нарушения липидного профиля крови при курении также общеизвестны. У курильщиков регистрируются достоверно более высокие уровни общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и триглицеридов. Наиболее частым нарушением липидного профиля у курильщиков является снижение фракции холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), обладающей, как известно, антиатерогенными свойствами [52], и эта ассоциация регистрируется уже в подростковом

возрасте [53], хотя механизм этого явления до конца не изучен. Не менее опасно пассивное курение. Обнаружено, что у пассивных курильщиков риск возникновения ИБС увеличивается на 30 %, а у активных курильщиков – на 80 % по сравнению с некурящими людьми [54, 55].

У курящих женщин по сравнению с их некурящими сверстницами риск сердечного приступа возрастает в 2 – 6 раз [56]. Прием оральных контрацептивов в сочетании с курением также повышает риск сердечного приступа [57].

Исследователи из Лиллехаммера проанализировали данные 1784 человек, поступивших в больницу с первым инфарктом миокарда. Средний возраст развития инфаркта у некурящих мужчин составил 72 года, у курящих – 64 года. У женщин эта разница оказалась более значительной – 81 год и 66 лет соответственно. Исследователи оценили среднюю разницу в возрасте наступления инфаркта для курящих и некурящих: в 6 лет – для мужчин и 14 лет – для женщин [58].

Онкологические заболевания. С 1950 по 2005 г. в США, где активно пропагандировалось женское курение и рекламировались «женские» сигареты, уровень заболеваемости и смертности от рака легких среди женщин возрос на 149 %, а за тот же период среди мужчин – всего на 6,5 % [59]. Такая огромная разница была вызвана в первую очередь стремительным ростом женского курения.

В публикации ВОЗ [60] показано, что в последние 20 лет (начиная с 60-х годов) наблюдался рост заболеваемости рака легких у женщин,

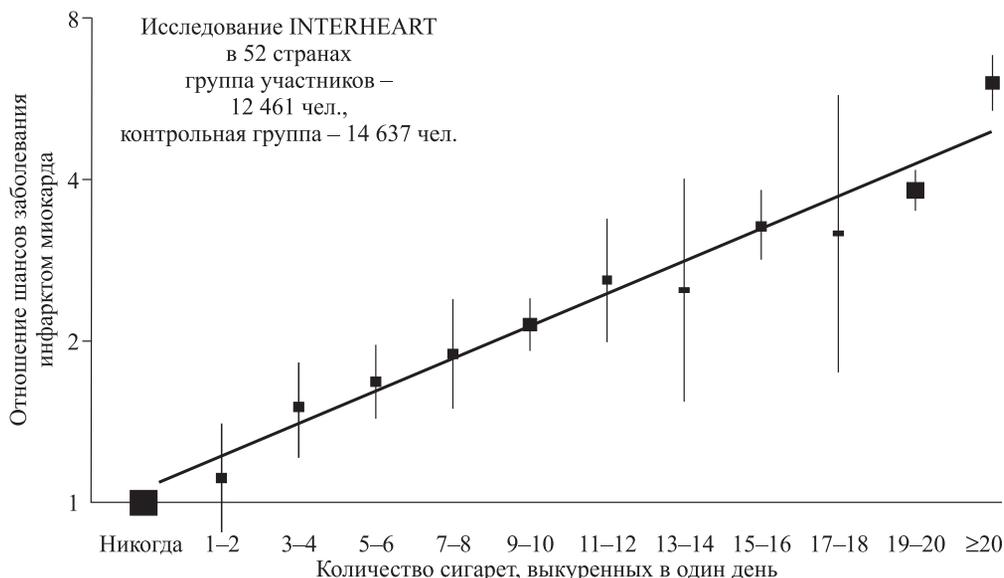


Рис. 8. Риск возникновения инфаркта миокарда и интенсивность курения по данным исследования INTERHEART [51]

и что рак легкого постепенно занимает место рака молочной железы, который ранее являлся важнейшей причиной смерти женщин от рака в промышленно развитых странах. Показатели смертности от рака легких среди женщин за 20 лет увеличились на 200 % в Ирландии и Великобритании, а в Канаде, Дании и США – на 300 %. В Дании, где курящих женщин было больше, чем курящих мужчин, смертность от рака легких увеличивалась значительно быстрее, чем в других скандинавских странах, и за период с 1970 по 1992 г. она возросла в 4 раза [61].

Данные о влиянии курения на риск смерти от некоторых болезней среди женщин представлены в табл. 2 [62].

Риск развития рака легкого повышен у курящих женщин по сравнению с некурящими. Однако повышение риска статистически достоверно только для женщин старше 70 лет. У курящих женщин пожилого возраста статистически достоверно повышен риск возникновения рака полости рта, глотки, гортани и рака пищевода. У курящих женщин среднего возраста курение приводит к статистически достоверному повышению риска смерти от рака печени и желчных путей и рака мочевого пузыря. Курение является причиной статистически достоверного повышения риска смерти от ИБС и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у женщин, умерших в возрасте 35–69 лет, и от инфекционных заболеваний респираторной системы, за исключением туберкулеза легких, у женщин старше 70 лет. Риск смерти от всех причин у курящих женщин в возрасте 35–69 лет почти в 2 раза выше, чем у их некурящих сверстниц [62].

Остеопороз. Исследование, проведенное австралийскими учеными, показало, что курение

способствует развитию остеопороза. Действительно, эта пагубная привычка ведет к снижению прочности костей (что, по всей видимости, является следствием вредного воздействия токсинов, содержащихся в табачном дыме, на выработку женского гормона эстрогена) [63]. У женщин, выкуривающих 20 и более сигарет в день, ко времени наступления менопаузы прочность костей снижается на 5–10 % по сравнению с их никогда не курившими сверстницами.

Респираторные заболевания и хроническая обструктивная болезнь легких. Согласно оценкам, к 2020 г. ХОБЛ станет третьей наиболее частой причиной смерти в мире, и женщины будут страдать от этого заболевания вдвое чаще, чем мужчины [64]. Это связано с повышенной реакцией дыхательных путей женщин на внешние воздействия, что обусловлено отличающимся объемом и геометрией легких у женщин. Когда-то типичным пациентом с ХОБЛ был пожилой мужчина. Теперь это женщина средних лет. Самым опасным и самым частым веществом для запуска ХОБЛ является табачный дым. Продукты горения табака, которые попадают в легкие при курении, вызывают во всех отделах дыхательной системы – бронхах, легочной ткани, сосудах – воспаление. На фоне курения в патогенезе развития ХОБЛ важную роль играют оксидантный стресс и пониженная антиоксидантная способность плазмы крови. Дисбаланс оксидантов и антиоксидантов крови обнаружен у больных ХОБЛ и астмой курильщиков, что означает выраженность у них оксидантного стресса. Другим важным фактором развития патологии дыхательных путей является соотношение между активностью протеаз и их ингибиторов. Источником протеолитических ферментов яв-

Таблица 2

Связь между курением (в последние 5 лет) и риском смерти у женщин [62]

Причина смерти	Возраст, лет			
	35–69		Старше 70	
	ОР	95 % ДИ	ОР	95 % ДИ
Рак легкого	2,4	0,89–6,47	3,89	1,51–10,03
Рак полости рта, глотки, гортани			8,17	1,01–66,04
Рак пищевода			13,94	3,67–52,94
Рак желудка	1,37	0,59–3,19	1,84	0,66–5,11
Рак печени и желчного пузыря	7,85	2,47–24,97	0,95	0,13–7,10
Рак поджелудочной железы	1,24	0,28–5,59	2,04	0,39–10,77
Рак мочевого пузыря	53,26	13,31–213,05	6,19	0,61–62,99
ИБС	2,77	1,61–4,77	1,4	0,71–2,76
Инсульт	1,31	0,68–2,52	0,86	0,44–1,68
Респираторные инфекционные болезни	2,11	0,35–12,85	22,98	7,76–68,04
Хроническая обструктивная болезнь легких	3,64	1,00–13,25	0,47	0,09–2,43
Все причины	1,89	1,27–2,82	1,2	0,69–2,08

ляются нейтрофилы, моноциты и альвеолярные макрофаги. У курильщиков наибольшую активность проявляют ферменты альвеолярных макрофагов. Еще один повреждающий механизм при хроническом курении связан с накоплением в альвеолярных макрофагах элементов смолы табачного дыма. Удаление смолы из макрофагов затруднено, так как она не переваривается и передается в неизменном виде от старого и гибнущего макрофага к молодой фагоцитирующей клетке [65].

Репродуктивное здоровье и материнство. Курение оказывает разрушительное воздействие на способность женщины зачать, выносить и родить здорового ребенка. Токсины, содержащиеся в сигаретном дыме, отравляют не только организм матери, но и развивающийся плод, приводя к серьезным нарушениям в процессе внутриутробного развития ребенка. У курильщиц снижается фертильность, составляя лишь 72 % от уровня фертильности некурящих женщин того же возраста [66].

Никотин, окись углерода и другие токсины, входящие в состав табачного дыма, легко проникают через плацентарный барьер, оказывая сильное негативное воздействие на качество кислорода, получаемого плодом. Через плаценту к плоду проникают также некоторые элементы табачного дыма, являющиеся канцерогенами. Никотин оказывает прямое воздействие на сердцебиение и шевеление плода. После рождения ребенка никотин обнаруживается и в составе грудного молока курящих женщин [67].

У курильщиц вдвое возрастает риск внематочной беременности и преждевременных родов [68, 69]. Наиболее серьезные осложнения – рождение мертвого ребенка, преждевременные роды и низкий вес ребенка при рождении – происходят оттого, что никотин препятствует доставке кислорода в кровь. У курящих женщин в два раза возрастает шанс того, что ребенок родится с малым весом (менее 2500 г.) [70].

Лицо курильщика. Курение оказывает более выраженное воздействие на образование морщин, чем солнечное излучение [71]. В 1985 г. американский исследователь Д. Модел предложил термин «лицо курильщика» и определил его диагностические критерии [72]. Для определения «лица курильщика» достаточно одного из нижеперечисленных пунктов.

1. Выступающие линии или морщины на лице.
2. Изможденные черты лица с подчеркнутой линией костей черепа.
3. Атрофичная, слегка пигментированная, сероватая кожа.

4. Отечная кожа с оранжевым, пурпурным или красноватым оттенком.

В своем исследовании автор определил наличие «лица курильщика» у 46 % курящих людей, у 8 % куривших в прошлом и ни у одного из некурящих людей. Зависимость между курением и наличием «лица курильщика» не зависела от времени пребывания на солнце, возраста, социальной принадлежности и недавнего похудения. Риск преждевременного появления морщин усиливается при увеличении количества выкуриваемых сигарет за год, и выкуривающие более 50 пачек в год в 4,7 раза чаще имеют морщины, чем некурящие того же пола и возраста. Исследования показали, что кожа женщин более чувствительна к воздействию сигаретного дыма, чем кожа мужчин. До сих пор неизвестны истинные механизмы, с помощью которых сигаретный дым вызывает преждевременное старение кожи, но, вероятнее всего, это многофакторный процесс. Установлено, что эластин в коже у курильщиков более плотный и более фрагментированный, чем у некурящих. Эти изменения в эластических волокнах подобны изменениям, происходящим от воздействия солнечных лучей, с той лишь разницей, что у курильщиков они затрагивают другие слои кожи [71].

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К КУРЕНИЮ

Три независимые группы ученых выявили варианты генов, которые способствуют развитию никотиновой зависимости и одновременно повышают риск развития рака легких у курильщиков [73–75]. В общей сложности ученые проанализировали гены 35 000 человек европейского происхождения. Определенные изменения в генах повышают риск стать курильщиком – в некоторых случаях на 75 %.

Генетические изменения приводят к тому, что человек легче и раньше привыкает к сигаретам. Исследования показывают, что важнейшую роль в формировании вредной привычки играют два гена. При изменениях в гене *TPH1* никотиновая зависимость у человека проявляется особенно сильно, и от нее трудно избавиться. А изменения в гене *TPH2* приводят к тому, что человек рано начинает курить. Оба гена связаны с выработкой серотонина. Его недостаток приводит к развитию депрессий и фобий и считается одной из причин формирования наркотической зависимости от различных веществ.

Указанные варианты генов, кодирующих белки никотиновых рецепторов, встречаются очень часто – примерно у каждого второго человека европейского происхождения. Показано,

что гомозиготные носители генетических вариантов в среднем выкуривают на две сигареты в день больше. Риск развития рака легких у таких людей повышается на 80 % по сравнению с остальными курильщиками. В результате болезнь возникает у каждого четвертого человека из этой группы. Обладание неблагоприятным вариантом генов способствует развитию никотиновой зависимости и затрудняет отказ от курения, сообщил руководитель одного из исследований, профессор Кристофер Эймс (Christopher Amos) из Онкологического центра Андерсона (Хьюстон) [75]. В будущем эта информация может быть использована для разработки скрининговых тестов для выявления людей, имеющих повышенный риск возникновения рака легких, а также привести к созданию новых методов борьбы с никотиновой зависимостью.

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕНСКОГО КУРЕНИЯ

Для разработки эффективной профилактики нужно более глубоко понимать гендерные различия в переходе к курению, в интенсивности курения и прекращении курения. Даже в такой стране, как Германия, где женщины наделены широкими правами, гендерные различия в заметных социально-экономических характеристиках, таких как образование, занятость и доход, по-видимому, объясняют лишь малую долю гендерных различий в распространенности и интенсивности курения [76].

Необходимы более широкие исследования в отношении того, как женщины относятся к мотивам, которые могут способствовать переходу к курению, таким, как давление сверстников и примеры для подражания, как у курящих женщин развивается привыкание и как они оценивают издержки и преимущества курения. Как ни парадоксально, лучше всего понимающими то, что может подтолкнуть женщин поэкспериментировать с курением и, в итоге, перейти к курению, могут оказаться табачные торговцы. Торговля выстраивает свою политику с учетом конкретных демографических и социально-экономических групп.

МИРОВАЯ АНТИТАБАЧНАЯ ПОЛИТИКА И ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА РОССИИ ПО СОКРАЩЕНИЮ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) – договор, принятый под эгидой ВОЗ в качестве ответной меры на глобализацию табачной эпидемии. РКБТ является международным соглашением, принятым в мае 2003 г.

на 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Это первый юридический документ, целью которого является снижение смертности из-за употребления табака и сокращение использования табака во всем мире (борьба с курением). Положения Конвенции устанавливают международные стандарты и руководящие принципы борьбы с табаком в следующих областях: повышение цен и налогов на табак, запрет на продажу табака несовершеннолетним и несовершеннолетними, запрет рекламы и спонсорства, предупреждающая маркировка, борьба с незаконной торговлей и ограничение пассивного курения. 29 ноября 2004 г. Сторонами Конвенции стали 40 стран. 27 февраля 2005 г. Конвенция вступила в силу. С этой даты она стала обязательной для ее сторон. Россия присоединилась к Конвенции 11 мая 2008 г. [77].

Согласно 34 статье, Конвенция была открыта для подписания всеми государствами-членами ВОЗ или ООН в штаб-квартире ООН в Нью-Йорке с 30 июня 2003 г. по 29 июня 2004 г. В результате того, что почти 90 % государств-членов подписали ее в течение года после открытия для подписания, Рамочная конвенция стала одним из наиболее быстро принятых договоров в системе ООН [78]. На 2011 г. Конвенцию подписали 174 стороны. С 3 июня 2008 г. Россия приступила к реализации основных положений Конвенции и осуществлению государственной политики против потребления табака на 2010–2015 гг., утвержденной в 2010 г. Распоряжением Правительства РФ от 23.09.2010 № 1563-р утверждена Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 гг.

В принятом 21 ноября 2011 г. Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подчеркивается, что одним из важнейших путей обеспечения приоритета профилактики в сфере охраны здоровья является «разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака» (ст. 12).

23 февраля 2013 г. в Российской Федерации принят Федеральный закон № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». В Законе содержатся основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, организация

осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращения потребления табака.

Борьба с потреблением табака в Российской Федерации соответствует стратегии ВОЗ MPOWER, которая включает:

мониторинг потребления табака и профилактические меры;

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

предупреждение о вреде курения;

усиление запретов на рекламу, а также на стимулирование продаж и спонсорство производства табачных изделий;

повышение налогов на сигареты.

Налоговая политика в отношении табачных изделий. Повышение цен на табачные изделия путем налогообложения — единственная наиболее эффективная мера по снижению спроса на табачные изделия. Имеются значительные различия между странами в отношении уровней налогов на табачные изделия. Существует тенденция более высоких налогов и большей их доли в цене (две трети и более) в странах с высоким доходом (кроме США). В странах с низкими доходами налоги обычно гораздо ниже и составляют менее половины цены пачки сигарет.

Более 100 исследований, проведенных в странах с высокими доходами, ясно продемонстрировали, что увеличение налогов на сигареты и другие табачные изделия ведет к значительному сокращению потребления табака [79]. Уменьшение потребления табака в результате более высоких налогов и цен отражает сочетание таких факторов, как рост числа лиц, бросивших курить, уменьшение числа случаев возобновления курения, сокращение числа людей, начинающих курить, и снижение потребления среди продолжающих пользоваться табаком (рис. 9).

Оценки влияния цены спроса на сигареты имеют большие различия в зависимости от изучаемого населения, используемых данных и методов, применяемых для оценки спроса. Данные, полученные в развитых странах, свидетельствуют о том, что увеличение цены на сигареты на 10 % приводит к сокращению спроса на них на 2,5–5 %. Оценки реакции населения, живущего в странах с низкими и средними доходами, на повышение цены на табачные изделия указывают на то, что падение спроса примерно такое же.

Вероятность отказа от курения или его сокращения в ответ на повышение цен в 2–3 раза выше среди молодежи, меньшинств и курильщиков с низким доходом, чем среди других. Поскольку цена является наиболее мощным оп-

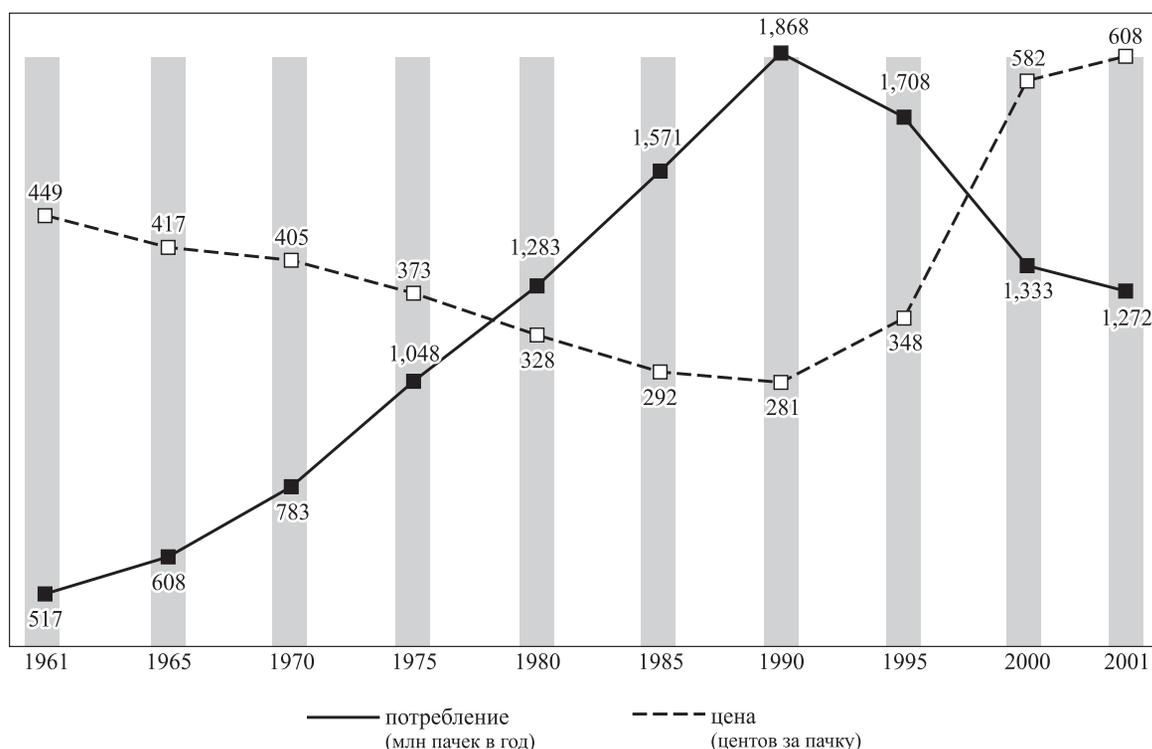


Рис. 9. Зависимость объема продаж сигарет от их цены [79]

ределяющим фактором для собирающихся начать курить среди молодежи, она в значительной степени изменяет долгосрочные тенденции в потреблении сигарет [79].

Информирование потребителя. Политика улучшения качества и доступности медицинской информации может снизить распространенность курения, особенно в странах с низкими и средними доходами, где уровень информированности о вредном влиянии табака на здоровье все еще низок. Исследования, проведенные в странах с высокими доходами, показывают, что широкое распространение информации о последствиях курения для здоровья привело к значительным сокращениям потребления табака. Первоначальное уменьшение распространенности курения составило от 4 до 9 %, а долгосрочное кумулятивное сокращение достигло 15–30 %. Кроме того, кампании против курения в средствах массовой информации также привели к уменьшению потребления сигарет и других табачных изделий. Аналогичным образом сокращают потребление и бросающиеся в глаза предупредительные надписи на коробках сигарет [80].

Запреты на рекламу и продвижение табачных изделий. Реклама табачных изделий и их продвижение на рынок играют важную роль для начинающих курить подростков, идя навстречу их устремлениям. Однако оценить влияние рекламы табака на уровень потребления пред-

ставляется проблематичным, потому что размах рекламы столь велик, что почти невозможно измерить рост потребления от дополнительной рекламы. Изучение запретов на рекламу является более информативным способом оценки ее влияния на потребление. Полный запрет на рекламу табака может уменьшить его потребление. Частичный запрет дает малый эффект или вовсе никакого, поскольку существуют возможности рекламирования в неконтролируемых СМИ.

Места, свободные от курения. Запрещение курения в равной степени идет на пользу как некурящим, так и курящим. Оно в значительной степени снижает воздействие вторичного табачного дыма на некурящих и курящих, создает мотивацию для курящих курить меньше и развивает их уверенность в том, что они способны бросить курить, что ведет к большим успехам в прекращении курения. Такой эффект более значителен при полном запрете, чем при частичном. Когда выделяются специально отведенные для курения помещения внутри зданий, вентиляция не решает проблемы, потому что она не в состоянии полностью ликвидировать вторичный дым, и уменьшение курения менее значительно.

В докладе ВОЗ «О глобальной табачной эпидемии», опубликованном в 2013 г. [81], представлены результаты внедрения стратегии MPOWER. После принятия Рамочной конвенции по борьбе против табака за 10 лет на гло-

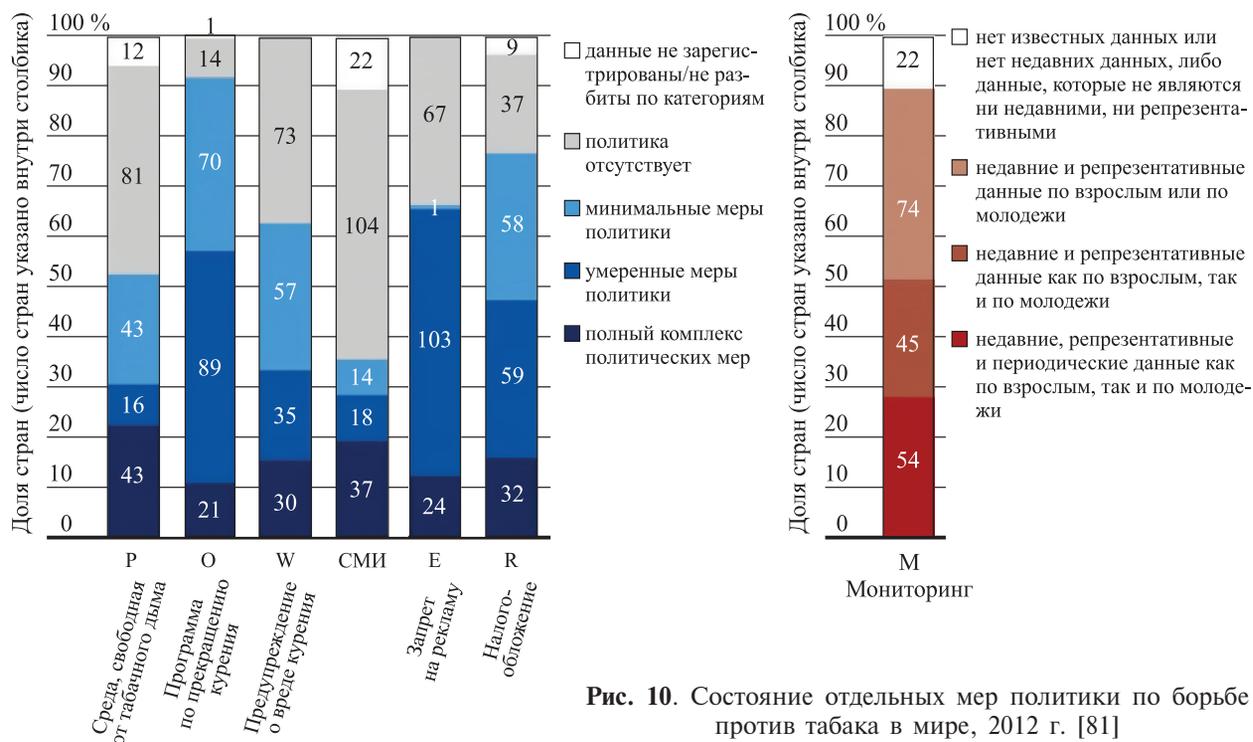


Рис. 10. Состояние отдельных мер политики по борьбе против табака в мире, 2012 г. [81]

бальном уровне достигнут существенный прогресс. Нарастает потенциал по сокращению спроса на табачную продукцию. Число стран, которые успешно ввели одну или более мер на высшем уровне, увеличилось более чем в 2 раза. Соответственно удвоилось число защищаемых людей, которое составляет более 2,3 млрд человек. В результате этого обеспечивается защита от вредного воздействия употребления табака для сотен миллионов потребителей табака, которые могут улучшить состояние своего здоровья и здоровья окружающих. В результате этих мер снижается вероятность того, что начнут курить сотни миллионов некурящих (рис. 10).

Успешное использование MPOWER многими странами для наращивания потенциала по выполнению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака свидетельствует о том, что вполне возможно эффективно бороться с табачной эпидемией и спасать жизни людей независимо от размера или уровня дохода. Однако, чтобы спасти еще больше жизней, нужно во всех странах активизировать усилия по включению всех положений Рамочной конвенции ВОЗ в национальные программы борьбы против табака.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Растущая распространенность курения среди женщин в России вызывает обоснованную тревогу у медицинской общественности, административных и законодательных органов.

В страновом отчете Российской Федерации говорится, что Россия, имеющая высокий уровень курения, будет выполнять обязательства, связанные с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе с потреблением табака; среди них, в частности, такие меры, как усиление системы здравоохранения с целью предоставления услуг по избавлению от никотиновой зависимости в учреждениях первой медицинской помощи; разработка и внедрение политики 100%-го запрета на курение в общественных и на рабочих местах; поэтапное повышение налогов на все виды табачных изделий; работа со СМИ по эффективному информированию о вреде потребления табака, направленному на определенные демографические группы; совершенствование информации о вреде для здоровья на упаковках табачных изделий; уменьшение количества точек по продаже сигарет; введение поэтапного запрета на рекламу табачных изделий в точках их продажи [82]. Все эти меры должны привести к снижению распространенности курения среди населения Российской Федерации, в первую очередь — среди женщин и молодежи.

Работа выполнена под эгидой реализации социально значимого проекта Национального фонда поддержки социальных программ РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco.
2. **Giovino G., Mirza S., Samet J., Gupta P. et al.** For The GATS Collaborative Group. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys // *Lancet*. 18 August. 2012. Vol. 380. Issue 9842. P. 668–679.
3. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. WHO. Geneva, 2009.
4. Gender, Health, Tobacco and Equity. WHO, 2011 (http://www.who.int/tobacco/publications/gender/gender_tobacco_2010.pdf).
5. **Giovino G., Mirza S., Samet J. et al.** Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys // *Lancet*. 18 August. 2012. Vol. 380. Issue 9842. P. 668–679.
6. **Сакевич В.И.** Женщины и курение // *Демоскоп weekly*. 2012. № 519–520. 20 августа – 2 сентября.
7. ERC. (2007). *World Cigarettes 1: The 2007 Report*. ERC Statistics Intl Plc. Population data is from Central Intelligence Agency. (2007). *The World Factbook 2007*. Washington: Government Printing Office. Map created in Inkscape using public domain sources.
8. **Hitchman S.C., Fong G.T.** Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios // *Bull. World Health Organ*. 2011. Vol. 89. P. 195–202.
9. **Lopez A.D., Collishaw N.E., Piha T.** A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries // *Tobacco Control*. 1994. Vol. 3. P. 242–247. doi: 10.1136/tc.3.3.242.
10. **Дёмин А.К., Дёмина И.А.** Курение или здоровье? Выбираем здоровье! Курение или здоровье в России? Доклад по политике в области здоровья, Доклад 3 Серии «Здоровье для всех – Все для здоровья в России». М.: Ассоциация общественного здоровья, 1996. С. 6–27.
11. **Герасименко Н.Ф., Дёмин А.К.** Формирование политики в отношении табака и общественное здоровье в России. М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 2002.
12. Фонд «Общественное мнение». Курение и реклама сигарет. 2008. <http://bd.fom.ru/report/map/d080422>. Цит. 24.01.08.
13. **Бурмыкина О.Н.** Гендерные различия в практиках здоровья: подходы к объяснению и эмпирический анализ // *Журн. исслед. соц. политики*. 2006. № IX(2). С. 101–119.
14. **Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Андреева С.А., Верига А., Базарджян А.** Сравнительный анализ распространенности табакокурения среди студентов 3-го курса медицинских университетов в России, Армении и Литве // *Современные здоровьесберегающие технологии в обеспечении здоровья населения*. Волгоград: Изд-во «ПринТерра», 2008. С. 398–416.

15. Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. Распространенность курения среди женщин России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. № 1. С. 7–12.
16. Потемкина Р.А., Глазунов И.С., Кузнецова О.Ю., Петрухин И.С., Фролова Е.В., Кудина Е.А., Старовойтов М.Л., Дубикайтис Т.А., Лебедев А.К. Изучение распространенности поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения Москвы, Санкт-Петербурга и Твери методом телефонного опроса // Там же. 2005. № 3. С. 3–15.
17. Левшин В.Ф., Радкевич Н.В., Слеченко Н.И., Федичкина Т.П. Исследование факторов, влияющих на развитие курительного поведения // Там же. 2005. № 6. С. 29–35.
18. Кислицина О. Фактор риска // Социальная и демографическая политика. 2006. № 5. С. 45–62.
19. Perlman F., Bobak M., Gilmore A., McKee M. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy // Tobacco Control. 2007. Vol. 16. P. 299–305.
20. Малютина С.К. Десятилетние тренды и когортное исследование конвенционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в городской сибирской популяции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск, 2001. 46 с.
21. Molarius A., Parsons R., Dobson A. et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA Project // Am. J. Public Health. 2001. Vol. 91, N 2. P. 206–212.
22. Лоранский Д.Н. и др. Состояние проблемы курения // Сов. здравоохранение. 1983. № 6. С. 33–38.
23. К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет – основные неинфекционные заболевания. М., 1994; The Lipid Research Clinics Population. Studies Data Book. Volume IV. The USSR Second Prevalence Study. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service National Institute of Health. June, 1990. p. 31.
24. Олейников С.П., Чазова Л.В., Глазунов И.С. и др. Курение и некоторые социально-демографические характеристики // Терапевт. арх. 1983. № 1. С. 57–61.
25. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний, смертности и некоторых других показателей развития программы CINDI: Отчет проекта. М., 1999.
26. Интегрированная программа профилактики неинфекционных болезней в СССР / Р.Г. Оганов // Профилактика неинфекционных болезней: опыт и перспективы / под ред. Е. Лепарского; ВОЗ. Женева, 1991. С. 400–409.
27. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки): дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999.
28. Чазова Л.В., Александров А.А., Калинина А.М., Иванов В.М. Проблемы курения и здоровье населения // Курение или здоровье в России? / под ред. А.К. Демина. М., 1996. С. 213–229.
29. Сдерживание эпидемии. Правительства и экономическая подоплека борьбы против табака. Евробюро ВОЗ для Всемирного банка. 2000 г.
30. Система мониторинга поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний: Отчет проекта. М., 2001.
31. Здоровье женщин северных городов России – Архангельска и Мурманска: питание и другие поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний: Отчет по проекту. М., 2001.
32. Peasey A., Bobak M., Kubinova R. et al. Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: Rationale and design of the HAPIEE study // BMC Public Health. 2006. Vol. 6. P. 255–265.
33. Gilmore A., Pomerleau J., McKee M. et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study // Am. J. Public Health. 2004. Vol. 94. P. 2177–2187.
34. Lopez A.D. Smoking and death in Russia // Tobacco Control. 1998. Vol. 7. P. 3–4.
35. Forey B., Hamling J., Lee P. et al. International smoking statistics. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2002.
36. Чернушенко Т.И. Эпидемиология табакокурения и других факторов риска хронической обструктивной болезни легких в промышленном городе Кузбассе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новокузнецк, 2014. 26 с.
37. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация. 2009. С. 11–38.
38. Gilmore A.B., McKee M. Tobacco and transition: an overview of industry investments, impact and influence in the former Soviet Union// Tobacco Control. 2004. Vol. 13. P. 136–142.
39. Pierce J.P., Lee L., Gilpin E.A. Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988: An association with targeted advertising // JAMA. 1994. Vol. 271, N 8.
40. Chaloupka F.J. Cigarette Smoking in Pacific Rim Countries: The Impact of U.S. Trade Policy. National Bureau of Economic Research, Working Paper 5543, April 1996.
41. Pierce J.P., Lee L., Gilpin E.A. Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988: An association with targeted advertising // JAMA. 1994. Vol. 271 (8). P. 608–611.
42. The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, DC, 1999.
43. Rogers R.G., Powell-Griner E. Life expectancies of cigarette smokers and nonsmokers in the United States // Soc. Sci. Med. 1991. Vol. 32 (10). P. 1151–1159.
44. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения / под ред. С.А. Бойцова // Методические рекомендации ГНИЦ профилактической медицины / утверждены письмом Минздравсоцразвития России 5 мая 2012 г. № 14-3/10/1-2817, 2012.
45. WHO report on the global tobacco epidemic, 2012.
46. Табачная эпидемия в России: причины, последствия, пути преодоления // Докл. Комиссии Общественной палаты РФ по социальной и демогра-

- фической политике, Общественного Совета Центрального федерального округа. М., 2009.
47. **Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.** Проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации, возможности их разрешения // Рос. кардиол. журн. 2000. Т. 4 (24). С. 7–11.
 48. **Waters D., Lesperance J., Gladstone P. et al.** Effect of cigarette smoking on the angiographic evolution of coronary atherosclerosis: a Canadian Coronary Atherosclerosis Intervention trial (CCAIT) substudy: CCAIT Study Group // *Circulation*. 1996. Vol. 94. P. 614–621.
 49. **Ambrose J., Barua R.** The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004. Vol. 43 (10). P. 1731–1737.
 50. **Napoli C., Ignarro L.J.** Nitric oxide and atherosclerosis // *Nitric. Oxide*. 2001. Vol. 5. P. 88–97.
 51. **Teo K.K. et al.** Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study // *Lancet*. 2006. Vol. 368 (9536). P. 647–658.
 52. **Craig W., Palomaki G., Haddow J.** Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data // *BMJ*. 1989. Vol. 298. P. 784–788.
 53. **Денисова Д.В., Завьялова Л.Г., Иванова М.В.** Атерогенные дислипотеидемии в подростковом возрасте: многолетние популяционные исследования в Новосибирске // *Атеросклероз*. 2012. № 1. (8). С. 5–13.
 54. **Whincup P.** Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement // *BMJ*. 2004. Vol. 329. P. 200–205.
 55. **Law M.R., Morris J.K., Wald N.J.** Environmental tobacco smoke expose and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence // *BMJ*. 1997. Vol. 315. P. 973–980.
 56. **Prescott E., Hippe M., Schnohr P. et al.** Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study // *British Med. J.* 1998. Vol. 316. P. 1043–1047.
 57. HHS, Women and Smoking: A Report of the Surgeon General, Washington, DC: HHS, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001, http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/index.htm.
 58. **Grundtvig M., Hagen T.P., German M., Reikvam A.** Sex-based differences in premature first myocardial infarction caused by smoking: twice as many years lost by women as by men // *Eur. J. Cardiovasc. Prevention Rehabilitation*. 2009. Vol. 16, N 2. P. 174–179.
 59. **Ries LAG, Eisner M.P., Kosary C.L., Hankey B.F., Miller B.A., Clegg L., Edwards B.K.** (editors). editors. SEER Cancer Statistics Review, 1973–1997. Bethesda (MD): National Cancer Institute, 2000.
 60. Weekly Epidemiological Record N 39, 1986.
 61. Health in Europe. WHO Regional Publications, European Series, N 56.
 62. Курение – основная причина высокой смертности россиян // Д.Г. Заридзе, Р.С. Карпов, С.М. Киселева, И.Н. Конобеевская, Т.Х. Мень, А.А. Шайн, С.М. Шихман // *Вест. РАМН*. 2002. № 9. С. 40–45.
 63. **Hopper J.L., Seeman E.** The bone density of female twins discordant for tobacco use // *N. Engl. J. Med.* 1994. Vol. 330. P. 387–392.
 64. American Lung Association Smoking Fact Sheet, September 2000.
 65. U.S. Department of Health and Human Services (HHS), The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General, 2004, <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>
 66. **Baird D., Wilcox A.** Cigarette smoking associated with delayed conception // *JAMA*. 1985. Vol. 253. P. 2979–2983.
 67. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Cancer. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1982. DHHS Publication No (PHS) 82-50179.
 68. **Venners, Scott A., Xiaobin Wang, Changzhong Chen, Lihua Wang, Dafang Chen, Wenwei Guang, Aiqun Huang, Louise Ryan, John O'Connor, Bill Lasley, James Overstreet, Allen Wilcox, and Xiping Xu.** Paternal Smoking and Pregnancy Loss: A Prospective Study Using a Biomarker of Pregnancy // *Am. J. Epidemiol.* 2004. Vol. 159. P. 993–1001.
 69. **Wisborg, Kirsten, Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurdur Frodi Olsen, and Niels Jorgen Secher.** Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life // *Am. J. Epidemiol.* 2001. P. 322–327.
 70. **Shiono P.H., Behrman R.** Low birth weight: analysis and recommendations // *Future Child*. 1995. Vol. 5. P. 4–18. (p. 11).
 71. **Ernster V.L., Grady D., Miike R., Black D., Selby J., Kerlikowske K.** Facial wrinkling in men and women, by smoking status // *Am. J. Public. Health*. 1995. January. Vol. 85 (1). P. 78–82.
 72. D Model Smoker's face: an underrated clinical sign? // *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)* 1985. December 21. Vol. 291 (6511). P. 1760–1762.
 73. **Verde Z., Santiago C., Rodriguez Gonzalez-Moro J.M., de Lucas Ramos P., Lopez Marton S. et al.** Smoking Genes: A Genetic Association Study // *PLoS ONE*. 2011. Vol. 6 (10). P. e26668. doi:10.1371/journal.pone.0026668.
 74. **Chen L.S., Baker T.B., Piper M.E., Breslau N., Cannon D.S., Doheny K.F. et al.** Interplay of genetic risk factors (CHRNA5-CHRNA3-CHRNA4) and cessation treatments in smoking cessation success // *Am. J. Psych.* 2012. Vol. 169. P. 735–742.
 75. **Amos C., Spitz M., Cinciripini P.** Chipping away at the genetics of smoking behavior // *Nature Genetics*. 2010. Vol. 42. P. 366–368. doi:10.1038/ng0510-366
 76. **Bauer T., Gohlmann S., Sinning M.** Gender differences in smoking behavior // *Health Econ*. 2007. Vol. 16. P. 895–909.
 77. Федеральный закон от 24 апреля 2008 года № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» (рус.) // *Рос. газета. Федеральный вып.* № 4651 (30 апреля 2008).
 78. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated 2004, 2005)

79. **Townsend J.L.** The role of taxation policy in tobacco control. *The Economics of Tobacco Control: Toward an Optimal Policy Mix* / ed. by I. Abedian et al. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town, 1998.
80. **Borland R. et al.** Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years // *Tobacco Control*. 2009. Vol. 18. P. 358–364.
81. Доклад ВОЗ «О глобальной табачной эпидемии», 2013.
82. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), Российская Федерация, 2009. Страновой отчет.

WOMEN SMOKING: PREVALENCE, TRENDS, ASSOCIATIONS, PREVENTION AND STATE REGULATION

D.V. Denisova¹, A.N. Sergeev², O.A. Kosilova²

*¹Research Institute of Internal and Preventive Medicine
630089, Novosibirsk, Boris Bogatkov str., 175/1*

*²Russian National Foundation of Social Programs Support
123056, Moscow, Zoologicheskaya str., 26, building 2*

This review presents the current scientific literature on the problem of female smoking in the world and in Russia over the past 25 years. The results of Russian and international researches on the prevalence and trends of women's smoking discussed. The growth in female smoking from the end of XX century, associated with aggressive policies of tobacco companies and the emancipation of women in many countries, including Russia revealed. The negative impact of smoking on women's health, reproductive function and motherhood was shown. The efficiency of the global tobacco control policies and Russia's state policy to reduce tobacco consumption was demonstrated.

Keywords: smoking, women, prevalence, trends, prevention.

Статья поступила 12 января 2015 г.