doi: 10.17116/profmed201518647-52

Распространенность курения в России. Что изменилось за 20 лет?

Ю.А. БАЛАНОВА, С.А. ШАЛЬНОВА, А.Д. ДЕЕВ, А.В. КАПУСТИНА, В.В. КОНСТАНТИНОВ, С.А. БОЙЦОВ

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия, 101990

Smoking prevalence in Russia. What has changed over 20 years?

YU.A. BALANOVA, S.A. SHALNOVA, A.D. DEEV, A.V. KAPUSTINA, V.V. KONSTANTINOV, S.A. BOYTSOV

National Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, 101990

Цель — изучить динамику распространенности и интенсивности курения среди населения некоторых регионов России в зависимости от пола, возраста, типа поселения, уровня образования и уровня благосостояния. **Материал и методы.** Представительные выборки населения России, обследованные в 1993 г. («Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения»), в 2003—2004 гг. («Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации») и в 2012—2014 гг. (ЭССЕ-РФ). К курящим относили лиц, выкуривающих хотя бы одну сигарету/папиросу в сутки или бросивших курить менее 1 года назад. Мужчин считали курящими интенсивно, если они выкуривали более 20 сигарет в сутки; женщин — более 10. **Статистический анализ** — SAS (Statistical Analysis System). **Результаты.** Среди мужчин распространенность курения снизилась с 59,8% (1993) до 39,0% (2013), среди женщин — увеличилась за тот же период с 9,1 до 13,6% (p<0,0005). Частота курения снижалась с возрастом; выявлена обратная связь уровня образования и частоты курения как среди мужчин, так и среди женщин; среди мужчин частота курения линейно возрастала с увеличением доходов. Доля интенсивно курящих среди мужчин выросла с 4,6% в 2003 г. до 19,7% в 2013 г., среди женщин — с 2,3 до 8% соответственно. **Заключение.** Распространенность курения в России остается высокой при достоверном снижении частоты курения у мужчин и росте этого показателя у женщин на фоне возрастания интенсивности курения. Мониторинг, отражающий динамику распространенности курения наряду с другими факторами риска, является необходимым условием для оценки профилактических мер. Основное условие — это постоянство процесса профилактики. Борьба с курением должна быть постоянно действующим и развивающимся направлением, а не кампанией, организованной от случая к случаю.

Ключевые слова: *распространенность курения в России среди мужчин и женщин, интенсивность курения.*

Objective — to study trends in the prevalence and intensity of smoking among the population of some regions of Russia in relation to gender, age, residence, education level, and well-being. **Material and methods.** The representative samples of Russia's population, which were examined in 1993 («Russian monitoring the economic status and population health»), in 2003—2004 («Prevention and treatment of hypertension in the Russian Federation»), and in 2012—2014 (ESSE-RF) were analyzed. The smokers were those who smoked at least one cigarette a day or those who quit smoking a less than a year ago. The men were considered to be intensive smokers if they smoked more than 20 cigarettes a day; there were more than 10 female intensive smokers. The statistical analysis system was used. **Results.** The smoking prevalence among the men decreased from 59.8% (1993) to 39.0% (2013); that among the women increased in the same period from 9.1 to 13.6% (p<0.0005). The smoking rate reduced with age; an inverse relationship was found between education level and smoking rate both among men and women; the smoking rate linearly rose with their income. The proportion of intensive smokers among the men increased from 4.6% in 2003 to 19.7% in 2013 and that among the women did from 2.3 to 8%, respectively. **Conclusion.** Smoking prevalence in Russia remains high with significantly reduced smoking rates among men and with their rose in women having increased smoking intensity. Monitoring reflecting trends in the prevalence of smoking along with other risk factors is a necessary condition for assessing preventive measures. The basic condition is the constancy of the prevention process. Smoking control should be a permanently acting and developing area, rather than a campaign organized from time to time.

Keywords: *male and female smoking prevalence in Russia; smoking intensity.*

Курение распространено с давних времен, особенно широко — с конца XV века, когда корабли Колумба привезли высушенные листья травы для курения, которой в те времена приписывали целебные свойства. Однако почти сразу, параллельно с распространением табакокурения, началась борьба с этой привычкой. Еще в 1604 г. английский король Яков I опубликовал труд «О вреде табака», который завершил словами «Курение — отвратительный для зрения, омерзительный для обоняния, вредный для мозга и опасный для легких обычай». Сегодня известно, что в мире табак убивает за 1 год до 6 млн человек, нанося ежегодный экономический ущерб более чем 500 млрд долларов [1].

Курение относится к так называемым поведенческим факторам риска (ФР), которых в жизни нет и которые возникают лишь в тех случаях, когда человек добровольно соглашается с их присутствием в его жизни. Главная особенность поведенческих ФР состоит в том, что каждый из них и их совокупность могут быть не просто подвергнуты коррекции, но и полностью устранены. И хотя уже в сере-

© Коллектив авторов, 2015

дине XX века была установлена роль курения как одного из основных ФР неинфекционных заболеваний, понадобилось более 200 научных публикаций, чтобы включить эту проблему в сферу интересов медицинской общественности [2]. S. Capewell и соавт. [3], анализируя вклад уровня ФР в смертность от ишемической болезни сердца в американской популяции, показали, что если бы распространенность курения в популяции снизилась с 2000 г. к 2010 г. до 0%, это позволило бы предотвратить около 60 тыс. случаев смерти. В Российской популяции потери ожидаемой продолжительности жизни в трудоспособном возрасте, связанные с преждевременной смертью, обусловленной курением, в целом составили у мужчин 9 лет, у женщин — 5,6 года, а в связи с преждевременной смертью от болезней системы кровообращения (БСК) — 12 лет у мужчин и 9 лет у женщин. Снижение распространенности этого ФР среди взрослого населения на 15% приведет к снижению общего числа случаев смерти, обусловленных курением, на 10% [4]. Вместе с тем ежегодное число курильщиков на планете по-прежнему постоянно растет.

В последние десятилетия вопросу табакокурения в России уделяется пристальное внимание. Так, государством были предприняты активные шаги по воздействию на эту проблему. Например, Россия присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ (2003 г.) по борьбе против табака, вступил в силу Федеральный закон №15-ФЗ от 23.02.13 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», большая часть положений которого претворяются в жизнь с 01.06.14. Получены первые результаты проведения мониторинга мероприятий Федерального закона №15-ФЗ в стране, выявившие как положительные стороны, так и проблемы на этом поприще [5].

В жизнь активно внедряется понятие «жизнь без табака». Вместе с тем научных публикаций, посвященных изучению распространенности курения в нашей стране, крайне недостаточно. Однако было бы важно изучить реальный ответ населения на меры, принимаемые государством, по борьбе с этой вредной и опасной привычкой.

Цель настоящего исследования — изучение динамики распространенности и интенсивности курения среди населения некоторых регионов России и ее ассоциации с полом, возрастом, образованием, типом поселения и уровнем благосостояния.

Сведения об авторах:

Баланова Юлия Андреевна — к.м.н., в.н.с. лаб. экономического анализа эпидемиологических исследований и профилактических технологий отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦ ПМ, e-mail: jbalanova@gnicpm.ru;

Шальнова Светлана Анатольевна — д.м.н., проф., рук. отд. эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ГНИЦ ПМ;

Деев Александр Дмитриевич — к.ф.-м.н., рук. лаб. медицинской биостатистики ГНИЦ ПМ;

Капустина Анна Владимировна — с.н.с. отд. эпидемиологии ХНИЗ ГНИЦ ПМ;

Константинов Владимир Васильевич — д.м.н., проф., в.н.с. отд. эпидемиологии ХНИЗ ГНИЦ ПМ;

Бойцов Сергей Анатольевич — д.м.н., проф., дир. ГНИЦ ПМ, рук. отд. клинической кардиологии и молекулярной генетики

Материал и методы

В качестве объекта исследования были включены участники трех популяционных исследований, в разные годы проведенных в регионах страны:

• Национальная представительная выборка населения России (n=14 799), обследованная в 1993 г. в рамках программы «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения». Отклик составил 87,8%. Выборка была случайной стратифицированной, трехступенчатой, отобранной по принципу Киша [6], на основе избирательных списков населения.

• Представительная выборка населения России (n=33 617), обследованная в 2003—2004 гг. в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» (далее — Мониторинг). Отклик составил почти 80%. Формирование выборки осуществляли аналогично таковому в первом исследовании на основе территориальных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

• Представительная выборка населения России (n=21 923), обследованная в 2012—2014 гг. в рамках исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ)». Отклик составил почти 80%. В исследовании ЭССЕ-РФ также использовали стратифицированную многоступенчатую случайную выборку, сформированную по территориальному принципу на базе ЛПУ по методу Киша.

Подробно методика формирования выборок для данных исследований была описана ранее [7—9].

Все обследуемые были опрошены по единому стандартному вопроснику, разработанному на основе адаптированных международных методик. По уровню образования выделялись лица с образованием ниже среднего (начальным), средним и высшим. По типу поселения выделяли город и село. Благосостояние оценивали с помощью специальной шкалы, позволяющей выделять четыре его уровня: очень высокий, высокий, средний и низкий. Определение благосостояния производили на основании ответов на вопросы, косвенно отражающих уровень доходов (например, доля средств, затрачиваемых на еду и др.) [10]. Курение оценивали с помощью стандартных вопросов, впервые примененных в исследовании Национальной выборки [10].

Статус курения определяли следующим образом: никогда не курившие, курившие в прошлом, курящие в настоящее время. К курящим относили лиц, выкуривающих хотя бы одну сигарету/папиросу в сутки. Курящие ранжировались по возрастным группам и в зависимости от количества выкуриваемых сигарет. Мужчин считали курящими интенсивно, если они выкуривали более 20 сигарет в сутки, женщин — более 10 сигарет.

Статистический анализ данных проводили с помощью системы статистического анализа информации — SAS (Statistical Analysis System). В анализ включали следующие переменные: пол, возраст, социально-демографические характеристики, тип поселения, уровень образования. Показатели были стандартизованы по возрастной структуре населения Европы.

Результаты

В российской популяции за 20-летний период наблюдения (с 2002—2004 по 2012—2014 гг.) наблюдали два про-

тивоположных процесса. С одной стороны, среди мужчин в целом стандартизованная по возрасту распространенность курения снизилась с 59,8% (1993 г.) и 58,8% (2002—2004 гг.) до 39,0% в 2013 г., с другой — обращает на себя внимание увеличение частоты курения среди женщин — с 9,1% (1993 г.) и 8,4% (2003 г.) до 13,6% (2012—2014 гг.) (p<0,0005). На всех этапах наблюдения выявлялась достоверно более высокая распространенность курения среди мужчин в сравнении с женщинами.

Частота курения в возрастных группах представлена в **табл. 1**. Особую тревогу вызывает тот факт, что на всех этапах исследования максимальная частота курения отмечалась среди лиц молодого возраста как мужчин, так и женщин. Так, среди мужчин, по данным Национальной выборки и мониторинга АГ, наибольшие показатели распространенности курения отмечены в возрастной группе 25—34 года, с дальнейшим постепенным снижением этого показателя, а по данным исследования ЭССЕ, распространенность курения была близка в возрастных группах 25—34, 35—44 и 45—54 года и затем снижалась. Среди женщин на всех этапах исследования максимальные значения этого показателя отмечались в возрастной группе 25—34 года с постепенным его снижением в каждой последующей возрастной группе, например в 2013 г. — с 18,3% в группе 25—34 года до 6,1% в группе 55—64 года (p<0,0005).

Увеличение распространенности курения в зависимости от географического положения по данным Национальной представительной выборки (1993) у мужчин наблюдается в направлении с юга на северо-запад и к востоку, где распространенность этого показателя несколько выше, чем на юге России **(табл. 2)**. Аналогичная картина имеет место у женщин [7]. Спустя 10 лет, по данным мониторинга **(см. табл. 2)**, мы видим похожие закономерности в увеличении частоты курения — с юга на север и к востоку с максимальными показателями среди мужчин Кемеровской области, Хабаровского края и Свердловской области (68,2, 66,9 и 66,0% соответственно) [8]; среди женщин — с юга на север и к востоку с наибольшей распространенностью курения в Республике Саха-Якутия, Читинской области и в Карелии (24,2, 18 и 17% соответственно), в то же время в Республиках Чувашия и Удмуртия этот показатель не превысил 3%, а в Белгородской, Брянской, Воронежской областях и Республике Башкортостан составил менее 4% [8]. Спустя 20 лет **(см. табл. 2)** среди мужчин вектор распространенности несколько изменился: прирост частоты курения отмечается с севера на юг и на восток с максимальными показателями в Кемеровской области, Северной Осетии и Волгограде (46,2, 45,7 и 45,6% соответственно) и минимальными — в Приморском крае (29,3%).

У женщин отмечается нарастание частоты курения с юга на север и на восток с минимальными показателями в Республике Северная Осетия-Алания (4,7%) и максимальными — в Санкт-Петербурге, Кемеровской, Томской областях и Приморском крае (21,3, 21,3, 18,8 и 18,3% соответственно).

20 лет назад распространенность курения у мужчин была выше среди жителей села в сравнении с горожанами (66,4 и 57,7% соответственно; p<0,0005), к 2013 г. этот показатель снизился чуть больше в городе, чем в селе, и частота курения практически сравнялась (39,6 и 38,9% соответственно). Примечательно, что как женщины-горожанки стали курить больше (с 9,9 до 13,7%), так и среди жительниц села распространенность курения возросла более чем в 2 раза (p<0,0005) **(рис. 1)**.

Анализ связи распространенности курения и образовательного ценза показал, что во всех исследованиях наи-

Таблица 1. **Распространенность курения среди обследованных мужчин и женщин в возрастных группах и в зависимости от уровня образования (в %)**

Показатель	1993 г.		2003 г.		2013 г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
			Возраст, годы			
25—34	74,0	14,4	66,1	13,5	41,9	18,3
35—44	71,3	12,4	63,2	9,8	39,9	16,9
45—54	58,7	7,5	57,9	5,8	40,4	11,4
55—64	50,7	3,0	44,9	3,4	32,5	6,1
			Уровень образования			
Ниже среднего	70,4	12,1	66,3	15,4	50,4	23,8
Среднее	59,0	9,3	61,6	8,8	46,6	16,8
Высшее	47,8	7,8	44,4	5,9	29,8	10,5

Таблица 2. **Стандартизованная по возрасту распространенность курения среди мужчин и женщин в динамике за 20-летний период (в %)**

Географическая зона	1993 г.*				2003 г.**				2013 г.***			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	M	*m*	*M*	*m*	*M*	*m*	*M*	*m*	*M*	*m*	*M*	*m*
Северо-Запад	58,7	2,9	16,3	1,2	54,5	2,5	13,4	1,5	35,3	2,0	18,7	1,4
Центр	59,1	2,3	8,3	0,6	54,6	1,9	3,7	0,6	37,4	2,0	14,1	1,4
Поволжье	57,4	4,0	4,9	0,6	55,7	1,8	5,5	0,8	38,3	1,9	10,5	1,1
Юг	53,6	2,1	3,3	0,3	53,4	2,3	5,8	0,9	45,7	2,2	7,7	0,9
Урал	63,7	2,0	10,2	0,7	63,7	1,8	9,9	0,9	37,1	2,3	8,3	1,1
Сибирь и Дальний Восток	64,3	1,7	10,8	0,6	60,5	2,5	18,6	1,8	40,5	1,9	18,8	1,4

Примечание. * — национальная выборка; ** — мониторинг АГ; *** — ЭССЕ-РФ.

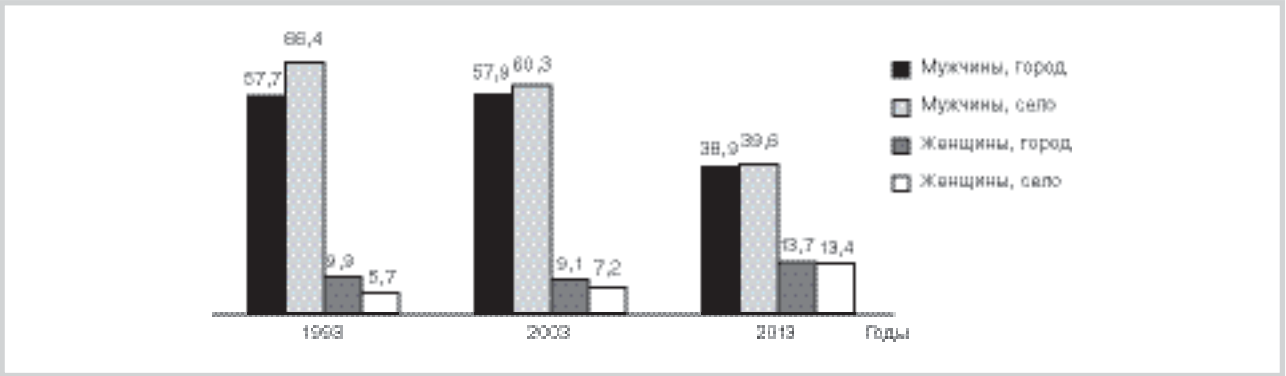

Рис. 1. **Распространенность курения в связи с типом поселения среди мужчин и женщин в России (в %).**

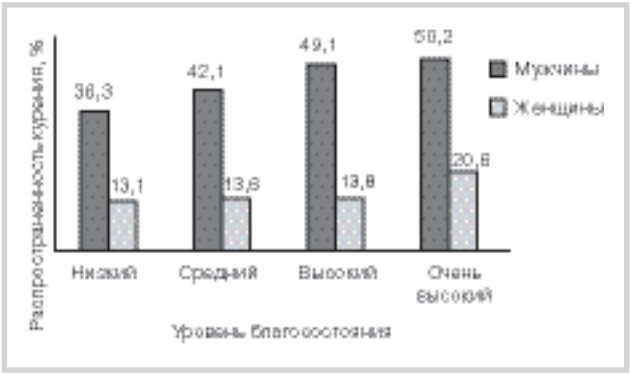

Рис. 2. **Стандартизованная по возрасту распространенность курения среди мужчин и женщин в России в связи с уровнем благосостояния по материалам исследования ЭССЕ (в %).**

меньшая частота этого показателя отмечена среди лиц с низким образовательным уровнем как среди мужчин, так и среди женщин, распространенность этого ФР снижается с повышением уровня образования **(см. табл. 1)**.

Интересные данные были получены при оценке курения и уровня благосостояния — 20 лет назад мужчины курили независимо от того, как обеспечена семья, зависимость же распространенности курения от дохода семьи у женщин носила U-образный характер [7]. Результаты исследования ЭССЕ показали, что среди мужчин частота курения линейно возрастала с увеличением доходов **(рис. 2)**. Среди женщин наибольшая распространенность этой вредной привычки выявлена в группе с очень высоким достатком (20,6%; $p<0,0005$) при отсутствии достоверных различий между другими группами.

По данным национальной представительной выборки (1993 г.), отмечено увеличение числа выкуриваемых сигарет в день у мужчин с 11 до 17 штук в день к пятому десятилетию жизни и у женщин — с 7 до 10 сигарет. Среди мужчин количество сигарет в дальнейшем снижается, а у женщин практически не убывает.

За последнее десятилетие **(рис. 3)** доля интенсивно курящих среди мужчин выросла с 4,6% в 2003 г. до 19,7% в 2013 г.; среди женщин — с 2,3 до 8% соответственно. По данным программы ЭССЕ-РФ, среди женщин этот показатель достигает максимальных цифр в возрастных группах 25—34 года и 35—44 года (9,7 и 10,6% соответственно), а наиболее интенсивно курят лица с высоким уровнем достатка в сравнении с менее обеспеченными (у мужчин — 27,4 и 18,2% соответственно, у женщин — 16,4 и 7,2% соответственно; $p<0,005$).

Обсуждение

По расчетам экспертов, в РФ из всех случаев смерти, обусловленных курением табака, на БСК приходится около 300 тыс. случаев в год, на злокачественные новообразования — 50% и оставшиеся 25% — на другие причины смерти, в числе которых хроническая обструктивная болезнь легких [4, 11]. В то же время курение — один из важнейших модифицируемых ФР БСК, а отказ от курения среди лиц с БСК, согласно данным систематического обзора J. Critchey и соавт. [12], ассоциируется со снижением риска общей смертности.

В большинстве западноевропейских стран выраженный рост распространенности курения среди мужчин был отмечен в первой половине XX века, а среди женщин — во второй половине XX века (сначала в англоговорящих странах, затем в Японии, в Латинской Америке, Центральной и Южной Европе) [13]. Стоит отметить, что создание и продвижение отдельных женских табачных брендов началось в США еще с середины 20-х годов прошлого века, когда реклама начала создавать ассоциацию образа курящей женщины с символом женской свободы и миром гламура [14].

Уже к концу XX века меры по борьбе с курением в мире начали приносить плоды, снижая частоту этого показателя. Так, за период 1950—2011 гг. в Канаде распространенность курения снизилась как среди мужчин (с 68,9 до 18,6%), так и среди женщин (с 38,2 до 15,4%) [15]. Кроме того, благодаря активным профилактическим программам, проводимым на государственном уровне, ожидается и дальнейшее снижение этого показателя [16]. T. Holford и соавт. [17] показали, что существенное снижение распространенности этого показателя среди мужчин и женщин в США за период с 1964 по 2012 г. предотвратило преждевременные случаи смерти, обусловленные курением, и позволило сохранить около 8 млн жизней, а проводимая с 1989 г. в Калифорнии всесторонняя борьба с курением (the California Tobacco Program) вызвала снижение и частоты этого показателя и интенсивности курения [18].

Вместе с тем, по данным исследования в 187 странах, за период 1980—2012 гг. в мире отмечено снижение распространенности курения как среди мужчин (с 41,2 до 31,1%), так и среди женщин (с 10,2 до 6,2%), но с 2006 г. наблюдается общее увеличение количества курильщиков



Рис. 3. **Стандартизованная по возрасту интенсивность курения среди мужчин и женщин в России (в %).**

в мире преимущественно за счет таких крупных стран, как Бангладеш, Китай, Индонезия и Россия [19]. Распространенность курения, по данным A. Lugo и соавт. [20], в европейских странах на современном этапе колеблется: у мужчин от 15,7% в Швеции до 44,3% в Болгарии, у женщин — от 11,6% в Албании до 38,1% в Ирландии. По данным ЭССЕ (2013), распространенность курения в России составляет 39,0 и 13,6% у мужчин и женщин соответственно. В нашей стране, как и в большинстве других стран, курение традиционно преобладает среди мужской части населения, а частота этого показателя у женщин довольно невелика, особенно если сравнить с Грецией, Болгарией, Австрией и некоторыми другими европейскими странами [19]. В то же время серьезную озабоченность вызывает тот факт, что на фоне снижения частоты курения среди мужчин за 20-летний период (с 59,8 до 39,0%), у женщин, напротив, отмечено увеличение частоты курения с 9,1 до 13,6%. Подобные тенденции отмечены в исследовании K. Giskes и соавт. [21] среди жителей стран Южной Европы, и по результатам работы H. Carreira и соавт. в Португалии [22]. Особую тревогу вызывает увеличение доли интенсивно курящих лиц российской популяции, которое произошло за последнее десятилетие, что не позволяет рассматривать Россию среди стран с успешной антитабачной политикой, в то время как в США, особенно в Калифорнии, доля таких лиц снижается [23]. Для нашей страны характерна существенная географическая вариабельность частоты курения, что обусловлено многими факторами — этническими, культурными, местными традициями и другими. Отдельно стоит выделить регионы России, где, согласно полученным в исследовании ЭССЕ данным, распространенность этого показателя наиболее высока (для мужчин — Волгоградская и Кемеровская области и Республика Северная Осетия-Алания, для женщин — Кемеровская область и Санкт-Петербург). Высокая частота курения среди жительниц крупных российских городов (Москва, Архангельск и Мурманск) как характерная для развитых стран тенденция была отмечена в исследовании 2000—2001 гг. Т.В. Камардиной и соавт. [24].

При оценке ассоциаций частоты курения и возраста наибольшие значения отмечены в возрастной группе 25—34 года с дальнейшим постепенным снижением этого показателя, как и в исследовании M.Ng и соавт. [19], в котором в 2012 г. максимальные показатели отмечались среди лиц 30—34 лет в развитых странах и 40—45 лет — в развивающихся. Снижение распространенности курения с возрастом описано во многих исследованиях. В России же среди мужчин, по данным исследования ЭССЕ, распространенность курения снижалась только после достижения ими возраста 55 лет.

Анализ связи курения с типом поселения показал, что 20 лет назад чаще курили мужчины, проживающие в селе, и женщины, жительницы городов, а в последние годы частота этого показателя одинакова среди мужчин и женщин и не зависит от типа поселения. В то же время по зарубежным данным, жители города наиболее подвержены этой вредной привычке [25].

Выявленная нами обратная связь распространенности и интенсивности курения с уровнем образования и дохода ранее неоднократно описывалась в литературе [20]. Вместе с тем в российской популяции уровень образования не всегда определяет уровень благосостояния и зависимости с этим параметром не было найдено. По последним данным, полученным в исследовании ЭССЕ, частота курения среди мужчин линейно возрастала с увеличением уровня благосостояния. Среди женщин наибольшая распространенность этой вредной привычки выявлена в группе с очень высокими доходами (20,6%; $p<0,0005$) при отсутствии достоверных различий между другими группами. В этой же группе отмечается и наибольшая интенсивность курения среди лиц обоего пола. Таким образом, в настоящее время лица с высоким уровнем благосостояния курят чаще и интенсивнее (возможно, за счет высокого уровня ответственности). Можно предположить, что люди, имеющие высокий уровень достатка — это руководители разного уровня, владельцы собственного бизнеса. К сожалению, этот факт не способствует воспитанию здорового образа жизни, мотивации к отказу от курения в подчиненных им коллективах.

Заключение

За 20-летний период в российской популяции отмечено два противоположных процесса — достоверное снижение курения у мужчин (с 59,8 до 39,0%) и тревожный рост этого показателя у женщин (с 9,1 до 13,6%) на фоне возрастания интенсивности курения. Представленные данные свидетельствуют о сохранении высокой распро-

страненности курения в России. Очевидно, что проблема контроля табакокурения выходит за пределы системы здравоохранения. Помимо создаваемых на базе поликлиник, Центров здоровья и стационаров кабинетов по отказу от курения, проведения соответствующих школ для больных, необходимо активное продвижение идеи отказа от курения как основной составляющей современного образа жизни на всех уровнях — в семье, школе и на рабочем месте — с более активным вовлечением средств массовой информации и т.д., иначе говоря, при условии межсекторального сотрудничества. Важнейшим инструментом борьбы с курением на государственном уровне в России стал вступивший в силу Федеральный закон №15-ФЗ от 23.02.13 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [26], большая часть положений которого начали претворяться в жизнь с 01.06.14. Проводится комплекс мер: повышение акцизов и цен на табак, запрет рекламы и ограничение продаж табачной продукции, запрет на курение в общественных местах, эффективность которых уже подтверждена во многих странах [27]. Для оценки выполнения поставленных Законом задач издано постановление Правительства РФ №1214 от 23.12.13 «Об утверждении Положения о проведении мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака», предусматривающее мониторинг и оценку эффективности реализации проводимых мероприятий. Эпидемиологический мониторинг, отражающий динамику распространенности курения наряду с другими факторами риска, является необходимым условием для оценки профилактических мер. Основное условие — постоянство процесса профилактики. Борьба с курением должна быть постоянно действующим и развивающимся направлением, а не кампанией, организованной от случая к случаю.

Авторы выражают благодарность всем участникам исследования ЭССЕ-РФ.

Конфликт интересов отсутствует.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — С.Ш., Ю.Б.
Сбор и обработка материала — Ю.Б., С.Ш., А.К., В.К.
Статистическая обработка данных — А.Д.
Написание текста — Ю.Б., С.Ш.
Редактирование — С.Б.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization
2. Масленникова Г.Я., Оганов Р. Г. Профилактика и снижение курения табака — реальные возможности улучшения демографической ситуации в России. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2008;3:3-10.
3. Capewell S, Ford ES, Croft JB. Cardiovascular risk factor trends and potential for reducing coronary heart disease mortality in the United States of America. *Bull World Health Organ*. 2010;88:120-130.
4. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы кровообращения. *Профилактическая медицина*. 2011;3:19-27.
5. Гамбарян М.Г., Бойцов С.А. О ходе мониторинга реализации Федерального закона №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» в субъектах Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2015;5:15-28.
6. Kish L. *Survey Sampling*. New York: John Wiley and Sons. 1965.
7. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Распространенность курения в России. Результаты обследования национальной представительной выборки населения. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 1998;3:9-12.
8. Баланова Ю.А., Деев А.Д., Иванов В.М. и др. *Результаты первого этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии в РФ (2003—2004), проведенного в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ»*. Информационно-статистический сборник. М. 2005.
9. Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования. *Профилактическая медицина*. 2013;6:25-34.
10. Zohoori N, Mroz TA, Popkin B, Glinskaya E, Lokshin M, Mancini D, Kozyreva P, Kosolapov M, Swafford M. Monitoring the economic transition in the Russian Federation and its implications for the demographic crisis: the Russian Longitudinal Monitoring Survey. *World Dev*. 1998;26:1977-1993.
11. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011;10:6: прил. 2.
12. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. *JAMA*. 2003;290:89-97.
13. Ezzati M, Riboli E. Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. New Engl. *Journal of medicine*. 2013;365:10:954-962.
14. Samet JM, Soon-Young Yoon. Gender WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Gender, women, and the tobacco epidemic, women, and the tobacco epidemic 2010.
15. Corsi DJ, Boyle MH, Lear SA, Chow CK, et al. Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. *Cancer Causes & Control*. 2014;25:Issue 1:45-57.
16. Manuel DG, Tuna M, Hennessy D. Projections of preventable risks for cardiovascular disease in Canada to 2021: a microsimulation modelling approach. *CMAJ Open*. 2(2):E94-E101.
17. Holford TR, Meza R, Warner KE, et al. Tobacco Control and the Reduction in Smoking-Related Premature Deaths in the United States, 1964—2012. *JAMA*. 2014;311(2):164-171.
18. Al-Delaimy WK, Pierce JP, Messer K. The California Tobacco Control Program's effect on adult smokers: (2) Daily cigarette consumption levels. *Tobacco Control*. 2007;16:91-95.
doi: 10.1136/tc.2006.017061.
19. Ng M, Freeman MK, Fleming TD. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980—2012. *JAMA*. 2014;311(2):183-192.
doi: 10.1001/jama.2013.284692.
20. Lugo A, Gallus S, Edefonti V. Smoking prevalence and illicit cigarettes trade in 18 European countries. *Eur J Cancer Prev*. 2014 May;23(3):177-185.
21. Giskes K, Kunst AE, Benach J, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:395-401.
22. Carreira H, Pereira M, Azevedo A, Nuno Lunet N. Trends in the prevalence of smoking in Portugal: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012;12:958.
http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/958.
23. Pierce JP, Messer K, White MM. Prevalence of Heavy Smoking in California and the United States, 1965—2007. *JAMA*. 2011;305(11):1106-1112.
doi: 10.1001/jama.2011.334.
24. Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. Распространенность курения среди женщин России. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2002;1:7-12.
25. Völzke H, Neuhauser H, Moebus S, et al. Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany. *BMC Public Health*. 2006; 6:146.
doi: 10.1186/1471-2458-6-146.
26. Федеральный закон №15-ФЗ от 23.02.13 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». б.м. : Специализированный правовой сайт КонсультантПлюс — www.consultant.ru.
27. Гамбарян МГ. К бездымной России: время перемен. *Профилактическая медицина*. 2013;3:3-7.