



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Поколения, свободные от табака

Защита детей от табака
в Европейском регионе ВОЗ



Реферат

Ряд государств-членов Европейского региона ВОЗ движутся к достижению цели стать свободными от табака, то есть снизить распространенность курения до 5% или менее. Особое внимание при этом уделяется защите юных поколений от приобщения к курению и вредного воздействия табака. Защита детей от табака имеет важнейшее значение для Региона не только потому, что приобщение подростков к курению – это важнейший компонент кризисной ситуации в области общественного здравоохранения, но также поскольку государства-члены несут ответственность за соблюдение прав ребенка. В настоящем докладе освещены текущие и вновь появляющиеся проблемы, связанные с воздействием табака на здоровье детей в Регионе, а также рассмотрены нормативно-правовые механизмы, обязательства и другие инструменты, которые государства-члены должны использовать для защиты детей от табака. Сюда включены и новые подходы, которые можно и нужно применять, для того чтобы Европейский регион стал свободным от табака.

Ключевые слова

Tobacco

Smoking initiation

Children's rights

Human rights

Tobacco industry

Tobacco-free generations

Child and adolescent health

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, не обязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Выражение благодарности	2
Сокращения	3
Введение	4
Современная ситуация в Европейском регионе ВОЗ	5
Почему дети в большей степени подвержены развитию никотиновой зависимости	9
Рекламное воздействие на девочек и молодых женщин в Регионе	11
Применение электронных систем доставки никотина (ЭСДН) среди детей	11
Связанные с табаком неравенства в отношении здоровья	12
Инструменты защиты детей от табака в Европейском регионе	14
Международные соглашения по правам человека	15
Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака	18
Здоровье-2020	20
Ашхабадская декларация	21
Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 гг.	22
Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015-2025 гг.: оставить табак в прошлом	22
Примеры из практики стран: прокладывая путь для поколения, свободного от табака	24
Денормализация табака в Ирландии	25
Вмешательства, направленные на коллективы сверстников, в Соединенном Королевстве	27
Сокращение социальных неравенств в отношении здоровья в связи с табаком в Соединенном Королевстве (Шотландия)	27
Сокращение воздействия вторичного дыма на семьи в домашних условиях – проект REFRESH в Соединенном Королевстве (Шотландия)	29
Инициатива «Поколение, свободное от табака»	30
Заключение	32
Библиография	34

Выражение благодарности

Европейское региональное бюро ВОЗ благодарит Yvette van der Eijk, научного сотрудника постдокторантуры в Центре исследований и просвещения по борьбе против табака Калифорнийского университета, Сан-Франциско, Соединенные Штаты Америки, которая выступила в качестве основного автора настоящего доклада.

Издание доклада осуществлено благодаря финансовой поддержке со стороны Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана.

Сокращения

ВДПЧ	Всеобщая декларация прав человека
КПР	Конвенция (ООН) о правах ребенка
МПЭСКП	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
РКБТ ВОЗ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
ЭСДН	электронные системы доставки никотина
ASSIST	Исследование «Прекратить курение в школах» (A Stop Smoking in Schools Trial)
REFRESH	Проект по сокращению воздействия вторичного дыма на семьи в домашних условиях (Reducing families' exposure to second-hand smoke in the home)

Введение

Современная ситуация в Европейском регионе ВОЗ

Курение табака является серьезной проблемой общественного здравоохранения в Европейском регионе. В состав Региона входят 53 государства-члена с населением почти 900 млн человек. Из них примерно 252 млн (28%) являются курильщиками (1). Половине из них грозит преждевременная смерть от болезней, связанных с курением (2). Вследствие значительной распространенности курения в Регионе бремя смертности, обусловленной употреблением табака, также составляет существенную долю (16%) от общего бремени (1). Причины смерти – это, как правило, хронические заболевания, которые оказывают тяжелое воздействие на качество жизни и значительно сокращают ее: сердечно-сосудистые заболевания, хронический бронхит, эмфизема, астма и различные онкологические заболевания, в частности рак легких. Курение также коррелирует с другими нарушениями здоровья, такими как диабет, ревматоидный артрит и катаракта, и, кроме того, негативно влияет на фертильность, общее физическое состояние и функции практически всех органов и систем организма (3).



Регион состоит из
53 государств-членов
с населением почти
900 млн человек



Из них 28%, или примерно
252 млн человек,
являются курильщиками

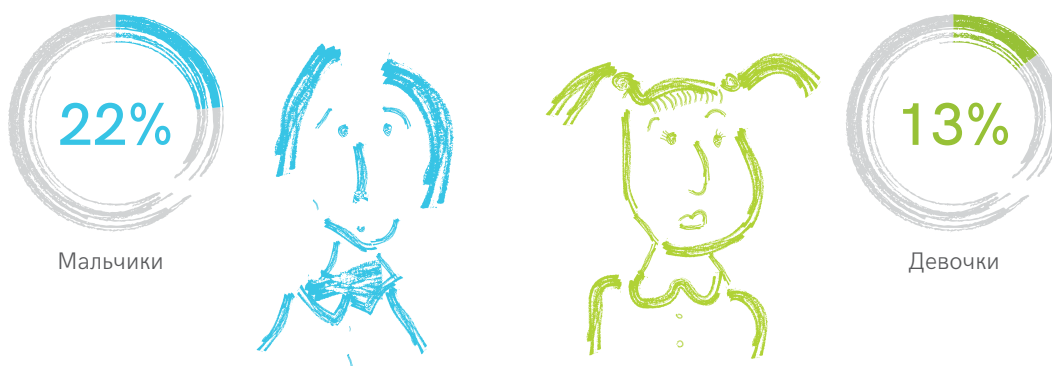
**Для каждого второго из них
курение станет причиной
преждевременной смерти**

Курильщики теряют в среднем 20 лет продуктивной жизни, что является прямым следствием употребления табака (4). Значительное снижение производительности труда наряду с существенными затратами на оказание медицинской помощи в связи с болезнями, связанными с табаком, означает, что курение также наносит тяжелый социально-экономический ущерб (5), который не компенсируется потенциальными экономическими выгодами, такими как сокращение расходов на пенсионное обеспечение (6).

За счет вредного воздействия вторичного табачного дыма курение непосредственно влияет на здоровье окружающих. В мировом масштабе вторичный табачный дым убивает свыше 600 000 некурящих людей (2), многие из которых (31%) – дети. Эти смертельные исходы, как правило, связаны с хроническими заболеваниями, такими как астма и респираторные инфекции (7). Дети, которые особенно восприимчивы к воздействию вторичного дыма, также подвергаются повышенному риску развития инфекций среднего уха, острых респираторных заболеваний, синдрома внезапной смерти младенца и поведенческих расстройств. Позднее на протяжении жизни у них может развиваться ишемическая болезнь сердца или злокачественные новообразования легких или других органов (8). Воздействие табака на внутриутробный плод повышает риск осложнений беременности, таких как выкидыш, мертворождение, пониженный вес ребенка при рождении, детские злокачественные опухоли и врожденные аномалии, например расщелина губы (9). Младенцы, подвергавшиеся воздействию вторичного дыма во внутриутробном периоде, могут рождаться уже в состоянии никотиновой зависимости (10) и в большей степени предрасположены к различным неврологическим и поведенческим расстройствам, таким как злоупотребление психоактивными веществами, в более поздние периоды жизни (11). Дети, находящиеся под воздействием вторичного дыма в домашних условиях, также с большей вероятностью сами в последующем начинают курить (12). Несмотря на это, в Европейском регионе более половины детей младше 15 лет (53,7%) все еще подвергаются воздействию вторичного дыма в домашних условиях, и подавляющее большинство (73,7%) – вне дома (13).

Другой серьезной проблемой Региона является начало курения; эта проблема затрагивает почти исключительно детей и молодежь, поскольку большинство курильщиков приобретают эту вредную привычку до достижения 18-летнего возраста (14). В Европейском регионе распространено пробное курение среди детей, которое начинается с малых лет. По результатам опросного исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», 2013/2014 гг. (15), 17% опрошенных детей в Регионе (13% девочек, 22% мальчиков) к 13 годам начали курить.

Эти цифры варьируются между странами: курение среди детей в возрасте 13 лет было наиболее распространено в Гренландии (53% девочек, 56% мальчиков) и в наименьшей степени – в Исландии (5% девочек, 7% мальчиков). Начало курения в возрасте 13 лет в большинстве стран и регионов чаще встречалось среди мальчиков, однако, например, в таких странах, как Болгария, Германия, Венгрия, Мальта и Соединенное Королевство (Англия), было более распространено среди девочек. К достижению 15-летнего возраста 12% опрошенных детей в Регионе курили с еженедельной частотой. В типичных случаях регулярное курение среди детей в возрасте 15 лет на период опроса в большинстве стран и регионов варьировалось от примерно 20% (Венгрия, Италия, Франция) до 10% (Испания, Нидерланды, Соединенное Королевство (Шотландия)) (15).



17% опрошенных детей в странах Региона в 13 лет начали курить

Начало курения среди детей – это предмет особой обеспокоенности, поскольку сигареты по своей природе быстро вызывают зависимость. Они доставляют никотин в мозг в течение секунд, и стремительно развивающийся эффект никотина усиливается при добавлении бронхорасширяющих средств (какао, лакрица и др.), а также веществ, используемых для фрибейса, таких как соли аммония (16). Вследствие сильного эффекта привыкания, производимого табаком, раннее пробное курение в значительной части случаев переходит в ежедневное употребление табака с развитием стойкой зависимости.

Вероятность развития зависимости отчасти определяется возрастом. Дети младше 15 лет, которые пробуют курить, примерно в каждом втором случае становятся зависимыми от никотина. Этот риск повышается, если

курение повторяется в течение длительного периода (14). Симптомы никотиновой зависимости, такие как непреодолимая потребность закурить или неуспешные попытки бросить, могут появляться у детей в течение дней или недель после первого пробного курения и задолго до того, как развивается привычка ежедневного курения (17). Большинство случаев табачной зависимости развивается до возраста 21 года (18). По имеющимся оценочным данным, каждые трое из четырех детей, которые курят в подростковом возрасте, продолжают ежедневно курить, будучи взрослыми, несмотря на то что большинство из них на момент опроса выражают намерение бросить курить в ближайшем будущем (14). Подросткам также свойственна недооценка степени зависимости от табака. По данным опросов, большинство из подростков считают, что они бросят курить в течение ближайшего года, однако в реальности в этот период лишь около трети из опрошенных отказываются от употребления табака (19).

Основной тезис

Большинство детей, проживающих в Регионе, плохо защищены от вторичного дыма, несмотря на их повышенную чувствительность к его вредному воздействию. Начало курения – еще одна серьезная проблема, затрагивающая почти исключительно детей и подростков, значительная доля которых по мере взросления превратится в ежедневных зависимых от табака курильщиков. Это, в свою очередь, обуславливает тяжелейшее бремя для общественного здоровья и социально-экономической ситуации в масштабах Региона.

Почему дети в большей степени подвержены развитию никотиновой зависимости

В силу нейробиологических характеристик организма дети в гораздо меньшей степени устойчивы к воздействиям вызывающих зависимость веществ, таких как никотин. Префронтальные участки коры головного мозга, которые отвечают за подавление рискованных форм поведения и рационализацию долгосрочных целей, могут, при условии полноценного функционирования, защитить человека от рискованных форм поведения, таких как курение, и, соответственно, от развития зависимости (20). Однако в 20-летнем и несколько более старшем возрасте префронтальная кора еще не полностью развита (21). В результате дети и молодые люди в нейробиологическом плане более уязвимы к началу курения и развития зависимости, и чем младше человек, тем выше эта степень уязвимости. Никотин также может нарушать развитие префронтальной коры, что еще более нарушает ее функцию (20). Иными словами, человек, который начинает курить в возрасте до 20 лет и несколько старше, не только в большей степени рискует стать зависимым от табака, но также, как правило, утрачивает способность контролировать свое поведение в части курения на более поздних возрастных этапах.

Дети – это важная мишень для рекламных вмешательств, проводимых табачными компаниями. Табачная индустрия, зная об уязвимости детей, намеренно ориентирует свои рекламные мероприятия на подростков, начиная с 13-летнего возраста (22). Еще в 1957 г. представители табачной индустрии признавались (23):

Выбор молодежи в качестве цели может быть более эффективным, несмотря на то что для охвата этого контингента требуются более высокие затраты, поскольку молодые люди склонны к экспериментированию, они оказывают больше влияния друг на друга в своей возрастной группе, чем позднее в жизни, и они будут гораздо более стойко привержены тому бренду, который окажется для них первым.

Табачная индустрия укрепила представление о курении в качестве социально престижного поведения взрослых: символ перехода от детства к взрослой жизни, который поддерживается за счет никотиновой зависимости. Табачные компании еще в 1969 г. (24) знали, что

сигарета для начинающего – это символический акт: «Я теперь не маменькин сынок, я крутой парень». По мере того как ослабляется психологическая символика, на ее место в поддержании вредной привычки приходит фармакологический эффект.

В более публичном контексте, однако, табачные компании заявляли (25):

Мы не хотим, чтобы молодежь курила, и мы помещаем рекламу, специально предназначенную для молодежи, где утверждается, что курение – это занятие исключительно для взрослых. Дети просто не обращают внимания на сигаретную рекламу, и так и должно быть.

Тем не менее фактические данные свидетельствуют о том, что даже дети самого младшего возраста (от 3 до 6 лет) реагируют на табачную рекламу (26). Рекламные сообщения, подчеркивающие, что «курение – это только для взрослых» (25), фактически усиливают эффект ритуала перехода от детства к взрослой жизни, таким образом подталкивая детей к курению. Табачная индустрия продолжает ориентировать свои вмешательства на детей, продвигая табачную продукцию прямым и косвенным образом через такие средства, как эпизоды в кинофильмах, где курение изображается как естественная часть жизни, спонсорство событий и мероприятий, которые часто посещают дети (например, различные концерты и спортивные события), или путем подчеркивания привлекательного образа курильщика посредством дизайна табачных упаковок (27).

Действующие в настоящее время законодательные нормы в недостаточной степени защищают детей от пагубного воздействия табачного маркетинга. В большинстве стран Европейского региона продажа табачных изделий разрешена лицам, достигшим 18 лет, однако начало курения обычно происходит до этого возраста (даже при условии достаточно адекватного соблюдения возрастных ограничений в предприятиях розничной торговли), поскольку многие дети и подростки могут получать сигареты от более старших товарищей, имеющих право на легальное приобретение табака (18). Дети, живущие в Регионе, также по-прежнему недостаточно защищены от рекламы табачной индустрии, продвижения продукции и спонсорства, рекламных эффектов привлекательной сигаретной упаковки и влияния усилий табачной индустрии изобразить курение как нормальную или даже желательную форму социального поведения (1).

Основной тезис

Нейробиологические особенности организма детей делают их уязвимыми к началу курения и развитию зависимости. Маркетинг табачной индустрии постоянно эксплуатирует эту уязвимость, и дети в Регионе по-прежнему недостаточно защищены от данных пагубных влияний.

В дополнение к этим важным текущим аспектам в Европейском регионе вызывает особую озабоченность ряд новых проблем, затрагивающих детей. Эти проблемы кратко описаны ниже.

Рекламное воздействие на девочек и молодых женщин в Регионе

Воздействие на женщин путем использования гендерно специфических информационных посылов наблюдается в Регионе начиная с 1920-х годов, несмотря на то что изменился перечень вовлеченных стран и пути, по которым оказывается воздействие на девочек и молодых женщин. Табачные компании, ориентируя на женщин коммерческое продвижение сигарет, изображают курение как символ гламура, моды, успеха и сексуальности, а также как средство поддержания стройности. Эти рекламные послы передаются как по прямым каналам, таким как наружная реклама, так и по непрямым, таким как показ в киносюжетах и использование табачной упаковки. В прежние годы это наблюдалось в первую очередь в западноевропейских странах, однако с недавнего времени такая практика стала применяться в южных и восточных странах Региона (28). В Австрии, Испании, Италии, Соединенном Королевстве и Чехии курение сегодня более распространено среди женщин, чем среди мужчин (29). В тех странах, где распространенность курения среди женщин ниже, табачная индустрия вновь использует эти гендерно специфичные рекламные сообщения для провоцирования начала курения среди молодых женщин. Из этого следует вывод, что необходимо использовать больше гендерно чувствительных подходов в борьбе против табака, для того чтобы более эффективно защитить юных женщин от начала курения и от последующего развития зависимости.

Применение электронных систем доставки никотина (ЭСДН) среди детей

ЭСДН – это устройства, которые, так же как и сигареты, доставляют никотин в легкие, но не с дымом, а через пар, образующийся при нагревании с помощью электронного механизма. ЭСДН – относительно новые изделия на рынке, поэтому их применение, конструкция и коммерческое продвижение остаются недостаточно регулируемые в странах Региона.

Особые опасения вызывает растущее использование ЭСДН среди детей и подростков, чему способствует активная онлайн-реклама. ЭСДН продаются с разнообразием ароматов, формы и дизайна, которые нравятся детям, и многие из этих устройств не напоминают сигареты, а больше похожи на другие предметы, такие как ручки (30, 31).

Применение ЭСДН оказывает потенциально вредное воздействие, поскольку в некоторых их разновидностях содержатся определенные токсичные вещества, такие как акролеин и формальдегид, на том же уровне, что и в сигаретах. Предметом обеспокоенности является также их способность вызывать и усиливать никотиновую зависимость, что может приводить к устойчивому использованию ЭСДН взрослым человеком и к переходу в последующем на курение сигарет. Экспериментирование с ЭСДН среди подростков в последние годы заметно усилилось, и многие из них также курят сигареты. При этом вызывает озабоченность тот факт, что ЭСДН приводит к возвращению курения в разряд социальной нормы, что, в свою очередь, повышает уязвимость детей к началу использования ЭСДН или сигарет (30, 31).

Связанные с табаком неравенства в отношении здоровья


Углубляющийся разрыв в связи с неравенствами в отношении здоровья, обусловленными табаком, – это еще одна серьезная проблема в Регионе, особенно в экономически более развитых странах. Распространенность курения, как правило, выше среди лиц с низким уровнем образования или дохода, а также среди этнических меньшинств, таких как рома (цыгане) (29). В результате дети в этих социально незащищенных группах подвержены более высокому риску начала курения, развития зависимости и воздействия других связанных с табаком вредных факторов, таких как вторичный дым. Распространенность курения в некоторых общинах рома, например, по оценкам, достигает 70%; это означает, что многие дети в этих группах подвергаются дома воздействию вторичного табачного дыма (32).

В целом употребление табака наряду с другими показателями неудовлетворительного состояния здоровья связано с прочими неблагоприятными факторами, такими как бедность (33), коморбидность с психическими заболеваниями, злоупотребление психоактивными веществами и жестокое

обращение с детьми, а также зависит от социальных детерминант, таких как уровень образования и дохода, наличие систем социальной поддержки и социальной интеграции (29). Для того чтобы все дети в Регионе имели равные возможности для здоровой жизни, свободной от табака, важно предпринимать шаги по устранению этих социальных неравенств и учитывать взаимосвязи между употреблением табака и другими важными факторами.

Основной тезис

Необходимо уделять более пристальное внимание ряду важных новых проблем, возникающих в Регионе. В частности, следует усилить защиту детей от применения и коммерческого продвижения ЭСДН и шире использовать гендерно-дифференцированные подходы. Необходимо также уделять больше внимания удовлетворению комплексных потребностей детей в социально незащищенных сообществах, которые особенно предрасположены к началу курения и уязвимы к другим вредным воздействиям, связанным с табаком.

A large, textured green brushstroke that tapers from the left side towards the right, serving as a background for the title text.

Инструменты защиты детей от табака в Европейском регионе

Международные соглашения по правам человека

Для защиты детей от табака можно апеллировать к ряду фундаментальных прав человека (краткое описание приведено во вставке 1) (34–39). Рамочная конвенция по борьбе против табака ВОЗ (РКБТ ВОЗ) (40) – это важнейшее международное соглашение в области политики борьбы против табака в Регионе, которое основано на всеобщих принципах прав человека с особым вниманием к праву на здоровье (Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах) (МПЭСКП) (Статья 12) (34), а также к правам ребенка (Конвенция ООН о правах ребенка) (КПР) (35).

ВСТАВКА 1

Права человека как инструмент защиты детей от табака

1948 Всеобщая декларация прав человека (36)

Статья 3: каждый человек имеет право на жизнь

Статьи 2 и 7: каждый человек имеет право на защиту от дискриминации: «...без какого бы то ни было различия, как то: в отношении расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения».

Статья 25: каждый человек имеет право на социальные условия, необходимые для поддержания здоровья: «...такой жизненный уровень ... который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи»

1976 Международный пакт о гражданских и политических правах (37)

Статья 6: право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека

1976 Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (34)

Статья 12: каждый человек имеет право «на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья», для чего должны предприниматься меры «предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними»

1979 Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (38)

Статья 12: «Государства-участники принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения»

1989 Конвенция о правах ребенка (35, 39)

Статья 6: дети имеют право на жизнь, поэтому «государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка»

Статья 24: дети имеют право на чистую и здоровую среду обитания

Статья 33: дети имеют право на защиту от использования вредных психотропных веществ

Статья 36: дети имеют право на защиту от всех «форм эксплуатации, наносящих ущерб любому аспекту благосостояния ребенка»

Дети, как и все люди, имеют право на жизнь, что провозглашено в Статье 3 Всеобщей декларации прав человека (ВДПЧ) (36) и в Статье 6 Международного пакта о гражданских и политических правах (37), а также право на здоровье (МПЭСКОП, Статья 12) (34). В КПр четко констатируется, что дети имеют право на жизнь и здоровое развитие (Статья 6) (39). Это предполагает, что дети должны быть защищены от вторичного табачного дыма, который вредит их развитию, а также от побуждения к курению, которое угрожает их нейробиологическому развитию, жизни и здоровью в целом. Их право на чистые и безопасные условия окружающей среды (КПр, статья 24) (39) следует использовать как аргумент для защиты детей от вторичного дыма, а право детей на защиту от применения вредных психоактивных веществ (КПр, статья 33) (39) включает защиту от начала употребления вредоносных и вызывающих зависимость субстанций, таких как табак. При несоблюдении этих прав дети становятся уязвимой мишенью для рекламной эксплуатации со стороны табачной индустрии. Однако дети имеют право на защиту от всех «форм эксплуатации, наносящих ущерб любому аспекту благосостояния ребенка» (КПр, Статья 36) (39). Эти права следует применять для защиты детей от вторичного дыма, коммерческого продвижения табачных изделий табачными компаниями и начала курения.

Для решения проблем, связанных с неравенствами в отношении здоровья, можно апеллировать к другим правам. Так, в странах Региона некоторые формы продвижения табачных изделий специально ориентированы на девочек и молодых женщин. Для противодействия этим вмешательствам можно использовать Статью 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (38), которая обязывает Стороны устранять любую дискриминацию против женщин в сфере оказания медицинской помощи. Дети из маргинализированных и социально незащищенных сообществ чаще приобщаются к курению и в большей степени подвержены воздействию других вредных факторов, связанных с табаком.

В соответствии со статьями 2 и 7 ВДПЧ (36), каждый человек обладает правом на защиту от дискриминации по расовой принадлежности, социальному происхождению или иному признаку. Каждый человек имеет право на социальные условия, необходимые для поддержания здоровья (ВДПЧ, Статья 25) (36). Для соблюдения этих прав, таким образом, Стороны должны уделять больше внимания нуждам детей в социально незащищенных группах и учитывать взаимосвязи между употреблением табака и другими комплексными социальными проблемами.

Основной тезис

Равноправная защита всех детей от табака – это не только средство улучшения общественного здоровья и повышения уровня социально-экономического развития в Регионе, но также этический императив, который отражен в различных международных соглашениях по правам человека. Государства-члены, которые являются Сторонами этих соглашений, обязаны защищать и продвигать такие права: в этой связи им необходимо наращивать усилия по защите детей от табака.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

К настоящему времени официальными Сторонами Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) являются 50 из 53 государств-членов Европейского региона. В положениях РКБТ ВОЗ подчеркивается важность согласованного подхода к принятию ряда мер, направленных на сведение к минимуму спроса на табак и предложения табачных изделий (40). Имеются убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что такие меры защищают детей от начала курения и других вредных воздействий, связанных с табаком (1); надлежащая реализация положений РКБТ ВОЗ в Регионе играет важнейшую роль в защите детей от табака (вставка 2).

Далеко не все страны Региона должным образом внедрили эти меры. По состоянию на 2012 г. лишь в 17% стран было запрещено курение во всех общественных местах (Статья 8), с различной степенью соблюдения данного запрета. Только в 4% стран было введено требование о размещении крупных графических предупреждений на упаковках табачных изделий (Статья 11). В ряде стран (15%) были проведены национальные противотабачные кампании в средствах массовой информации по различным каналам (Статья 12), и лишь 6% внедрили всесторонний запрет на прямые и косвенные формы рекламы, продвижения продаж и спонсорства табака (Статья 13).

Меры в области ценообразования и налогообложения (Статья 6) реализуются более успешно: удовлетворительный уровень достигнут в 47% стран Региона (1), несмотря на то что сохраняются трансграничные различия в ценах и проблемой остается контроль за соблюдением введенных правил. По состоянию на 2017 г. три европейские страны (Ирландия, Соединенное Королевство и Франция) внедрили требование о применении простой упаковки, и в ряде других стран принято решение о введении этой нормы в последующие сроки. В целом РКБТ ВОЗ остается весьма перспективным, но не в полной мере используемым стратегическим инструментом в Европейском регионе.

Основной тезис

РКБТ ВОЗ – это высокоэффективный, но не в полной мере используемый в Регионе нормативно-правовой механизм. Вкладывая ресурсы в защиту здоровья подрастающих поколений, государства-члены должны стремиться к полному осуществлению всех мер, предусмотренных положениями РКБТ ВОЗ.

Использование положений РКБТ ВОЗ для защиты детей от табака

Статья 6

Ценовые и налоговые меры

В условиях высоких цен на табачные изделия вероятность приобщения детей к курению снижается. Налогообложение табака – это мощный и затратоэффективный путь для сведения к минимуму приобщения детей к курению.

Статья 8

Защита от воздействия табачного дыма

Дети более уязвимы к вредному воздействию вторичного табачного дыма, всесторонняя защита от которого, особенно в помещениях, имеет важнейшее значение.

Статья 9

Регулирование состава табачных изделий

Некоторые виды сигарет содержат ароматические добавки, которые могут нравиться детям и провоцируют их на пробное курение в более раннем возрасте. Бронхорасширяющие вещества, такие как ментол, могут также усиливать способность никотина вызывать зависимость. Необходимо вводить запрет на такие добавки, что позволит снизить вероятность экспериментирования детей с сигаретами и развития у них никотиновой зависимости.

Статья 11

Упаковка и маркировка табачных изделий

На детей оказывают влияние как реклама, так и предупреждения о вреде для здоровья, размещаемые на упаковке табачных изделий. Крупные графические предупреждения и применение простой упаковки могут предотвращать приобщение детей к курению.

Статья 12

Просвещение, передача информации, подготовка кадров и информирование населения

Детей следует информировать о вреде курения и о направленных на них действиях табачной индустрии. В этих целях необходимо проводить эффективные медийные кампании и осуществлять другие научно обоснованные просветительские программы.

Статья 13

Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий

Дети – это уязвимая мишень для рекламных вмешательств, проводимых табачной индустрией. Следует ограничивать все формы (как прямые, так и не прямые) рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табака.

Статья 14

Табачная зависимость и прекращение употребления табака

Табачная зависимость чаще всего развивается у людей, не достигших 21 года, и очень легко возникает у детей вследствие их нейробиологической уязвимости. Необходимо обеспечивать доступ к услугам помощи в отказе от курения, адаптированным к потребностям молодежи.

Основы политики Здоровье-2020 были приняты государствами-членами Европейского региона ВОЗ в 2012 г. (41). Основные принципы и приоритеты этой политики в кратком виде изложены во вставке 3.

Применительно к проблеме табака при внедрении подхода, соответствующего принципам политики Здоровье-2020, необходимо учитывать, что образ жизни без табака, от пренатальных стадий до пожилого возраста, – это одно из важнейших условий успешного социально-экономического развития в Регионе. Вмешательства по борьбе против табака являются второй (после иммунизации детей) наиболее эффективной инвестицией в охрану здоровья (41). Особенную важность приобретает вложение ресурсов в полное освобождение новых поколений от табака, поскольку именно от наличия здорового и продуктивной молодежи во многом зависит будущее социально-экономического развития в Регионе. Продвижение в масштабе Региона идеи поколений, свободных от табака, также находится в соответствии с различными правами человека и поддерживает принципы политики Здоровье-2020, основанной на этих правах.

В соответствии с приоритетами политики Здоровье-2020 движения за свободу от табака должны ориентироваться на социальные детерминанты, такие как раса, гендер, бедность и другие комплексные социальные вопросы, которые обуславливают предрасположенность детей к началу курения и воздействию других вредных факторов, связанных с табаком. Следует всемерно содействовать совместным инвестициям, объединяющим инициативы по освобождению от табака и программы, направленные на сокращение систематической социальной незащищенности, так чтобы дети получали возможность равного развития во всех условиях. Это может включать партнерства с другими учреждениями Организации Объединенных Наций, такими как Детский фонд Организации Объединенных Наций, или с локальными государственными социальными программами, направленными на повышение уровня благосостояния, образования и защиты прав детей. В системах, ориентированных на нужды людей, детей следует активно вовлекать в дело укрепления здоровья, проводить с ними просветительную работу, информируя об их правах (краткое описание дано во вставке 1), и стимулировать их участие в развитии здорового образа жизни, в котором свобода от табака – это общепринятая норма.

Основополагающие принципы и приоритеты политики Здоровье-2020

- Поддержание хорошего здоровья в течение всей жизни является социально-экономическим императивом: это улучшает качество жизни, повышает производительность труда и имеет важнейшее значение для социального и экономического развития.
- Проводимая политика должна руководствоваться подходом на основе прав человека, в котором особо подчеркивается право на здоровье.
- Следует обеспечивать социальную справедливость в отношении здоровья путем воздействия на его социальные детерминанты и учета важных взаимосвязей между здоровьем и другими социальными факторами. При этом особое внимание должно уделяться повышению устойчивости местных сообществ к неблагоприятным внешним воздействиям, укреплению их сплоченности и созданию поддерживающей социальной среды.
- Необходимо интегрировать вопросы гендера в общественное здравоохранение, систематически учитывая эти аспекты при планировании и реализации политики.
- Следует применять общегосударственный подход и принцип участия всего общества, принимая во внимание выгоды от совместных инвестиций в укрепление здоровья и другие инициативы.
- Важно уделять особое внимание моделям сотрудничества, партнерствам с другими секторами и вовлечению местных сообществ. Это предполагает создание систем, ориентированных на нужды людей, в которых предусмотрено вовлечение молодежи в дело укрепления здоровья и обмен полезным опытом в среде сверстников.

Ашхабадская декларация

В принятой в 2013 г. Ашхабадской декларации по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020 обозначены новые целевые ориентиры по сокращению употребления табака в целях сведения к минимуму бремени неинфекционных заболеваний в Европейском регионе (42). В декабре 2014 г. государства-члены Региона во исполнение положений Ашхабадской декларации подтвердили свое обязательство полностью внедрить все меры, предусмотренные РКБТ ВОЗ, и развивать сотрудничество в целях сокращения потребления табака на глобальном уровне на 30% к 2025 г. Таким образом, государства-члены подтвердили свою приверженность всеобъемлющему выполнению Конвенции и общему стремлению сделать Европейский регион свободным от табака.

Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.

В Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. (43) приводятся рекомендации относительно приоритетных направлений работы для улучшения состояния здоровья детей и подростков в Регионе. Одна из задач, поставленных в стратегии, – добиться, чтобы поколение жителей Европейского региона нового тысячелетия стало свободным от табака (43).

Это первое поколение жителей Региона, чаяния которого об освобождении от табачной зависимости могут реально осуществиться. В то время как страны направляют свои усилия на достижение к 2025 г. глобальной цели 30%-ного сокращения использования табака, Европейский регион ВОЗ может пойти дальше в своих устремлениях, добиваясь того, чтобы все дети, рожденные в 2000 г. и позже, став взрослыми, не курили и встретили свои зрелые годы на континенте, где табак станет редкостью и где дети будут расти свободными от прямого или косвенного воздействия табачного дыма.

Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом

В сентябре 2015 г. министры здравоохранения 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ приняли дорожную карту действий на 2015–2025 гг., которая позволит грядущим поколениям навсегда оставить табак в прошлом (44).

В дорожной карте перечислены меры, позволяющие добиться наибольшего эффекта в определенных областях. Одна из областей касается «денормализации» табака посредством принятия следующих мер:

- введение в действие законодательства, запрещающего курение, в особенности в местах пребывания детей, таких как школы и детские

дошкольные учреждения, жилища, а также автомобили, где пассажирами являются дети;

- эффективный контроль за соблюдением полного запрета на рекламу, коммерческое продвижение всех видов табачных изделий и на спонсорство со стороны компаний-производителей, а также проведение работы с индустрией развлечений, направленной на сокращение демонстрации курения и табачных изделий в средствах массовой информации;
- повышение уровня общественной осведомленности при помощи образовательных инициатив, направленных на предотвращение начала курения среди детей и подростков, информирование о рисках воздействия вторичного табачного дыма на детей, в частности в автомобилях и дома, а также обучение медицинских и социальных работников методам проведения коротких консультаций, мотивирующих к отказу от курения, в качестве постоянной составляющей их работы.

Основной тезис

Цель полного освобождения новых поколений жителей Европейского региона от табака необходима и достижима; она соответствует содержанию различных стратегических механизмов и обязательств, принятых странами Региона.

Примеры из практики стран:

прокладывая путь
для поколения,
свободного от табака

Ряд стран как Европейского, так и других регионов ВОЗ стремятся достичь к определенному году официально поставленной цели освобождения от табака, то есть снизить распространенность курения до 5% или менее. Так, Ирландия и Новая Зеландия намереваются добиться освобождения от табака к 2025 г. (45, 46), Соединенное Королевство (Шотландия) – к 2034 г. (47), Финляндия – к 2040 г. (48). В общем плане эти цели могут быть достигнуты путем всестороннего принятия всех мер, предусмотренных РКБТ ВОЗ, наряду с серией более инновационных вмешательств, которые, в частности, сосредоточены на защите детей от табака.

Признавая свою коллективную ответственность за защиту детей от табака, важность инвестирования в более здоровое и продуктивное молодое поколение и необходимость согласованных действий в достижении поставленных целей, эти страны прокладывают путь для поколения, свободного от табака.

Ниже вкратце изложен ряд примеров из практики, иллюстрирующих уникальные аспекты некоторых из таких стратегий.

Денормализация табака в Ирландии

Денормализация табака предусматривает меры, призванные показать, что курение не является естественным аспектом жизни общества и не должно таковым являться. Это важный аспект многих инициатив по освобождению от табака, в том числе осуществляемых в Ирландии, Соединенном Королевстве (Шотландии) и Финляндии. Денормализация табака или, напротив, нормализация свободного от табака образа жизни особенно актуальны для детей, поскольку они высоковосприимчивы к социальному воздействию курения (включая ложные идеи о том, что курение – это нормальное действие и социально желательное поведение взрослых) и в этой связи часто являются мишенью для табачной индустрии.

Соответственно, меры по денормализации табака должны быть также ориентированы на детей. Так, в ирландской стратегии (45) записано:

Эта инициатива не направлена против курильщиков, но она отражает стремление изменить наш подход к употреблению табака в масштабах всего общества. Ключевые элементы денормализации табака – сделать курение менее привлекательным для детей и молодежи и повысить уровень его социальной неприемлемости. Денормализация табака на каждом уровне общества – это одна из важнейших стратегий защиты детей.

Во вставке 4 приведено краткое описание конкретных мер для достижения этой цели в Ирландии.

Меры денормализации табака в Ирландии

Соблюдение требования об использовании простой упаковки

Детей может привлекать модный дизайн сигаретных пачек, и он также используется для формирования позитивного образа курильщика среди молодежи и для коммерческого продвижения сигарет путем расширения бренда. Простая упаковка защищает детей от воздействия этих методов маркетинга.

Защита детей от рекламных вмешательств табачной индустрии

Этого можно достичь путем запрета на все прямые и косвенные формы рекламы, особенно на спонсорство событий, предназначенных для молодежи (таких как музыкальные концерты).

Запрет на продажу и демонстрацию табачных изделий

Следует запрещать продажу табака с использованием торговых автоматов, размещенных на территории проведения молодежных мероприятий и в соответствующих помещениях, таких как школы. Это сводит к минимуму воздействие табачных изделий на детей.

Создание свободных от дыма открытых территорий

Это особенно важно в местах, которые часто посещают дети, таких как школьные дворы, игровые площадки, спортивные стадионы, парки и пляжи. Если дети будут реже видеть употребление табака, это будет способствовать тому, что образ жизни, свободный от курения, будет в большей степени восприниматься как социальная норма.

Запрет на курение в автомобилях

Эта мера направлена прежде всего на защиту детей от вредного воздействия вторичного табачного дыма. Но это также может способствовать повышению осведомленности родителей о вредном воздействии вторичного дыма на детей, что, в свою очередь, может стимулировать некоторых родителей к отказу от курения за пределами дома.

Вмешательства, направленные на коллективы сверстников, в Соединенном Королевстве

Важным аспектом поведения в отношении курения являются социальные взаимодействия. Отказ от курения обычно происходит в социальных кластерах, например в супружеских парах или среди друзей, которые одновременно бросают курить (49). Начало курения также имеет ярко выраженные социальные аспекты: дети часто начинают курить вместе со своими сверстниками и выбирают друзей на основе аналогичного отношения к курению (50).

Вмешательства по предотвращению начала курения, адаптированные к особенностям подростков и стимулирующие отказ от употребления табака среди уже курящих детей, должны быть направлены на формирование неприятия курения среди групп сверстников и на работу с авторитетными представителями этой группы в качестве ролевых моделей. Эта идея была использована в качестве основы для профилактической программы в Соединенном Королевстве под названием «Прекратить курение в школах» (ASSIST) (вставка 5).

Сокращение социальных неравенств в отношении здоровья в связи с табаком в Соединенном Королевстве (Шотландия)

В Соединенном Королевстве (Шотландия), как и в любых других странах, вред, связанный с табаком, по-прежнему негативно сказывается прежде всего на наиболее незащищенных социально-экономических группах. Эта сложная проблема обуславливается такими факторами, как негативный опыт в раннем детстве, бедность, безработица, недостаточный уровень образования и отсутствие поддержки в рамках социальной среды. Преодоление этих факторов не только необходимо для достижения цели освобождения от табака, но также рассматривается правительством Шотландии (47) как предмет коллективной моральной ответственности, в частности по защите детей.

Сокращение неравенств в отношении здоровья и их глубинных причин – это часть нашей коллективной ответственности применительно к защите права на жизнь... путем принятия мер для защиты всех нас, особенно детей, от рисков, угрожающих жизни. Такие меры также, безусловно, необходимы для защиты права на наивысший достижимый уровень здоровья.

Достичь этого можно, приведя меры по борьбе против табака в соответствие с потребностями наиболее социально незащищенных групп и устранив причины, лежащие в основе неравенств в отношении здоровья в более общем плане. Основное внимание уделяется оказанию поддержки малолетним правонарушителям и использованию подходов на основе имеющихся социальных активов, которые способствуют повышению жизнестойкости местных сообществ с особым вниманием к использованию уже имеющихся в них навыков, ресурсов и связей. Таким образом стимулируется активное участие социально незащищенных лиц, включая детей, в укреплении собственного здоровья.

ВСТАВКА 5

ASSIST

Программа ASSIST предусматривает отбор школьников, которые пользуются большим авторитетом среди групп сверстников, и их обучение в качестве ролевых моделей за пределами школы в неформальных взаимоотношениях среди сверстников, так чтобы они стимулировали своих друзей к отказу от курения.

Опыт реализации пилотной программы ASSIST в 2008 г. среди 12-13-летних школьников в Соединенном Королевстве показал, что такой метод может значительно снизить распространенность курения среди подростков (51). Этот позитивный результат обеспечил эффективность программы с позиций затрат на ее осуществление (52).

Авторы отметили, что эффективность программы можно было бы еще более повысить путем ежегодного повторения с новыми группами очередных классов в целях изменения социальных норм в отношении курения в масштабе всей школы (51). В последующих исследованиях также была подчеркнута важность методики отбора детей, пользующихся влиянием в среде сверстников, в рамках программы ASSIST. Было предложено, чтобы в процессе отбора участвовали и сами школьники. Это дает подросткам возможность развить более прочное ощущение сопричастности к данной работе (53).

Еще один важный аспект – развитие партнерств между инициативами по освобождению от табака и другими программами, особенно теми, что направлены на укрепление здоровья детей, образование, развитие родительских навыков, а также на сокращение употребления алкоголя и наркотиков и правонарушений среди молодежи. Такие программы имеют важные взаимосвязи с инициативами по освобождению от табака, поскольку дают возможность стимулировать движения против табака, в то же время внося вклад в развитие среды, в которой такие движения могут оказывать более сильное позитивное влияние на образ жизни и поведение детей (47).

Сокращение воздействия вторичного дыма на семьи в домашних условиях – проект REFRESH в Соединенном Королевстве (Шотландия)

Проект REFRESH направлен на защиту детей в Соединенном Королевстве (Шотландия) от воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях с применением методов, которые не носят насильственный или стигматизирующий характер в отношении курильщиков. Проект предусматривает посещение домов семей с детьми младшего возраста, в которых родители курят, измерение параметров качества воздуха в жилище и просвещение родителей о том, как это может повлиять на здоровье детей. Затем предоставляется индивидуализированная консультация о том, как улучшить качество воздуха в жилище (54).

В некоторых домах трудно найти альтернативное место для курения (например, балкон). Иногда, особенно для людей, проживающих в неблагоприятных социально-экономических или экологических условиях или для лиц с ограниченными физическими возможностями, курение за пределами жилища может быть практически нереализуемым или небезопасным. Преимущество предоставления индивидуализированного совета заключается в том, чтобы стимулировать содействие родителей в процессе защиты здоровья их детей. При этом также учитываются конкретные условия лиц из социально незащищенных групп, что помогает снизить неравенства в отношении здоровья, связанные с табаком. До настоящего времени, по отчетам о реализации программы, она оказывает положительное влияние в отношении курения родителей в домашних условиях (54).

Инициатива «Поколение, свободное от табака»

В большинстве государств-членов Европейского региона приобретать табачные изделия разрешается лицам, достигшим возраста 18 лет. В штате Гавайи и в Нью-Йорке (Соединенные Штаты Америки) возрастной ценз повышен до 21 года (55) на том основании, что большинство курильщиков приобщается к этой вредной привычке до наступления данного возраста, а преобладающая часть случаев развития никотиновой зависимости приходится на период с 18 лет до 21 года. Этот подход может помочь в защите молодых поколений от начала употребления табака и развития зависимости и повышает возрастной разрыв между совершеннолетними, которые могут по праву приобретать табачные изделия, и детьми, получающими табак от этих молодых людей (18).

Альтернативный подход заключается в том, чтобы запретить продажу табака лицам, рожденным после конкретной даты, например после 1 января 2000 г., защищая, таким образом, более юные поколения от табака на протяжении всей жизни. Такое предложение, получившее название «Поколение, свободное от табака», вызвало интерес в Сингапуре, Соединенном Королевстве и Тасмании (Австралия) (вставка 6).

Основной тезис

Инвестируя в здоровье детей, путь к освобождению Европейского региона от табака можно прокладывать различными средствами. В любом случае несомненно, что конечная цель – молодые поколения, свободные от табака, – достижима и что государствам-членам необходимо работать вместе и обмениваться опытом реализации своих стратегий в решении этой важной задачи.

Развитие инициативы «Поколение, свободное от табака»

Группа из Сингапура в 2010 г. опубликовала предложение пересмотреть законодательство таким образом, чтобы взамен возрастного ценза запретить продажу табака «лицам, не достигшим возраста 18 лет, или гражданам, рожденным 1 января 2000 г. или позже» (56). В качестве обоснования было заявлено, что эти меры позволят эффективным образом исключить возможность для употребления табака поколением нового тысячелетия, и тем самым воздействовать на эффект курения как символа перехода ко взрослой жизни, по мере того как это станет прогрессивно рассматриваться в качестве устаревшей формы поведения. Законодательство не повлияет на туризм и не распространится на иностранных граждан, работающих в стране, поскольку будет относиться лишь к местным жителям (56).

За прошедший с того времени период в Сингапуре проходили широкие общественные кампании в поддержку данной инициативы, в которых принимали участие и дети. Также уделялось внимание аспектам данной инициативы, относящимся к соблюдению прав человека (57).

В 2012 г. инициатива получила поддержку на уровне законодательного совета Тасмании, члены которого единогласно одобрили ее внедрение (58). В 2014 г. в правительство Тасмании был представлен законопроект по пересмотру имеющегося законодательства под названием «Поправка в области общественного здравоохранения (Поколение, свободное от табака), Законопроект-2014» (59).

В 2014 г. аналогичное предложение было представлено в Британскую медицинскую ассоциацию, и врачи Соединенного Королевства активно выступили в его поддержку (60).

Заключение

Курение остается серьезной угрозой для здоровья детей в Европейском регионе. Эффективные стратегические инструменты, такие как РКБТ ВОЗ и международные соглашения по правам человека, используются по-прежнему не в полной мере. В результате многие дети, несмотря на их нейробиологическую уязвимость для развития зависимости, продолжают экспериментировать с сигаретами. Подавляющее большинство детей в Регионе также подвержены воздействию вторичного дыма и остаются мишенью для рекламных вмешательств со стороны табачной индустрии. Это приводит к серьезным последствиям для здоровья на протяжении всей жизни и к возникновению недопустимо высокого бремени для общественного здоровья и социально-экономического благополучия в Регионе.

Поэтому наращивание инвестиций в здоровье детей, которое включает в качестве неотъемлемого компонента их полную защиту от табака, – это залог здоровья и благосостояния населения Региона. Сюда должно входить полномасштабное выполнение мер, предусмотренных в РКБТ ВОЗ, внедрение более комплексных законодательных норм и правил в отношении ЭСДН, гендерно-специфичный подход и внимание к социальным детерминантам, которые предрасполагают детей в социально незащищенных группах к воздействию вредных факторов, связанных с табаком. Эти аспекты отражены в различных соглашениях по правам человека в качестве этически императивных и также подчеркнуты в Основах политики Здоровье-2020, в Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков и в Ашхабадской декларации.

Деятельность ряда государств-членов уже демонстрирует, что цель освобождения Европейского региона от табака не только представляет ключевую важность, но также и вполне достижима. Этому будет способствовать полное осуществление мер, предусмотренных РКБТ ВОЗ. Применяются также инновационные подходы, такие как воздействие на социальные детерминанты и включение инициатив по освобождению от табака в другие программы, направленные на повышение уровня благополучия детей. Такие проекты, как REFRESH, могут помочь в защите детей от воздействия вторичного табачного дыма в домашних условиях. Социально ориентированный подход может принимать форму вмешательств, направленных на группы сверстников, социальных движений, которые нормализуют отказ от курения, или движений в поддержку молодых поколений, которые останутся свободными от табака на протяжении всей жизни.

Во всех случаях основной посыл звучит ясно и громко: настало время наращивать усилия по защите юных жителей Региона от табака и использовать имеющиеся стратегические инструменты в интересах здоровых молодых поколений, свободных от табака.

1. Европейский доклад о ситуации в области борьбы против табака, 2014 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/248421/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Rus.pdf).
2. Табак. Информационный бюллетень № 339. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru/>).
3. The health consequences of smoking - 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
4. Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nat Rev Cancer* 2009;9:655-64.
5. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh FI, Drope J. The tobacco atlas, fifth edition. Atlanta (GA): American Cancer Society, World Lung Foundation; 2015.
6. Death and taxes: a response to the Philip Morris study of the impact of smoking on public finances in the Czech Republic. London: Action on Smoking and Health; 2001.
7. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44426/1/9789241564076_eng.pdf).
8. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 год. Создание среды, свободной от табачного дыма. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/ru/>).
9. Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/ru/>).
10. Buka SL, Shenassa ED, Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1978-84.
11. Ernst M, Moolchan ET, Robinson ML. Behavioral and neural consequences of prenatal exposure to nicotine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:630-41.
12. Gilman SE, Rende R, Boergers RR, Abrams DB, Buka SL, Clark MA et al. Parental smoking and adolescent smoking initiation: an intergenerational perspective on tobacco control. *Pediatrics* 2009;123:e274-81.
13. Veraanki SP, Mamudu HM, Zheng S, John RM, Cao Y, Kioko D et al. Second-hand smoke exposure among never-smoking youth in 168 countries. *J Adolesc Health* 2015;6:167-73.
14. Preventing tobacco use among youth and young adults. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.

¹ Ссылки на сайты в описаниях на английском языке - по состоянию на 11 октября 2016 г., на русском языке - на 20 июня 2017 г.

15. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): Международный отчет по результатам исследования 2013/2014 гг. Под ред. Inchley J. и др. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (Серия «Политика охраны здоровья детей и подростков», выпуск № 7) (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>).
16. Procter RN. Golden holocaust. Berkeley (CA): University of California Press; 2011.
17. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, Ockeneb JK, Savageau JA, St Cyr D et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000;9:313-19.
18. Schmidt L. Increasing the minimum legal sale age for tobacco products to 21. Washington (DC): Campaign for Tobacco-Free Kids; 2014.
19. Recent trends in adolescent smoking, smoking uptake correlates, and expectations about the future. Atlanta (GA): United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1992.
20. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci.* 2011;12:652-69.
21. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004;101:8174-9.
22. Miller JH. Re: project LF potential year 1 marketing strategy. Bates 50936376-50936378; 1987.
23. Hilts PJ. Smokescreen: the truth behind the tobacco industry cover-up. Boston (MA): Addison-Wesley; 1996.
24. Philip Morris. Why one smokes. Bates 3990259951/3990259963; 1969.
25. R.J. Reynolds. We don't advertise to children. Bates 515781721; 1984.
26. Fischer PM, Schwartz MP, Richards JW, Goldstein AO, Rojas TH. Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years: Mickey Mouse and Old Joe the Camel. *JAMA* 1991;266:3145-8.
27. Limb M. "Slick" cigarette packaging encourages children to smoke, UK charity says. *Brit Med J.* 2012;344:e3030.
28. Расширение прав и возможностей женщин. Перед лицом табачной угрозы в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/empower-women-facing-the-challenge-of-tobacco-use-in-europe>).
29. Loring B. Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/ru/_data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf). 30. Электронные системы доставки никотина. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (FCTC/COP/6/10; http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-ru.pdf).

31. Конференция Сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Седьмая сессия, Дели, Индия, 7-12 ноября 2016 г. Электронные системы доставки никотина и электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином (ЭСДН/ЭСДПН). Доклад ВОЗ Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (FCTC/COP/7/11; http://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_RU.pdf).
32. Zeljko H, Skaric-Juric T, Narancic NS, Salihović MP, Klarić IM, Barbalić M et al. Traditional CVD risk factors and socioeconomic deprivation in Roma minority population of Croatia. *Coll Anthropol* 2008;32:667-76.
33. Ciapponi A. Systematic review of the link between tobacco and poverty. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/tobacco/publications/economics/syst_rev_tobacco_poverty/en/).
34. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1966 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml).
35. Конвенция о правах ребенка. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1989 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon).
36. Всеобщая декларация прав человека. Париж: Организация Объединенных Наций; 1948 (<http://www.un.org/ru/documents/udhr>).
37. Международный пакт о гражданских и политических правах. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1976 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/ractpol.shtml).
38. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/O360795R.pdf>).
39. Fact sheet: a summary of the rights under the Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations Children's Fund; 1990 (http://www.unicef.org/crc/files/Rights_overview.pdf).
40. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака [веб-сайт]. Женева: Секретариат Конвенции и Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/fctc/ru/>).
41. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>).
42. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>).
43. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 гг. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>).
44. Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015-2025 гг.: оставить табак

- в прошлом. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/making-tobacco-a-thing-of-the-past-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-2015-2025-2015>).
45. Tobacco free Ireland. Dublin: Department of Health; 2013.
 46. Tobacco free New Zealand 2020: achieving the vision. Wellington: Smokefree Coalition; 2010.
 47. Creating a tobacco-free generation: a tobacco control strategy for Scotland. Edinburgh: Scottish Government; 2013.
 48. Roadmap to a tobacco-free Finland. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2014.
 49. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med.* 2008;358:2249-58.
 50. Mercken L, Snijders TAB, Steglich C, de Vries H. Dynamics of adolescent friendship networks and smoking behavior: social network analyses in six European countries. *Soc Sci Med.* 2009;69:1506-14.
 51. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet* 2008;371:1595-602.
 52. Hollingworth W, Cohen D, Hawkins J, Hughes RA, Moore LA, Holliday JC et al. Reducing smoking in adolescents: cost-effectiveness results from the cluster randomized ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial). *Nicotine Tob Res.* 2012;14:161-8.
 53. Starkey F, Audrey S, Holliday J, Moore L, Campbell R. Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: the example of A Stop Smoking In Schools Trial (ASSIST). *Health Education Res.* 2009;24:977-88.
 54. Wilson I, Semple S, Mills LM, Ritchie D, Shaw A, O'Donnell R et al. REFRESH - reducing families' exposure to second-hand smoke in the home: a feasibility study. *Tob Control* 2013;22:e8.
 55. Fujimori L. Big Island raises legal age for tobacco sales. *Honolulu Star Advertiser.* 1 July 2014 (<http://health.hawaii.gov/tobacco/files/2014/01/BigIs21.pdf>).
 56. Khoo D, Chiam Y, Ng P, Berrick AJ, Koong HN. Phasing-out tobacco: proposal to deny access to tobacco for those born from 2000. *Tob Control* 2010;19:355-60.
 57. van der Eijk Y, Porter G. Human rights and ethical considerations for a tobacco-free generation. *Tob Control* 2015;24:238-42.
 58. Tasmania considers phasing out cigarette sales. *ABC News.* 22 August 2012 (<http://www.abc.net.au/news/2012-08-21/upper-house-moves-motion-to-ban-the-sale-of-cigarettes/4214016>).
 59. Fact sheet: Public Health Amendment (Tobacco-Free Generation) Bill 2014. Hobart: Government of Tasmania; 2014 (http://www.parliament.tas.gov.au/bills/Bills2014/pdf/notes/40_of_2014-Fact%20Sheet.pdf).
 60. Doctors back cigarette ban to those born after 2000. London: British Medical Association; 2014 (<https://www.bma.org.uk/news/2014/june/doctors-back-cigarette-ban-to-those-born-after-2000>).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: euwhocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int