



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН

Перед лицом табачной угрозы в Европе



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИН

Перед лицом табачной угрозы в Европе

Аннотация

Прошло 10 лет с момента принятия Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, которая стала ключевой вехой в этой важной деятельности. Ряд стран Европейского региона стали глобальными лидерами в борьбе против табака. Вместе с тем распространенность курения среди женщин в Европе выше, чем в любом другом регионе ВОЗ, и в некоторых странах она растет среди молодых женщин и девочек. Табачная индустрия продолжает свою неустанную работу по завлечению новых клиентов как можно раньше в течение их жизни с использованием четко целенаправленных стратегий с учетом гендерных факторов. В докладе приведены примеры эффективных действий по борьбе против табака, предпринятых в Европе и других регионах, которые могут быть взяты на вооружение теми, кто заинтересован в охране здоровья населения и в борьбе против табака.

Ключевые слова

HEALTH POLICY
SMOKING
TOBACCO INDUSTRY
TOBACCO SMOKE POLLUTION
TOBACCO USE CESSATION
WOMEN

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, 2015 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, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Предисловие	5
Благодарности	6
Введение	7
Глава 1. Описание проблемы	8
Распространенность курения: кто в Регионе курит?.....	8
Последствия курения для здоровья женщин.....	10
Общие показатели смертности, связанной с воздействием табака.....	10
Болезни, вызываемые курением.....	11
Курение и рак легких.....	12
Особая ситуация: курение во время беременности.....	12
Нарушения здоровья, вызываемые воздействием вторичного табачного дыма.....	12
Табачная зависимость среди женщин.....	13
Глава 2. Новые проблемы, встающие перед женщинами	14
Электронные сигареты.....	14
Распространенность в Европе.....	14
Регламентирование электронных сигарет.....	16
Кальян.....	17
Снюс.....	17
Глава 3. Маркетинг, проводимый табачной индустрией и производителями электронных сигарет	19
Рекламные кампании в средствах массовой информации.....	20
Пример из практики 1. Кампания, ориентированная на девушек (Германия).....	20
Тактика табачной индустрии.....	20
Контакт для дополнительной информации:.....	21
Пример из практики 2. Кампания, ориентированная на молодых женщин и девушек-подростков (Швейцария).....	21
Тактика табачной индустрии.....	21
Контакт для дополнительной информации:.....	21
Пример из практики 3. Наружная реклама (Болгария).....	21
Тактика табачной индустрии.....	21
Контакт для дополнительной информации:.....	22
Маркетинг электронных сигарет.....	22
Дизайн изделий и их упаковки.....	22
Прямой маркетинг, ориентированный на потребителей-женщин.....	23
Пример из практики 4. Музыкальные фестивали (различные страны).....	24
Тактика табачной индустрии.....	24
Контакт для дополнительной информации:.....	24
Корпоративная социальная ответственность (КСО).....	25
Пример из практики 5. Проекты табачной индустрии по расширению прав и возможностей женщин, молодежи и лиц с ограниченными возможностями (Турция).....	25
Тактика табачной индустрии.....	26
Контакт для дополнительной информации:.....	26
Глава 4. Ответные меры сообщества по борьбе с табаком	27
Предотвращение вмешательств табачной индустрии в политику здравоохранения (статья 5.3 РКБТ ВОЗ).....	27
Пример из практики 6. Смертельный маркетинг (Швеция).....	28
Деятельность ассоциации.....	28

Извлеченные уроки.....	29
Контакты для дополнительной информации:.....	29
Защита от воздействия табачного дыма (статья 8 РКБТ ВОЗ).....	29
Пример из практики 7. Пляжи, свободные от табачного дыма, в Гданьске (Польша)	30
Как это осуществлялось на практике.....	30
Извлеченные уроки.....	31
Контакты для дополнительной информации:.....	31
Законодательство об освобождении частных помещений от табачного дыма	31
Пример из практики 8. Проект REFRESH: сокращение воздействия вторичного дыма на семью в домашних условиях (Соединенное Королевство, Шотландия).....	31
Практическое осуществление.....	31
Извлеченные уроки.....	32
Последующие шаги.....	32
Контакты для дополнительной информации:.....	32
Регулирование табачной продукции (статьи 9 и 10 РКБТ ВОЗ)	32
Пример из практики 9. Запрет на ароматизаторы табака (Канада)	33
Практическое осуществление.....	33
Извлеченные уроки.....	33
Контакт для дополнительной информации:.....	33
Маркировка (статья 11 РКБТ ВОЗ)	33
Пример из практики 10. Медийные кампании, подкрепляющие использование графических предупреждений о вреде для здоровья на сигаретных упаковках (Российская Федерация и Украина).....	34
Практическое осуществление.....	34
Извлеченные уроки.....	34
Контакт для дополнительной информации:.....	34
Просвещение, коммуникация, подготовка кадров и информирование населения (статья 12 РКБТ ВОЗ)	37
Пример из практики 11. Проект «Снимай кино» в рамках кампании Дебры Хаттон (Соединенное Королевство)	37
Практическое осуществление	37
Извлеченные уроки.....	38
Контакт для дополнительной информации:.....	38
Реклама, стимулирование продажи и спонсорство (статья 13 РКБТ ВОЗ)	39
Пример из практики 12. Норвежский запрет на демонстрацию табачных изделий	39
Практическое осуществление	40
Извлеченные уроки	40
Контакт для дополнительной информации:.....	41
Услуги помощи и поддержка в отказе от курения (статья 14 РКБТ ВОЗ)	41
Пример из практики 13. Шведская национальная телефонная линия для желающих отказаться от табака: альтернатива для женщин (Швеция)	41
Практическое осуществление.....	42
Извлеченные уроки.....	42
Контакт для дополнительной информации:.....	42
Службы прекращения курения специально для женщин	42
Пример из практики 14. Помощь каталонским женщинам в отказе от курения (Испания).....	42
Практическое осуществление.....	42
Извлеченные уроки.....	43
Контакты для дополнительной информации:.....	43
Краткие (попутные) консультации	43
Пример из практики 15. Совет о прекращении курения во время скрининга на рак шейки матки (Италия)	43
Практическое осуществление.....	43
Извлеченные уроки.....	43
Контакт для дополнительной информации:.....	44
Выводы	45
Библиография.....	47

Предисловие

Прошло 10 лет с момента принятия Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), которая стала ключевой вехой в этой важной деятельности. В течение прошедшего десятилетия в Европейском регионе ВОЗ и на глобальном уровне проводилась упорная работа, направленная на укрепление политики по борьбе против табака. Ряд стран Региона стали глобальными лидерами в этой области. Вместе с тем распространённость курения среди женщин в Европе выше, чем в любом другом регионе ВОЗ, и в некоторых странах она растёт среди молодых женщин и девочек, что вызывает крайнюю серьёзную обеспокоенность. Как мы видим, табачная эпидемия среди мужчин медленно идет на спад, однако этого не происходит среди женщин. Тенденции курения женщин и мужчин меняются со временем и среди различных групп населения наряду с параллельным изменением гендерных норм и ролей. Эти тенденции отчетливо осознаются и в табачной индустрии. Поэтому для сообщества здравоохранения пришло время начать систематические вмешательства для противостояния конкретным рискам, которым подвергаются женщины.

Женщинам в той же мере, что и мужчинам, угрожают многочисленные болезни и смерть от пагубного воздействия табака. Кроме того, они подвержены рискам, специфичным для их пола. Риск смерти от рака легких среди курящих женщин в настоящее время так же высок, как и среди курящих мужчин. В некоторых европейских странах уровень смертности от рака легких среди женщин превысил уровень смертности от рака молочной железы, который ранее считался самой опасной разновидностью рака для женщин. Даже в странах, где распространённость курения среди женщин намного ниже, чем среди мужчин, женщины и дети подвержены высокому риску болезней, связанных с курением, таких как астма и сердечно-сосудистые заболевания, в связи с воздействием вторичного табачного дыма.

Министры здравоохранения стран Региона встретились в Туркменистане в 2013 г., для того чтобы обсудить глобальную угрозу неинфекционных заболеваний (НИЗ) и пути ее преодоления. Табак – это общая причина четырех основных НИЗ: рака, сердечно-сосудистых и хронических респираторных заболеваний, а также диабета. Министры приняли решение проводить совместную работу по достижению глобальной добровольной цели – к 2025 г. снизить на 30%

уровень потребления табака – и присоединились к инициативе сделать Регион свободным от табака. Один из первых шагов по достижению этих высоких целей – обеспечить, чтобы стратегии по борьбе против табака планировались в интересах всех жителей Региона. Это означает, что все стратегии необходимо планировать, внедрять и отслеживать сквозь «призму гендера», и действие этих стратегий должно в равной мере быть направлено и на девочек/женщин, и на мальчиков/мужчин. Мониторинг и оценка также должны охватывать оба пола и различные возрастные и социально-экономические группы.

В настоящем докладе четко показано, что табачная индустрия продолжает свою неустанную работу по завлечению новых клиентов как можно раньше в течение их жизни с использованием четко целенаправленных стратегий с учетом гендерных факторов. Европейский «женский рынок» представляет собой заветную цель для табачной индустрии, и она не остановится перед попытками достичь ее, если не поставит прочный заслон. В докладе приведены примеры эффективных действий по борьбе против табака, предпринятых в Европе и других регионах, которые могут быть взяты на вооружение теми, кто заинтересован в охране здоровья населения и в борьбе против табака. Эти действия включают разработку научно обоснованных стратегий, в которых учитываются особые потребности женщин. Мы знаем, что РКБТ ВОЗ дает правовую основу для разработки эффективных мер политики и что для предупреждения страданий, инвалидности и смерти, вызываемых курением, необходимы планомерные и всесторонние усилия. Действуя совместно, последовательно и неустанно, мы можем помочь жителям Европейского региона вести более долгую, здоровую и счастливую жизнь. В основах европейской политики и стратегии для XXI века Здоровье-2020 признается, что гендерные нормы и ценности оказывают влияние на поведение людей и действия сектора здравоохранения. Использование гендерного подхода, предусматривающего систематический учет данных в разбивке по полу и возрасту и выявление причин неравенств, – это неперемнная характеристика любой полноценной политики, направленной не только на улучшение здоровья населения, но также и на сокращение гендерного неравенства.

Zsuzsanna Jakab,
Директор Европейского
регионального бюро ВОЗ

Благодарности

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает признательность многочисленным специалистам, которые внесли вклад в подготовку данной публикации. Особой благодарности заслуживают три основных автора, которые, будучи членами Международной сети «Женщины против табака» (INWAT), поделились богатым опытом, накопленным в этой ассоциации: Margaretha Haglund, эксперт по противотабачной политике, Аналитический центр Табаксфакта, Стокгольм, Швеция; Martina Pötschke-Langer, руководитель отдела профилактики рака и Сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе против табака, Гейдельберг, Германия; Patti White, аналитик, Национальный институт медицинской помощи и совершенства (NICE), Лондон, Соединенное Королевство. Нам хотелось бы также отметить вклад в подготовку публикации, который внесли следующие работники Сотрудничающего центра ВОЗ по борьбе против табака: Sarah Kahnert, Marcus Mau, Urmila Nair, Katrin Schaller, Susanne Schunk, Sabine Vogel.

Также выражаем благодарность следующим специалистам: Amanda Amos, профессор, Школа укрепления здоровья, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство; Łukasz Balwicki, преподаватель, специалист в области общественного здравоохранения, Медицинский университет, Гданьск, Польша; Göran Boethius, председатель, Аналитический центр Табаксфакта, Стокгольм, Швеция; Magda Ciobanu, координатор Центра по отказу от курения, Институт пульмонологии «Мариус Наста», Бухарест, Румыния; Elisabetta Chellini, доктор эпидемиологии, Институт изучения и профилактики рака (ISPO), Флоренция, Италия; Norma Cronin, консультант по вопросам отказа от курения и борьбы против табака, «Действия против курения в защиту здоровья (ASH) Ирландия», Дублин, Ирландия; Elif Dagli, председатель Института здоровья, Стамбул, Турция; Pascal Diethelm, президент, ОхуRomandie, Женева, Швейцария; Efza Evrengli, генеральный секретарь, Национальная коалиция «Табак или здоровье», Институт здоровья, Стамбул, Турция; Sibylle Fleitmann, председатель ассоциации «Женщины против табака», Ганновер, Германия; Гергана Гешанова, председатель, Коалиция «Жизнь без табака», София, Болгария; Hans Giljam, почетный профессор, Институт Каролинска, Стокгольм,

Швеция; Murat Guner, Директор по маркетингу, Институт здоровья, Стамбул, Турция; Mireia Jané, заместитель директора, Агентство общественного здравоохранения Каталонии, Барселона, Испания; Dietmar Jazbinsek, социолог/журналист, Экологический фонд Дитера Меннекеса, Кирххундем, Германия; Dorata Kaleta, эксперт в области общественного здравоохранения, факультет профилактической медицины, Медицинский университет, Лодзь, Польша; Niels Them Kjaer, руководитель проекта, Датское противораковое общество, Копенгаген, Дания; Dominika Kozłowska, менеджер по связям с общественностью, Партнерство «Польша без табачного дыма», Ассоциация Манко, Краков, Польша; Дарья Халтурина, председатель правления Совета по общественному здоровью и проблемам демографии, Москва, Российская Федерация; Irina Morozova, Сотрудник по коммуникациям, Всемирный фонд по заболеваниям легких, Нью-Йорк, США; Isabel Nerin, эксперт по вопросам отказа от курения, Университетская школа медицины, Сарагоса, Испания; Rebecca Perl, помощник директора, Всемирный фонд по заболеваниям легких, Нью-Йорк, США; Charlotta H. Pisinger, врач – научный работник, Научно-исследовательский центр профилактики и здоровья, Глоструп, Дания; Ann Post, менеджер, Шведская национальная служба поддержки для желающих бросить курить, Центр эпидемиологии и коммунальной медицины, Стокгольм, Швеция; Elin Ramfalk, генеральный секретарь, «Поколение некурящих», Стокгольм, Швеция; Джамия Садыкова, Национальная коалиция за Казахстан, свободный от табачного дыма, Алматы, Казахстан; Sara Sanchez Bengtsson, руководитель проекта, Аналитический центр Табаксфакта, Стокгольм, Швеция; Sean Semple, старший преподаватель, Университет Абердина, Соединенное Королевство; Dewi Segaar, старший советник, Альянс «Без табачного дыма», Гаага, Нидерланды; Elizabeth Tamang, Департамент профилактики, гигиены и служб общественного здравоохранения, Кампосампьеро, Италия; Helena Wilson, старший советник, Министерство здравоохранения и социальной поддержки, Осло, Норвегия; Emma Wrafter, директор по вопросам благотворительности, Кампания Дебры Хаттон, Лондон, Соединенное Королевство.

Введение

В 2010 г. Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало доклад, подготовленный в сотрудничестве с международной сетью «Женщины против табака в Европе» (INWAT), посвященный проблемам агрессивного маркетинга табака, ориентированного на женщин и молодежь в Европейском регионе, и предпринимаемым мерам противодействия (1). Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), первый международный договор, посвященный вопросам борьбы против табака, – это мощный инструмент для использования в борьбе против силы и влияния табачной индустрии (2). В Конвенции четко обозначена важность гендерного равноправия, и ее преамбула напоминает нам о росте потребления табака среди девочек и женщин по всему миру и о необходимости участия женщин на всех уровнях разработки и осуществления политики (2). Некоторые из стратегий, рекомендуемых в Конвенции, например повышение налогов на табак, обеспечение более широкой защиты от вторичного табачного дыма, запрет на коммерческое продвижение табачной продукции и на демонстрацию табачных изделий в местах продажи, а также обязательное помещение крупных графических предупреждений о вреде для здоровья на простой или стандартной табачной упаковке, внедряются как в Европе, так и в других регионах мира.

Система Организации Объединенных Наций в целом играет важную роль в борьбе за улучшение здоровья и повышение гендерного равенства людей во всем мире. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин обязывает Стороны принимать надлежащие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в сфере здравоохранения (3). В Конвенции о правах ребенка предусмотрено обязательство Сторон признавать право детей на наивысший достижимый уровень здоровья (4).

В сентябре 2011 г. участники совещания высокого уровня Организации Объединенных Наций по проблеме неинфекционных заболеваний приняли решение о согласованных действиях по борьбе против растущей эпидемии этих болезней (5). В противоположность общераспространенному мнению неинфекционные заболевания (НИЗ) представляют собой более серьезную угрозу для стран с низким и средним уровнем дохода

(СНСД), чем для стран с высоким уровнем дохода. В настоящее время 80% ежегодной смертности от НИЗ, что соответствует 29 млн человек, приходится на СНСД, и этот процент, по прогнозам, будет расти (6). Потребление табака – это фактор риска, общий для всех ведущих НИЗ. В Ашхабадской декларации (7) государства-члены Европейского региона ВОЗ подтвердили свое стремление наращивать усилия по полномасштабному внедрению РКБТ ВОЗ и достижению глобальной цели сокращения НИЗ, связанных с употреблением табака (относительное сокращение на 30% к 2025 г.), а также выразили общую приверженность совместной работе по полному освобождению Европейского региона от табака.

Помимо очевидных гуманитарных аргументов в пользу снижения уровня НИЗ, современный финансовый кризис дает этому четкий экономический стимул. Ежегодный экономический ущерб в расчете на душу населения в результате потери трудовой активности из-за НИЗ оценивается в 25 долл. США в странах с низким уровнем дохода, 50 долл. США в странах со средним уровнем дохода и 140 долл. США в странах с высоким уровнем дохода. Финансовый кризис в неодинаковой степени повлиял на женщин и мужчин, и в то время как позитивный эффект вмешательств на популяционном и индивидуальном уровне может сократить общую распространенность употребления табака, он также может и усугубить разрыв в неравенствах, если в отобранных наиболее выгодных инициативах не будут учитываться гендерные аспекты по всем социально-экономическим группам.

Важно помнить, что табак – это единственный в мире потребительский товар, являющийся причиной смерти примерно половины пользователей, применяющих его в точном соответствии с тем, как это предусмотрено изготовителем. Все еще имеется значительный дисбаланс между возможностями сил, заинтересованных в укреплении общественного здоровья, и мощью табачной индустрии и ее союзников (фермеров, выращивающих табак, рекламных агентств и торговых сетей, определенных общественных группировок и негласно финансируемых «аналитических центров» и др.), которые продолжают уклоняться от соблюдения установленных правил и противодействовать государственным усилиям по ликвидации угроз для здоровья.

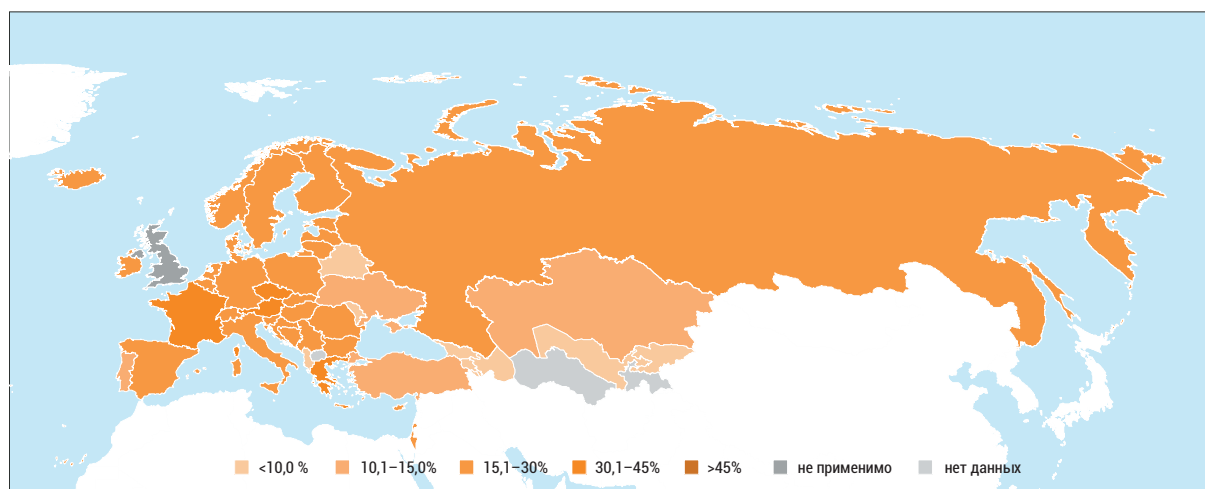
Глава 1. Описание проблемы

По последним данным, приведенным в Докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2013 г.: Обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (8), в Европейском регионе курит примерно 28% взрослого населения. Для сравнения: этот показатель в Регионе стран Америки составляет 20%, в Африканском регионе – 15%. В настоящее время Европейский регион занимает первое место среди всех регионов ВОЗ по распространенности курения среди женщин (19%). Хотя и был достигнут значительный прогресс за период после вступления в силу РКБТ ВОЗ в 2005 г., когда в Европейском регионе курильщиками были 35,3% взрослого населения (44,9% мужчин и 25% женщин), можно добиться дальнейшего существенного улучшения путем полномасштабного осуществления РКБТ ВОЗ с использованием гендерного подхода. Общая картина курения в странах Европы отражает процесс распространения табачной эпидемии: мужчины в странах Западной и Северной Европы первыми приобщились к курению, и женщины в этих странах последовали за ними. Такая же динамика затем была отмечена в странах Южной и Центральной Европы (9).

Распространенность курения: кто в Регионе курит?

Страны можно сгруппировать в зависимости от стадии табачной эпидемии, на которой они находятся и которая отражает местную структуру курения среди женщин и мужчин. В странах Северной Европы и в некоторых других западноевропейских странах прослеживается минимальная или вообще отсутствует разница между уровнями курения среди женщин и мужчин. Так, например, в Дании (2012 г.) распространенность составляла соответственно 24 и 24,7% (10), в Ирландии (2012 г.) – 20 и 22,6% (11), в Соединенном Королевстве (2012 г.) – 20 и 21% (12). Несмотря на то, что во многих странах Центральной и Южной Европы мужчины курят больше, чем женщины, в некоторых из стран уровни курения среди женщин высоки и продолжают расти. В этой группе находятся такие страны, как Австрия, Болгария, Греция и Чешская Республика. В них также отмечаются самые высокие уровни распространенности курения среди взрослых женщин, зарегистрированные в Регионе, соответственно 34,7, 28,2, 32,3 и 38% (рис. 1) (13). Наконец, третья группа стран, главным образом из

Рисунок 1. Распространенность курения среди девушек старше 15 лет и женщин, Европейский регион ВОЗ, 2009 г.



Примечание. Графики построены на основе данных, содержащихся в страновых профилях борьбы против табака, 2009 г. (13).

Источники: WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (8); Tobacco control country profiles, 2009 (13); Prevalence of tobacco use among adults and adolescents [Распространенность употребления табака среди взрослых и подростков] [веб-сайт], 2012 (14).

Таблица 1. Распространенность употребления табака среди взрослых (2011 г.) и подростков (2008–2012 гг.), отдельные страны

Страны	Взрослые (15+ лет) 2011 г.		Подростки (13–15 лет) 2008–2012 гг.	
	Мужчины	Женщины	Мальчики	Девочки
Болгария	48	31	24,4	31,6
Хорватия	36	30	26,7	27,0
Чешская Республика	32	24	28,0	33,1
Финляндия	27	20	16,9	19,7
Венгрия	35	27	21,6	23,9
Италия	31	18	19,4	21,6
Латвия	46	20	29,2	33,8

Источник: Global Youth Tobacco Survey, 2013 (18).

числа стран бывшего СССР, характеризуется высокими уровнями курения среди мужчин и относительно низкими, однако растущими уровнями среди женщин.

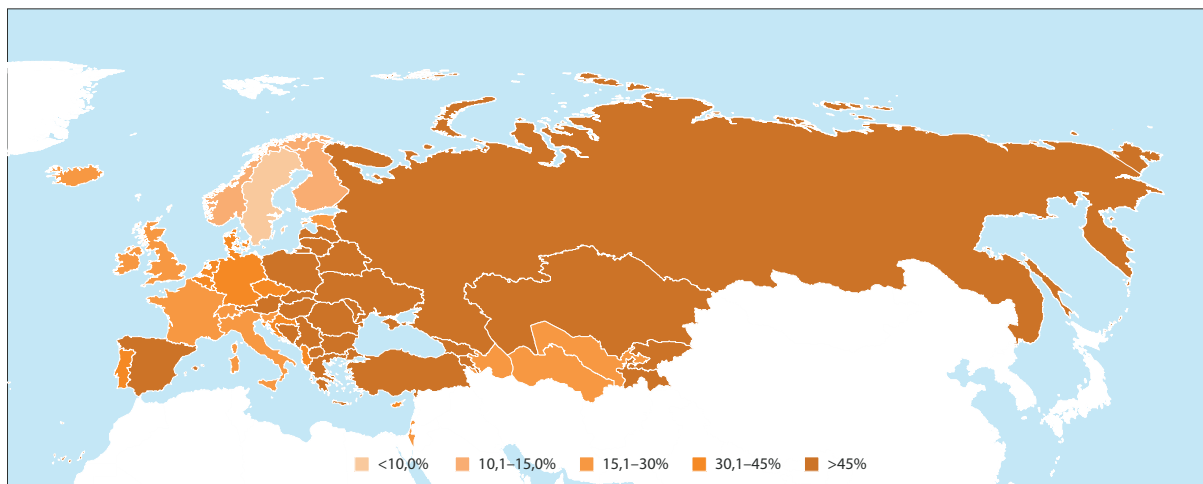
В основе тенденций курения, свойственных европейским женщинам и девочкам, лежат многочисленные причины. В настоящем докладе основное внимание уделяется огромному влиянию целенаправленного маркетинга, осуществляемого табачной индустрией через щедро финансируемые кампании. Но важно учитывать и ряд других факторов. В целом курение среди женщин находится под значительным влиянием социально-экономического статуса, и при этом наиболее обеспеченные слои часто первыми начинают курить и первыми же бросают эту привычку. Страны, где курение все в большей мере ассоциируется с низким социально-экономическим статусом, одновременно входят в число тех, где период курения наиболее длителен. Самые высокие уровни курения обнаруживаются среди безработных, самозанятых и работников ручного труда (15). Курильщики в низших социально-экономических группах обычно приобщаются к курению в более юном возрасте, чем в группах с высоким социально-экономическим статусом, и их ежедневный уровень потребления табака выше. Они также подвержены наибольшему риску развития привыкания, и им гораздо труднее впоследствии отказаться от курения (16). Наконец, девочки и молодые женщины с низким социально-экономическим статусом в основном не осведомлены о рисках для здоровья, связанных с курением и воздействием вторичного табачного дыма, и поэтому уязвимы к рекламным воздействиям со стороны табачной индустрии. Часто недооценивается способность табака вызывать зависимость (17).

Результаты проведенного в 2013 г. глобального опроса по употреблению табака среди молодежи (GYTS) (18) показали, что хотя в ряде стран распространенность курения среди взрослых мужчин выше, чем среди взрослых женщин, среди подростков (13–15 лет) отмечается противоположное соотношение (табл. 1). В других странах разрыв по распространенности между мальчиками и девочками очень мал или практически исчезает, и растущее потребление табака среди девочек и женщин является предметом значительной озабоченности.

Другой актуальной проблемой является снижение социальных и культурных ограничений в большинстве стран Региона, вследствие чего для женщин становится все более приемлемым употреблять табачные изделия. Курение часто преподносится табачной индустрией как символ независимости, свободы и успешности женщин. Например, сигаретные упаковки, изготовленные в виде пеналов для губной помады, вызывают ассоциации с гламуром и модой (19). Повысилась и покупательная способность женщин: сигареты становятся для них более доступны, особенно в тех странах, где налоги на табак не были подняты. И, наконец, несомненную роль играют масштабные маркетинговые стратегии табачной индустрии (20, 21).

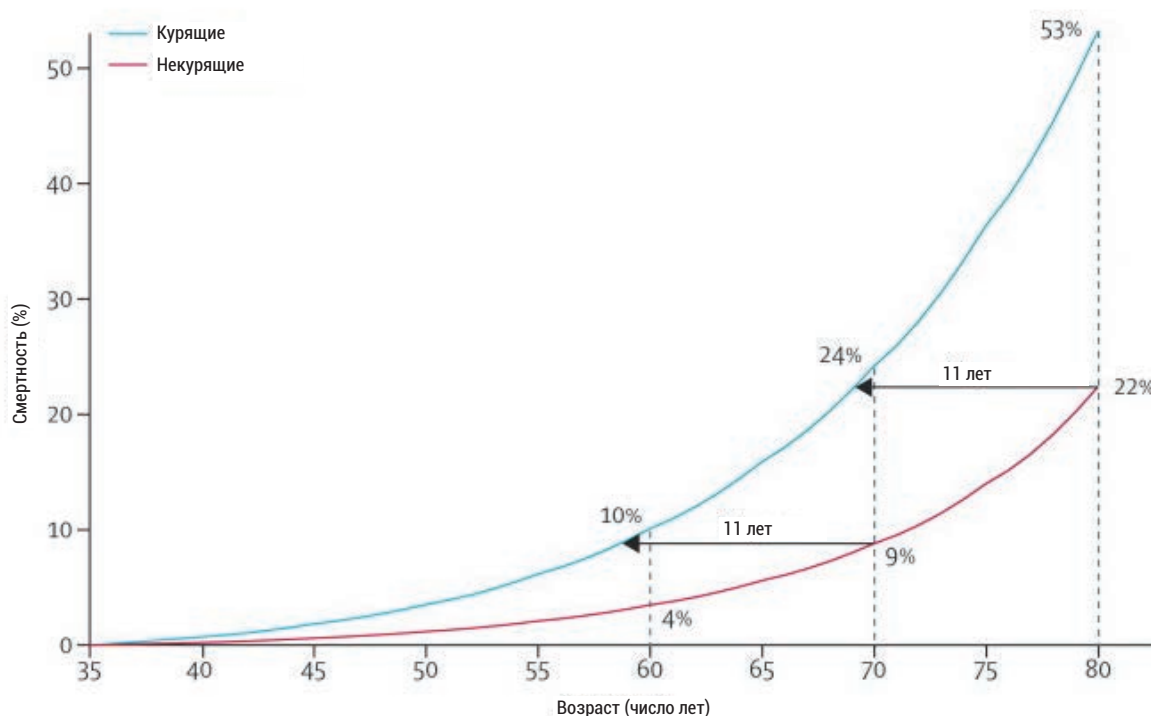
Побочный эффект курения в Европе – значительное число женщин и детей, которые подвержены воздействию вторичного табачного дыма, особенно в странах южной и восточной частей Региона (рис. 2) (22).

Рисунок 2. Распространенность воздействия вторичного дыма на женщин в Европейском регионе ВОЗ, 2010 г.



Источник: Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke, 2011 (22).

Рисунок 3. Смертность от всех причин: иллюстрация эффекта трехкратного различия ежегодных уровней смертности среди женщин на кривую смертности в возрастном периоде от 35 до 80 лет, Соединенное Королевство



Источник: перепечатывается с разрешения издательской корпорации "Эльзевир" (The Lancet. 2013; 381(9861):133-41) (23).

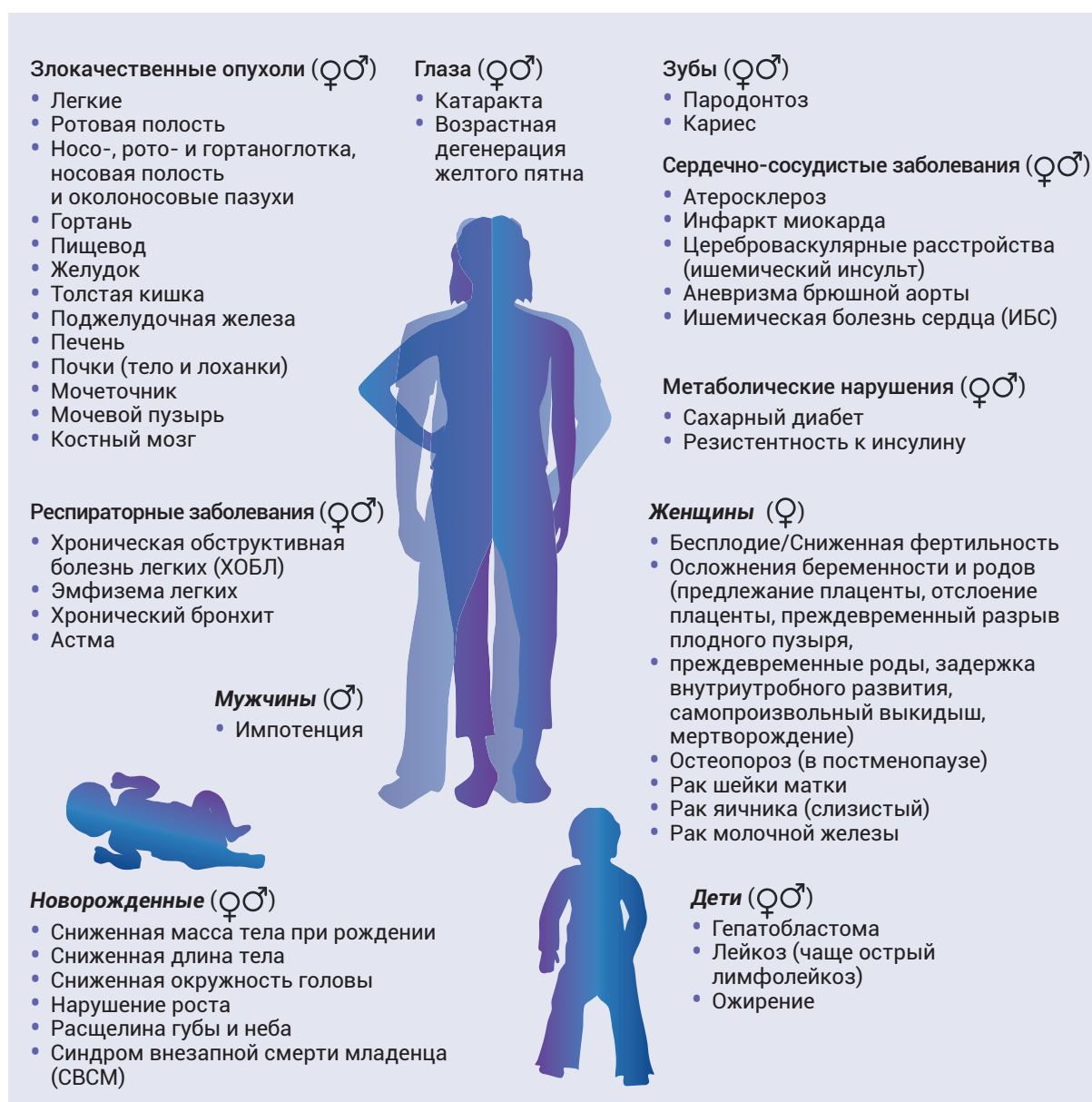
Последствия курения для здоровья женщин

Общие показатели смертности, связанной с воздействием табака

Недавнее исследование на базе миллиона женщин в Соединенном Королевстве показало, что курение остается ведущей предотвратимой причиной смерти среди женщин. Курильщицы теряют, по крайней мере, 10 лет жизни, но если они

бросают курить в возрасте до 30 лет, то можно предотвратить 97% избыточной смертности, вызванной курением, если же они бросают курить задолго до достижения 40 лет, можно предотвратить более 90% (рис. 3). С другой стороны, продолжение курения после 40 лет приводит к десятикратному повышению рисков, связанных с употреблением табака. Даже в тех ситуациях, когда женщины курят меньше 10 сигарет в день (базовое употребление), уровень смерт-

Рисунок 4. Болезни, связанные с курением



Источник: воспроизводится с разрешения Германского центра по исследованию рака, German Cancer Research Center (31).

ности на протяжении 12 лет повышается в два раза. Риск умереть от 23 из 30 наиболее частых причин смерти среди курильщиц также значительно повышается. Так, например, для рака легких соотношение показателей составляет 21,4. Среди ранее куривших, которые окончательно отказались от курения в возрасте 25–34 или 35–44 лет, показатели относительного риска смерти от рака легких составляли соответственно 1,84 и 3,34 (23).

Болезни, вызываемые курением

Убедительно доказано, что женщины в такой же, если не в большей степени, чем мужчины, уязвимы к вредному воздействию табака. Табачный дым представляет собой смесь из около 4800 веществ, содержащих 90 известных канцерогенов

и около 250 токсических соединений (24–26). Курение оказывает вредоносное воздействие почти на каждый орган, а также и на здоровье в целом. Оно является причиной многих болезней и существенным фактором риска для ряда тяжелых хронических заболеваний, таких как различные формы рака, сердечно-сосудистые и респираторные заболевания и сахарный диабет (рис. 4). Курящие женщины подвержены такому же риску инсульта, как и мужчины, но при этом они в такой же степени как мужчины, могут избежать сердечно-сосудистых заболеваний, если отказываются от курения (27). Курение оказывает вредное воздействие на глаза, зубы и костную структуру, снижает фертильность (28). Имеется также прочная статистическая связь между потреблением табака и туберкуле-

зом: курение сокращает сопротивляемость легочной ткани и повышает риск инфекции более чем в два с половиной раза. Фактически свыше 20% глобальной заболеваемости туберкулезом обусловлено курением (29). Курение оказывает вредное воздействие на системы иммунологической защиты в дыхательных путях и повышает вероятность заражения инфекционными болезнями. Оно может повысить вирулентность микроорганизмов и их устойчивость к антибиотикам (30).

Курение и рак легких

Рак легких – это неуклонно растущая проблема для здоровья женщин в Европе (32). Так, например, за период с 1990 по 2004 год число новых случаев рака легких среди курящих женщин в Германии увеличилось более чем вдвое (33). В то время как тенденции по большинству форм рака во многих странах Европы показывают стабилизацию или даже снижение, это не относится к раку легких среди женщин. Прогнозируется, что рак легких через несколько лет станет в Европе ведущей причиной онкологической смертности среди женщин, обогнав рак молочной железы (32). Этот факт уже имеет место в ряде стран Региона, например в таких как Албания, Венгрия, Дания, Ирландия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Польша, Соединенное Королевство, Швейцария и Швеция (34). В то время как в Польше, например, частота случаев рака легких среди женщин устойчиво растет, в Соединенном Королевстве этот показатель повышался до конца 1980-х годов, а затем начал снижаться. Однако после 2000 г. эти показатели вновь стали расти. Частота рака легких начинает повышаться приблизительно через 10–20 лет после повышения распространенности курения (35).

Особая ситуация: курение во время беременности

Курение оказывает негативное влияние на беременность и репродуктивное здоровье. Распространенность курения среди беременных женщин четко коррелирует с возрастом и социально-экономическим статусом. В странах Северной Европы наивысшие уровни курения на начальных сроках беременности отмечаются среди женщин в возрасте младше 20 лет (24% в Швеции и 49% в Финляндии и Норвегии). Одиноким беременным женщинам в 2–3 раза чаще являются курящими, чем замужние, и среди самых низких социально-экономических групп вероятность курения на ранних сроках беременности в 6–7 раз выше по сравнению с более благополучными социально-экономическими группами (36). Аналогичные тенденции курения на ранних сроках беременности также отмечаются

в Испании, где наиболее уязвимые группы – это работницы, занятые физическим трудом, и женщины с низким уровнем образования (37).

Дети женщин, которые курят, подвержены более высокому риску низкой массы тела при рождении по сравнению с детьми некурящих женщин. Женщины, курящие во время беременности, подвержены высокому риску тяжелых осложнений, включая выкидыш, мертворождение и серьезные аномалии развития плода, такие как пороки развития костно-мышечной системы, недоразвитие конечностей, недостающие или лишние пальцы и пороки развития лица (38, 39), врожденные пороки сердца (перегородочные дефекты), расщепление неба, а также синдром внезапной смерти младенца и детское ожирение (28, 40, 41).

Нарушения здоровья, вызываемые воздействием вторичного табачного дыма

Воздействие вторичного табачного дыма – это повсеместная серьезная проблема для женщин, особенно актуальная в странах Южной и Восточной Европы, где многие мужчины курят. Вдыхание вторичного дыма может иметь тяжелые последствия для здоровья и вызывать такие заболевания, как раздражение глаз и дыхательные расстройства в результате отека слизистой оболочки, что повышает риск повторных респираторных инфекций (42). Вдыхание вторичного дыма также воздействует на систему кровообращения, на 25–30% повышая риск развития острого атеросклероза, ишемической болезни сердца и инсультов (25, 43, 44). Это также является причиной повышенного риска рака легких и молочной железы, особенно среди молодых женщин (25, 45).

Воздействие вторичного дыма на детей – это серьезная проблема, особенно в странах Балканского полуострова и бывшего СССР. В таких странах, как Грузия, Сербия, Украина и Черногория, воздействию вторичного табачного дыма в помещении и/или на улице подвержены вплоть до 90% детей. Из них на девочек приходится от 36 до 89% в зависимости от страны и мер, принимаемых для обеспечения среды, свободной от табачного дыма (46).

Курение одного или обоих родителей наносит вред здоровью детей, подвергая их воздействию вторичного табачного дыма. При этом повышается риск развития синдрома внезапной смерти младенца, острых респираторных инфекций, поражения ушей, а также более тяжелых форм астмы (25). Накапливается все больше научных данных о том, что вторичный табачный дым также ведет к развитию атеросклероза –

предшественника ишемической болезни сердца, и может коррелировать с когнитивными нарушениями среди детей (47). Фактически пренатальное воздействие вторичного дыма может приводить к нарушению развития нервной системы среди детей раннего возраста, а постнатальное воздействие тесно коррелирует с плохой успеваемостью и с низкими нейрокогнитивными показателями среди детей более старшего возраста и подростков (48).

Табачная зависимость среди женщин

Никотин – это стимулирующее вещество, которое способно вызывать зависимость почти в той же мере, как героин или кокаин. Вдыхаемый вместе с дымом обычной сигареты или паром электронной сигареты, он попадает в головной мозг через кровоток в течение нескольких секунд, а его выведение из организма занимает несколько часов. Никотин изменяет функцию положительного подкрепления в центральной нервной системе, а также ряд процессов обучения, создавая таким образом физическую и психологическую зависимость (49). Первые симптомы зависимости могут возникать в течение нескольких недель или месяцев после начала курения сигарет и проявляются в виде ощущения релаксации при закуривании, что является четким признаком возникновения зависимости (50). Зависимость к никотину развивается приблизительно у половины всех лиц, которые употребляют табак (51).

Женщины, возможно, в повышенной степени подвержены риску развития никотиновой зависимости; по данным исследований, стремление закурить при остром негативном изменении настроения более свойственно женщинам, чем мужчинам (52). В кровотоке курящих женщин, в отличие от мужчин, обнаруженные уровни никотина были менее постоянными (53, 54) и свидетельствовали о более быстром развитии симптомов зависимости (55).

В качестве стимулятора никотин обладает двойным эффектом: он повышает концентрацию внимания, улучшает память и ускоряет процессы обучения, при этом снижая проявления плохого настроения, тревоги и боли. Различные психосоциальные барьеры (симптомы депрессии и плохого настроения, тревога относительно необходимости бросить курить, обеспокоенность в связи с избыточной массой тела), а также специфичные для женщин биологические барьеры (изменение статуса кортикостероидных гормонов, например в периоде постменопаузы и в послеродовом периоде) делают отказ от курения более трудным для женщин (9, 56–58). Женщины,

возможно, также более чувствительны, чем мужчины, к стрессу, особенно в предменструальный период, и могут демонстрировать более высокие уровни негативных ожиданий в период отказа от курения (59, 60). Имеются некоторые данные, свидетельствующие о том, что курение матерей во время беременности может являться независимым фактором риска развития никотиновой зависимости у их дочерей во взрослом возрасте (61).

Женщины-курильщицы в большей степени, чем мужчины, опасаются прибавить в весе, если они бросят курить (62), и было показано, что эти опасения негативно влияют на попытки отказаться от курения (63). Фактически женщины действительно набирают больший вес, чем мужчины, часто в результате повышенного потребления калорий или снижения физической активности (64–66), однако эта прибавка в массу тела менее выражена, чем ожидают большинство женщин: средний уровень прибавления в весе составляет 5 кг, и лишь около 13% женщин набирают более 13 кг (67, 68). Имеются также фактические данные о том, что проявления абстиненции во время отказа от курения могут протекать у женщин более тяжело, чем у мужчин (62, 69), и что никотинзаместительная терапия, направленная на снижение данной симптоматики, у женщин менее эффективна, чем у мужчин (53, 62). Таким образом, женщинам может быть особенно показана терапия и услуги поддержки с особым вниманием к расстройствам настроения и опасениям в отношении избыточного веса (62).

На основании данных ряда исследований, проведенных главным образом в клинических условиях (70–77), сделан вывод о том, что женщинам в целом труднее, чем мужчинам, бросить курить. Однако данные опросов среди общего населения, недавно проведенных в Канаде, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах, дают более детальные сведения и указывают на наличие возрастных характеристик гендерных различий применительно к отказу от курения, которые последовательно прослеживаются во всех странах; при этом по всем возрастным группам в совокупности найдены лишь незначительные различия между полами. Так, четко показано, что среди взрослых более молодого возраста женщины чаще бросают курить, чем мужчины. Среди групп более пожилого возраста (старше 50 лет) эта зависимость носит обратный характер. Внушение женщинам неверной информации о том, что им труднее бросить курить, может удержать их от попыток отказаться от курения (78).

Глава 2. Новые проблемы, встающие перед женщинами

Борьба за то, чтобы люди отказывались от курения или вообще не начинали курить, продолжается в течение десятилетий, однако появляются новые проблемы, в частности в виде никотиносодержащих изделий. Не вполне ясно, помогут ли эти изделия людям бросить курить или, наоборот, дадут им дополнительные стимулы для использования никотиносодержащих изделий. Для настоящей публикации были выбраны три примера альтернативных средств доставки никотина: электронные сигареты, которые быстро набрали популярность, но о которых очень мало известно; кальян – традиционное изделие с Ближнего Востока, которое становится все более популярным среди европейской молодежи, ошибочно полагающей, что он не наносит вреда; и снюс, который используется многие годы и, хотя запрещен во всех странах Европейского союза (ЕС), за исключением Швеции, предлагается в качестве более безопасной формы употребления никотина.

Электронные сигареты

Использование электронных сигарет – это, по сути, имитация курения обычных сигарет без горения табака. Электронные сигареты состоят из блока питания на аккумуляторах, электронного распылителя и патрона, содержащего жидкость, которая распыляется и вдыхается путем всасывания через мундштук или с использованием специального выключателя. Жидкость содержит четыре основных ингредиента: пропиленгликоль и/или глицерин как основу для выработки аэрозоля, ароматизаторы и, как возможный вариант, никотин.

Электронные сигареты не полностью свободны от вредных выбросов, хотя их уровни гораздо ниже, чем в обычном сигаретном дыме. Присутствуют летучие органические соединения, частицы металлов и мельчайшие частицы жидкостей, которые могут оказывать негативное воздействие на здоровье не только самих пользователей, но также и окружающих, вынужденных вдыхать вторичный аэрозоль (79–82).

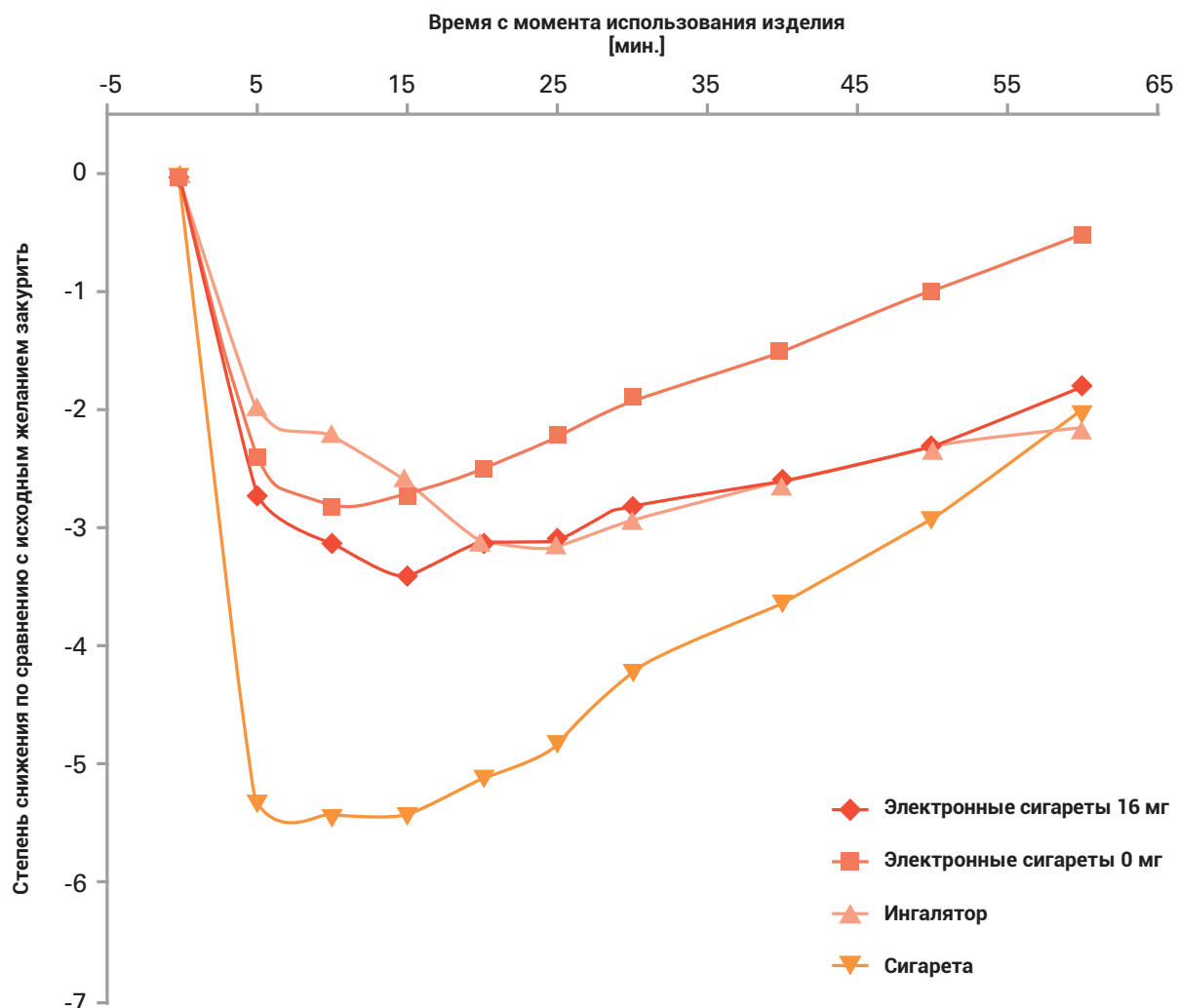
В жидкости и аэрозоле электронных сигарет обнаружен ряд канцерогенных и токсических веществ. Пользователи могут выбирать из широкого набора готовых смесей, содержащихся в патронах, или приготавливать собственные «коктейли». Недостаток знаний о составе вдыхаемой смеси влечет за собой проблему стандартов качества. О воздействии электронных сигарет на здоровье известно немного (80, 83). Нельзя исключать наличия ближайших и отдаленных последствий для здоровья, особенно для лиц с уже имеющимися нарушениями дыхательных путей, однако требуются дальнейшие исследования.

Большинство электронных сигарет содержат никотин. Поступление никотина в кровоток при употреблении электронных сигарет, по-видимому, происходит медленнее и на более низком уровне, чем при курении обычных сигарет (84–86). Тем не менее электронные сигареты, вне зависимости от содержания никотина, могут удовлетворять потребность в курении, хотя и в меньшей степени, чем обычные сигареты, и облегчать симптомы абстиненции более мягким образом, чем никотиновые ингаляторы (рис. 5) (84). В настоящее время имеется мало научных аргументов в пользу того, что электронные сигареты помогают устойчивым образом отказаться от курения. По результатам одного из недавних исследований, электронные сигареты, вероятно, обладают настолько же слабой потенциальной эффективностью, как и никотиновый пластырь (87).

Распространенность в Европе

В последние годы наблюдается значительный рост популярности электронных сигарет. В 2012 г. около 2% жителей ЕС использовали или ранее использовали электронные сигареты регулярно либо от случая к случаю, и 5% пробовали их использовать однократно или два раза (15). Большинство пользователей – это курильщики, и опросы, проведенные в различных европейских странах, показали, что вплоть до половины из числа курильщиков сигарет пробовали элек-

Рисунок 5. Подавление желания курить в результате использования электронных сигареты (с никотином и без), никотиновых ингаляторов и обычных сигарет



Источник: воспроизводится с разрешения издателя из Bullen et al, 2010 (84).

электронные сигареты и около четверти стали их регулярно использовать (88–91).

Результаты GYTS показывают, что распространенность использования электронных сигарет в целом выше среди более молодых возрастных групп. В соответствии с опросом, проведенным в Латвии (2011 г.), 9,1% подростков в возрасте 13–15 лет регулярно использовали электронные сигареты (10,3% мальчиков и 7,7% девочек) (92). В Финляндии в 2012 г. эта доля составляла 5% (6,7% мальчиков и 3,2% девочек), при этом 15,1% пробовали их использовать эпизодически (19,6% мальчиков и 10,4% девочек) (93) (табл. 2). Однако употребление электронных сигарет стремительно растет, и вышеприведенные цифры, возможно, не полностью отражают текущую ситуацию. Помимо этого, есть опасения, что картина меняется в целом, поскольку электронные сигареты

становятся все более привлекательными для подростков и молодых взрослых, а также для некурящих (94–97).

В проведенных опросах выявлено отсутствие значительных гендерных различий в использовании электронных сигарет. Уровни экспериментирования с сигаретами в Венгрии и Польше оказались выше среди мальчиков и молодых мужчин (95, 97), в то время как во Франции девочки в возрасте до 17 лет чаще, чем мальчики, экспериментировали с этими устройствами (23% в сравнении с 15%) (94). Вплоть до одной трети детей, которые пробовали электронные сигареты, были некурящими (94, 95, 97, 98). Для некоторых подростков электронные сигареты могут являться предварительным этапом перед началом курения настоящих сигарет (94).

Таблица 2. Распространенность использования электронных сигарет среди подростков и молодежи, отдельные страны, 2010–2013 гг.

Страна	год	Число опрошенных	Частота	Распространенность (%)		
				Юноши (в скобках – возраст)	Девушки (в скобках – возраст)	Оба пола (в скобках – возраст)
Финляндия	2012	4 773	Пробовали	19,6	10,4	15,1 (13–15)
			Используют в наст. время*	6,7	3,2	5,0 (13–15)
			Используют ежедневно	1,2	0,1	0,7 (13–15)
Франция	2012	3 409	Пробовали	5,3 (12–14)	6,6 (12–14)	6,4 (12–14)
				12 (15–16)	11 (15–16)	11,8 (15–16)
				15 (17)	23 (17)	19 (17)
				12 (18–19)	5,5 (18–19)	9,3 (18–19)
Франция	2013	5 632	Пробовали	19,1	17,5	18,3 (12–19)
Венгрия	2012	2 325	Использовали в течение предшествующих 30 дней	16	11	13 (13–15)
Латвия	2011	3 130	Используют в наст. время*	10,3	7,7	9,1 (13–15)
Польша	2010/2011	11 893	Пробовали	25,1 (15–24)	18,8 (15–24)	23,5 (15–19)
			Использовали в течение предшествующих 30 дней	9,0 (15–24)	5,8 (15–24)	8,2 (15–19)

* Курил(а) электронную сигарету в течение предшествующих 30 дней.

Источники: Данные из Pudle et al, 2011 (92); Ministry of Social Affairs and Health of Finland, 2012 (93); Dautzenberg et al. 2013 (94); Demjén et al. 2013 (95); Goniewicz & Zielinska-Danch, 2012 (97); Office Français de Prévention du Tabagisme, 2013 (98).

Регламентирование электронных сигарет

В нескольких странах Европы были предприняты попытки нормативного регулирования в отношении электронных сигарет и других никотинсодержащих изделий. В число стран, где имеются нормативные документы относительно продажи и использования этих устройств, входят Австрия, Италия, Нидерланды, Соединенное Королевство, Финляндия и Франция. Несколько лет назад Министерством здравоохранения Турции была назначена группа экспертов для оценки возможности использовать электронные сигареты в качестве средства для прекращения курения. Эксперты заключили, что полученные данные не дают основания для принятия положительного решения. Продажа электронных сигарет в Турции запрещена, но они доступны для населения через Интернет. Использование электронных сигарет подлежит регламентированию в ЕС в соответствии с одним из требований пересмотренной Директивы в отношении табачных изделий (99).

Электронные сигареты будут поступать на рынок ЕС в двух формах: в качестве лекарственного средства и потребительского товара. Если компании выступят с заявлением, что их электронные сигареты помогают в отказе от

употребления табака, то им придется лицензировать эту продукцию как лекарственное средство. Альтернативным путем они могут декларировать эту продукцию как потребительскую; в таком случае необходимо:

- добиться ее соответствия стандартам качества и безопасности;
- соблюдать правила системы предмаркетинговой нотификации, которая включает предоставление информации о производителе, используемых ингредиентах и соответствующих выбросах в окружающую среду, о поглощаемой дозе никотина и процессах производства, а также декларацию о том, что изготовитель берет на себя всю ответственность за качество и безопасность данной продукции при ее использовании согласно инструкции производителя;
- соблюдать требования к максимальному размеру патронов и емкостей для повторно-го заполнения (2 мл), а также флаконов для жидкого компонента (10 мл);
- соблюдать максимальную концентрацию никотина 20 мг/мл;

- соблюдать требования, чтобы электронные сигареты и жидкостные флаконы имели средства защиты от детей и неумелого обращения, были прочными и не допускающими утечки, а также имели механизм для повторного заполнения патрона без утечек содержимого;
- использовать предупреждения о вреде для здоровья, связанном с привыканием к никотину, занимающие не менее 30% площади двух наибольших поверхностей упаковки;
- соблюдать запрет ЕС на рекламу, такой же, как и для табачной продукции.

В Европе широко развивается коммерческое продвижение электронных сигарет. Эта тема детально обсуждается в главе 3.

Кальян

Табак для использования в кальяне смешан с патокой, увлажнителями и различными сладкими ароматизаторами на базе яблока, вишни и других фруктовых смесей, а также содержащими ваниль, солодку и розовое масло. Эти ароматизаторы, в частности, повышают популярность кальяна среди молодежи (100).

В отличие от сигаретного табака, кальянный табак не горит, а тлеет при температуре около 100 °С. Это может приводить к накоплению во вдыхаемой смеси окиси углерода (101). Несмотря на то что табак проходит через воду, он все равно содержит ряд токсических веществ, таких как деготь, формальдегид, ацетальдегид и акролеин, тяжелые металлы, бензол и бензпирен, нитрозамины и полициклические ароматические углеводороды, а также никотин (102–105). Во время типичного сеанса пользования кальяном, который обычно длится около часа, пользователи вдыхают гораздо больше дыма, чем это происходит при курении сигарет, что изменяет особенности воздействия канцерогенов (100, 102–104).

Влияние кальяна на здоровье изучалось менее интенсивно, чем обычное курение, однако, проанализировав в 2005 г. имеющиеся данные, ВОЗ пришла к выводу, что оба типа курения коррелируют со многими негативными воздействиями на здоровье и что курение кальяна также может быть связано с некоторыми уникальными для него рисками для здоровья (100). Кальян повышает риск рака легких, респираторных заболеваний и развития пародонтоза. Курение кальяна беременными женщинами повышает риск рожде-

ния ребенка с низкой массой тела (106). Нередко несколько человек используют один и тот же мундштук кальяна, что подвергает их риску заражения инфекционными заболеваниями, включая туберкулез и гепатит (100, 107). Частое использование кальяна с большей вероятностью ведет к развитию никотиновой зависимости (108, 109).

Зародившись в Азии и на Ближнем Востоке в XVI веке, курение кальяна в последнее время стало набирать популярность в европейских странах, особенно среди молодежи (110). Среди взрослых использование кальяна остается на относительно низком уровне. Приблизительно 16% жителей ЕС пробовали курение кальяна: 11% – однократно или дважды, 4% пользуются кальяном от случая к случаю и 1% – регулярно. Мужчины чаще пробуют курение кальяна (20%) по сравнению с женщинами (11%). Курение кальяна наиболее распространено в странах Балтии (Латвия – 42%, Литва – 36%, Эстония – 37%) и менее всего в Ирландии – 5%, Испании – 8%, Мальте – 8% и Португалии – 5% (15). По данным Глобального опроса по употреблению табака среди взрослых (GATS), проведенного в 2012 г. в Турции (111) и в 2010 г. в Украине (112), соответственно 0,8% населения (1,1% мужчин и 0,5% женщин) и 2% населения (3,2% мужчин и 1,1% женщин) курили кальян.

Использование кальяна не является здоровой альтернативой курению сигарет (107). Напротив, это изделие может стать провоцирующим фактором для приобщения к курению сигарет, особенно среди молодежи (113). Кальяны большей частью используются от случая к случаю и во время социальных мероприятий. GYTS, проведенный в Латвии в 2011 г., показал, что 21,5% подростков (20,9% мальчиков и 21,9% девочек) знакомы с практикой курения кальяна (92). Такой же опрос в Финляндии в 2012 г. показал гораздо более низкий уровень – 2,3% (3,6% мальчиков и 1% девочек), хотя показатель экспериментирования (когда курить кальян только эпизодически пробовали) был выше – 11,3% (14% мальчиков и 8,7% девочек) (93).

Снюс

Снюс – это традиционный продукт для орального употребления табака, возникший в начале XIX века в Швеции, где он производится и регламентируется почти исключительно как разновидность пищевых продуктов (рис. 6). В других странах ЕС он запрещен. Снюс состоит из измельченного табака, смешанного с ароматизаторами, поваренной солью, водой, увлажнителями и буферными веществами. Снюс предлагается в рассыпном виде и по порционным

Рисунок 6. Примеры упаковок снюса, выпускаемых в Швеции



© Германский центр по исследованию рака, 2014.

дозам, упакованным в различной форме. Его помещают между губой и десной, где слизистая оболочка может всасывать никотин.

В 2012 г. 19% шведских мужчин и 4% женщин использовали снюс на регулярной основе, и 6 и 3% соответственно – эпизодически (114). Распространенность курения среди шведских женщин снизилась, и их уровень употребления снюса остается низким. Это открывает рыночные возможности, и производители снюса объявили женщин своей основной целью для маркетинга. В настоящее время проводится разработка продукции снюса с дизайном, специально направленным на женщин – с привлекательными ароматизаторами и стильной упаковкой.

Употребление снюса в настоящее время рекламируется как менее вредная альтернатива курению табака. Однако известно, что снюс повышает риск рака поджелудочной железы, диабета 2-го типа, отслоения десны, а также аномалий развития среди детей, которые рождаются у женщин, использующих снюс (115). Он используется как замена для тех мест, где не разрешено курение сигарет, и рекламируется как вспомогательное средство в процессе отказа от курения. Однако пока еще не существует убедительных научных данных, доказывающих, что бездымные табачные продукты, такие как снюс, действительно помогают бросить курить (115, 116). Снюс содержит такие же уровни никотина, как и в обычных сигаретах, и в этой свя-

зи может вызывать привыкание и зависимость (117–120). Молодые пользователи постоянно сообщают о том, что в результате употребления снюса они испытывают симптомы зависимости и абстиненции – такие же, как при курении сигарет, и им трудно отказаться от этой привычки (121, 122).

Тем не менее употребление снюса часто ошибочно приводится как причина малой распространенности курения в Швеции, которое, находясь на уровне 13% в 2012 г., было одним из наиболее низких в мире (15, 123). Во многих других странах, например в Германии, Италии, Нидерландах и Соединенном Королевстве, распространенность курения снизилась до аналогичных уровней без использования бездымных табачных изделий (15, 123). Многие люди успешно бросали курить, не прибегая к снюсу (124, 125). Это же относится и к Австралии, где распространенность курения также сравнительно низкая – около 18% (126). Снижение распространенности курения в Австралии и Швеции главным образом связано с более интенсивным внедрением эффективных мер борьбы против табака и с увеличением доли людей, которые никогда не курили.

Бездымные табачные изделия с сильными ароматизаторами могут стать предварительным этапом перед началом курения табака, особенно среди молодежи. Доказано, что в долгосрочном плане использование снюса повышает общий уровень потребления табака (127, 128).

Глава 3. Маркетинг, проводимый табачной индустрией и производителями электронных сигарет

Сигареты – это один из видов наиболее широко рекламируемой продукции в мире. Цель коммерческого продвижения табака – привлечь людей к курению и помешать курильщикам отказаться от употребления табака или перейти к другим его разновидностям. В этих целях табачные компании постоянно анализируют рынок и разрабатывают новые, целенаправленные стратегии маркетинга, которые включают комбинации эффективной рекламы и стимулирования продаж. Эти стратегии учитывают также гендерные роли и нормы (129, 130). В Соединенных Штатах женщины являются мишенью для табачной рекламы, начиная с 1920-х годов. Сегодня, почти век спустя, наиболее популярные темы – это по-прежнему гламур, утонченность и стиль, признаки роскоши, класса и качества, романтичность и секс, социальное общение, наслаждение и успехи, здоровье, свобода и, наконец, что не менее важно, стройность.

«Реклама табака» означает любой вид передачи коммерческой информации, рекомендации или действия с целью прямо или косвенно стимулировать продажу табачного изделия. Прямая реклама включает все формы продвижения: радио, телевидение, кино, печатные средства, уличную рекламу и онлайн-рекламу через Интернет.

Использование названий, торговых марок и символов табачной продукции – это тоже часть рекламы. Косвенная реклама включает следующее:

- любые формы стимулирования продаж (упаковка, распространение бесплатной продукции, конкурсы/соревнования, цено-

вые скидки, событийный маркетинг, прямой маркетинг, личные коммуникации);

- реклама в месте продажи;
- стимулирование продаж через средства наружной рекламы, например в ресторанах, гостиницах и др.;
- рекламные объявления в местах, отведенных для курения, например в аэропортах, а также в специализированных флагманских магазинах;
- расширение бренда (например, выпуск обуви или одежды под известной маркой сигарет);
- заимствование бренда (например, присвоение табачному изделию фирменного названия нетабачной продукции, обычно какого-либо предмета роскоши);
- спонсорская поддержка отдельных лиц, учреждений или событий;
- скрытая реклама (например, показ и упоминание табачных изделий на телевидении или в кинофильмах);
- инициативы так называемой корпоративной социальной ответственности (КСО).

Несмотря на то что некоторые из этих мер, предпринимаемых табачной индустрией и описанных в данной главе, выглядят гендерно нейтральными, то есть в одинаковой степени привлекательными для молодежи обоих полов, следует иметь в виду, что табачная индустрия

ориентирована на девушек. Многие из этих мер широко распространены и привлекают большое число молодых женщин. Путем согласования своих рекламных мероприятий с модными событиями табачная индустрия может влиять на уровень социальной приемлемости и привлекательности табака.

Рекламные кампании в средствах массовой информации

Сегодня почти в каждой стране Европейского региона ВОЗ запрещена или ограничена реклама табачных изделий на телевидении и радио, в журналах, газетах и в интернете (131). Рекламные стенды и другие формы уличной рекламы в некоторых странах все еще разрешены, в других лимитированы, в то время как в остальных странах вообще отсутствует соответствующее законодательство (131) (примеры из практики 1–3).

Пример из практики 1. Кампания, ориентированная на девушек (Германия)

В 2011 г. одна из международных табачных фирм приступила к реализации кампании в средствах массовой информации для коммерческого продвижения своего бренда в Германии. Сначала вместо хорошо известного ковбоя на рекламных стендах появились только два слова: «Может быть», написанные крупными черными буквами. За ними последовали следующие слоганы: «“Может быть” – это не для тебя», «Быть наверняка!» или «Больше никаких “может быть”!». Эти «завлекающие» сообщения затем были заменены рекламой, показывающей подростков в типичных для этого возраста ситуациях, например на рок-концерте или вечеринке, на улице или в магазине мотоциклов, в сочетании со слоганами, такими как «“Может быть” никогда никого не любил» (132). Разительным контрастом к предыдущим кампаниям с изображением ковбоя в данной были показаны женщины.

Новая реклама также экспонировалась в кинотеатрах перед сеансом и в пунктах продаж. Эта кампания была развернута фирмой для того, чтобы ее больше не ассоциировали со старым образом бренда, построенным на знаменитой кампании Дикого Запада. Корпорация планировала запустить эту кампанию на 40 различных рынках в течение 2012 г. (133, 134).

Однако в июле 2012 г. фирма вынуждена была приостановить эту кампанию под давлением ответственных регламентирующих органов в результате жалоб от ряда неправительствен-

ных организаций (НПО) Германии. По заявлениям национальных органов и Федерального министерства защиты потребителей, эта кампания проводилась в нарушение Германского временного акта по борьбе против табака, который запрещает рекламу табачной продукции, мотивирующую молодежь и подростков к приобщению к курению (135). В конце того же года плакаты в рамках этой кампании вновь появились, но в модифицированной форме, с другими слоганами и другими моделями. В октябре 2013 г. кампания была полностью прекращена, и все формы рекламы (стенды, информационные листки, реклама в кинотеатрах и др.) были запрещены на уровне всей страны (136, 137).

Тактика табачной индустрии

Вот что писал старший вице-президент департамента табачной компании по маркетингу и продажам: «...мы разработали новую <...> кампанию, которая инспирирована нашим глубоким пониманием представлений, имеющихся у взрослых курильщиков. <...> Каждый второй из совершеннолетних курильщиков (от 18 до 39 лет) сообщил при опросах, что видел визуальные средства данной кампании, и каждый второй обсуждал их» (134).

Однако независимый онлайн-опрос, проведенный крупнейшим германским институтом маркетинговых исследований Gesellschaft für Konsumforschung, показал, что и подростки (с 14 до 17 лет) также были очень хорошо знакомы с материалами данной кампании (138). Опрошенные респонденты полагали, что модели, изображенные на стендах, гораздо моложе, чем они были на самом деле (53% были убеждены в том, что они были не старше 20 лет, и 12% полагали, что это их сверстники).

Опрос также показал, что кампания оказала более сильное влияние на девушек, которые помнили о ней гораздо лучше, чем юноши.

В Германии нет единого мнения среди руководителей, проводящих политику, и должностных лиц относительно вопросов регламентирования табачной рекламы. Так, Министерство защиты потребителей выступает за запрет наружной рекламы, а Министерство экономики поддерживает идею самоограничения рекламы на усмотрение табачной индустрии. В других странах, таких как Соединенное Королевство, было показано, что добровольный подход нарушает эффективное регулирование табачной рекламы, необходимое для предотвращения роста уровней курения среди молодежи.

Контакт для дополнительной информации:

Dietmar Jazbinsek

Dieter Mennekes-Umweltstiftung, Kirchhundem,
Germany

Тел.: +49 30 692 32 40

Эл. почта: jazbinsek@online.de

Веб-сайт: www.dieter-mennekes-umwelt.de

**Пример из практики 2. Кампания,
ориентированная на молодых женщин
и девушек-подростков (Швейцария)**

В Швейцарии была развернута кампания, направленная на реконструкцию образа одной из торговых марок сигарет с включением современных ценностей. Важной частью целевой группы стали молодые женщины и девушки-подростки.

Так же как и в Германии, в Швейцарии отсутствует всестороннее национальное законодательство относительно регулирования рекламы и стимулирования продаж табачных изделий. Однако табачная индустрия подписала соглашение со Швейцарской комиссией по вопросам добросовестности в отношении саморегуляции и самоограничения маркетинга (139). Этот добровольный подход дает табачной индустрии широкие возможности для коммерческого продвижения своей продукции в Швейцарии, включая рекламу в пунктах продажи, спонсорскую поддержку музыкальных фестивалей и культурных событий, размещение рекламы в газетах и журналах. И все это происходит в широких масштабах.

Тактика табачной индустрии

В мае 2012 г. международная табачная компания приступила к реализации кампании в Швейцарии по стимулированию продаж одного из своих изделий. Прямо ориентируя компанию на молодую аудиторию, этот табачный гигант нарушил швейцарский кодекс маркетинга, запрещающий, например, ориентирование на несовершеннолетнюю аудиторию, использование моделей в возрасте моложе 25 лет и продвижение идеи о том, что курение содержит образ успеха.

В апреле 2013 г. швейцарское НПО «OxyRomandie» подало жалобу против данной корпорации в Швейцарскую комиссию по добросовестности, которая, несмотря на свое название, является саморегулирующим техногенным органом. Корпорация три раза обращалась с просьбой об отсрочке рассмотрения вопроса, и в январе 2014 г. эта жалоба все еще не была рассмотрена. Под воздействием коммерческой силы корпорации эта жалоба, возможно, будет

отклонена. Основным поводом OxyRomandie для подачи жалобы было желание разоблачить неэффективность самоограничений в кампании, которая прямым образом направлена на молодых женщин и девушек, из чего следует вывод о том, что единственным правильным подходом является всесторонний и полный запрет на рекламу согласно статье 13 РКБТ ВОЗ (2) и руководящих принципов по осуществлению этой статьи (140).

Контакт для дополнительной информации:

Pascal Diethelm

OxyRomandie, Geneva, Switzerland

Тел.: + 41 22 310 62 50

Эл. почта: diethelm@oxyromandie.ch

Веб-сайт: www.oxyromandie.ch

**Пример из практики 3. Наружная реклама
(Болгария)**

Результаты опроса, репрезентативного на национальном уровне, свидетельствовали о росте распространения курения среди женщин в Болгарии с 17% в 1986 г. до почти 30% в 2001 г. (141).

В Болгарии отмечается большой интерес к тонким сигаретам. Эта продукция в настоящее время составляет одну треть от всего табачного рынка, и при этом многие зарубежные торговые марки приобрели устойчивое положение на рынке уже несколько лет назад путем интенсивного маркетинга, разрешенного в то время.

Тактика табачной индустрии

Сегодня производители сигарет ориентируют свою продукцию на женщин, представляя бренды как привлекательные и доступные. В Болгарии рекламные тексты включают, в частности, следующие сообщения: «...это моя любимая марка сигарет, которая каждый день является источником удовольствия, приятного вкуса и признаком утонченности», «Мои сигареты дополняют мой образ и стиль <...>, помогают мне ощущать себя уникальной, элегантной и красивой».

Сотни рекламных стендов размещены на улицах столицы страны, Софии, и других крупных городов Болгарии (рис. 7), где наружная реклама все еще разрешена и табачная реклама демонстрируется рядом со зданиями больниц, магазинов, универсамов, а также в общественном транспорте. Упомянутый бренд рекламируется в местах продажи и на мероприятиях для журналистов, где приглашенными гостями являются известные актеры и знаменитости. В результате этот бренд широко представлен в Болгарии. Аналогичная кампания была адаптирована и для че-

тырех других стран: Австрии, Грузии, Македонии и Черногории.

Контакт для дополнительной информации:

Gergana Geshanova

Smoke Free Life Coalition, Sofia, Bulgaria

Тел.: +359 2 442 2950

Эл. почта: ggeshanova@yahoo.com

Маркетинг электронных сигарет

По мере того как производители табачных изделий начинают включать электронные сигареты в ассортимент своей продукции, маркетинг электронных сигарет в ближайшем будущем будет расти. Крупный американский производитель сигарет присоединил к себе компанию по производству электронных сигарет в Соединенных Штатах в 2012 г. и еще одну – в Соединенном Королевстве в 2013 г. (142–144). В 2012 г. филиал этой компании начал в тестовом режиме распространять электронные сигареты на ограниченном рынке в Соединенных Штатах (145). В том же году одна из международных табачных корпораций открыла в Соединенных Штатах отдельную компанию-стартап, сосредоточенную на коммерческом продвижении новых продуктов со сниженным риском для здоровья (146). В конце 2012 г. она также приобрела в Соединенном Королевстве стартап, специализирующийся на разработке «продуктов следующего поколения», который спустя 6 месяцев приступил к выпуску новой марки электронных сигарет (147). Наконец, еще один международный табачный гигант в настоящее время разрабатывает собственные электронные сигареты и планирует начать их выпуск к 2017 г. (148). Крупные табачные компании обладают огромными финансовыми ресурсами для проведения кампаний в средствах массовой информации, чтобы рекламировать, спонсировать и лоббировать электронные сигареты. При этом они могут использовать те же рекламные стратегии, что и для обычных сигарет.

Сегодня электронные сигареты имеются в продаже в большинстве государств-членов Европейского региона ВОЗ (149, 150), при этом новизна данной продукции обеспечивает широкий интерес к ней и освещение со стороны средств массовой информации. Они продаются, главным образом, через Интернет, но также и в табачных магазинах, аптеках и супермаркетах. Во Франции, например, имеются специальные магазины электронных сигарет, а в Соединенном Королевстве эта продукция реализуется через очень большое число торговых точек, включая местные мелкие магазины и крупные аптечные сети. Некоторые компании инвестируют в спонсорство этой продукции и рекламирование ее

по телевидению. В Соединенном Королевстве в 2013 г. были запрещены три телевизионные рекламы, поскольку они нечетко идентифицировали природу рекламируемого изделия или были ориентированы на несовершеннолетних.

В настоящее время ограничения на рекламу электронных сигарет в странах Региона носят слабый характер или не применяются. Электронные сигареты рекламируются как путь получения никотина в местах, свободных от табачного дыма, как менее вредная альтернатива курению и иногда как средство помощи для сокращения или полного отказа от курения.

Большинство предприятий розничной торговли рекламируют свою продукцию среди женщин так же, как и среди мужчин, но ряд компаний специально адресуют рекламу женщинам и молодежи, продвигая электронные сигареты как продукцию для здорового образа жизни. Нередко женщины, пользующиеся электронными сигаретами, изображаются как привлекательные и желанные, и их также показывают вместе с детьми. Многие корпорации продвигают свою продукцию с использованием новых информационных каналов, таких как «Фейсбук», который очень популярен среди молодежи, а также создают веб-сайты для этой цели. В соответствии с требованиями новой Директивы ЕС в отношении табачных изделий (99), на электронные сигареты распространяются те же правила ЕС относительно рекламы, что и на обычные сигареты, поэтому социальные сети представляют собой очень важный канал информации для компаний, производящих электронные сигареты.

Дизайн изделий и их упаковки

Первое впечатление о продукции прямо зависит от ее упаковки, торгового названия, логотипа, цветов и формы, используемых для обеспечения узнаваемости. Характеристики упаковки влияют на ожидания потребителя и устанавливают связь между производителем и пользователем. В течение десятилетий табачные компании проводили широкие маркетинговые исследования типов упаковки, которые способны привлечь молодежь, особенно девушек и молодых женщин (153–156). В результате роста давления на табачную рекламу в Европе сигаретная упаковка приобрела особое значение (157).

Форма, структура и материал упаковки влияют на характер восприятия продукции. Так, например, тисненый текст и изображение внушают мысли о более высоком качестве и элегантности. Для того чтобы возбудить интерес, произ-

Рисунок 7. Уличная реклама табака в Болгарии



© Коалиция «Жизнь без табачного дыма», София, Болгария / Гергана Гешанова

водители постоянно внедряют новые элементы упаковки, такие как закругленные углы, необычный на ощупь материал и особые механизмы открывания пачки.

В течение десятилетий разрабатывались пачки, особенно привлекательные для конкретных целевых групп, таких как молодежь и женщины, и самая последняя новинка – это пачки, которые напоминают продукцию парфюмерии или губную помаду. Эти изделия часто включают так называемые тонкие или сверхтонкие сигареты, диаметр которых значительно меньше по сравнению с обычными сигаретами. В ЕС доля рынка этой продукции в период между 2006 и 2012 гг. значительно возросла – с 3,7% до 6% (158). В соответствии с новой Директивой ЕС в отношении табачных изделий (99), продажа пачек в виде губной помады будет запрещена в странах ЕС с 2016 г., но это запрещение не коснется тонких и сверхтонких сигарет.

Женщины, как курящие, так и некурящие, находят привлекательными сигаретные пачки в женственном дизайне, особенно розового и других ярких цветов. Они ассоциируются с такими понятиями и качествами, как гламур, привлекательность, популярность и стройность (159, 160), (рис. 8). В июне 2012 г. Ирландское противораковое общество заключило договор с фокус-группой для проведения исследований, направленных на анализ поведенческих аспектов курения среди женщин. Женщинам были показаны примеры сигаретных изделий, разработанных специально для привлечения женской аудитории.

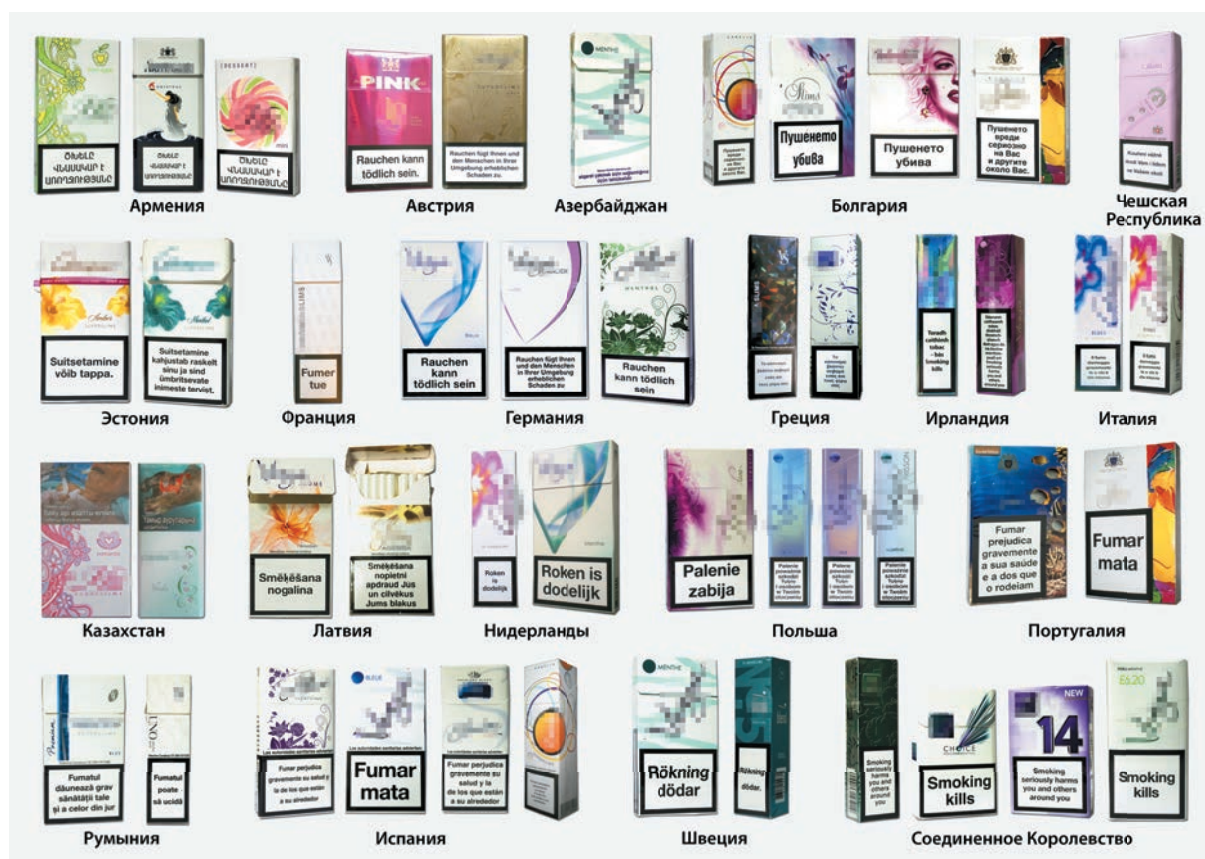
Исследование показало, что дизайн пачки имеет ключевое значение для привлечения интереса женщины. Многих участниц привлекали такие характеристики, как элегантность и женственность упаковки, а тонкие сигареты воспринимались как «легкие» и «менее вредные» (161).

Прямой маркетинг, ориентированный на женщин

В условиях существующих запретов на рекламу приобрели значительную важность прямые контакты (персональные коммуникации) с потребителями. Как пишет один из международных табачных гигантов на своем веб-сайте, «...мы инвестируем в маркетинг "один на один", при котором взрослые потребители конкретно запрашивают или дают согласие на получение информации о бренде, например через прямое почтовое сообщение или очное общение в условиях соблюдения возрастного ценза» (162).

Табачные компании рассылают письма рекламного характера через Интернет, создавая прямую и долговременную связь с потребителем. Получив адрес электронной почты, они начинают регулярно посылать информацию о новых продуктах, различных лотереях и т. д. Один из методов, который они используют для получения личных персональных сведений и адресов электронной почты молодежи, – спонсорская поддержка музыкальных и социальных событий (пример из практики 4). В странах, главным образом восточной части Региона, проходят

Рисунок 8. Сигаретные пачки, ориентированные на женщин и девочек, в различных странах Европейского региона, 2013 г.



© Германский центр по исследованию рака.

летние музыкальные фестивали, в организации которых существенную роль играют табачные компании.

Пример из практики 4. Музыкальные фестивали (различные страны)

Одна из рекламных фирм, принадлежащая международной табачной корпорации и базирующаяся в Женеве (Швейцария), оказывает спонсорскую поддержку в проведении социальных, музыкальных и театральных мероприятий (рис. 9). Ее целевая аудитория находится во многих странах, где меняется социальный статус женщин, в таких как Беларусь, Польша, Российская Федерация, Турция и Украина. Ее логотип изначально имел прямое отношение к одному из наиболее популярных глобальных сигаретных брендов. Несмотря на то что логотип недавно был изменен, он все еще безосновательно ассоциируется с тем же сигаретным брендом.

Тактика табачной индустрии

Компания оказывает спонсорскую поддержку в организации музыкальных мероприятий и гламурных вечеринок, представляя популярных диск-жокеев и привлекая тысячи участни-

ков. Эти события ориентированы на молодых женщин и тесно связаны с сигаретным брендом. Устраиваются киоски, где продается продукция, собирается информация о потребителях и иногда раздаются бесплатные образцы сигарет.

Компания оказала спонсорскую поддержку участию двух всемирно известных диск-жокеев в шоу, состоявшемся в Стамбуле (Турция) в июле 2011 г., во время которого рекламировались новые торговые марки сигарет. До того как ложно-ориентирующие описания, такие как «легкие» и «мягкие» сигареты, были запрещены во многих странах, упоминаемый табачный гигант изменил упаковку, используя цвета вместо слов для передачи смысла легкости и мягкости, и провел презентацию этих сигарет публике на рекламных мероприятиях, связанных с описанными выше событиями.

Контакт для дополнительной информации:

Murat Guner
Институт здравоохранения, Турция
Тел.: +90.532.2134372
Эл. почта: mguner@superonline.com

Рисунок 9. Кадры, снятые на музыкальном концерте в Турции, 2011 г.



© Институт здравоохранения, Анкара, Турция / Murat Guner.

Корпоративная социальная ответственность (КСО)

Маркетинг табака не только направлен на курильщиков и потенциальных курильщиков, но также предназначен для оказания влияния на ключевые заинтересованные стороны, такие как розничные торговые предприятия, гостинично-ресторанная индустрия, группы специальных интересов, и, что наиболее важно, руководителей, определяющих политику. Программы КСО, которые далеки от благотворительности в своих намерениях, стремятся создать благоприятный образ табачной компании, помочь ей завоевать друзей и распространить свое влияние (163). Корпоративные расходы на такие кампании временами намного превышают суммы, которые выделялись благотворительным организациям на действительно полезные цели (164). Применение программ КСО, планируемых табачной индустрией якобы для того, чтобы удержать молодежь от курения, на самом деле производят противоположный эффект (165). Табачные корпорации играют аналогичную двойную роль, когда заходит речь о вопросах контрабанды: с одной стороны, они открыто участвуют в контрабандных схемах, но с другой стороны, предлагают «учебные курсы» для национальных служб таможи и акцизного налогообложения. Программы КСО – это ключевой элемент табачного маркетинга, и их следует трактовать именно таким образом.

Нередко цель программы КСО, связанной с табаком, заключается в том, чтобы завоевать расположение ключевой заинтересованной стороны и создать благоприятный образ компании для целевой группы, которая включает женщин и женские организации. Такие программы также включают организацию мероприятий, учреждение фондов и наград в области политики, общественной жизни, науки и культуры. Так, например, одна из видных табачных компаний в Германии имеет ежегодный бюджет в 100 000 евро для фи-

нансирования проектов в Германии, нацеленных на выявление и анализ последствий новых научных знаний и технологий (166). Она также поддерживает проекты в других европейских странах, таких как Турция (пример из практики 5). Другие примеры мероприятий КСО в Германии следующие: ежегодная награда, вручаемая «выдающимся иностранным корреспондентам и репортерам, которые являются видными проводниками идей свободы» (167), две награды для дизайнеров (50 тысяч евро и 12 тысяч евро), названные так же, как сигаретные бренды (168), а также фонд для оказания помощи молодежи в получении профессиональных квалификаций и финансирования программ культурного обмена с Соединенными Штатами (169).

Пример из практики 5. Проекты табачной индустрии по расширению прав и возможностей женщин, молодежи и лиц с ограниченными возможностями (Турция)

В Европейском регионе один из табачных гигантов ориентирует свою рекламу на создании так называемых общих ценностей, относящихся к трем областям: образование, сокращение масштабов голода и нищеты, предотвращение домашнего насилия. Во всех трех областях число проектов и суммы финансирования диспропорционально выше в Европейском регионе, чем в остальных частях мира. В 2012 г. на Европейский регион приходилось около 60% образовательных проектов, 48% проектов по ликвидации голода и крайней нищеты и 43% проектов по борьбе против домашнего насилия, которые получили финансирование из данной транснациональной табачной компании.

Усилия компании в сфере КСО сосредоточены на проблеме домашнего насилия в Европе и явно ориентированы на женщин в качестве потребителей ее продукции. По заявлениям компании, в 2012 г. была оказана поддержка 15 проектам по борьбе с домашним насилием в 10 странах Европейского региона (Германия, Испа-

ния, Латвия, Литва, Португалия, Сербия, Словакия, Франция, Швейцария и Эстония) на общую сумму почти 460 тысяч долл. США. Вызывает озабоченность тот факт, что получали эти средства НПО, защищающие права женщин и жертв насилия и сотрудничающие со Швейцарским Красным Крестом. Преобладающая часть этих проектов была маломасштабной, однако выделяются два проекта, которые получают почти половину из ежегодного общего бюджета компании на борьбу с домашним насилием в Европе; в одном из них действует мобильная группа для оказания помощи жертвам домашнего насилия в Германии, в рамках второго проекта проводится учебная программа по предупреждению домашнего насилия во Франции.

Тактика табачной индустрии

В 2011 и 2012 гг. почти четверть глобального бюджета табачной компании для КСО была направлена на финансирование проектов в Турции. Компания затем сообщила, что было потрачено в общей сложности 16 млн долл. США через местную партнерскую организацию на реализацию проектов, связанных с обучением и улучшением жизненных условий в сельской местности; по описанию они полностью совпадают с ее программой по гранту на социальное развитие. Однако вследствие недостаточной транспарентности невозможно проверить, как именно были использованы эти средства. В октябре 2013 г. в выпуске буклета, публикуемого турецким партнером каждую осень, описано 37 проектов, направленных на расширение прав и возможностей женщин, молодежи и лиц с ограниченными возможностями, которые компания поддержала

в 2012 г. (170). Партнерская организация заявляет, что через эти проекты ей удалось охватить 70 тысяч человек непосредственно и 300 тысяч косвенно. Большое число проектов, ориентированных на женщин, были посвящены вопросам расширения прав и возможностей через механизмы трудовой самозанятости.

Пример Турции демонстрирует то, как табачная индустрия может достигать многочисленных цели по схемам, связанным с КСО, путем перевода значительных сумм в пределах собственной расширенной бизнес-среды, помогая близким союзникам, контролируя пути реализации КСО и навязывая сторонним НПО, свое понимание социального развития.

Контакт для дополнительной информации:

Институт здравоохранения, Стамбул, Турция
Тел.: +90 216 348 89 06
Эл. почта: sedturkey@gmail.com

Приведенные выше примеры показывают, что, несмотря на усилия национальных и местных органов, направленные на ограничение потребления табака, табачные компании все еще продвигают свою продукцию с ориентиром на женщин и девушек и с использованием широкого разнообразия инструментов маркетинга, от рекламы в средствах массовой информации до дизайна упаковок продукции и проведения комплексных программ КСО. Поэтому всесторонний и контролируемый запрет на стимулирование продаж табака является важнейшей частью эффективной политики по борьбе против табака в Европе и механизмом защиты здоровья женщин.

Глава 4. Ответные меры сообщества по борьбе с табаком

Как было указано во введении, в РКБТ ВОЗ четко выражена озабоченность относительно употребления табака женщинами и девушками и говорится о необходимости вовлекать женщин на всех уровнях в формирование и реализацию политики в области борьбы против табака, а в руководящих принципах Конвенции (статья 4.2) подчеркивается необходимость учитывать при разработке стратегий борьбы против табака специфические гендерные риски (2).

Предшествующий выпуск доклада «Расширение прав и возможностей женщин: борьба против маркетинга табачной индустрии в Европейском регионе ВОЗ» (1) был посвящен путям, по которым страны Европейского региона совместно работают в соответствии с руководящими принципами по реализации статей РКБТ ВОЗ (140) на различных уровнях (правительственном, неправительственном, профессиональном, академическом, институциональном и индивидуальном) для содействия борьбе против табака в интересах улучшения здоровья женщин и девочек.

Информация, представленная в настоящем докладе, показывает, как власть и деньги табачной индустрии продолжают ограничивать возможности многих государств в отношении защиты здоровья своих граждан. Она также иллюстрирует, как различные действующие субъекты в разных секторах общества могут использовать РКБТ ВОЗ в совместной борьбе против табака. Мы решили проанализировать только отдельные статьи РКБТ ВОЗ (2). Таким образом, некоторые ключевые разделы Конвенции, такие как статья 6 о ценовых и налоговых мерах, не охвачены. В отличие от предыдущего доклада (1), который был ограничен действиями, предпринятыми в Европе, настоящее издание включает примеры и из других регионов мира.

Предотвращение вмешательств табачной индустрии в политику здравоохранения (статья 5.3 РКБТ ВОЗ)

Попытки табачной индустрии помешать прогрессу в борьбе против табака – это один из ключевых вопросов, лежащих в основе усилий, направленных на сокращение предотвратимой заболеваемости и преждевременной смертности от табака в Европе. Если эти попытки не пресечь, здоровье женщин окажется под угрозой. Хотя в статье 5.3 РКБТ ВОЗ (2) нет прямого упоминания гендерных вопросов, они имеют фундаментальное значение для всех аспектов противотабачной политики.

Статья 5.3 гласит: «При разработке и осуществлении своей политики общественного здравоохранения по борьбе против табака Стороны действуют таким образом, чтобы защитить свою политику от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной индустрии в соответствии с национальным законодательством».

Государства-стороны РКБТ ВОЗ согласовали позицию, представленную в руководящих принципах осуществления статьи 5.3 (140), а именно то, что ответственность за соблюдение этой статьи лежит не только на национальных правительствах, но также и на всех представителях и сотрудниках любых национальных, государственных, муниципальных, местных или других общественных или полуобщественных организаций, находящихся в юрисдикции Стороны. Это означает, что граждане на всех уровнях общества несут ответственность за обеспечение того, чтобы табачная индустрия не влияла на государственную политику здравоохранения.

Руководящие принципы осуществления статьи 5.3 рекомендуют отказываться от партнерств или участия в мероприятиях табачной индустрии, даже тех, которые описаны как «социально ори-

ентированные» (140). В предшествующем докладе (1) мы привели примеры сотрудничества между местными/национальными органами государственной власти, НПО и табачными компаниями в проектах, направленных, например, на удерживание детей от приобретения сигарет. К сожалению, как было показано ранее в настоящем докладе, табачная индустрия не изменила свою тактику и все еще старается убедить политических и гражданских лидеров в том, что она является ответственным поборником интересов общества. Ни одна из сторон РКБТ ВОЗ (2) не достигла полномасштабного осуществления статьи 5.3, признавая, что руководящие принципы в этом отношении (140) не находят должного понимания. В примере из практики 6 дано описание шведского проекта по повышению уровня информированности руководителей, принимающих решения, гражданских служащих и общего населения относительно обязательств, предусмотренных статьей 5.3.

Пример из практики 6. Смертельный маркетинг (Швеция)

Являясь в течение нескольких десятилетий одним из лидеров в борьбе против табака, Швеция после введения запрета на курение в ресторанах и барах в 2005 г. не внесла существенных обновлений в свою противотабачную политику; были внедрены лишь незначительные корректировки законов в целях сокращения незаконной продажи табачных изделий несовершеннолетним. В результате Швеция спустилась с 6-го на 9-е, а затем на 11-е место по Шкале борьбы против табака 2013 г., которая приводит ранжированную оценку национальных стратегий по борьбе против табака. В этом документе указано, что «с 2005 г. не достигнуто никакого значительного прогресса» и «к удивлению, несмотря на свою выдающуюся историю борьбы против табака, Швеция часто не поддерживает сильные меры борьбы против табака на европейском и международном уровне – например такие, как введение простой упаковки» (171). НПО, связанные с борьбой против табака, поняли, что необходимо предпринять действия, для того чтобы предупредить дальнейшее отставание шведской политики и сократить влияние табачной индустрии на государственную политику охраны общественного здоровья.

В этих целях две активные организации – «Медицинские работники против табака» и «Поколение некурящих» – в 2010 г. создали независимую шведскую ассоциацию Tobaksfakta (Аналитический центр по фактам, касающимся табака). Tobaksfakta в своей деятельности придает особое значение надлежащему соблюдению поло-

жений РКБТ ВОЗ, в особенности статей 5.3, 11 и 13 (2). В 2012 г. было начато осуществление одного из наиболее важных проектов под названием «Смертельная реклама», посвященного сбору информации о табачной индустрии на национальном и международном уровнях и распространению этой информации среди представителей власти, гражданских служащих и общественности в целях содействия принятию нового законодательства, запрещающего маркетинг и стимулирование продаж табачной продукции.

Практическое осуществление

Работа, проводимая в рамках программы Tobaksfakta, включает:

- публикацию доклада «Смертельное влияние: рассказ о последней битве табачной индустрии», в котором анализируется деятельность табачной индустрии и даны методические рекомендации для руководителей по выполнению статьи 5.3 РКБТ ВОЗ (2) (рис. 10);
- опросы представителей власти, гражданских служащих и общественности для определения их отношения к табачной индустрии и законодательству, контролирующему ее, в том числе применительно к маркетингу и стимулированию продаж табачных изделий, а также для достижения прозрачности в отношении встреч между представителями власти и чиновниками, с одной стороны, и представителями власти и табачной индустрией – с другой;
- распространение информации о выставках и семинарах, которые запланированы в Парламенте Швеции и в Европейском парламенте, а также на местных политических мероприятиях;
- распространение информации о медийных событиях на национальном, региональном и местном уровнях;
- участие в интервью на популярной телевизионной программе, посвященной журналистским расследованиям о влиянии табачной индустрии на шведское правительство;
- создание закрытой сети, представляющей партнеров, которые осуществляют мониторинг и систематический сбор примеров деятельности табачной индустрии в Швеции и содействуют их распространению через страницу в «Фейсбуке» с ограниченным доступом.

Рис. 10. Обложка публикации «Смертельное влияние: рассказ о последней битве табачной индустрии»



© Tobaksfakta.

Источник: Deadly influence – a story about the tobacco industry's last battle (172).

Извлеченные уроки

Руководящие работники, государственные чиновники и работники общественного здравоохранения в Швеции полагают, что табачная индустрия влияет на развитие политики в области общественного здравоохранения. Эти группы должны быть проинформированы о методах работы индустрии. Руководящие работники также должны быть знакомы со статьей 5.3 РКБТ ВОЗ (2) и с руководящими принципами ее осуществления (140). Шведское общество осведомлено о необходимости контролировать деятельность табачной индустрии и признает необходимость прозрачности отношений между органами власти и индустрией. Оно также поддерживает введение более строгих мер борьбы против табака, таких как запрет на рекламу и демонстрацию продукции и требование простой упаковки табачных изделий. В период своей деятельности Tobaksfakta предоставила руководящим работникам и чиновникам достоверную информацию относительно деятельности табачной индустрии, и освещение ее в шведской прессе и на телевидении стало более своевременным и оперативным.

Контакты для дополнительной информации:
Margaretha Haglund и Sara Sanchez Bengtsson
Tobaksfakta, Sweden
Эл. почта: margaretha.haglund@tobaksfakta.se;
sara@ymtkansli.org
Веб-сайт: www.tobaksfakta.se

Защита от воздействия табачного дыма (статья 8 РКБТ ВОЗ)

Серьезные нарушения здоровья, вызываемые вторичным табачным дымом, освещены в главе 1 данного доклада. По оценкам, на глобальном уровне вторичный дым вызывает около 600 000 случаев преждевременной смертности в год среди некурящих. В их числе 47% составляют женщины, 28% – дети и 26% – мужчины (173). По выводам обзора, проведенного в 2007 г. Советом по науке Британской медицинской ассоциации, не имеется безопасного уровня воздействия вторичного дыма, и нарушения здоровья у детей могут возникать даже при низких уровнях этого воздействия (174). Поэтому важно обеспечить защиту людей от воздействия вторичного дыма. В этой связи статья 8 РКБТ ВОЗ требует принятия эффективных мер для обеспечения стопроцентного освобождения окружающей среды от табачного дыма.

Практика Европы в отношении защиты людей от воздействия табачного дыма разнородна. Первой страной в мире, которая внедрила всеобъемлющее законодательство о запрете курения в общественных местах, была Ирландия, и четыре страны, входящие в состав Соединенного Королевства, также законодательно закрепили эффективные и всесторонние правила по защите от вторичного дыма. Законодательный успех в Соединенном Королевстве привел к значительному сокращению частоты госпитализаций по поводу инфаркта миокарда и детской астмы (175, 176). Десять стран Региона внедрили законодательство о создании бездымной среды, однако соблюдение этих законов варьируется. В этом отношении Европейский регион в целом отстает от других регионов ВОЗ. Только 20% из 53 государств-членов гарантируют свободные от табачного дыма общественные места, в том числе рабочие места.

Поскольку женщины часто не имеют достаточной власти для обеспечения бездымной среды, многие, особенно те, кто работают в гостинично-ресторанной сфере, подвержены воздействию вторичного дыма и на рабочих местах, и у себя дома. Поэтому крайне важно, чтобы женщины были осведомлены не только о том, что они под-

вергаются риску, но также о том, что существует национальное трудовое законодательство, которое поможет им защитить свое здоровье.

В некоторых странах, таких как Ирландия и Соединенное Королевство, законодательство о запрете на курение в общественных местах уже действует в течение ряда лет при высоком уровне его соблюдения. Эти страны также планируют расширить охват законодательством, распространив его на такие сферы как автомобильный транспорт и некоторые открытые территории. Польский закон разрешает местным органам государственной власти объявлять определенные открытые территории свободными от курения, и эту особенность национального законодательства использовали активисты охраны общественного здоровья в Гданьске (пример из практики 7).

Пример из практики 7. Пляжи, свободные от табачного дыма, в Гданьске (Польша)

Несмотря на то что город Гданьск больше всего известен за рубежом в связи с его знаменитыми верфями и как родина движения «Солидарность» в 1980-х годах, поляки хорошо знают это место благодаря его обширным белоснежным балтийским пляжам. Когда законодательство о запрете курения в общественных местах обсуждалось в польском парламенте, местные активисты охраны общественного здоровья использовали эту возможность для стимулирования общественных обсуждений относительно вторичного табачного дыма и тех преимуществ, которые дает запрет на курение в общественных местах (рис. 11).

В мире растет число пляжей, свободных от табачного дыма. Они есть в Австралии, Канаде, Италии, Новой Зеландии, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах. Только в последней из перечисленных выше стран таких пляжей насчитывается свыше 100 (177). В Польше местные органы государственного управления могут распространять запрет на курение в общественных местах на территории, не охваченные национальным законодательством. Воспользовавшись этим правом, городское управление предприняло шаги для того, чтобы сделать пляжи в Гданьске свободными от табачного дыма.

Практическое осуществление

Первым шагом в реализации проекта было составление краткого описания положительных эффектов от запрета на курение в общественных местах для детей, молодежи и окружающей среды, и прогнозируемой экономии для город-

Рисунок 11. Плакат, рекламирующий бестабачные пляжи Гданьска. Надпись в центре: «Загорай, но не закуривай!»



© Польское общество программ в области здравоохранения

ского бюджета за счет снижения расходов на уборку территории. В объяснительной записке также были приведены ссылки на ряд городов мира, которые с успехом приняли законодательство в отношении пляжей, свободных от табачного дыма.

Следующим шагом был поиск союзников, которые могли бы помочь в продвижении данной идеи и ее практическом воплощении. Один из членов комиссии по социальным вопросам и здравоохранению городского совета, который также при этом был специалистом по фармакологии, признал важность предложения и согласился руководить процессом составления законопроекта. Идея была озвучена на встрече между представителями Польского общества программ здравоохранения и вышеупомянутой комиссии и впоследствии представлена другим комиссиям городского совета, проявившим к ней большой интерес.

Журналисты из местной прессы также ознакомились с предложением, стоящим на повестке дня совета, и приняли участие во встрече. Материалы, которые они опубликовали, привлекли

внимание национальной прессы, и эта тема была освещена на телевидении в ведущей новостной программе.

После двухчасовых прений городской совет принял соответствующее постановление. На пресс-конференции было объявлено о Всемирном дне без табака, и в течение последующих недель статьи и интервью появились в местных газетах. На улицах были проведены радиоинтервью, продемонстрировавшие общественную поддержку. Молодые матери выразили облегчение в связи с тем, что теперь их дети не будут подбирать сигаретные окурки, играя на пляже. Даже те, кто изначально поддерживал это постановление, были удивлены уровнем общественной поддержки, которую оно получило. Учреждение, ответственное за уборку пляжей, также выразило открытую поддержку; уборка пляжей от сигаретных окурков, спичек и другого мусора в песке – это трудная задача.

Извлеченные уроки

Важно не политизировать вопросы охраны общественного здоровья, даже если имеется поддержка среди политиков. К каждой стороне следует подходить с уважением и на основе равноправия.

Привлечение внимания национальных средств массовой информации к местному вопросу иногда может приносить пользу в качестве стимула для местного общественного мнения.

Контакты для дополнительной информации:

Lukasz Balwicki

Польское общество программ здравоохранения, Медицинский университет Гданьска, Польша
Эл. почта: balwicki@gumed.edu.pl

Законодательство об освобождении частных помещений от табачного дыма

Ни в одной из стран Региона пока нет законодательства относительно курения в домашних условиях. Несмотря на то что важно защитить детей от табачного дыма, законодательное регулирование в этой области часто рассматривается как вторжение в частную жизнь. Также не имеется эффективного законодательства относительно курения в автомобилях, перевозящих детей, хотя определенные регламенты существуют на Кипре и предложения в этом отношении были сделаны в Ирландии и Соединенном Королевстве (Англия и Шотландия) (пример из практики 8). Кроме того, проходят обсуждения о законодательстве такого типа в Нидерландах и Финляндии. В ряде стран родителям всячески рекомендуют добровольно отказаться от курения в домашних помещениях.

Важно отметить, что всесторонние меры по созданию общественных мест, свободных от табачного дыма, могут стимулировать пересмотр убеждений и личного выбора относительно курения в частных помещениях и сократить воздействие вторичного табачного дыма в частных жилищах и в автомобилях. Так, например, исследование GATS 2008 г. в Турции (178) выявило, что после вступления в силу первой фазы законодательства о запретах на курение, 41,1% взрослых подвергались воздействию табачного дыма у себя дома. В соответствии с повторным GATS в 2012 г. (111) уже только 38,3% взрослых подвергались воздействию табачного дыма дома и 26,4% – в частных автомобилях. Причиной этого снижения стало внедрение всестороннего набора стратегий по борьбе против табака, что иллюстрирует, как полный запрет на курение может влиять на восприятие и снижать толерантность к курению в частных жилищах.

Пример из практики 8. Проект REFRESH: сокращение воздействия вторичного дыма на семьи в домашних условиях (Соединенное Королевство, Шотландия)

Воздействие вторичного дыма на детей в Шотландии постепенно снижается, в частности благодаря введению в 2006 г. всеобъемлющего законодательства о запретах на курение. Однако множество детей все еще находятся под воздействием вторичного дыма дома и в автомобилях, особенно в малообеспеченных семьях, где родители чаще являются курильщиками и где меньше ограничений на курение дома. Имеется дефицит фактических данных относительно эффективных вмешательств, которые могли бы помочь родителям сократить воздействие вторичного дыма на детей в домашних условиях.

Некоторые помещения, такие как гостиничные номера, жилые помещения в учреждениях здравоохранения длительного пребывания и в местах лишения свободы, законодательно рассматриваются как эквиваленты домашних помещений. Органы власти стали уделять больше внимания этим помещениям, добиваясь того, чтобы они стали более здоровыми для некурящих проживающих людей и персонала.

Практическое осуществление

Проект REFRESH реализуется при финансовой поддержке со стороны корпорации Big Lottery и управляется и возглавляется организацией «Действие по проблемам курения и охране здоровья», Шотландия, в партнерстве с университетами Абердина и Эдинбурга. Одним из мероприятий были охвачены курящие женщины, живущие в городе Абердин и графстве

Абердиншир и имевшие по крайней мере одного ребенка младше 6 лет. Измерялось качество воздуха (содержание частиц ВЦ_{2,5}) в их жилых комнатах в течение 24 часов с использованием компактного прибора, и женщинам сообщали результат. Также проводились беседы с матерями, для того чтобы укрепить их мотивацию в отношении изменения поведения (мотивационные интервью). Затем эти же дома посещались через четыре недели, для того чтобы вновь измерить качество воздуха и проверить, произошли ли какие-либо изменения в поведении курящих.

Извлеченные уроки

Предоставление матерям индивидуальной информации о качестве воздуха в их домах и беседы для мотивирования изменений позволили значительно сократить уровни вторичного дыма в жилищах. Женщины осознали важность предоставленной информации и сочли ее ценной для защиты здоровья их детей. Многие были поражены, узнав о полученных показателях загрязнения воздуха, поскольку считали, что делают уже достаточно для того чтобы защитить своих детей от воздействия вторичного дыма. Знания, которые они получили, мотивировали их к тому, чтобы улучшить ситуацию. Позитивные сдвиги в поведении курящих имели нарастающий характер, в зависимости от личных обстоятельств и характера препятствий, которые необходимо было преодолеть. Матери придавали им большое значение и намеревались дальше улучшать ситуацию. Уверенность матерей в необходимости ограничивать курение у себя дома тесно коррелировала с уровнем воздействия вторичного дыма на детей.

Последующие шаги

Приняв новую стратегию по борьбе против табака «Поколение, свободное от табака» (179), правительство Шотландии обязалось поддерживать вмешательства, такие как REFRESH, в помощь семьям, для того чтобы освободить их дома от табачного дыма. На основе опыта реализации данного проекта было составлено методическое пособие для работников здравоохранения и других специальностей относительно того, как помогать родителям сокращать воздействие вторичного дыма на детей (180). Было распространено свыше 2700 экземпляров пособия, и его можно выгрузить с веб-сайта REFRESH. Команда REFRESH разрабатывает и оценивает новые пути предоставления индивидуализированной информации о качестве воздуха в домах, а также оказания поддержки через различные организации и группы на базе местных сообществ.

Контакты для дополнительной информации:

Sean Semple
Университет Абердина, Шотландия
Тел.: +44 1224 438473
Эл. почта: sean.semple@abdn.ac.uk
Веб-сайт: www.refreshproject.org.uk

Регулирование табачной продукции (статьи 9 и 10 РКБТ ВОЗ)

Предназначение статей 9 и 10 РКБТ ВОЗ – поддержать эффективное регулирование табачной продукции и таким образом снизить заболеваемость и преждевременную смертность, связанную с табаком. Этого можно достичь путем снижения привлекательности, способности вызывать привыкание и токсичности табачной продукции. Добавление ароматизаторов к табаку, для того чтобы смягчить его резкий, раздражающий вкус и запах и чтобы его было таким образом легче вдыхать, повышает его привлекательность, особенно среди молодежи (начинающих курильщиков) и женщин. GATS, проведенный в Польше в 2010 г., показал, что курящие женщины более чем вдвое чаще (26%) используют ароматизированные сигареты по сравнению с мужчинами (10,5%) (181).

Наиболее распространенная ароматизирующая добавка в табачных изделиях – это ментол, но также используются фруктовые и карамельные добавки, подсластители и парфюмерные средства. Ментол обладает охлаждающим, анестезирующим эффектом, который позволяет курильщику вдыхать более глубоко и в течение более долгого времени, и он снижает раздражающий эффект никотина. Эти характеристики не только позволяют молодым женщинам легче приобщиться к курению, но также препятствуют отказу от курения (182).

Известно, что инновационные табачные изделия особенно нравятся молодежи, и в этой связи в последние годы в Европе проводится коммерческое продвижение ментоловых сигарет с раздавливаемыми капсулами. Технология предусматривает включение в фильтр сигареты капсулы с ароматизатором, которую курильщик может раздавить в любое время, для того чтобы ощутить действие ароматизатора. Несмотря на то что эти капсулы имеются пока только с ментоловым ароматом, патенты табачной индустрии указывают на то, что их можно наполнить различными ароматизаторами (183).

В Европе такие капсулы запрещены пока только в Германии, но пересмотренная Директива ЕС

в отношении табачных изделий (99) запрещает использование ароматизаторов с отличными ароматами в сигаретах и фасованном табаке. Для полного удаления ментола и других ароматов, доля которых на рынке ЕС превышает 3%, предусмотрен переходный период до 2020 г. Для Европы представляет интерес опыт Канады – страны, которая была инициатором в запрете ароматизаторов в табачных изделиях (пример из практики 9).

Пример из практики 9. Запрет на ароматизаторы табака (Канада)

Экспертные группы, такие как Научный комитет по новым рискам для здоровья и Консультативный научный комитет по табачным продуктам Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам Соединенных Штатов подчеркнули актуальность стимулирующего эффекта добавок и ароматизаторов табака в привлечении курильщиков. В своем докладе от 2007 г. Исследовательская группа ВОЗ по нормативному регулированию табачных изделий указала на фундаментальную важность регулирования состава и дизайна продукта, влияющих на его привлекательность для потребителей.

Практическое осуществление

В 2010 г. законом С-32 Канадского Акта по табаку было запрещено использование ароматизаторов (за исключением ментола) в сигариллах (малых сигарах), сигаретах и дозах рассыпного курительного табака, так же как и продажа сигарилл и доз курительного табака, упакованных в числе меньше, чем по 20 единиц. До введения в действие закона С-32 ароматизаторы редко добавляли в сигареты, однако сигариллы были всегда с большим количеством ароматизаторов. Поскольку эти изделия были весьма популярны среди канадской молодежи, одной из основных целей закона С-32 было снизить уровень их привлекательности для молодежи, удаляя ароматизаторы и ограничивая доступность для приобретения.

За период с 2003 по 2008 г. доля подростков и молодежи (15–19 лет), которые пробовали курить сигариллы, повысилась с 25 до 35%. В 2010–2012 гг. (после введения в действие закона С-32) интерес молодежи к сигариллам значительно снизился (184) (рис. 12).

За период с 1999 по 2012 г. также снизилась распространенность курения среди молодых канадцев вне зависимости от их интереса к сигариллам. Среди девушек сокращение составило 50% – больше, чем среди юношей (рис. 13).

Извлеченные уроки

Ароматизаторы делают табачные изделия более привлекательными для молодежи и путем смягчения резкости табака облегчают приобщение к курению. Запрет на применение ароматизирующих добавок снижает привлекательность табачных изделий и таким образом способствует снижению распространенности курения среди молодых мужчин и женщин.

Контакт для дополнительной информации:

Сотрудничающий центр ВОЗ по борьбе против табака

Германский центр по исследованию рака, Гейдельберг, Германия

Тел.: + 49 6221 42 30 07

Эл. почта: who-cc@dkfz.de

Веб-сайт: www.dkfz.de/de/tabakkontrolle

Маркировка (статья 11 РКБТ ВОЗ)

Один из руководящих принципов РКБТ ВОЗ заключается в том, что каждый должен быть проинформирован о смертельной опасности для здоровья в результате воздействия табачного дыма и о его свойстве вызывать зависимость. Многочисленные исследования показали, что применение крупных, заметных и регулярно изменяемых графических и текстовых предупреждений о вреде для здоровья – это одновременно и эффективный, и экономичный путь информирования потребителей об этих опасностях. В странах, где имеется дефицит финансирования для медийных и образовательных кампаний, предупреждения на сигаретных пачках могут быть единственным надежным каналом коммуникации в целях предупреждения населения о рисках, связанных с табаком. В руководящих принципах РКБТ ВОЗ (2) также четко указано, что предупреждающие надписи должны создавать правильное представление о характеристиках и воздействии на здоровье табачных изделий и отказа от их употребления с учетом гендерных особенностей.

РКБТ ВОЗ (2) запрещает использование дезинформирующих описаний и характеристик, таких как «легкие», «мягкие», «с низким содержанием смол», которые специальным образом ориентированы на женщин и заставляют многих из них ошибочно верить, что они используют более безопасные табачные изделия. Женщины более склонны доверять сообщениям о так называемых «менее вредных» табачных изделиях. Комплексный учет этих положений может играть важную роль в обеспечении того, чтобы женщины в Европе не приобщались к употреблению табачной продукции.

Директива в отношении табачных изделий (2001 г.) требует от стран ЕС помещать предупреждения о вреде для здоровья на сигаретных упаковках, и в 2005 г. Европейская комиссия сформировала библиотеку графических предупреждений о вреде для здоровья для использования в странах ЕС. Эти предупреждения также используются и странами, не входящими в состав ЕС (Норвегия, Турция, Украина и Швейцария). Организация INWAT Europe выступила с критикой этих изображений как недостаточно впечатляющих и не сбалансированных в гендерном отношении. В частности, предупреждения, где изображаются женщины, обычно сообщают о вреде курения во время беременности или о косметических последствиях употребления табака. В 2014 г. предусмотрен выпуск новых предупреждений.

Графические предупреждения о вреде для здоровья введены в 20 странах Региона (37%) (16). Украина использует изображения из библиотеки ЕС; Казахстан и Российская Федерация используют графические изображения, принятые во время разработки и принятия законов о борьбе против табака (10), соответственно в 2013 и в 2008 гг. (с вхождением в силу в 2013 г.). Некоторые из изображений предоставлены Таиландом, другие разработаны в самих странах на основе убедительных фактов и практики на международном уровне. Тайские изображения оценены как высокоэффективные (185).

Пример из практики 10. Медийные кампании, подкрепляющие использование графических предупреждений о вреде для здоровья на сигаретных упаковках (Российская Федерация и Украина)

Часто говорят, что лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать. Таким образом, графические изображения являются эффективным инструментом для передачи информации о здоровье без дополнительных расходов для системы здравоохранения. Эти изображения напоминают курильщикам каждый раз, когда они достают пачку из кармана, о вреде курения и не только для них самих, но также и для окружающих. В странах, где имеется дефицит финансирования для медийных и образовательных кампаний, предупреждения на сигаретных пачках могут быть единственным надежным каналом коммуникации в целях предупреждения населения о рисках, связанных с табаком. Интересно отметить, что медийные кампании и графические предупреждения на пачках с подкрепляющими текстовыми сообщениями могут иметь взаимодополняющий эффект при одновременном применении.

Практическое осуществление

Воспользовавшись весьма успешным опытом Австралии, где внедрение графических предупреждений о вреде для здоровья было в 2006 г. объединено с кампаниями в средствах массовой информации, две страны Региона – Российская Федерация и Украина – в 2012 г. приняли решение провести медийные кампании в поддержку своих собственных графических предупреждений, помещаемых на сигаретных пачках. В течение 6 лет, которые прошли между австралийской и европейской кампаниями, появились дополнительные научные сведения, которые показали, что если конкретную медицинскую информацию, включенную в предупреждения на пачках, представляет медицинский специалист в соответствующей области, то это будет более легко воспринято, и кампания будет более эффективной (186).

В Российской Федерации известные врачи и их пациенты были показаны в трех телевизионных объявлениях социальной рекламы, посвященных ужасающему ущербу для легких, сердца и здоровья новорожденных, вызываемому употреблением табака. Эти объявления также включали графические изображения, в основном таким же образом, как это было сделано в Австралии.

В Украине хорошо известные и уважаемые медицинские специалисты, включая бывшего министра здравоохранения, согласились выступить в объявлениях социальной рекламы по телевидению с информацией относительно рисков, связанных с курением. Это было особенно важно, поскольку бюджет для проведения медийных кампаний был ограничен и привлечение актеров на платной основе повлекло бы за собой значительные издержки.

Извлеченные уроки

Медийные кампании внесли вклад в дополнение и усиление эффекта от графических предупреждений о вреде для здоровья путем добавления глубины, значимости и актуальности к этим изображениям. Работая в условиях синергизма, они распространяют знания о влиянии табака и соответствующих мнениях и поведении людей и способствуют пониманию и поддержке стратегий и законов по борьбе против табака.

Контакт для дополнительной информации:

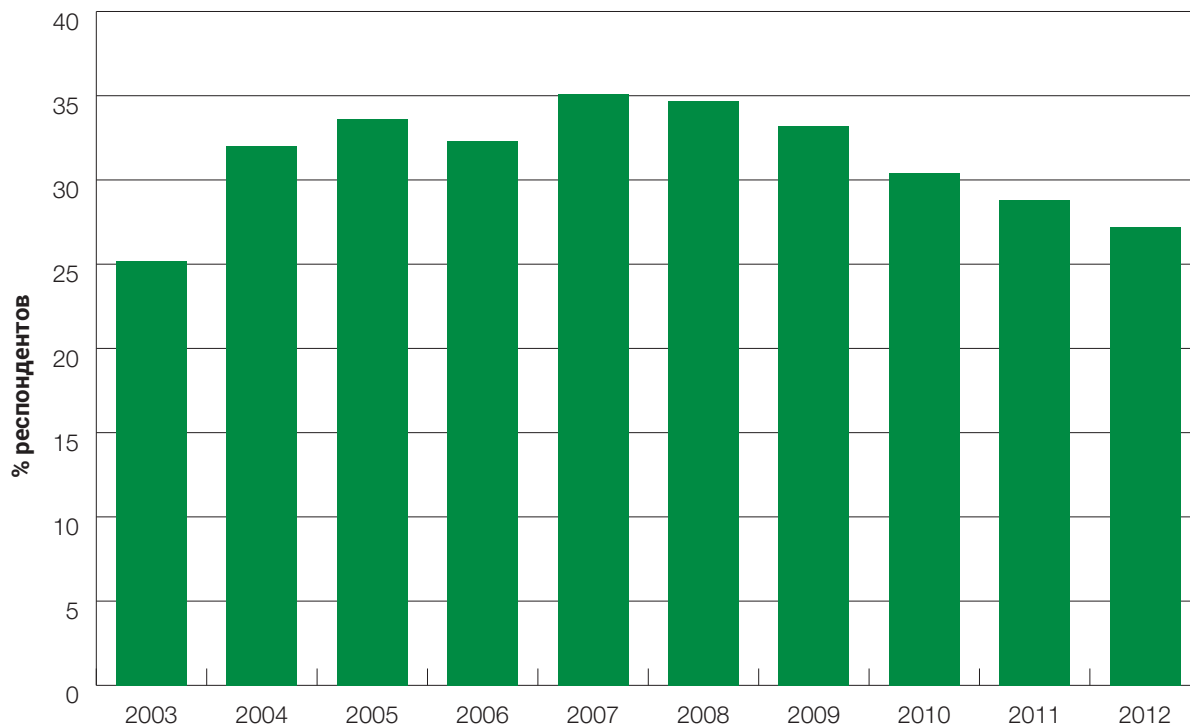
Irina Morozova

Всемирный фонд по заболеваниям легких, США

Эл. почта: IMorozova@worldlungfoundation.org

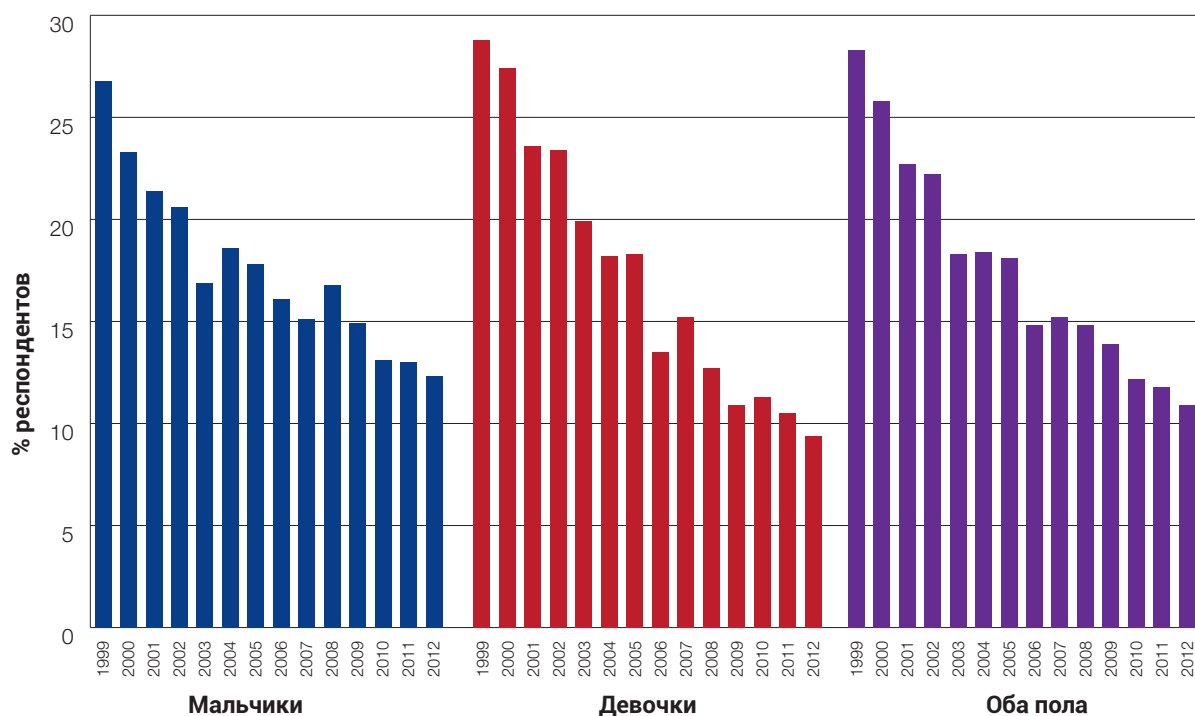
Веб-сайт: www.worldlungfoundation.org

Рисунок 12. Процент молодых людей в Канаде, пробовавших курить сигары, 2003–2012 гг.



Источник: воспроизводится с разрешения издателя из Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2014 edition (184).

Рисунок 13. Распространенность курения среди молодежи в Канаде, 1999–2012 гг.



Источник: воспроизводится с разрешения издателя из Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2014 edition (184).

Некоторые страны Региона рассматривают возможность принятия дополнительных мер по борьбе против табака, в частности введение требований по использованию простой или стандартной упаковки. В Австралии простая упаковка применяется с декабря 2012 г., в других странах, таких как Израиль, Ирландия, Канада, Новая Зеландия, Соединенное Королевство (Англия и Шотландия), Финляндия и Франция, серьезно обсуждается возможность введения этой меры. Интерес к ней проистекает из фактических данных о том, что простое оформление упаковки табачных изделий в меньшей степени привлекает молодых людей, около двух третей из которых начинают курить до наступления возраста, позволяющего легально приобретать табачные изделия (187). Из тех, кто начинает курить, только половине удается в последующем отказаться от употребления табака (188). Модернизированные виды упаковки четко ориентированы на молодых курильщиков, поскольку взрослые редко меняют излюбленные марки сигарет.

В Австралии для простых упаковок принят стандартный цвет (болотно-зеленый) и стандартная форма, которая не может включать никакие другие фирменные признаки кроме названия (с использованием стандартного цвета и размера шрифта), а также никаких торговых марок, логотипов или других графических элементов, связанных с брендом. На пачках имеются крупные графические предупреждения о вреде для здоровья с качественной информацией, в отличие от носящей дезинформирующий характер количественной информации, относительно состава и атмосферных выбросов, связанных с продуктом, акцизная марка и телефонный номер службы поддержки для желающих бросить курить. В результате исследований, проведенных в целях выяснения, какой цвет потребители считают наименее привлекательным, австралийское правительство обязало производителей всех сигаретных пачек использовать неяркий (болотный) зеленый цвет.

Несмотря на заявления табачной индустрии об отсутствии каких-либо исследований по этой теме в Австралии, был проведен систематический обзор 37 высококачественных исследований, опубликованный в 2012 г. Эта работа была обновлена в 2013 г. с включением обзора еще 17 исследований (189). Эти обзоры показали, что как взрослые, так и подростки рассматривали простую упаковку как менее привлекательную, по сравнению с фирменной упаковкой. Также выяснилось, что простая упаковка делала более заметными и выразительными предупреждения

о вреде для здоровья, помещаемые на пачках. Предупреждения имеют эффект удерживания от курения, при этом юные респонденты в большей степени верили, что эти предупреждения помогут людям не начать приобщаться к курению и также будут стимулировать курильщиков либо отказаться от курения, либо снизить уровень потребления табака.

Оценка эффективности мер по введению простых упаковок в Австралии, по всей видимости, подтвердила результаты более ранних экспериментальных исследований. В соответствии с одним из них австралийские курильщики, использовавшие простые упаковки сигарет, оценивали их качество как менее удовлетворительное по сравнению с теми, которые они использовали в предшествующий год (до введения простой упаковки) (190). В другом исследовании, проведенном среди малообеспеченных курильщиков, было выяснено, что простая упаковка с крупными предупреждениями о вреде для здоровья коррелирует с менее позитивным представлением о торговой марке и с низким уровнем желания приобрести данное изделие (191). Наконец, имелись некоторые указания на то, что простая упаковка может стимулировать курильщиков к отказу от употребления табака. В качестве индикатора изменения интереса к отказу от курения после введения простой упаковки в Австралии использовалась частота телефонных обращений в службу поддержки для желающих бросить курить. Число обращений повысилось на 78%, до того же уровня, как и после введения графических предупреждений о вреде для здоровья в 2006 г. (84%). Однако эффект простой упаковки действовал в течение более длительного периода, чем в случае с графическими предупреждениями о вреде для здоровья (192).

Другим показателем эффективности простой упаковки в качестве меры борьбы против табака может служить активность, с которой табачная индустрия противодействует этой мере. До одобрения законодательства австралийское правительство было объектом активного лоббирования со стороны международных табачных компаний, организаций, представляющих их интересы, и привлеченной фирмы по контактам с общественностью. После принятия законодательства одна из табачных компаний немедленно опротестовала его в австралийском Верховном суде, а вторая подала жалобу в арбитраж, обвиняя в нарушении договора о двустороннем инвестировании, заключенного с Гонконгом (193). Австралийский Верховный суд отклонил правовые протесты, однако различные обвинения в нарушении договоров продолжают по-

ступать. Правительство Австралии подтвердило свое убеждение в том, что оно имеет юридические и моральные права предпринимать меры для улучшения здоровья людей.

Просвещение, коммуникация, подготовка кадров и информирование населения (статья 12 РКБТ ВОЗ)

Распространение информации о серьезных последствиях для здоровья в результате употребления табака и о том, насколько полезно отказаться от этой привычки или вообще не начинать курить, – это ключевой элемент любой всесторонней программы борьбы против табака. Иногда правительство и другие соответствующие органы пренебрегают кампаниями общественного просвещения, поскольку они могут быть дорогостоящими, особенно при использовании телевидения. В резком контрасте с другими регионами ВОЗ доля стран Европейского региона, которые проводят национальные кампании как часть всесторонней программы борьбы против табака, включая телевидение и/или радио, за период с 2000 по 2012 г. снизилась на 11% (16). Однако сокращение финансирования программ общественного просвещения – это ложная экономия, поскольку всесторонние, хорошо спланированные кампании оказывают стимулирующее воздействие на другие компоненты борьбы против табака.

В предыдущем разделе была описана кампания в поддержку одной из задач политики. Другие кампании общественного просвещения направлены на профилактику курения и воздействия вторичного дыма, а также на стимулирование отказа от курения. Информация для населения, относящаяся к профилактике и отказу от курения, должна подготавливаться с учетом гендерных аспектов, поскольку причины курения у женщин и у мужчин различны; девушки, и юноши имеют различные мотивы для приобщения к курению. Девушки особенно подвержены влиянию позитивного образа курения, желанию контролировать свою массу тела, а также представлению о том, что курение помогает справиться с плохим настроением (194). При публикации материалов относительно того, что необходимо избегать воздействия табачного дыма на некурящих, особенно на детей, следует проявлять осторожность, чтобы не повышать чувство вины у матерей.

Несмотря на то что программы, адресованные курящим небеременным женщинам, в Европе

проводятся еще редко, однако можно привести пример кампании, ориентированной на школьников обоего пола, живущих в малообеспеченных районах Соединенного Королевства (пример из практики 11).

Пример из практики 11. Проект «Снимай кино» в рамках кампании Дебры Хаттон (Соединенное Королевство)

Дебре Хаттон было 12 лет, когда она выкурила свою первую сигарету, 15 лет, когда она начала регулярно курить, и 24 года, когда она наконец отказалась от курения. В 2005 г. в возрасте 49 лет она умерла от рака легких в 4-й стадии.

Как редактор раздела здоровья журнала Vogue, Дебра искренне верила, что нужно больше делать для просвещения молодежи, особенно девочек, относительно отдаленных последствий курения в подростковом возрасте. После ее смерти и на фоне того, что в Соединенном Королевстве свыше 200 тысяч молодых людей ежегодно приобщаются к курению, муж Дебры, кинопродюсер, приступил к реализации кампании Дебры Хаттон для продолжения ее работы.

«Снимай кино» (Cut Films) – это антитабачный проект, призванный помогать молодым людям путем участия в творческом процессе узнать о последствиях курения и развить у себя ценные навыки, которые можно передавать другим.

Практическое осуществление

В рамках начатого в 2009 г. национального конкурса короткометражных фильмов молодых людей приглашают снимать собственные двухминутные клипы или рекламные мини-объявления, для того чтобы просвещать друг друга о проблемах курения. Конкурс носит гибкий характер, и девочки могут снимать фильмы, которые отражают их собственные проблемы. Посредством подобного конкурса кинофильмов и веб-сайта для голосования антитабачное просвещение среди сверстников может носить инновационный, креативный и экономически эффективный характер.

Каждый год в конкурсе принимают участие тысячи девочек и мальчиков. Они загружают свои фильмы на веб-сайт Cut Films, и в течение трех недель с ними могут ознакомиться друзья, семья и знакомые; в это же время проводится голосование. Фильмы также оцениваются национальным жюри, состоящим из кинорежиссеров, научных экспертов по борьбе против табака и представителей молодежи, а победителей награждают призами на престижной церемонии.

Рисунок 14. Школьник в Хакни, Англия, участвует в съемках фильма в рамках проекта Cut Films.



© Cut Films.

Проект предоставляет серию бесплатных онлайн-ресурсов для учителей и работников, занимающихся вопросами молодежи, которые могут проводить свои программы в школах и молодежных клубах, стимулируя молодежь к полезной работе. В сотрудничестве с местными организациями, такими как группы по охране общественного здоровья муниципальных советов Луишема и Хакни (районы Лондона), работающие с молодежью сотрудники проекта «Снимай кино» организуют местные конкурсы и проводят семинары.

Участников знакомят с просветительными материалами по проблемам табака, с процессом кинопроизводства и проведения кампаний на местном уровне (рис. 14).

Занятия носят интерактивный характер и ориентированы на районы и школы, где дети нередко исключены из активного процесса обучения и где высоки уровни неравенств по показателям здоровья. Проводятся тематические мероприятия с вовлечением девочек, например использование образа популярной певицы Рианны в качестве темы для обсуждения. Ресурсы включают фильм о простой упаковке, который иллюстрирует, как табачные компании

ориентируют свой маркетинг на девушек-подростков.

Молодые люди активно вовлекаются в местный конкурс, в составе группы молодежных представителей участвуют в разработке просветительных материалов, а также во встречах с депутатами парламента; организуют медийные события и координируют местную церемонию награждения, которая может вести к получению национального приза в области искусства. Местные программы проекта «Снимай кино» оцениваются независимым экспертом.

Извлеченные уроки

Участие в производстве видеоклипов ставит молодежь в равные условия. Новые медийные средства дают возможности для вовлечения подростков в полезные процессы и для позитивного изменения социальных норм. Молодые люди хотят иметь право голоса в отношении важных для них услуг здравоохранения, и это существенно повышает их роль на местном уровне.

Контакт для дополнительной информации:

Emma Wrafter
Кампания Дебры Хаттон, Соединенное Королевство
Эл. почта: emma@cutfilms.org

Реклама, стимулирование продажи и спонсорство (статья 13 РКБТ ВОЗ)

Методы, которые табачная индустрия использует начиная с 1920-х годов для коммерческого продвижения своей продукции среди женского населения, описаны в главе 3. Статья 13 РКБТ ВОЗ (2) и руководящие принципы ее осуществления (140) призывают к полному запрету на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий. Применение такого запрета в качестве гендерно нейтральной политики не только позволит сократить курение в большинстве групп, но также будет играть важную роль в создании барьера для стимулирования продажи табака среди женщин-потребителей как часть гендерно чувствительной политики борьбы против табака в Европе. В этом отношении в Регионе достигнут значительный прогресс.

Страны Региона достигли удовлетворительных результатов в ограничении традиционных форм рекламы, однако не справились с дополнительными формами стимулирования продажи табака, это касается, в частности, рекламы в пунктах продажи, расширения и заимствования бренда, показа продукции по телевидению и в фильмах, а также рекламных аспектов программ КСО (16). Сигаретную упаковку недаром называют «безмолвным продавцом». Она стала одним из основных инструментов стимулирования продажи в табачной индустрии. В последние годы упаковка использовалась главным образом двумя способами: как привлекающий внимание самостоятельный элемент и в групповых сочетаниях для достижения эффективного визуального воздействия в магазинах. В настоящее время накоплен значительный объем фактических данных, указывающих на то, что последняя форма демонстрации продукции в местах продажи очень заметна для детей и обуславливает восприятие табака как неотъемлемой части повседневной жизни (195).

Один из наиболее оригинальных приемов в маркетинге табачных изделий – это расширение семейств брендов путем создания новых форм того же бренда. Так, например, в Соединенном Королевстве семейства брендов выросли за период с 1998 г. на 50%. Наиболее популярные из них в своей оригинальной форме включали четыре разновидности; к 2012 г. это число возросло до 23. Ряд европейских стран, включая Ирландию, Исландию, Норвегию и Соединенное Королевство, приняли законодательство относительно запрета демонстрации продукции в пунктах продажи в открытом виде. В Ирландии этот закон был введен в действие в 2005 г. и по-

лучил всестороннюю оценку годом позже, когда было выяснено, что соблюдение и поддержка запрета, которые изначально находились на высоком уровне, снизились среди взрослых и даже в большей степени среди подростков и молодежи (13–25 лет). Доля подростков, которые полагали, что свыше 20% их сверстников – курильщики, снизилась с 62% до 46% (196). Заявления табачной индустрии о значительных потерях дохода и закрытии мелких торговых точек в качестве прямого результата данного законодательства не были подкреплены объективными фактами. В соответствии с результатами исследования эффект сокращения табачных продаж с большей вероятностью будет действовать в течение более длительного периода (197).

По мере продолжающегося сокращения возможностей для стимулирования продажи табачных изделий индустрия продолжит борьбу за те средства, которые были разработаны. В Соединенном Королевстве (Шотландия) табачная компания опротестовала данный закон, уверяя, что шотландский парламент не имел правовой компетенции, для того чтобы запрещать демонстрацию товаров, и что это является нарушением Европейских правил свободной торговли. Прецедент стал предметом рассмотрения в Верховном суде Соединенного Королевства, но иск был отклонен с замечанием о том, что аналогичные меры были приняты парламентом и для Англии и Уэльса. Пример из практики 12 посвящен аналогичной ситуации в Норвегии.

Пример из практики 12. Норвежский запрет на демонстрацию табачных изделий

В январе 2010 г. Норвегия ввела строгий запрет на демонстрацию табачных изделий в пунктах продажи, что сделало запрет на рекламу, существовавший уже в течение 35 лет, более всесторонним.

Целью запрета было снизить воздействие табачных изделий на молодежь и, соответственно, сократить уровень употребления табака. Это особенно важно ввиду появления инновационных форм оформления и цветов сигаретных пачек, что ясно преследует цель привлечь к курению девочек. Поскольку массовое появление такого типа упаковок играет важную роль в вовлечении и стимулировании импульсивных покупок среди женщин и девочек, было отмечено, что запрещение демонстрации данной продукции может способствовать снижению масштабов этой проблемы и предотвратить рецидивы курения среди бывших курильщиков. Этот запрет также рассматривался в качестве инструмента для «денормализации» употребления табака.

Обзор, проведенный для норвежского правительства в 2008 г., до введения запрета на демонстрацию табачных изделий, показал, что табачная индустрия инвестировала значительные ресурсы в разработку дизайна упаковок, которые доносят определенные сообщения до потребителей. Было сделано заключение, что демонстрация табачных изделий стимулирует продажи наряду с рекламой (198).

В 2010 г. международная табачная компания подала в суд на правительство, заявляя, что запрет на демонстрацию табачных изделий – это незаконное ограничение Соглашения о Европейской экономической зоне (ЕЭЗ) (199) и не может выступать в качестве адекватной и необходимой меры для защиты общественного здоровья. Однако Районный суд Осло не согласился с этим мнением: в 2012 г. он постановил, что запрет на демонстрацию продукции – это не ограничение торговли, а условие продаж, которое равным образом влияет на маркетинг как отечественных изделий, так и продукции из других государств ЕЭЗ. Суд также постановил, что этот запрет является адекватным и необходимым для защиты здоровья населения, и сослался на статью 13 РКБТ ВОЗ (2) и руководящие принципы ее осуществления (140), где рекомендуется введение запрета на демонстрацию табачной продукции. Табачная компания не обжаловала это решение.

Практическое осуществление

Никакие табачные изделия, принадлежности для курения, имитации или суррогаты табака не могут выставляться в открытом доступе для посетителей предприятий розничной торговли. Запрет на демонстрацию изделий охватывает все табачные изделия и все торговые предприятия, за исключением специализированных табачных магазинов (рис. 15).

Согласно данным оценочного доклада, непосредственно после введения в силу запрета уровень его соблюдения составлял 97% (200). В докладе также было указано, что в результате запрета молодежи стало труднее выбрать какую-либо торговую марку. Запрет на демонстрацию табачных изделий воспринимался как барьер для доступа молодых людей к табачной продукции, влияя на их привыкание к сигаретным брендам и внося вклад в денормализацию табака.

Извлеченные уроки

Результаты научных исследований показывают, что имеется корреляция между воздействием рекламы табачной индустрии в юном возрасте и будущими привычками курения среди молодежи. Открытое и явное размещение и демонстрация табачных изделий наряду с товарами повседневного потребления в магазинах способствует формированию у детей представлений о том, что употребление табака – это обычный элемент

Рисунок 15. Типовой шкаф для хранения табачных изделий в норвежском магазине.



© Норвежский директорат здравоохранения.

повседневной жизни и не является опасным. Практика Норвегии и других стран показала, что прекращение открытого показа табачных изделий на прилавках вносит в долгосрочном плане вклад в сокращение употребления табака среди молодежи и среди взрослого населения (201).

Контакт для дополнительной информации:

Helena Wilson

Министерство здравоохранения и социальных служб Норвегии

Эл. почта: helena.wilson@hod.dep.no

Услуги помощи и поддержка в отказе от употребления табака (статья 14 РКБТ ВОЗ)

Следует уделять особое внимание тем трудностям, которые испытывают женщины, пытающиеся бросить курить, включая опасение набрать избыточный вес, эффекты гормонального и менструального циклов, риск развития депрессии и потребность в социальной поддержке. Женщины также сообщают о том, что они чаще курят сигареты в компании с другими женщинами, что говорит о том, что групповая динамика и стремление к социализации может мешать им отказаться от курения. Эти факты свидетельствуют о том, что необходимы программы содействия отказу от курения, с учетом гендерной специфики, которые ориентированы на преодоление препятствий, специфичных для женщин. Если медицинские службы и службы поддержки для желающих прекратить курение не будут учитывать эти аспекты, то женщинам будет труднее предпринимать шаги к отказу от употребления табака.

Также имеется экстренная потребность в приоритетном предоставлении услуг женщинам из социально незащищенных слоев населения. В 2013 г. обзор исследований служб в помощь желающим отказаться от курения в Европе показал, что в целом работа этих служб способствует усугублению социальных неравенств по показателям курения (202). Исключением служат службы Соединенного Королевства, которые специально направлены на охват социально незащищенных курильщиков. Охват этими услугами групп с низким социально-экономическим статусом эффективно компенсирует их относительно низкий уровень успешности в отказе от курения.

Телефонные линии поддержки, через которые курильщики могут получить совет по вопросам о том, как отказаться от употребления табака,

представляют собой эффективный и экономичный путь поддержки усилий по отказу от курения. Более действенны те службы, которые предусматривают ответный звонок от консультанта, однако и те, где нет ответных звонков, также весьма эффективны (203). Имеются убедительные доказательства того, что женщины преобладают среди обратившихся в службы помощи по отказу от курения (пример из практики 13) и что обращающиеся люди – это чаще всего молодые и страдающие от тяжелой табачной зависимости (204). Недавние исследования показывают, что только в 13% странах Региона действуют подобные телефонные линии (16) и что некоторые из функционирующих не получают достаточного финансирования для предоставления адекватной поддержки всем курильщикам, которые желают прекратить употребление табака.

В Румынии служба поддержки для желающих бросить курить была темой медийной кампании, направленной на повышение осведомленности общества об этой службе и ориентированной на женщин. В 2007 г. специальное опросное исследование в рамках проекта «Евробарометр» показало, что в сравнении с курильщиками в странах ЕС-25 курильщики в Румынии после неудачной попытки бросить курить чаще объясняли свой возврат к курению не тем, что «это им это нравилось», а тем, что они не могли справиться с неприятными ощущениями, вызванными отказом от табака. Проведенная в 2008–2009 гг. пятимесячная медийная кампания с использованием наглядных средств как в помещениях, так и вне их, стимулировала женщин, желающих прекратить курение, обращаться за помощью в телефонную службу поддержки. Обращения в эту службу участились более чем вдвое в течение первого месяца кампании, и, снизившись лишь ненамного в последующий месяц, оставались высокими в течение всего периода кампании.

Пример из практики 13. Шведская национальная телефонная линия для желающих отказаться от табака: альтернатива для женщин (Швеция)

Шведская национальная телефонная линия поддержки для желающих бросить курить (Sluta-röka-linjen) (рис. 16) (205) является неотъемлемым компонентом Национальной службы здравоохранения. Основанная в 1998 г., она действует под управлением муниципального совета Стокгольма и финансируется главным образом из средств правительства Швеции. Ее целью является охват женщин с низким уровнем дохода и разработка специальной программы для беременных женщин. От 70 до 80% обращающихся за поддержкой являются женщинами.

Практическое осуществление

Служба помощи работает по будним дням в течение по меньшей мере 50 часов в неделю. Все входящие звонки регистрируются для клинических и научно-исследовательских целей в компьютерной базе данных. Если звонок поступает, когда служба закрыта, обратившемуся предлагается направить электронное сообщение, по получении которого консультант сам свяжется по телефону с данным клиентом. В течение 12 месяцев последующего наблюдения приблизительно 35–40% обратившихся сообщают о том, что они больше не курят. Эта служба также является потенциально эффективным дополнением и ресурсом для работы по стимулированию отказа от курения среди врачей общей практики и в стоматологических кабинетах.

Извлеченные уроки

Шведские женщины с большей охотой, чем мужчины, ищут и принимают поддержку в отношении отказа от курения. Они также чаще, чем мужчины, используют лекарственные средства для лечения никотиновой зависимости.

Контакт для дополнительной информации:

Ann Post

Центр эпидемиологии и коммунальной медицины Совета региона Стокгольма, Швеция
Эл. почта: ann.post@sll.se

Службы прекращения курения, созданные специально для женщин

Женщины могут получить пользу от доступа к службам, предназначенным специально для них, которые, например, дают информацию относительно поддержания здоровой массы тела и о том, как табачный дым влияет на детей. Такие службы, например, существуют в Испании (пример из практики 14).

Пример из практики 14. Помощь каталонским женщинам в отказе от курения (Испания)

Общая распространенность курения среди женщин в Испании низкая, и курение сосредоточено в определенных группах населения. Расчеты показывают, что, как и в других европейских стра-

нах, в Испании среди женщин растет заболеваемость раком легких и что смертность от него к 2015 г. превысит смертность от рака молочной железы. Согласно результатам недавних исследований, лишь 41% испанских женщин отказываются от курения при наступлении беременности, и распространенность курящих беременных женщин на момент родов составляет 18% (206). В северной провинции Каталония прилагаются усилия для удовлетворения специфических потребностей женщин, желающих отказаться от курения.

Практическое осуществление

В 2006 г. в Каталонии была внедрена программа «Беременность без курения» (207). Это структурированное вмешательство осуществляется силами специалистов, работающих в области охраны здоровья матерей и детей, и включает предоставление материалов в поддержку как профессиональных медиков, так и самих беременных женщин. В 2013 г. была проведена оценка программы на когорте из 493 курящих беременных женщин, посещающих 18 центров сексуального и репродуктивного здоровья в момент установления беременности, во время 3-го триместра и через 6 и 12 месяцев после родов. Собранная информация включала следующие детальные данные о женщинах: социально-демографический статус; уровень потребления табака; потребление табака супругом, пассивное курение; намерение отказаться от курения. Около 14,8% курящих беременных при первом визите уже отказались от курения, и 39,5% отказались в 3-м триместре; 29% воздерживались от курения по состоянию на 6 и 12 месяцев после родов. Женщины, которые на момент первого посещения курили, в среднем, по 14 сигарет в день, к 3-му триместру сократили потребление до 4 сигарет, но по состоянию на 6 и 12 месяцев после родов вновь повысили потребление до 8 сигарет.

Эти результаты ясно показывают, что беременность пробуждает желание бросить курить. Последующая оценка с охватом женщин через 9 месяцев после родов показала, что программа эффективна в оказании помощи женщинам, же-

Рисунок 16. Логотип шведской национальной службы в помощь бросающим курить



© Центр эпидемиологии и коммунальной медицины, Стокгольм, Швеция.

лающим бросить курить во время беременности. Каждая четвертая женщина по состоянию на 1 год после родов продолжала воздерживаться от употребления табака. Тем не менее все еще имеется потребность в усилении вмешательств на неонатальной и педиатрической стадиях.

Извлеченные уроки

Важно разрабатывать программы профилактики и лечения с учетом гендерных аспектов в целях смягчения последствий употребления табака для здоровья женщин. Эти программы должны быть направлены на все жизненные этапы женщин, а не только на период беременности.

Контакты для дополнительной информации:

Mireia Jané

Департамент здравоохранения, Правительство Каталонии, Испания

Эл. почта: mireia.jane@gencat.cat

Isabel Nerin

Отделение внутренних болезней, психиатрии и дерматологии

Медицинский факультет Университета Сарагосы, Испания

Эл. почта: isabelne@unizar.es

Краткие (попутные) консультации

Несмотря на то что консультации, предоставляемые медицинскими работниками по вопросу о том, как бросить курить, обсуждаются уже свыше 30 лет, в настоящее время основное внимание уделяется лишь кратким консультациям (very brief advice, VBA). Работники здравоохранения часто ссылаются на то, что для консультирования пациентов им необходимо дополнительное время. В ходе VBA пациентам задают вопрос о том, курят они или нет, и регистрируют их ответ при каждом посещении, вне зависимости от того, связано это посещение с нарушением здоровья, обусловленным табаком, или нет. В соответствии с методикой, разработанной в Соединенном Королевстве силами Национального центра по отказу от употребления табака и обучению, пациентов следует спрашивать о текущих привычках в отношении курения, информировать о том, что имеются соответствующие службы поддержки (бесплатные, поскольку они финансируются Национальной службой здравоохранения), и предлагать им различные варианты немедленной или отсроченной помощи по их желанию (208). Это особенно актуально для женщин, которые чаще, чем мужчины, обращаются за медицинской помощью. Следующий пример из Италии показывает, как тема курения может быть затронута при реализации программы скрининга на рак (пример из практики 15).

Пример из практики 15. Совет о прекращении курения во время скрининга на рак шейки матки (Италия)

Консультирование по вопросу об отказе от курения, проводимое акушерками среди курящих женщин во время скрининга с взятием ПАП-мазка, является эффективным и рекомендуемым подходом. Таков основной вывод интервенционного исследования по систолическому артериальному давлению (SPRINT) – рандомизированного контролируемого испытания, спланированного для оценки эффективности консультативных вмешательств в отношении отказа от курения и физической активности женщин, посещающих программы скрининга на рак шейки матки в трех итальянских городах: Флоренции, Мантуе и Турине (209, 210). Этот тип скрининга позволяет охватить большое число молодых курящих женщин, которые, будучи практически здоровыми, редко обращаются к врачам общего профиля или другим медицинским работникам.

Практическое осуществление

В пилотном обследовании 5657 женщин, у которых взяли мазок по Папаниколау, 1100 (55% из обследуемых были курящие) были рандомизированы по трем потокам (группам): 1 – вмешательство по отказу от курения (363); 2 – вмешательство по отказу от курения и стимулированию физической активности (366); 3 – контроль без консультирования (371). Между потоками не было различий в демографических характеристиках, уровнях физической активности или характере употребления табака. Участницы исследования были старше и менее образованны, чем неучаствующие женщины. Они также были более заядлыми курильщицами, более мотивированными для отказа от курения и ранее наиболее часто предпринимали одну или более попыток бросить курить.

Участницы, рандомизированные по двум потокам, где проводилось вмешательство, продемонстрировали повышение более чем вдвое вероятности отказа от курения при шестимесячном последующем наблюдении. Поэтому следует заключить, что скрининг по Папаниколау – это хорошая возможность для акушерок проводить консультирование курящих женщин на предмет отказа от курения. Эти результаты совпадают с зарегистрированными в метаанализе результатами вмешательств по отказу от курения, проводимых медицинскими сестрами среди негоспитализированных курильщиков (2013 г.) (211).

Извлеченные уроки

Несмотря на то что доля женщин, которые имеют хорошие шансы надолго отказаться от курения в результате вмешательства силами акушерок во

время скрининга на рак шейки матки, по всей видимости, мала (8%), этот эффект может быть важным в странах или регионах, где широк охват программами скрининга на рак шейки матки. В Италии, например, в таких программах в последние годы ежегодно участвуют 300 тысяч курящих (212).

Контакт для дополнительной информации:

Elisabetta Chellini

Институт исследований и профилактики рака,
Италия

Эл. почта: e.chellini@ispo.toscana.it

Известно, что женщины чаще, чем мужчины, ищут помощи и поддержки в своих усилиях бросить курить. Отказ от употребления табака – это также область, в отношении которой мы находим наибольшее количество примеров программ или служб в Европе, ориентированных на женщин. Во время беременности и в первые годы жизни ребенка наступают периоды, когда для женщины очень важно не курить, но такая поддержка должна также быть доступна для женщин и на других этапах жизни.

Выводы

Табак представляет серьезную угрозу для здоровья девочек и женщин в Европе. Распространенность курения среди женщин в Европейском регионе выше, чем в любом другом из регионов ВОЗ, и в некоторых странах этот показатель растет. Данные ВОЗ демонстрируют, что также тревожно высок показатель подросткового курения, особенно в Центральной и Восточной Европе, и что девочки курят больше, чем мальчики. На европейском рынке имеются новые никотиновые изделия, включая кальяны и электронные сигареты, которые характеризуются большей привлекательностью для молодежи. Эти изделия относительно плохо регламентированы, и многие обеспокоены тем, что табачные компании будут использовать их для подрыва даже тех незначительных правовых инструментов, которые существуют в отношении сигарет – наиболее опасного из когда-либо изобретенных потребительских товаров.

То, что табачные компании используют максимально циничные методы маркетинга, известно в течение многих лет. Информация в данном докладе свидетельствует о том, что помимо риторики ничего не было сделано для изменения таких подходов. При ориентировании на женщин табачные компании ищут возможности для того, чтобы их продукция ассоциировалась с понятиями расширения прав и возможностей, гламура и успеха, в то время как на практике происходит противоположное.

Для того чтобы добиться прогресса и большего охвата в достижении глобальной добровольной цели – снижения на 30% употребления табака к 2025 г., страны и ВОЗ должны предпринимать решительные действия для интегрирования гендерных аспектов в разработку и реализацию всех стратегий по борьбе против табака. РКБТ ВОЗ (2) – это мощный инструмент, помогающий предотвратить рост и сократить текущий уровень употребления табака среди женщин и девочек в Европе. Конвенция дает нам возможность работать вместе для глобального снижения уровней НИЗ. Делегации высокого уровня, принявшие участие в Европейской министерской конференции ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020, состоявшейся в Ашхабаде, Туркменистан, в 2013 г., четко отметили расхождение между высоким уровнем

ратификаций РКБТ ВОЗ и низким уровнем осуществления ее положений. Европейские государства-члены должны возобновить усилия, направленные на реализацию на самом высоком уровне стратегий, рекомендованных в статьях РКБТ (2) ВОЗ и руководящих принципах ее осуществления (140). Пути достижения этого могут быть следующими:

- активное участие и лидерство женщин в разработке и реализации политики борьбы против табака на национальном и субнациональном уровне;
- включение гендерных аспектов во все направления политики по борьбе против табака и действия по их осуществлению;
- планирование с учетом гендерных аспектов, а также мониторинг и оценка информации в разбивке по полу, гендеру и социально-экономическим характеристикам в отношении употребления табака и эффективности стратегических мер борьбы против табака.

Возможные шаги по включению гендерных аспектов в процесс разработки политики по борьбе против табака и выполнение обязательств, содержащихся в РКБТ ВОЗ, могут осуществляться в следующих направлениях:

- добиваться принятия и соблюдения законов, требующих, чтобы все рабочие помещения и общественные места, включая общественный транспорт, рассматривались как полностью бездымная среда;
- принимать просветительные меры с учетом гендерных аспектов, для того чтобы каждый человек знал о своем праве и возможности требовать защиты от вторичного дыма;
- обеспечивать, чтобы в странах, не входящих в состав ЕС, сигареты и другие табачные изделия не выпускались в форме, привлекательной для женщин, например путем введения запрета на ароматические добавки;
- вводить для табачных компаний, включая импортеров, требования предоставлять государственным органам информацию обо

всех модернизированных элементах дизайна, таких как ментоловые капсулы в фильтрах;

- внедрять крупные, заметные, регулярно изменяемые графические предупреждения о вреде для здоровья с учетом гендерной специфики и с включением сообщений о рисках потребления табака, которые адресованы не только беременным женщинам, но также и женщинам, и мужчинам в целом;
- защищать молодежь, особенно девочек, от рекламы табака в качестве жизненно важного шага на пути к введению всестороннего запрета на прямую и косвенную рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (включая трансграничные мероприятия);
- ввести в силу запрет на рекламу в пунктах продажи и ликвидировать эффект «безмолвного продавца», свойственный упаков-

ке, путем внедрения требований о применении только простой упаковки;

- внедрять образовательный и коммуникационный подход к повышению информированности населения и поддержке, и поддерживать эффективные стратегии по борьбе против табака путем использования гендер-специфического подхода;
- обеспечивать наличие и доступность услуг по лечению зависимости от табака и проводить подготовку специалистов в этих службах для учета половых и гендерных аспектов;
- учитывать местные потребности в целенаправленной организации услуг, например для малообеспеченных курильщиков;
- в сообщениях о вреде курения во время беременности делать акцент не только на здоровье плода, но также на здоровье матери.

Библиография

1. Empower women. Combating tobacco industry marketing in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/128120/e93852.pdf, accessed 17 September 2014).
2. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/ru/, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
3. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/0360795R.pdf>, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
4. Конвенция о правах ребенка. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1989 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
5. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011 (<http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/66/2>, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
6. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/ru/, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
7. 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/publications/policy-documents/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
8. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/index.html, accessed 17 August 2014).
9. Graham H. When life's a drag - women, smoking and disadvantage. London: Department of Health; 1993.
10. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Country profile, Denmark. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/dnk.pdf?ua=1, accessed 24 August 2014).
11. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Country profile, Ireland. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/irl.pdf?ua=1, accessed 18 August 2014).
12. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Country profile, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/gbr.pdf?ua=1, accessed 18 August 2014).
13. Tobacco control country profiles [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/en/, accessed 18 August 2014).
14. Prevalence of tobacco use among adults and adolescents [website]. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html, accessed 18 August 2014).
15. TNS Opinion & Social. Attitudes of Europeans towards tobacco. Special report. Eurobarometer 385, Wave EB77.1. Brussels: European Commission; 2012 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf, accessed 18 August 2014).
16. 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?ua=1, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
17. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/, accessed 18 August 2014).
 18. Global youth tobacco survey (GYTS) [website]. Geneva: World Health Organization; 2013. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/>, accessed 18 August 2014).
 19. Следовать рекомендациям табачной индустрии – смертельно опасно, производители табачной продукции нацеливают новые маркетинговые стратегии на девочек. 30 мая 2012 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/press-releases/2012/05/kills-when-used-as-prescribed-tobacco-industry-successfully-targets-girls-with-new-marketing-tactics>, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
 20. Gilmore A. Tobacco and transition: background paper on smoking patterns and industry conduct in the former Soviet Union. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2007 (<http://www.promocjздrowia.pl/images/stories/TICI/materialy/Anna%20Gilmore%20full.pdf>, accessed 18 August 2014).
 21. Gilmore A et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. 2004. American Journal of Public Health;94:2177-2187 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448609/>, accessed 18 August 2014).
 22. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/tobacco/publications/second_hand/global_estimate_burden_disease/en/, accessed 18 August 2014).
 23. Pirie K et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet. 2013; 381(9861):133-41 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61720-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61720-6/fulltext), accessed 20 September 2014).
 24. Smith CJ et al. Percutaneous penetration enhancers in cigarette mainstream smoke. Food Chemical Toxicology. 2004;42:9-15 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278691503002333>, accessed 18 August 2014).
 25. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA; US Department of Health and Human Services; 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/index.html>, accessed 18 August 2014).
 26. 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/>, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
 27. Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, Including 3 980 359 Individuals and 42 401 strokes. Stroke. 2013;44:2821-28 (<http://stroke.ahajournals.org/content/44/10/2821.long>, accessed 18 August 2014).
 28. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2004 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/smokingconsequences/index.html>, accessed 18 August 2014).
 29. World Health Organization, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. A WHO/The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596220_eng.pdf, accessed 18 August 2014).
 30. Feldman C, Anderson R. Cigarette smoking and mechanisms of susceptibility to infections of the respiratory tract and other organ systems. Journal of Infection. 2013;67:169-184 ([http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(13\)00129-1/abstract](http://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(13)00129-1/abstract), accessed 18 August 2014).
 31. German Cancer Research Center (DKFZ). Tabakatlas Deutschland 2009 [Tobacco Atlas Germany 2009]. Heidelberg: Steinkopff

- Verlag; 2009 (http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas_2009.pdf, accessed 18 August 2014).
32. Malvezzi M et al. European cancer mortality predictions for the year 2013. *Annals of Oncology*. 2013;24:92-800 (<http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/11/annonc.mdt010.full.pdf+html>, accessed 18 August 2014).
 33. Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Prevalence development between 1990 and 2010: contributions to the Federal Health Monitoring System]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2010 (http://www.rki.de/Krebs/SharedDocs/Downloads/Krebspraevalenz.pdf;jsessionid=373196CAC41CC8D222A20841AFEF955A.2_cid298?__blob=publicationFile, accessed 18 August 2014).
 34. Ferlay J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*. 2013;49:1374-1403 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23485231>, accessed 18 August 2014).
 35. Bosetti C, Malvezzi M, Rosso T, Bertuccio P, Gallus S, Chatenoud L, et al. Lung cancer mortality in European women: trends and predictions. *Lung Cancer*. 2004;78:171-78.
 36. Ekblad M et al. Trends and risk groups for smoking during pregnancy in Finland and other Nordic countries. *European Journal of Public Health*. 2014;24(4):544-51.
 37. Villalbi JR et al. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 2007;21(5):441-47 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2007.00845.x/abstract;jsessionid=9C5A8F0D369154601D21689C99CB654F.f01t04>, accessed 18 August 2014).
 38. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. *Human Reproduction Update*. 2011;17:589-604 (<http://humupd.oxfordjournals.org/content/early/2011/07/09/humupd.dmr022.full>, accessed 18 August 2014).
 39. Iniguez C et al. Maternal smoking during pregnancy and fetal biometry: the INMA mother and child cohort study. *American Journal of Epidemiology*. 2013;178:1067-75
 40. Lee LJ, Lupo PJ. Maternal smoking during pregnancy and the risk of congenital heart defects in offspring: a systematic review and metaanalysis. *Pediatric Cardiology*. 2013;34:398-407.
 41. Rogers JM. Tobacco and pregnancy. *Reproductive Toxicology*. 2009;28:152-60.
 42. Schick SF et al. Thirty minute-exposure to aged cigarette smoke increases nasal congestion in nonsmokers. *Journal of Toxicology and Environmental Health*. 2013;76:601-613.
 43. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Vol. 83: Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2004 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>, accessed 18 August 2014).
 44. Raupach T et al. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European Heart Journal*. 2006;27:386-392 (<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/27/4/386.long>, accessed 18 August 2014).
 45. Miller MD et al. The association between exposure to environmental tobacco smoke and breast cancer: a review by the California Environmental Protection Agency. *Preventive Medicine*. 2007;44(2):93-106.
 46. Exposure of children to second-hand tobacco smoke. Fact Sheet 3.4, Code: RPG3_Air_Ex2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/97004/3.4-Exposure-of-children-to-second-hand-smoke-EDITED_layouted.pdf, accessed 18 August 2014).
 47. Yolton K et al. Exposure to environmental tobacco smoke and cognitive abilities among U.S. children and adolescents. *Environmental Health Perspectives*. 2005;113:98-103 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1253717/>, accessed 18 August 2014).
 48. Chen R et al. Is exposure to secondhand smoke associated with cognitive parameters of children

- and adolescents? A systematic literature review. *Annals of Epidemiology*. 2013;23:652-61 ([http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797\(13\)00271-8/fulltext](http://www.annalsofepidemiology.org/article/S1047-2797(13)00271-8/fulltext), accessed 18 August 2014).
49. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 2009;49:57-71 (http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=pharmtox, accessed 18 August 2014).
 50. Heredia Pi I, Wirtz VJ. Background paper 6.17 - Tobacco use. In: Kaplan W, Wirtz VJ, Mantel-Teeuwisse A, Stolck P, Duthey B, Laing R. Priority medicines for Europe and the world: "A public health approach to innovation". Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/MasterDocJune28_FINAL_Web.pdf, accessed 24 November 2014).
 51. Hughes JR, Helzer JE, Lindberg SA. Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006;85:91-102.
 52. Perkins KA et al. Negative mood effects on craving to smoke in women versus men. *Addictive Behaviors*. 2013;38:1527-31.
 53. Benowitz NL & Hatsukami D (1998) Gender differences in the pharmacology of nicotine addiction. *Addiction Biology*. 3:383-404.
 54. Pauly JR. Gender differences in tobacco smoking dynamics and the neuropharmacological actions of nicotine. *Frontiers in Bioscience*. 2008;13:505-16 (<http://www.bioscience.org/2008/v13/af/2696/fulltext.htm>, accessed 18 August 2014).
 55. DiFranza JR et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*. 2002;11(3):228-35 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/3/228.long>, accessed 18 August 2014).
 56. Bostock Y. Searching for the solution – women, smoking and inequalities in Europe. International Network of Women against Tobacco – Europe. London: Health Development Agency; 2003 (<http://personales.unican.es/ayestaf/esh/Women,%20smoking%20and%20inequalities%20in%20Europe.pdf>, accessed 19 September 2014).
 57. DiFranza JR et al. Susceptibility to nicotine dependence: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth 2 study. *Pediatrics*. 2007;120(4):e974-83.
 58. Kandel DB et al. On the development of nicotine dependence in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;91(1):26-39 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2042038/>, accessed 18 August 2014).
 59. Fox HC, Sinha R. Sex differences in drug-related stress-system changes: implications for treatment in substance-abusing women. *Harvard Review of Psychiatry*. 2009;17(2):103-19 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746371/>, accessed 18 August 2014).
 60. Wetter DW et al. Gender differences in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67:555-62.
 61. Stroud LR et al. Prenatal glucocorticoids and maternal smoking during pregnancy independently program adult nicotine dependence in daughters: a 40-year prospective study. *Biological Psychiatry*. 2013;75(1):47-55.
 62. Schnoll RA, Patterson F, Lerman C. Treating tobacco dependence in women. *Journal of Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(8):1211-18.
 63. Clark MM et al. The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial. *Addictive Behaviors*. 2006;31(7):1144-52.
 64. Filozof C, Fernandez Pinilla MC, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obesity Reviews*. 2004;5:95-103.
 65. Pisinger C, Jorgensen T. Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population: the Inter99 study. *Preventive Medicine*. 2007;44(4):290-295.
 66. Shiffman S, Paton SM. Individual differences in smoking: gender and nicotine addiction. 1999;1(Suppl 2):S153-7; discussion S165-6.
 67. Flegal KM et al. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 1995;333:1165-70 (<http://www.nejm>.

- org/doi/full/10.1056/NEJM199511023331801, accessed 21 August 2014).
68. Williamson DF et al. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *The New England Journal of Medicine*. 1991;324:739-45 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199103143241106>, accessed 21 August 2014).
 69. Hoch E et al. How prevalent is smoking and nicotine dependence in primary care in Germany? *Addiction*. 99: 2004;1586-98.
 70. Bjornson W et al. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. *American Journal of Public Health*. 1995;85:223-30 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615316/pdf/amjph00440-0081.pdf>, accessed 21 August 2014).
 71. Bohadana A et al. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. *Nicotine & Tobacco Research*. 2003;5:111-6.
 72. Brose LS et al. What makes for an effective stop-smoking service? *Thorax*. 2011;66:924-6 (<http://thorax.bmj.com/content/early/2011/06/27/thoraxjnl-2011-200251.full>, accessed 21 August 2014).
 73. Esterlis I et al. Sex-specific differences in GABA(A)-benzodiazepine receptor availability: relationship with sensitivity to pain and tobacco smoking craving. *Addiction Biology*. 2013;18:370-8.
 74. Jarvis M. Gender differences in smoking cessation: real or myth? *Tobacco Control*. 1994;3: 324-8 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1759379/pdf/v003p00324.pdf>, accessed 21 August 2014).
 75. Lynch WJ, Sofuoglu M. Role of progesterone in nicotine addiction: evidence from initiation to relapse. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2010;18:451-61.
 76. Perkins KA, Scott J. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10:1245-50.
 77. Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. *Addiction*. 2004;99:1462-9.
 78. Jarvis MJ et al. Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. *Tobacco Control*. 2013;22:356-60.
 79. Czogala J et al. Assessment of passive exposure to aerosol from electronic cigarettes. Presentation at the 2013 International Meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Conference, Boston, MA, USA, 13-16 March 2013. Madison, WI: SRNT, 2013.
 80. Electronic cigarettes - an overview. Heidelberg: German Cancer Research Center (DKFZ); 2013 (http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-cigarettes_an_overview.pdf, accessed 21 August 2014).
 81. Pellegrino RM et al. Electronic cigarettes: an evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter (PM). *Annali di Igiene*. 2012;24:279-88.
 82. Williams M et al. Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. *PLOS One*. 2013;8:e57987 (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0057987>, accessed 21 August 2014).
 83. Etter JF. Electronic cigarettes: a survey of users. *BMC Public Health*. 2010;10:231 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/231>, accessed 21 August 2014).
 84. Bullen C et al. Effect of an electronic nicotine delivery device (e cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: randomised cross-over trial. *Tobacco Control*. 2010;19:98-103.
 85. Eissenberg T. Electronic nicotine delivery devices: ineffective nicotine delivery and craving suppression after acute administration. *Tobacco Control*. 2010;19:87-8.
 86. Vansickel AR et al. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic „cigarettes“: nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2010;19:1945-53 (<http://cebp.aacrjournals.org/content/19/8/1945.long>, accessed 21 August 2014).

87. Bullen C et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2013;282(9905):1629-37 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61842-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61842-5/abstract), accessed 21 August 2014).
88. Action on Smoking and Health (ASH) Fact Sheet, July 2014. Use of e-cigarettes in Great Britain. London, ASH, 2014 (http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_891.pdf, accessed 21 August 2014).
89. Dawkins L et al. 'Vaping' profiles and preferences: an online survey of electronic cigarette users. *Addiction*. 2013;108:1115-25.
90. Kralikova E et al. The electronic cigarette: what proportion of smokers have tried it and how many use it regularly? *Addiction*. 2012;107(8):1528-9.
91. Kralikova E et al. Do e-cigarettes have the potential to compete with conventional cigarettes? A survey of conventional cigarette smokers' experiences with e-cigarettes. *Chest*. 2013;144(5):1609-14.
92. Pudle I, Velika B, Grinberga D. Latvia 2011 Country Report - Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Riga: Centre for Disease Prevention and Control of Latvia; 2011 (http://www.spkc.gov.lv/file_download/1136/Global_Youth_Tobacco_Survey_in_Latvia_2011.pdf, accessed 19 December 2014).
93. Ministry of Social Affairs and Health Finland, National Institute for Health and Welfare Finland, World Health Organization, Department of Health & Human Services USA, Centers for Disease Control and Prevention. Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Fact Sheet Finland 2012. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2012 ([http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116017/Finland%20GYTS%202012%20Factsheet%20\(Ages%2013-15\)%20Final.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116017/Finland%20GYTS%202012%20Factsheet%20(Ages%2013-15)%20Final.pdf?sequence=1), accessed 21 August 2014).
94. Dautzenberg B et al. E-cigarette: a new tobacco product for schoolchildren in Paris. *Open Journal of Respiratory Diseases*. 2013;3: 21-4 (<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=28003>, accessed 19 December 2014).
95. Demjén T et al. Short overview of measures and studies relating to the 2012 amendments of the Act on the Protection of Non-Smokers in Hungary, and recommendation about the impact assessment of the Act. Budapest: National Institute for Health Development; 2013 (<http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/en/content/situation-hungary>, accessed 21 August 2014).
96. Goniewicz ML, Lingas EO, Hajek P. Patterns of electronic cigarette use and user beliefs about their safety and benefits: an Internet survey. *Drug & Alcohol Review*. 2013;32(2):133-40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530631/>, accessed 21 August 2014).
97. Goniewicz ML, Zielinska-Danch W. Electronic cigarette use among teenagers and young adults in Poland. *Pediatrics*. 2012;130(4):e879-85 (<http://pediatrics.aappublications.org/content/130/4/e879.long>, accessed 21 August 2014).
98. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette [Report and opinion of experts on the e-cigarette]. Paris: Office Français de Prévention du Tabagisme; 2013 (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000328/0000.pdf>, accessed 21 August 2014).
99. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. In: *Official Journal of the European Union*, L 127/1. Brussels: European Union; 2014 (http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2014.127.01.0001.01.ENG, accessed 21 August 2014).
100. Advisory note. Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg). Geneva: World Health Organization; 2005 (http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf, 21 August 2014).
101. Gatrad R, Gatrad A, Sheikh A. Hookah smoking. *BMJ*. 2007;335:20.
102. Al Ali R et al. A comparative study of systemic carcinogen exposure in waterpipe smokers,

- cigarette smokers and non-smokers. *Tobacco control*. 2013.
103. Eissenberg T, Shihadeh A. Waterpipe tobacco and cigarette smoking: direct comparison of toxicant exposure. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;37(6):518-23 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805076/>, accessed 21 August 2014).
 104. Jacob P et al. Comparison of nicotine and carcinogen exposure with water pipe and cigarette smoking. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2013;22:765-72 (<http://cebp.aacrjournals.org/content/22/5/765.long>, accessed 21 August 2014).
 105. Schubert J et al. Mainstream smoke of the waterpipe: does this environmental matrix reveal as significant source of toxic compounds? *Toxicology Letters*. 2011;205(3):279-84.
 106. Akl EA et al. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *International Journal of Epidemiology*. 2010;39(3):834-57 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/39/3/834.long>, accessed 21 August 2014).
 107. Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. *Pediatrics*. 2005;116(1):e113-9 (<http://pediatrics.aappublications.org/content/116/1/e113.full>, accessed 21 August 2014).
 108. Maziak W et al. CO exposure, puff topography, and subjective effects in waterpipe tobacco smokers. *Nicotine & Tobacco Research*. 2009;11(7):806-11 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699927/>, accessed 21 August 2014).
 109. Rastam S et al. Comparative analysis of waterpipe and cigarette suppression of abstinence and craving symptoms. *Addictive Behaviors*. 2011;36(5):555-9 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3061840/>, accessed 21 August 2014).
 110. Jawad M et al. Waterpipe smoking: prevalence and attitudes among medical students in London. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2013;17(1): 137-140.
 111. Ministry of Health of Turkey, Public Health Institution of Turkey. *Global Adult Tobacco Survey Turkey 2012*. Ankara: Ministry of Health; 2014 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/report_tur_2012.pdf?ua=1, accessed 21 August 2014).
 112. *Global Adult Tobacco Survey (GATS). Report. Ukraine 2010*. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2010 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_ukraine_report_2010.pdf, accessed 21 August 2014).
 113. Jensen PD et al. Waterpipe use predicts progression to regular cigarette smoking among Danish youth. *Substance Use & Misuse*. 2010;45(7-8):1245-61.
 114. *Tobacco habits*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2013.
 115. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR) (2008). *Health effects of smokeless tobacco products*. Brussels: European Commission; 2008 http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf
 116. Ashley DL et al. *The scientific basis of tobacco product regulation. Report of a WHO Study Group*. Geneva: World Health Organization; 2007 (WHO Technical Report Series, No. 945; http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/who_tsr.pdf, accessed 22 August 2014).
 117. Benowitz NL. *Nicotine and smokeless tobacco*. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 1988;38:244-7.
 118. Benowitz NL. Snuff, nicotine and cardiovascular disease: implications for tobacco control. *Journal of the American College of Cardiology*. 1999;34(6):1791-3.
 119. Benowitz NL. Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*. 2010;362(24):2295-303 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928221/>, accessed 22 August 2014).
 120. Holm H et al. Nicotine intake and dependence in Swedish snuff takers. *Psychopharmacology (Berl)*. 1992;108(4):507-11.
 121. Ebbert JO, Carr AB, Dale LC. Smokeless tobacco: an emerging addiction. *The Medical Clinics of North America*. 2004;88(6):1593-605.
 122. Post A et al. Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: a comparison between smokers, smokeless tobacco

- users and dual tobacco users. *Addiction*. 2010;105(4):740-6.
123. TNS Opinion & Social. Tobacco. Special Eurobarometer 332, Wave 72.3. Brussels: European Commission; 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_332_en.pdf, accessed 22 August 2014).
 124. Lundqvist G et al. Patterns of tobacco use: a 10-year follow-up study of smoking and snus habits in a middle-aged Swedish population. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37:161-7.
 125. Patja K et al. Trends of tobacco use in Sweden and Finland: do differences in tobacco policy relate to tobacco use? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2009;37:153-60.
 126. Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. 2010 National Drug Strategy Household Survey report. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2011 (Drug Statistics Series, No. 25; <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=10737421314>, accessed 22 August 2014).
 127. Alpert HR, Koh H, Connolly GN. Free nicotine content and strategic marketing of moist snuff tobacco products in the United States: 2000-2006. *Tobacco Control*. 2008;17(5):332-8.
 128. Mejia AB, Ling PM. Tobacco industry consumer research on smokeless tobacco users and product development. *American Journal of Public Health*. 2010;100(1):78-87 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791252/>, accessed 22 August 2014).
 129. Amos A, Haglund M. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control*. 2000;9:3-8 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/9/1/3.full>, accessed 22 August 2014).
 130. Amos A, Mackay J. Tobacco and women. In: P. Boyle et al, editors. *Tobacco: science, policy and public health*. Oxford: Oxford University Press; 2004;329-51.
 131. Tobacco Control Database for the WHO European Region [online database]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://data.euro.who.int/Tobacco/>, accessed 22 August 2014).
 132. Effertz T, Kaiser C. Die MAYBE-Kampagne von Philip Morris – Verbotenes Jugendmarketing! [The MAYBE campaign by Philip Morris - forbidden youth marketing]. *Lebensmittel und Recht*. 2012;16: 230-38
 133. De Wilde F. Investor Day – Brand Portfolio and Commercial Approach. Philip Morris International Investor Day, June 21, 2012, Lausanne (slide presentation). Lausanne: Phillip Morris International; 2012 (<https://www.media-server.com/m/instances/8hjnb6wm/items/v2b4bx9m/assets/788xcb3b/0/file.pdf>, accessed 22 August 2014).
 134. De Wilde F. Remarks by Frederic de Wilde, Senior Vice President, Marketing and Sales, Philip Morris International Inc. Investor Day, Lausanne, June 21, 2012. Lausanne: Phillip Morris International; 2012 (<https://www.media-server.com/m/instances/8hjnb6wm/items/v2b4bx9m/assets/asns5846/0/file.pdf>, accessed 22 August 2014).
 135. Baumann D. Maybe ein Fehler [Maybe a mistake]. *Frankfurter Rundschau*, 27 July 2012. (<http://www.fr-online.de/wirtschaft/marlboro-werbung-maybe-ein-fehler,1472780,16726246.html>, accessed 22 August 2014).
 136. Tabakindustrie – Marlboro-Werbekampagne verboten [Tobacco industry – Marlboro publicity campaign prohibited]. *Frankfurter Allgemeine Wirtschaft*. 9 October 2013 <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/tabakindustrie-marlboro-werbekampagne-verboten-12611297.html>, accessed 22 August 2014.
 137. Behörde verbietet Marlboro-Werbekampagne in Deutschland [Authority forbids Marlboro advertising campaign in Germany]. *WAZ*. 10 October 2013 (<http://www.derwesten.de/wirtschaft/behoerde-verbietet-marlboro-werbekampagne-in-deutschland-id8545023.html>, accessed 22 August 2014).
 138. Jazbinsek D. Wie die neue Marlboro-Kampagne auf Jugendliche wirkt - Methodik und Ergebnisse einer Online-Befragung. Kurzfassung [How the new Marlboro campaign affects young people - methodology and results of an online survey. Short version]. Kirchhundem: Dieter Mennekes-Umweltstiftung; 2013 (<http://www.dieter-mennekes-umwelt.de/downloads/Maybe-Studie-Kurzfassung.pdf>, accessed 22 August 2014).

139. Vereinbarung zwischen Swiss Cigarette und der Schweizerischen Lauterkeitskommission betreffend Selbstbeschränkungen der Zigarettenindustrie in der Werbung [Agreement between Swiss Cigarette and the Swiss Commission for Fairness concerning restrictions imposed by the cigarette industry in advertising]. April 27, 2005. Zurich: Schweizerische Lauterkeitskommission; 2005
140. (http://www.swiss-cigarette.ch/schweizerische-lauterkeitskommission.html?no_cache=1&cid=2081&did=872&sechash=164afeb2, accessed 19 December 2014).
141. Руководящие принципы осуществления Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (<http://www.who.int/fctc/guidelines/adopted/ru/>, по состоянию на 1 июня 2015 г.).
142. Lorillard, Inc. reports first quarter 2012. Results and acquisition of blu ecigs. Lorillard New Details. 25 April 2012 (<http://investors.lorillard.com/investor-relations/news/news-details/2012/Lorillard-Inc-Reports-First-Quarter-2012-Results-and-Acquisition-of-blu-ecigs/default.aspx>, accessed 22 August 2014).
143. Lorillard, Inc. reports first quarter 2012. Results and acquisition of blu ecigs. Lorillard New Details. 25 April 2012 (<http://investors.lorillard.com/investor-relations/news/news-details/2012/Lorillard-Inc-Reports-First-Quarter-2012-Results-and-Acquisition-of-blu-ecigs/default.aspx>, accessed 22 August 2014).
144. Nolte E et al. Availability, accessibility, usage and regulatory environment for novel and emerging tobacco, nicotine or related products. Brussels: European Union; 2013 (http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR211.html, accessed 18 September 2014).
145. Lorillard, Inc. reports fourth quarter and full year 2012 results - raises dividend 6.5%. Lorillard NewsDetails. 13 February 2013 (<http://investors.lorillard.com/phoenix.zhtml?c=134955&p=irol-newsArticle&id=1784543>, accessed 22 August 2014).
146. United States Securities and Exchange Commission Form 10-K. Annual report pursuant to section 13 or 15(d) of the Securities Exchange Act of 1934 for the fiscal year ended December 31, 2012. Winston-Salem, NC: Reynolds American Inc.; 2013 (<http://www.reynoldsamerican.com/secfiling.cfm?filingID=1193125-13-50521>, accessed 22 August 2014).
147. News release. British American Tobacco establishes stand-alone company, Nicoventures Limited. 5 April 2011. London: British American Tobacco; 2011 (http://www.bat.com/group/sites/UK__9D9KCY.nsf/vwPagesWebLive/DO8FLL93?opendocument&SKN=1, accessed 20 September 2014).
148. Half-yearly report to 30 June 2013. London: British American Tobacco; 2013 (http://www.bat.com/group/sites/UK__9D9KCY.nsf/vwPagesWebLive/DO9JMHPL?opendocument&SKN=1, accessed 22 August 2014).
149. Calantzopoulos A. Investor Day – Brand Portfolio and Commercial Approach. Philip Morris International Investor Day, June 21, 2012, Lausanne (slide presentation). Lausanne: Phillip Morris International; 2012 (<https://www.media-server.com/m/instances/8hjnb6wm/items/v2b4bx9m/assets/qa4ps3n3/0/file.pdf>, accessed 22 August 2014).
150. Executive Agency for Health and Consumers. Specific Request EAHC/2011/Health/11 for under EAHC/2010/Health/01 Lot 2. Economic analysis of the EU market of tobacco, nicotine and related products. Revised Final Report. 20 September 2013. London: Matrix Insight Ltd; 2013 (http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_matrix_report_eu_market_en.pdf, accessed 19 September 2014).
151. Nolte E, Conklin A, Breerton L, Celia C, Goshev S, Tsang F, Pasmans C. Availability, accessibility, usage and regulatory environment for novel and emerging tobacco, nicotine or related products. December 2012. Prepared for the Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Santa Monica, CA: Rand Corporation; 2013 (http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_rand_availability_en.pdf, accessed 19 September 2014).
152. Vaping Vamps [website]. The best e-cigarette brand for women. Minnesota: Vaping Vamps; 2014 (<http://www.vapingvamps.com/about-us/>, accessed 19 September 2014).
153. Flavor Vapes [website]. Cruquius: United Tobacco Vapor Group; 2014 (<http://www.flavorvapes.com/>, accessed 19 September 2014).

154. Young adult smokers opportunity profiles. San Francisco: Legacy Tobacco Documents Library; 2009 (<http://legacy.library.ucsf.edu/tid/hyp46b00>, accessed 24 August 2014).
155. Re: synopsis of the women's cigarette market (1974). Tobacco Documents Online [website]. 2014 (http://tobaccodocuments.org/product_design/501167118-7121.html, accessed 19 September 2014).
156. Product attribute image study. Exploratory research (1981). Tobacco Documents Online [website]. 2014 (http://tobaccodocuments.org/product_design/501983273-3308.html, accessed 22 August 2014).
157. Review of female targeted brands (1988). Tobacco Documents Online [website], 2014 (http://tobaccodocuments.org/product_design/507124752-4797.html, accessed 22 August 2014).
158. Wakefield M et al. The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco control*. 2002;11(Suppl. 1):i73-80 (http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/suppl_1/i73.full, accessed 22 August 2014).
159. Slim cigarettes. Brussels: European Commission; 2013 (http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/fs_slim_cigarettes_en.pdf, accessed 22 August 2014).
160. Doxey J, Hammond D. Deadly in pink: the impact of cigarette packaging among young women. 2011; *Tobacco Control*. 20(5):353.
161. Hammond D et al. Impact of female-oriented cigarette packaging in the United States. *Nicotine & Tobacco Research*. 2011;13(7):579-88 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3165942/>, accessed 22 August 2014).
162. Women and smoking: Time to face the crisis. Dublin: Irish Cancer Society; 2012 (<http://www.cancer.ie/sites/default/files/content-attachments/women-and-smoking.pdf>, accessed 22 August 2014).
163. How we market our products. A targeted approach. In: British American Tobacco [website]. London: British American Tobacco (http://www.bat.com/group/sites/UK__9D9KCY.nsf/vwPagesWebLive/DO9EBFUJ?opendocument&SKN=1, accessed 18 September 2014).
164. Hastings G, Liberman J. Tobacco corporate social responsibility and fairy godmothers: the Framework Convention on Tobacco Control slays a modern myth. *Tobacco Control*. 2009;18:73-4.
165. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD:US Department of Health and Human Services; 2008 (Tobacco Control Monograph, No. 19; http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/19/m19_complete.pdf, accessed 22 August 2014).
166. Big surprise: tobacco industry prevention campaigns don't work. Washington DC: Campaign for Tobacco Free Kids; 2013 (www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0302.pdf, accessed 22 August 2014).
167. Die Projektkförderung der Philip Morris Stiftung [Project funding of the Philip Morris Foundation]. Munich; Philip Morris Stiftung; 2012 (<http://www.philipmorrisstiftung.de/projektfoerderung/index.php>, accessed 22 August 2014).
168. Reemtsma Liberty Award [website]. Berlin: Reemtsma; 2012 (<http://www.liberty-award.de/index.php?id=364>, accessed 22 August 2014).
169. Lucky Strike Designer Award. Lucky Strike Junior Designer Award. Hamburg: Raymond Loewy Foundation; 2012 ([http://www.raymondloewyfoundation.com/index.php?id=2&L=1&tx_ttnews\[tt_news\]=](http://www.raymondloewyfoundation.com/index.php?id=2&L=1&tx_ttnews[tt_news]=), accessed 22 August 2014).
170. Pall Mall Foundation - Überblick [Pall Mall Foundation - Overview]. Hamburg: Pall Mall Foundation; 2012 (<http://www.pall-mall-foundation.at/pgs09/100/index.php>, accessed 22 August 2014).
171. Sowing Season: Sabancı Foundation Grant Program Stories. Istanbul: Sabancı Vakfı; 2013 (<http://www.sabancivakfi.org/files/arsiv-data/ekim-zamani-2013/ekimzamani2013.pdf>, accessed 22 August 2014).
172. The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues; 2014 (<http://www.europeancancerleagues.org/>

- images/TobaccoControl/TCS_2013_in_Europe_13-03-14_final_1.pdf, accessed 24 August 2014).
173. Deadly influence – a story about the tobacco industry's last battle. Stockholm: Tobaksfakta; 2012.
 174. Oberg M et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. 2011;377(9760):139-46.
 175. Breaking the cycle of children exposed to tobacco smoke. London: British Medical Association; 2007 (http://www.co.marquette.mi.us/departments/health_department/smokefreeup_org/docs/Children_Smoking_Report.pdf, accessed 22 August 2014).
 176. Mackay D et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *New England Journal of Medicine*. 2010;363:1139-45 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1002861#t=article>, accessed 22 August 2014).
 177. Sims M et al. Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. *BMJ*. 2010;340:c2161 (<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c2161.full.pdf+html>, accessed 22 August 2014).
 178. Municipalities with smoke-free beach laws. Enacted as of July 3, 2014. Berkeley, CA: American Non-smokers Rights Foundation; 2014 (<http://www.no-smoke.org/pdf/SmokefreeBeaches.pdf>, accessed 19 September 2014).
 179. Global Adult Tobacco Survey. Fact sheet Turkey 2008. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_turkey_factsheet_2009.pdf?ua=1, accessed 22 August 2014).
 180. Creating a tobacco-free generation: a tobacco control strategy for Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/0041/00417331.pdf>, accessed 22 August 2014).
 181. Creating a smoke-free home. REFRESH how to guide for professionals working with families and children. In: Taking action on smoking and health [website]. Edinburgh: ASH Scotland; 2014 (<http://www.ashscotland.org.uk/go-smoke-free/reducing-second-hand-smoke.aspx>, accessed 23 August 2014).
 182. Kaleta D et al. Use of flavoured cigarettes in Poland: data from the global adult tobacco survey (2009-2010). *BMC Public Health*. 2014;14:127 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/127>, accessed 23 August 2014).
 183. Tobacco Products Scientific Advisory Committee of the Center for Tobacco Products of the Food and Drug Administration. Menthol Cigarettes and Public Health: Review of the Scientific Evidence and Recommendations. Silver Spring MD: U.S. Food and Drug Administration; 2011 <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/TobaccoProductsScientificAdvisoryCommittee/UCM269697.pdf>, accessed 23 August 2014).
 184. Menthol capsules in cigarette filters – increasing the attractiveness of a harmful product. Heidelberg: German Cancer Research Center (DKFZ); 2012 (Red Series Tobacco Prevention and Tobacco Control, Vol. 17; http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_17_Menthol_Capsules_in_Cigarette_Filters_en.pdf, accessed 23 August 2014).
 185. Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2014 edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2014 (<http://tobaccoreport.ca/2014/>, accessed 2 December 2014).
 186. Ministry of Public Health of Thailand, Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey, Thailand Report, 2011. Geneva: WHO Regional Office for South East Asia; 2011 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/thailand_report_2011.pdf?ua=1, accessed 23 August 2014).
 187. Maslennikova GY et al. Russia SimSmoke: the long-term effects of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in Russia. *Tobacco Control*. 2013.
 188. Moodie C et al. Plain tobacco packaging: a systematic review. London: University of London; 2012 (http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_006_Final_Report.pdf, accessed 23 August 2014).

189. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ*. 2007;335:37-41.
190. Moodie C et al. Plain tobacco packaging research: an update. Stirling: University of Stirling; 2013 (<http://www.stir.ac.uk/media/schools/management/documents/Plain%20Packaging%20Studies%20Update.pdf>, accessed 23 August 2014).
191. Wakefield MA et al. Introduction effects of the Australian plain packaging policy on adult smokers: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;3 (<http://bmjopen.bmj.com/content/3/7/e003175.full>, accessed 23 August 2014).
192. Guillaumier A et al. Socioeconomically disadvantaged smokers' ratings of plain and branded cigarette packaging: an experimental study. *BMJ Open*. 2014;4 (<http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004078.full>, accessed 23 August 2014).
193. Young JM et al. Association between tobacco plain packaging and quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis. *The Medical Journal of Australia*. 2014;200:29-32 (<https://www.mja.com.au/journal/2014/200/1/association-between-tobacco-plain-packaging-and-quitline-calls-population-based>, accessed 23 August 2014).
194. Australian Treat Series 1993 No 30. Department of Foreign Affairs and Trade, Canberra. Agreement between the Government of Hong Kong and the Government of Australia for the promotion and protection of investments. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1995 (<http://www.austlii.edu.au/au/other/dfat/treaties/1993/30.html>, accessed 20 September 2014).
195. Women and smoking: a report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2001 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44303/>, accessed 23 August 2014).
196. Wakefield M et al. An experimental study of effects on schoolchildren of exposure to point-of-sale cigarette advertising and pack displays. *Health Education Research*. 2006;21(3):338-347 (<http://her.oxfordjournals.org/content/21/3/338.full.pdf>, accessed 23 August 2014).
197. McNeill A et al. Evaluation of the removal of point-of-sale tobacco displays in Ireland. *Tobacco Control*. 2011;20:137-43
198. Quinn C et al. Economic evaluation of the removal of tobacco promotional displays in Ireland. *Tobacco Control*. 2011;20:151-5
199. Karl Erik Lund KE, Rise J. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeid i Norge 2003-2007. Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer [Evaluation of the public tobacco-prevention work in Norway 2003-2007. Basis of proposal of a ban on visible display of tobacco products]. Stockholm: Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS); 2008 (http://sirus.no/filestore/Import_vedlegg/siruskrifter1.08.pdf, accessed 24 August 2014).
200. The agreement on the European Economic Area. Brussels: European Union; 1994 (<http://www.efta.int/media/documents/legal-texts/eea/the-eea-agreement/Main%20Text%20of%20the%20Agreement/EEAAgreement.pdf>, accessed 18 September 2014).
201. Lund KE et al. Updated report on the knowledge base concerning the prohibition on the display of tobacco products. Memorandum from the Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS) of 20 December 2010. Oslo: SIRUS; 2010 (http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/eng_Not_atomoppstillingsforbudettilRegjeringsadvokaten2010.pdf, accessed 23 August 2014).
202. Scheffels J, Lavik R. Out of sight, out of mind? Removal of point-of-sale tobacco displays in Norway. *Tobacco Control*. 2013;22:37-42 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/22/e1/e37.full>, accessed 23 August 2014).
203. Amos A, Brown T, Platt S. A systematic review of the effectiveness of individual cessation support interventions in Europe to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults. Final Report, June 2013. Edinburgh: Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh; 2013 (<http://silne.ensp.org/research-article-a-systematic-review-of-the-effectiveness-of-individual-cessation-support-interventions-in-europe-to-reduce-socio-economic-inequalities-in-smoking-among-adults/>, accessed 23 August 2014).
204. Stead M et al. Is consumer response to plain/standardised tobacco packaging consistent with framework convention on tobacco control guidelines? A systematic review of quantitative studies. *PLoS One*.

- 2013;8:e75919 (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0075919>, accessed 23 August 2014).
205. Bell K, Richardson L, Greaves L. Review 5. The impact of quitlines on smoking cessation. In: NICE guidelines (PH10). London: National Institute for Health Care and Evidence; 2008 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/chapter/appendix-c-the-evidence>, accessed 24 November 2014).
206. Sluta-röka-linjen [Stop smoking line] [website]. Stockholm: Centre for Epidemiology and Community Medicine; 2014 (<http://slutarokalinjen.org/>, accessed 18 September 2014).
207. Jimenez-Muro A et al. A proactive smoking cessation intervention in postpartum women. *Midwifery*. 2013; 29(3):240-5.
208. Nerin I, Jané M. Women and tobacco: experiences from Spain. In: The NET [website]. INWAT; 2014 (http://inwat.org/content/wp-content/uploads/2014/03/TheNET_Winter2014_Web.pdf, accessed 18 September 2014).
209. National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCCT) [website]. Very Brief Advice Training Module. London: NCSCCT; 2013 (http://www.ncsct.co.uk/publication_very-brief-advice.php, accessed 23 August 2014).
210. Chellini E et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: baseline characteristics of women involved in the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011;11:906.
211. Gorini G et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: effectiveness of the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2012;12:740 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/740>, accessed 23 August 2014).
212. Rice VH, Hartman-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;8 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/full>, accessed 18 September 2014).
213. Osservatorio Nazionale Screening [website]. I rapporti annuali [Annual reports]. Florence: Osservatorio Nazionale Screening; 2013 (<http://www.osservatorionazionalecreening.it/content/i-rapporti-annuali>, accessed 24 August 2014).

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
Чешская Республика
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: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int