

ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК ОДНА ИЗ ВЕДУЩИХ ПРИЧИН УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: обзор литературы

Егорова Т. С., д-р мед. наук, ст. научный сотрудник;

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва *

Здоровье населения обусловлено воздействием многих факторов, таких как образ жизни человека, его наследственность, состояние здравоохранения, среда обитания и др. Одни факторы могут позитивно влиять на состояние здоровья человека, другие, напротив, оказывают отрицательное воздействие. Важной государственной задачей является разработка мер, направленных как на предупреждение заболеваний, их коррекцию, так и на устранение причин их возникновения. Общепризнано, что курение относится к числу наиболее распространенных факторов риска, которые могут поддаваться коррекции. Курение – социальная проблема человечества, как для курящей, так и для некурящей его части. Оно способствует возникновению различных заболеваний, приводящих к инвалидности человека, нередко заканчивающихся летальным исходом. Искоренение курения является одной из наиболее эффективных мер для улучшения здоровья общества.

Из истории возникновения курения

Табак – это высушенные листья кустарниковых растений; основные виды табака – *Nicotianatabacum* и *Nicotianarustica*. Родиной табака считают Южную Америку, район Тобако. Курение табака как общественное явление имеет многовековую историю. Индейцы широко использовали табак как валюту, а также применяли с разными бытовыми целями: как лекарство в виде отвара, при заклинаниях, для подъема настроения и агрессивности перед сражениями, а также для расслабления и успокоения. Несмотря на то, что в Америке табак произрастал далеко не повсеместно, культ его распространился по всему континенту. Имя первого европейца, выкурившего порцию табака, сохранилось в истории: это Лука де Торес, спутник Колумба. Кортес – покоритель Америки, оценив действие табака, преподнес его испанскому королю Карлу V, который начал выращивать табак как декоративную диковинку. Спустя полвека Жан Нико, оценив необычайные качества табака, отправил партию измельченных листьев в Париж королеве Екатерине Медичи,

В обзоре представлены литературные данные об истории табакокурения, распространенности табакокурения среди населения в различных странах мира, в том числе и в России, о химическом составе табака и его негативном воздействии на организм человека, уровне заболеваемости и смертности от табакокурения, «пассивного курения», о влиянии курения на женщин и детей, на орган зрения, а также о роли врача в современной борьбе с табачно-никотиновой зависимостью в мире.

Ключевые слова: табакокурение, заболеваемость, смертность, никотинозависимость как медицинская и социальная проблема.

Yegorova T.S. **TOBACCO SMOKING AS ONE OF THE LEADING CAUSES OF HEALTH LOSS IN THE POPULATION (LITERATURE REVIEW)**

The review presents literature data on the history of tobacco smoking, the prevalence of smoking among the population in various countries of the world, including Russia, the chemical composition of tobacco and its negative effects on the human body, the morbidity and mortality from smoking, passive smoking, the impact of smoking on women and children, on the organ of vision, and on the role of the physician in the current fight against tobacco/nicotine addiction in the world.

Key words: tobacco smoking, morbidity, mortality, smoking addiction as medical and social problem.

которая положительно восприняла подарок и назвала листья по имени дарителя – никотин. Вначале табак использовали для жевания или нюхали, но постепенно стали применять для курения, при котором особенно проявляет себя основа табака – никотин. Никотин оказывает слабое возбуждающее действие на центральную и периферическую нервную систему, повышает кровяное давление, сужает мелкие сосуды, учащает дыхание, повышает секрецию пищеварительной системы. Врачи того времени начинают широко рекомендовать табак как средство от многих бо-

* Автор выражает благодарность сотрудникам института О.В. Храмовой и З.М. Абрамовой за помощь в подготовке работы.

лезней, а именно для нормализации сна, избавления от боли, усталости и т. п.

В 1580 г. кубинские послы в Москве преподносят Ивану IV сигары, однако табакокурение на Руси в те годы не только не принято и не распространено, но еще ранее, со времен царя Михаила Романова, было под запретом. За курение табака виновных всенародно сурово наказывали плетью, а при повторном курении отрезали носы или уши. Легализовалось табакокурение в России в эпоху Петра Первого. Основным способом потребления табака вплоть до XIX века было курение трубок и сигар. Однако в XIX веке стремительно началось промышленное производство сигарет, сопровождающееся усиленной их рекламой, что привело к значительному увеличению потребления табака; курение сигарет превысило все другие формы употребления табака, включая и жевательный [43].

Химический состав табака

В настоящее время табак – самый распространенный, популярный и наиболее доступный растительный наркотик в мире, имеющий в своем химическом составе один из самых ядовитых растительных алкалоидов – никотин. Разные сорта табака содержат от 0,3 до 7% никотина, который вырабатывается в корнях растения и оттуда поступает в другие части, в том числе и в листья. Помимо никотина, табак содержит более 4000 химических соединений, 60 из которых являются канцерогенами, в том числе N-нитрозамин (TSNA - Tobacco Specific N-Nitrosamines) [32]. В большом количестве содержатся: диоксид углерода, монооксид углерода, метан; в меньшем количестве присутствуют: ацетон, ацетилен, формальдегид, пропан, цианид водорода, толуол, фосген, нитробензол, стеариновая кислота, никель, кадмий и др. В табачном дыме также содержатся котинин, миозин, аммиак, сероводород и цианиды, уксусная и муравьиная кислота, полифенолы и др. Каждый из таких компонентов сигареты оказывает свое негативное воздействие на организм курящего. В главном потоке табачного дыма всех типов сигарет обнаруживаются металлы: кадмий (до 90,3 нг на сигарету), свинец (до 41,4 нг/мкг), ртуть (до 4,3 нг/мг); могут присутствовать хром, цинк и бериллий [6, 14, 21, 42]. Уже через пятнадцать минут после затяжки сигаретным дымом в крови человека появляются вещества, повреждающие ДНК. Примером можно назвать акриламид, являющийся канцерогеном и мутагеном, который поражает генетический аппарат клетки – ДНК [42].

Влияние табака на организм человека

Вдыхание табачного дыма приводит к снижению содержания кислорода в артериальной кро-

ви, вызывает раздражение слизистой оболочки бронхов, приводящее затем к хроническому бронхиту и к постепенному развитию эмфиземы легких. Напрямую воздействуя на полость рта, дыхательные пути и легкие, табачный дым способствует развитию рака глотки, гортани, легких, снижению слуха, повреждая слуховой нерв [54]. Никотин, основной компонент табачного дыма, преимущественно влияет на нервную и сердечно-сосудистую системы человека, вызывая расстройство кровообращения головного мозга, почек, нижних конечностей, значительно увеличивая число инфарктов и инсультов [50, 60]. Никотин нарушает обмен веществ, повышает давление внутри сосудов и увеличивает содержание в крови катехоламинов. От действия смол наступают спазмы сосудов, нарушается их структура; сердечная мышца требует больше кислорода и сокращается быстрее. Угарный газ значительно уменьшает объем кислорода, поступающего в сердце и другие внутренние органы, что приводит к кислородному голоданию, сокращающему жизненный ресурс сердца курильщика. Сопровождают это состояние высокое артериальное давление и высокий уровень липидов, холестерина, бета-липопротеина, способствуя образованию на сосудах сердца атеросклеротических образований (бляшек), что в целом приводит к развитию ишемической болезни сердца (ИБС) [21, 46, 50]. Проникая из легких в кровь, химические вещества из дыма приводят к развитию злокачественных новообразований других органов, в частности толстой кишки, почечной лоханки, мочевого пузыря, пищевода, поджелудочной железы, желудка, печени, почек, шейки матки, мочеочника, способствуют развитию лейкозов [26, 27, 32, 34]. Рак легкого – наиболее частая причина заболеваемости (около 1,4 млн) злокачественными опухолями и смертности (около 1,2 млн) от них, при этом почти у 80% мужчин и 50% женщин, больных раком легкого, заболевание обусловлено курением [32, 35, 41, 46]. Риск развития специфического процесса туберкулеза в легких при табакокурении увеличивается более чем в 15 раз; выявляется зависимость заболевания туберкулезом от длительности курения, количества выкуренных в день сигарет, начала курения в раннем подростковом возрасте [8, 16, 30, 41]. У детей, кроме того, отмечается повышение заболеваемостью туберкулезом, обусловленное «пассивным» курением. «Пассивное» курение (табачный дым, вдыхаемый взрослыми некурящими и детьми) может быть причиной и многих других хронических заболеваний: расстройства дыхания, астмы, гипертонии, рака и заболеваний сердца [6, 36].

Курение отягощает течение таких внутренних болезней, как сахарный диабет, облитерирующий

тромбангит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, системная красная волчанка. У курящих больных эти болезни протекают более тяжело, с различными осложнениями. Курение существенно повышает риск слабоумия в старческом возрасте. Исследования ученых показали: у тех, кто выкуривает от одной до двух пачек в день, почти в 1,5 раза чаще развиваются разные формы слабоумия, в том числе болезнь Альцгеймера в относительно раннем возрасте – от 50 до 65 лет. В связи с тем, что потребление сигарет подавляет иммунитет, достоверной причиной развития СПИДа у ВИЧ-инфицированных людей является табакокурение [14,27,30].

Распространенность табакокурения в мире

Если в начале XX столетия влияние курения на здоровье человека еще не внушало серьезных опасений, то уже в 40-е годы, вследствие быстрого роста заболеваемости раком легких у курящих мужчин в Западной Европе [55] и Северной Америке [53,56], на основании проведенных клинических исследований и опубликованных научных результатов причиной рака легких было признано курение. Эти первые научно обоснованные данные о вреде курения для здоровья стали серьезным стимулом для дальнейших исследований. В 1960 г. результаты Фремингемского исследования однозначно показали, что курение повышает риск возникновения ишемической болезни сердца [50,60]. Дальнейшие исследования в данном направлении подтвердили доказательную базу негативного влияния курения вообще на здоровье человека [32]. Ученые мира согласились с тем, что курение приводит к различным патологическим состояниям, начиная от изменения цвета волос и возникновения катаракты и заканчивая гангреной нижних конечностей, т. е. отрицательно влияет на все органы и системы человеческого организма; табакокурение – одна из ведущих причин утраты здоровья и преждевременной смертности населения в мире, а табак – единственный товар народного потребления, убивающий большинство своих потребителей [4,32].

В XXI веке впервые Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла фактор риска развития заболеваний – курение табака – как глобальную угрозу для населения всего мира. По данным многочисленных исследований курение распространено во всех странах мира, им охвачено более 1,2 миллиардов жителей планеты (среди которых отмечается существенный вклад более чем миллиардного населения Китая, где курят около 67% мужчин). Ежедневно в мире выкуривается свыше 15 млрд сигарет [31], а ежегодно – около 5600 млрд сигарет. Данная закономерность распространяется как на Россию и другие эконо-

мически развитые государства, так и на развивающиеся страны [2,45,49].

Принятие Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по борьбе против табака от 21 мая 2003 года вызвано доказанной нарастающей угрозой для здоровья людей со стороны распространяющейся по всему миру эпидемии табака [8,12,57]. Курение – это не просто привычка, это форма наркотической зависимости, признанная одной из разновидностей наркомании.

Курение особенно распространено в развивающихся странах, где в среднем курят около 50% мужчин и 9% женщин. В развитых странах с ростом эмансипации доля курящих женщин увеличилась до 22% на фоне 35% курящих мужчин. По данным ВОЗ, на 2008 г. в центральной Европе распространенность курения составляет 31,8–39,1%, в США – 26,3% среди мужского населения [45]. Различия между странами и регионами обусловлены во многом различием факторов образа жизни, в частности курения [12]. Настораживает постоянный рост курения в мире среди несовершеннолетних: в среднем постоянно курят около 25% юношей и 15% девушек, причем в некоторых странах их число уже сравнимо с взрослым населением [25,58].

Распространенность табакокурения в России в последние два десятилетия XX века оказалась выше, чем в европейских странах, что было обусловлено ростом свободной торговли табачными изделиями и значительным снижением профилактической работы, ограничивающей курение в обществе [15]. В конце XX века Россия считалась одной из самых курящих стран мира, занимая четвертое место после Китая, Японии и США [51]. В стране курят около 2/3 мужчин и каждая 10-я женщина в возрасте от 15 лет и старше, большая часть курящих приходится на возрастную группу от 16 до 25 лет [7,13,35,49]. Особенно беспокоит рост числа курящих среди женщин: так, если в 1992 г. в России курили 7% женщин, то в 2008 г. – уже 19%; при этом наблюдается определенная зависимость табакокурения от региона России: от 20 до 30% [51].

Особенно тревожит тот факт, что более 30% мальчиков-подростков стабильно относятся к категории курящих, а частота курения среди девочек возросла в 1,8 раза. Показатели распространенности курения среди российских подростков 15–17 лет значительно варьируют в разных городах: от 15 до 67% среди юношей и от 10 до 55% среди девушек, составляя в среднем 37% у юношей и 26% у девушек [6,9,21,29]. Особенно интенсивно увеличивается число курящих школьников, и прежде всего школьниц. Уже в 5-м классе 55% мальчиков пробовали курить, и более половины

из них делали это неоднократно [9,29]. Отмечается, что наибольшее число курящих подростков живут в семьях, в которых отсутствует отрицательное отношение к потреблению табака, где курят оба родителя или мать [21,25, 40].

Курение особенно вредно женщинам и детям. Развитие этой вредной привычки у женщин стимулируют курение мужа, членов семьи, родителей, ранее (до 13 лет) начало курения. Наступление беременности, безусловно, является для женщины большим стимулом для ограничения или прекращения табакокурения. Так, по данным О. Суховской, 73,6% женщин полностью отказались от курения в связи с ожиданием ребенка [33]. Однако женщины, состоящие в незарегистрированном браке, продолжают курить во время беременности вдвое чаще, чем замужние женщины, и только 26,6% из них бросают курить во 2-м и 3-м триместре беременности [11].

У курящих женщин во время беременности повышается риск развития осложнений: внематочной беременности, спонтанных аборт, низкого прикрепления плаценты, маточных кровотечений, недонашивания, мертворождения. Курение отрицательно воздействует не только на мать, но и на будущего ребенка и нередко приводит к негативным последствиям в физическом и умственном развитии ребенка, которые сохранятся на всю его последующую жизнь [5,32,47]. После того как беременная женщина выкуривает сигарету, наступает спазм кровеносных сосудов плаценты, и плод несколько минут находится в состоянии легкого кислородного голодания. Вдыхание с табачным дымом угарного газа также снижает доставку кислорода к плоду, что приводит в дальнейшем к ухудшению развития, снижению веса плода, вызывает развитие психоневрологических нарушений (когнитивных и поведенческих) у детей курящих матерей. Возможны изменения и в генной структуре яйцеклеток, что образует основу для развития врожденных уродств: тяжелых заболеваний нервной системы, эпилепсии, водянки мозга, задержки психического развития, – а также способствует появлению так называемой «заячьей губы», образованию на руке или ноге шестого пальца или трех пальцев и других патологий [5].

Чтобы минимизировать воздействие табачного дыма на женщину и плод, усилия врачей должны быть направлены не только на антитабачную пропаганду среди женщин репродуктивного возраста, но и на всех членов семьи. На эффективность врачебной помощи в отказе от табакокурения влияют такие факторы, как возраст, пол, степень табачной зависимости, а также уровень психологической готовности для отказа от курения [19]. Но даже короткое консультирование, проводимое врачами, значительно повышает количество попыток

отказа от курения среди беременных женщин [52]. К сожалению, для женщин, имеющих высокую степень никотиновой зависимости, простые рекомендации могут оказаться неэффективными. Тогда в план лечения необходимо включать фармакологические препараты, направленные на лечение никотиновой зависимости. К таким препаратам относят никотинсодержащие препараты (жевательные резинки, пластыри, ингаляции и др.), использование психотерапии, иглорефлексотерапии, гипноз и др. [1,2,4,30,47,61].

Смертность от табакокурения

Цена табакокурения как для отдельного человека, так и для общества огромна: это разрушенное здоровье, короткая жизнь и ранняя смерть [24,35,54]. По состоянию на 2000 г. ущерб от курения, наносимый здоровью населения как развитых, так и развивающихся стран, в основном существенно не различался [56]. По данным Всемирной организации здравоохранения, преждевременная смертность вследствие табакокурения насчитывает в мире 4,83 млн случаев в год.[57] Среди курящих лидирует смертность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – 1,69 млн, онкологических заболеваний – 1,47 млн и обструктивной болезни легких (ОБЛ) – 1 млн случаев [47,50]. В развивающихся странах от курения погибают главным образом мужчины (84%). В экономически развитых странах от табакокурения мужчин гибнет в 3 раза больше, чем женщин [49]. В развитых странах у мужчин потребление табака ответственно за 26,3% всех случаев смертности, сокращая их жизнь в среднем на 17,1 лет [48,53]. В мировых масштабах смертность от курения превышает алкогольную более чем в 2,5 раза, значительно сильнее сокращая продолжительность жизни всех людей [45].

В России прослеживается подобная закономерность: смертность от курения у мужчин составляет свыше 300 тысяч человек, из них 148 тысяч умерли от ССЗ, что в 1,9 раза выше смертности от онкологических заболеваний и в 4,9 раза – смертности от ОБЛ [35]. Из-за курения от ССЗ – инсульта, инфаркта – мужчин умерло в 9 раз больше, чем женщин [49]. Наиболее тесная причинно-следственная связь существует между курением и смертностью от рака легких (94% у мужчин и 40% – у женщин). У российских женщин смертность от курения составила 30 тысяч человек, из них 16 тысяч умерли от ССЗ, что в 3,5 и 3 раза выше, чем от онкологических заболеваний и ОБЛ соответственно. Вклад табакокурения в смертность от всех причин в РФ по данным за 2002 г. составил 22% [45, 49]. Демографическая ситуация в РФ свидетельствует о высо-

кой смертности среди населения трудоспособного возраста при «катастрофически низкой рождаемости» [3,10].

Борьба с никотинозависимостью

В настоящее время многие страны мира (США, Финляндия, Исландия, Северная Ирландия, Канада и др.) развернули свои национальные кампании, направленные на борьбу с наркотической зависимостью от табака, что привело к значительному снижению числа курящих и, соответственно, к улучшению здоровья нации. В настоящее время накоплена доказательная база ряда лекарственных препаратов, используемых при курсовом лечении от никотиновой зависимости, а также использование психотерапии, иглорефлексотерапии и др. [1,2,4,18,19,20,27,28,37,38, 44,61]. Одна из приоритетных задач – активно начинать формирование негативного отношения к курению у ключевых социальных групп, выполняющих авторитетную функцию, имеющих широкое влияние на различные категории населения, а также использовать средства массовой информации [14,35]. Для курящих беременных матерей эффективно применение методики «пятишагового» консультирования по отказу от курения. Методики востребованы и после рождения ребенка, чтобы снизить вероятность рецидивов [52].

Следует отметить, что большинство курящих не осознают опасности для своего здоровья, считая, что последствия курения их не коснутся. Тем не менее, несмотря на мнимую «легкость» («Это всего лишь вредная привычка»), именно курение, а не алкоголь наносит максимальный ущерб здоровью общества [14,17,37,40]. До сих пор табак, способный причинить вред любому, кто подвергается его воздействию, убивающий примерно половину тех, кто его употребляет, является легальным потребительским товаром. Употребление табака широко распространено во всем мире, что обусловлено как отсутствием должной осведомленности о связанных с ним опасностях для жизни и смерти, так и доступностью в связи с низкими ценами, повсеместным и нередко агрессивным стимулированием сбыта, а также непоследовательностью государственной политики, направленной против его потребления человеком. Это не только наркотический характер никотиновой зависимости, от которой человеку трудно уйти, но еще и реклама, маркетинг и лоббизм табачных компаний, стимулирующих табачную эпидемию по всему миру и активно препятствующих принятию эффективных антитабачных мер. Распространенность табакокурения делает его одной из важнейших проблем здравоохранения и населения в целом. Обществом в настоящее время призна-

ется, что употребление табака в наибольшей степени является предотвратимой причиной смерти в мире [2,3,10,19, 21,49,57].

Курение и зрение

Одним из наиболее опасных и острых проявлений табакокурения и, как следствие, никотиновой интоксикации является **табачная амблиопия**. Она проявляется в виде нарушений зрительного восприятия, связанных с проблемами и нарушениями в процессе чтения, светобоязнью, характерными ретробульбарными болезненными ощущениями при движении глазных яблок. Патогистологические исследования показали, что табачная амблиопия обусловлена поражением в основном третьего нейрона зрительного пути. Первоначально выявляется демиелинизация нервных волокон, затем происходит вакуольная дегенерация ганглиозных клеток сетчатки и мелкоклеточная инфильтрация невоспалительного характера по ходу нервных волокон папилло-макулярного пучка.

Часто **поражение зрительного нерва** возникает при **алкогольно-табачной интоксикации**, сопровождаясь значительным снижением остроты зрения, что при несоблюдении лечебных мероприятий может закончиться слабовидением и высокой степенью инвалидности [23]. Табачно-алкогольная интоксикация отмечается практически только у мужчин и составляет более 7% от всех заболеваний зрительного нерва. У курильщиков, а также при «пассивном» курении эндотоксин, содержащийся в табачном дыме, может вызвать гиперемию слизистых оболочек глаза, синдром сухого глаза, аллергию на компоненты табачного дыма.

При табакокурении в несколько раз возрастает риск развития **возрастной макулярной дегенерации** вследствие сужения сосудов сетчатки, интоксикации, ограничения поступления кислорода [22,48].

Существуют убедительные доказательства, что курение, особенно курение трубки, из-за снижения доставки антиоксидантов к органам увеличивает риск развития **катаракты** [59].

У курильщиков в несколько раз возрастает опасность развития **базедовой болезни** и ее офтальмологических осложнений (**экзофтальмии**), поскольку никотин подавляет функционирование щитовидной железы, тем самым замедляя выработку и доставку йода в ткани. Болезнь характеризуется тем, что вызывает воспаление, отек мягких тканей и мышц, которые окружают глаз, что приводит к «пучеглазию» (**болезни Грейвса**) [22].

Оптическая нейропатия: курение вызывает спазм сосудов, что уменьшает приток крови ко всему организму, приводя к нарушению кровоснабжения в том числе и зрительного нерва [22,48].

Сосудистые заболевания: курение способствует также развитию атеросклероза (уплотнение стенок артерий, образование холестериновых бляшек, и, как следствие, ухудшение кровообращения). Как правило, поражаются сосуды сетчатки обоих глаз, и по мере сокращения поступления в сетчатку кислорода и необходимых питательных веществ происходит снижение остроты зрения [22,61].

При «пассивном» курении могут развиваться **аллергический конъюнктивит**, гиперемия, слезотечение, светобоязнь. Отмечается, что причиной развития **косоглазия у ребенка** может быть курение матери в период беременности. Риск развития **миопии** у «пассивных» курильщиков повышается в 2 раза по сравнению с риском формирования миопии [39].

Табакокурение признано одним из факторов риска развития **вторичной глаукомы** вследствие повреждения микрососудов глаза продуктами табачного дыма (окисью углерода и никотином), которые приводят к затруднению оттока внутриглазной жидкости из-за уменьшения фильтрационной поверхности структур передней камеры [22,59].

Отягчающим обстоятельством проблемы курения является достаточно высокая распространенность его среди врачей. Врачи часто являются модельной группой для остального населения в отношении здорового образа жизни. Пример врача, если он сам не курит, обуславливает доверие к нему пациента и большую эффективность различных рекомендаций и советов к отказу от курения.

Настоящая информация для врачей-офтальмологов о негативном действии табакокурения на здоровье и продолжительность жизни человека предопределена пунктом 4 статьи 17 Федерального закона от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Из этого закона следует, что если пациент обратился за оказанием медицинской помощи в медицинскую организацию, то независимо от причины обращения врач обязан дать рекомендации о прекращении употребления табака, а также предоставить пациенту информацию о медицинской помощи, которая может быть ему оказана (методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ «Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения» от 5 мая 2012 г. № 14-3/10/1-2817).

Список литературы

1. Александров А. А. Лечение табачной зависимости // Медицинские новости. – 2009. – № 2. – С. 31–36.

2. Амиров Н.Б., Андреева Т.И. Табачная эпидемия: фармакологические возможности борьбы // Вестник современной клинической медицины. – 2011. – № 4. – С. 28–33.
3. Архангельский В.Н. Рождаемость и репродуктивное поведение в современной России, их детерминация // Материалы Всемирного конгресса «Внутриутробный ребенок и общество. Роль перинатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии». – М., 2007. – С. 30–32.
4. Ахрамейко А. В. Современные аспекты лечения табакокурения и никотиновой зависимости // Молодой ученый. – 2015. – № 21. – С. 249–254.
5. Бадалян Л.О. Защита развивающегося мозга – важнейшая задача перинатальной медицины // Вестник АМН СССР. – 1990. – № 7. – С. 44–46.
6. Баранов А.А. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения. – М., 2013.
7. Вартанян Ф.Е., Рожецкая С.В. Курение и здоровье населения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 3. – С. 32–35.
8. Волкотруб Л.П. Табакокурение как фактор канцерогенного риска // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 2. – С. 10–14.
9. Воронцов И.М. Здоровье детей, пути его обретения и утраты // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2005. – № 3. – С. 60–65.
10. Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Биксолт А.М. Новое законодательство об ограничении табакокурения в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения (от 27. 05. 2014 г.).
11. Гунько Ю.В., Ахмина Н.И., Игнатко И.И. Влияние табакокурения на потомство родителей // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6. – № 4. – С. 33–35.
12. Демоскоп 305-306. 15–28 октября 2007 г. // URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0305/barom02.php> (дата обращения 28.04.2014)
13. Звездина И.В., Сухарева Л.М., Ямпольская Ю.А., Бесстрашная Н.А. Табакокурение девушек-подростков как фактор риска нарушения репродуктивного здоровья // В кн. «Табакокурение детей и подростков. Гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения». – М., 2007.
14. Кавешников В.С., Трубачева И.А., Серебрякова В.Н. Роль табакокурения в формировании современных показателей общественного здоровья // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26. – № 1. – С. 15–21.
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. Корецкая Н.М., Наркевич А.И., Наркевич А.А., Гринь Е.И. Туберкулез и табакокурение; риск развития специфического процесса и его особенности у курящих больных // Пульмонология. – 2017. – Т. 27. – № 1. – С. 51–55.
17. Косенко Э.В. Законодательные меры по борьбе с курением в разных странах мира // Гигиена и санитария. – 1988. – № 10. – С. 53–56.
18. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Гаврисюк Е.В. Табачная зависимость и ее лечение // Врач. – 2009. – № 4. – С. 4–7.
19. Левшин В.Ф., Слепниченко Н.И. Оценка эффективности квалифицированной помощи в отказе от табакокурения // Профилактическая медицина: научно-практический журнал. – 2016. – Том 19. – С. 47–54.
20. Литвинов Р.И. Достижения проблемы борьбы с курением в США // Казанский медицинский журнал. – 2000. – № 5. – С. 441–443.
21. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 6. – С. 17–20.

22. Можеренков В.П., Финкельберг Э.И. Курение табака и орган зрения // Вестник офтальмологии. – 1984. – № 2. – С. 66–68.
23. Нестеров А.П., Алиева З.А. Современное представление о табачной амблиопии // Вестник офтальмологии. – 1984. – № 4. – С. 48–50.
24. Оганов Р.Г., Деев А.Д., Жуковский Г.С. и др. Влияние курения на смертность от хронических неинфекционных заболеваний по результатам исследования // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1998. – № 3. – С. 13–15.
25. Поташнюк Р.З. Распространенность курения среди школьников и студентов // Гигиена и санитария. – 1992. – №7–8. – С. 55–57.
26. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Андреева С.А. Табакокурение как фактор риска болезней человека // Респираторная медицина. – М., 2007. – С. 771–778.
27. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости // Справочник поликлинического врача. – 2008. – С. 14–15.
28. Сворцова Е.С., Иоффина О. Борьба с курением за рубежом // Врач. – 2005. – № 3. – С. 42–44.
29. Сворцова Е.С., Миронова И.А. Распространенность курения среди городских подростков-школьников России в 2003–2004 гг. // Профессиональные заболевания и укрепление здоровья. – 2007. – № 3. – С. 18–22.
30. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. – М., 2010.
31. Создание среды, свободной от табачного дыма: доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 год // URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244563915_rus.pdf?ua=1 (дата обращения 28.04.2014)
32. Субраманиан С., Демидов Л.В., Шубина И.Ж. Курение и рак – взаимосвязанные эпидемии XXI века. Состояние проблемы в мире и в России // Практическая онкология. – 2006. – Т. 7. – № 3. – С. 126–130.
33. Суховская О.А., Лаврова О.В., Шаповалова Е.А. и др. Социальные аспекты табакокурения женщин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. LX. – Вып. 2. – С. 115–119.
34. Суховская О.А. и др. Медико-социальные проблемы табакокурения // Болезни органов дыхания. – 2007. – № 1. – С. 12–19.
35. Трофимов В.И. Курение табака – агрессивный фактор внешней среды и его роль в инвалидизации и смертности населения // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2006. – № 1. – С. 63–64.
36. Чобанов Р.Э., Бабаев П.Н., Лемберанская А.З. Пассивное курение как фактор риска формирования миопии у школьников // Российский офтальмологический журнал. – 2012. – Т. 5. – № 2. – С. 68–70.
37. Чучалин А.Г. Болезни органов дыхания и табакокурение // Терапевтический архив. – 2009. – № 3. – С. 5–9.
38. Чучалин А.Г., Антонов Н.С., Зайцева О.Ю., Новиков К.Ю. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Методические рекомендации № 2002/154, 2003.
39. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Распространенность курения в России. Результаты обследования представительной выборки населения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 3. – С. 9–12.
40. Шубочкина Е.И., Молчанова С.С., Куликова А.В. Социальные факторы формирования и поддержания курения детей и подростков // В кн.: «Табакокурение детей и подростков. Гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения». – М. – 2007.
41. Яблонский П. К., Суховская О. А. Табакокурение и туберкулез // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – № 12. – С. 51–56.
42. Asano N., Kondoh M., Ebihara C. и соавт. Expression profiles of zinc transporters in rodent placental models // Toxicol. Letters. – 2004. – Vol. 154. – P. 45–53.
43. Doll R. Tobacco: a medical history // J. Urban Health. – 1999. – Vol. 76. – P. 289–313.
44. Ebbert J.O., Sood A., Hays J.T. et al. Treating tobacco dependence; review of the best and latest treatment options // J. Thor. Oncol. – 2007. – № 2. – P. 249–256.
45. Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A. и соавт. Selected major risk factors for global and regional burden of disease // Lancet. – 2002. – Vol. 360. – P. 1347–1360.
46. Gordon T., Kannel W., Megaw D. Death and coronary attacks in men after giving up cigarette smoking. A report from the Framingham study // Lancet. – 1974. – Vol. 2. – P. 1345–1348.
47. Greaves L., Cormier R., Devries K. и соавт. Expecting to quit. A best practices review of smoking cessation intervention for pregnant and postpartum girls and women. – Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2011 // URL: <https://bcccewh.bc.ca/2014/02/expecting-to-quit-a-best-practices-review-of-smoking-cessation-interventions-for-pregnant-and-postpartum-girls-and-women/> (дата обращения: 15.09.2017).
48. Klein R., Klein B.E. и соавт. // Amer. J. Epidemiol. – 1993. – Vol. 137. – P. 190–300.
49. Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M. и соавт. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data // Lancet. – 2006. – Vol. 367. – P. 1747–1757.
50. Mahonen M.S., Mcelduff P., Dobson A.J. и соавт. WHO MONICA Project. Current smoking and the risk of nonfatal myocardial infarction in The WHO MONICA Project Populations // Tob. Control. – 2004. – Vol. 13. – P. 244–250.
51. McKee M., Bobak M., Rose R. и соавт. Patterns of smoking in Russia // Tobacco Control. – 1998. – Vol. 7. – P. 22–26.
52. Mullen P.D., Carbonari J.P., Tabak E.R., Glenday M.C. Improving disclosure of smoking by pregnant women // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1991. – Vol. 165. – № 2. – P. 409–413.
53. Nelson D.E., Kirkendall R.S., Lawton R.L. и соавт. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost; by state – United States, 1990 // MMWR. CDC. – 1994. – Vol. 43. – P. 1–8.
54. Noorhassim I, Rampal K.G. Multiplicative effect of smoking and age on hearing impairment // American Journal of Otolaryngology. – 1998. – Vol. 19. – № 4. – P. 240–243.
55. Schairer E., Schoniger E. Lungenkrebs und Tabakverbrauch // Zeitschrift. Krebsforsch. – 1943. – Vol. 54. – P. 261–269.
56. Shrek R., Baker L.A., Ballard G.P. и соавт. Tobacco smoking as an etiologic factor in disease // Cancer Res. – 1950. – Vol. 10. – P. 49–58.
57. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 // URL: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf (дата обращения 15.01.2010).
58. Wahlgren D.R., Hovell M.F., Slymen D.J. и соавт. Predictors of tobacco use initiation in adolescents: a two-year prospective study and theoretical discussion // Tob. Control. – 1997. – Vol. 6. – № 2. – P. 95–103.
59. West S.H., Munro Z.B., Emme E.A., Taylor H.R. // Arch. Ophthalmol. – 1989. – Vol. 107. – № 8. – P. 1166–1169.
60. Wilson P.W.F., Castelli W.P., Kannel W.B. Coronary risk prediction in adults (The Framingham Heart Study) // Am. J. Cardiol. – 1987. – Vol. 59. – P. 91G–94G.
61. Wisborg K., Henriksen T.B., Jespersen L.B., Secher N.J. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study // Obstetrics & Gynecology. – 2000. – Vol. 96. – P. 967–971.

Телефон для связи с автором: +38 (495) 628-30-48.