



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто тринадцатая сессия
Пункт 8.7 предварительной повестки дня

EB113/38 Rev.2
19 января 2004 г.

Питание детей грудного и раннего возраста и прогресс в осуществлении Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока

Доклад Секретариата

1. Резолюция WHA55.19 вновь подтвердила приверженность Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций. ВОЗ не только способствует коллективным усилиям, ее работа по достижению Целей тысячелетия в области развития является неотъемлемой частью ее деятельности по основным направлениям¹. Достижение целей и решение задач, связанных со здоровьем, в особенности искоренение чрезмерной нищеты и голода, снижение детской смертности и укрепление здоровья матерей в значительной мере зависит от снижения уровня недостаточности питания, на которую приходится, прямо или косвенно, 54% от 10,8 миллиона детей в возрасте до пяти лет, которых ежегодно уносит смерть (см. Рисунок). Сессии Ассамблеи здравоохранения, которые состоялись в последнее время, выражали глубокую обеспокоенность по поводу огромного числа детей грудного и раннего возраста, питание которых до сих пор не соответствует нормам, и призывали государства-члены стремиться к обеспечению полного охвата матерей, младенцев, детей и подростков известными эффективными мерами вмешательства².

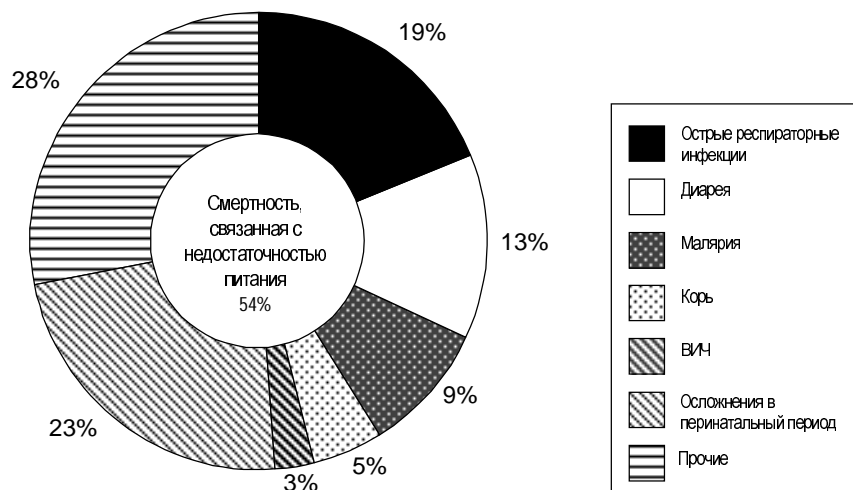
2. В настоящем документе кратко описывается глобальное бремя недостаточности питания детей грудного и раннего возраста и сообщается о ходе работы по защите, содействию и оказанию поддержки надлежащему питанию детей грудного и раннего возраста и осуществлению Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока³.

¹ См. документ A56/11.

² Соответственно, резолюции WHA54.2 (2001 г.) и WHA55.25 (2002 г.) о питании детей грудного и раннего возраста и WHA56.21 (2003 г.) о стратегии по вопросам здоровья и развития детей и подростков.

³ Этот доклад представляется в соответствии с резолюцией WHA33.32 и Статьей 11.7 Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока.

Распределение 10,8 миллиона смертных случаев, зарегистрированных в развивающихся странах среди детей в возрасте до пяти лет, в 2001 году



Источник: Данные по причинам смерти: РПИ/ВОЗ.
 Данные по недостаточному питанию: Pelletier DL, et al. *Американский журнал общественного здравоохранения*, 1993 г., 83: 1130-1133 и РПИ/ВОЗ.

WHO 03.205

БЕЛКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

3. На глобальном уровне в период с 1990 по 2000 год произошло умеренное снижение уровня недостаточности питания детей, которое выразилось в снижении степени распространенности случаев веса ниже нормы с 26,5% до 22,4% (см. Таблицу 1). Наиболее заметное снижение произошло в Азии, где количество детей с недостаточным весом снизилось с 35,1% до 27,9%, однако в южной и центральной частях Азии уровни недостаточности питания детей продолжают оставаться в общем и целом высокими независимо от существенного снижения степени распространенности случаев детей с недостаточным весом в течение этого же периода. Существенные улучшения были также отмечены в Латинской Америке и Карибском бассейне, где произошло относительное снижение частоты случаев детей с недостаточным весом на одну треть (с 9% до 6%). Вместе с тем, в Африке в этом плане практически не произошло никаких изменений: доля детей в возрасте до пяти лет с недостаточным весом оставалась, как и прежде, на уровне приблизительно одной четверти, при том что их число увеличилось с 26 до 32 миллионов. Прогнозы на 2005 г. свидетельствуют о снижении распространенности этого явления во всех регионах, кроме Африки.

4. Тридцать миллионов младенцев с недостаточным весом, которые рождаются ежегодно (23,8% всех рождений), зачастую сталкиваются с серьезными краткосрочными и долгосрочными последствиями для здоровья (см. пункт 23). Хотя глобальная распространенность таких случаев в целом медленно снижается, все же во многих

развивающихся странах она достигает до 30%. Для оказания поддержки странам в решении этой крупнейшей проблемы в области общественного здравоохранения ВОЗ разрабатывает глобальную стратегию содействия оптимальному внутриутробному росту плода в целях ее представления руководящим органам в 2005 году¹.

ТАБЛИЦА 1. НЫНЕШНИЕ И ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ГЛОБАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ (1990-2005 гг.) В НЕДОСТАТОЧНОМ ВЕСЕ^a (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЧИСЛО НЕДОУПИТАННЫХ ДЕТЕЙ)

Регион ^b	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.
	млн. (%)	млн. (%)	млн. (%)	млн. (%)
Африка	25,8 (24,0)	28,5 (24,5)	32,0 (25,0)	35,9 (25,6)
Северная	1,6 (9,5)	1,3 (8,1)	1,1 (6,9)	1,0 (5,9)
К югу от Сахары	24,1 (26,8)	27,2 (27,3)	30,9 (27,7)	35,0 (28,2)
Азия	131,9 (35,1)	116,3 (31,5)	101,2 (27,9)	89,2 (24,8)
Восточная	23,1 (18,5)	14,5 (13,2)	9,5 (9,3)	6,1 (6,5)
Южно-центральная	86,0 (49,6)	80,9 (45,2)	73,4 (40,8)	67,1 (36,5)
Юго-Восточная	20,2 (35,2)	18,1 (31,2)	15,5 (27,4)	13,2 (23,9)
Западная	2,7 (12,9)	2,8 (12,1)	2,8 (11,3)	2,7 (10,6)
Латинская Америка и Карибский бассейн	4,8 (8,7)	4,0 (7,3)	3,4 (6,1)	2,8 (5,0)
Развивающиеся страны	162,6 (30,2)	148,9 (27,5)	136,6 (25,0)	128,0 (23,0)
Развитые страны	1,2 (1,6)	1,0 (1,4)	0,8 (1,3)	0,7 (1,1)
Итого	163,8 (26,5)	149,9 (24,4)	137,4 (22,4)	128,7 (20,8)

^a Недостаточный вес определяется как вес ниже двух стандартных отклонений от международной стандартной медианы Национального центра медико-санитарной статистики (NCHS)/ВОЗ.

^b Страны сгруппированы в соответствии с системой региональной классификации для целей в области развития, определенных в Целях тысячелетия в области развития (http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_worldreg.asp).

Источник: Глобальная база данных ВОЗ по росту и недостаточному питанию детей, 2003 год.

¹ Этот процесс включает проведение совещаний консультативной группы по питанию матерей и проблеме низкого веса при рождении, техническую консультацию в порядке разработки глобальной стратегии содействия оптимальному внутриутробному росту плода (Женева, 25-27 ноября 2003 г.) и региональные консультации по проекту стратегии, намеченные на 2004 год.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАТЕЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ

5. Недостаток витаминов и минеральных элементов способствует развитию состояний, на которые приходится 7,3% от общего глобального бремени болезней. Недостаточность йода, витамина А и железа является основной формой недостаточности питательных микроэлементов, от которой в общем и целом страдают более 4500 миллионов людей в мире: наиболее широкое распространение получила недостаточность железа, от которой страдают, по оценкам, 2000 миллионов человек (включая каждого третьего ребенка); 1900 миллионов страдают от недостаточности йода; и 250 миллионов детей дошкольного возраста и 20 миллионов беременных женщин – от недостаточности витамина А (см. Таблицу 2)¹. Поскольку рацион питания большинства малолетних детей в странах с низким уровнем дохода характеризуется недостаточностью железа, цинка и витамина В6², стратегии в области снижения уровня недостаточности питательных микроэлементов необходимо сосредоточить на первых двух годах жизни.

6. В течение последнего десятилетия был достигнут существенный прогресс в снижении уровня **недостаточности йода** – главной причины поддающихся профилактике умственных нарушений, ведущих к снижению уровня успеваемости в школе и ограничению способностей к работе. С 1993 г. число стран, затронутых этой болезнью, снизилось наполовину, и в настоящее время 68% всех семей в мире употребляют в пищу йодированную соль. Однако в 54 странах недостаточность йода до сих пор остается одной из проблем общественного здравоохранения. В целях оказания содействия в устранении случаев нарушений, обусловленных недостаточностью йода, прежде всего за счет обеспечения устойчивой системы мер по контролю и эффективному мониторингу, ВОЗ разработала систему оценки национальных программ и развернула сеть региональных специализированных лабораторий.

7. **Недостаточность витамина А**, которая является основной поддающейся профилактике причиной детской слепоты и важнейшим фактором риска для здоровья, остается крупнейшей проблемой общественного здравоохранения в 118 странах. Стратегия борьбы с проблемой этого вида недостаточности включает диверсификацию рациона питания, включение пищевых добавок и обогащение продуктов питания, а также такие меры общественного здравоохранения, как содействие грудному вскармливанию, борьба с детскими инфекциями и раздача добавок витамина А (при посещении больных детей на дому и в ходе национальных дней иммунизации против полиомиелита, которые позволили предотвратить, по оценкам, 1,25 миллиона смертей с 1998 г.). По мере приближения момента, когда полиомиелит будет полностью ликвидирован, встает задача поиска других способов устойчивого обеспечения витамином А, например по линии регулярных служб иммунизации. ВОЗ координирует оценку безопасности и пользы в результате увязки этих мероприятий в течение первого года жизни.

¹ См. также: WHO micronutrient deficiency information system (http://www.who.int/nut/db_mdis.htm).

² Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for programs. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, **24**(1): 5-28.

ТАБЛИЦА 2. ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, СТРАДАЮЩЕГО ОТ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТРЕХ ОСНОВНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ПИТАНИИ, ПО РЕГИОНАМ ВОЗ

Регион ВОЗ	Недостаточность йода ^a		Недостаточность витамина А		Недостаточность железа (анемия) ^b	
	Общее население		Дошкольники		Общее население	
	млн.	%	млн.	%	млн.	%
Африканский регион	254,4	47,6	52,0	49	293,5	46
Регион стран Америки	75,0	14,1	0,06	20	142,7	19
Регион Юго-Восточной Азии	624,0	39,9	125,5	69	777,5	57
Европейский регион	436,0	59,9	-	-	86	10
Регион Восточного Средиземноморья	228,4	55,4	16,1	22	183,6	45
Регион Западной части Тихого океана	261,1	19,7	42,1	27	598,1	38
Итого	1878,5	36,9	251,3	42	2031,7	37

^a Недостаточность йода определяется как средняя концентрация йода в моче ниже 100 мг/л.

^b Основана на концентрации гемоглобина.

Источник: WHO, Micronutrient Deficiency Information System: global prevalence of iodine deficiency, 2003; global prevalence of vitamin A deficiency, 1995; global prevalence of anaemia and iron deficiency, 1990-1995 (ВОЗ, Система информации о недостаточности микроэлементов в питании: распространенность недостаточности йода в мире, 2003 г.; распространенность недостаточности витамина А в мире, 1995 г.; распространенность анемии и недостаточности железа в мире, 1990-1995 гг.).

8. Самым серьезным последствием **недостаточности железа и анемии** является увеличение материнской и детской смертности, однако при этом велики и последствия для развития детей и производительности труда. В развивающихся странах, где распространенность анемии достигает пиковых значений среди детей в возрасте 12-24 месяцев¹, сложная этиология недостаточности железа, осложненная такими дополнительными факторами, как малярия, гельминтные инфекции и другие виды недостаточности питания, предполагают необходимость целого комплекса мер по борьбе с инфекционными болезнями, укреплению здоровья матери и ребенка и улучшению питания.

¹ Источник: *Demographic and Health Surveys*, 1996-2001.

9. **Недостаточность цинка** в качестве одной из проблем общественного здравоохранения среди детей младшего возраста в развивающихся странах¹ и польза добавок цинка для снижения уровня распространенности пневмонии, а также эпизодов и продолжительности серьезных случаев диареи была признана совсем недавно. В настоящее время в Индии и Занзибаре (Объединенная Республика Танзания) при поддержке ВОЗ продолжаются исследования в целях количественного определения воздействия добавок цинка на детскую смертность.

ПИТАНИЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ И ВЕДЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЕВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

10. Серьезные ситуации, в которых сложились чрезвычайные обстоятельства, в настоящее время затрагивают около 40 миллионов человек, включая 5,8 миллиона детей в возрасте до пяти лет, в 55 странах. Для решения проблемы недостаточности питания детей, обусловленной нехваткой пищевых продуктов, ухода или медико-санитарных услуг, которые получают самое широкое распространение в таких обстоятельствах, ВОЗ обеспечивает техническую поддержку правительствам и агентствам по оказанию помощи, действующим в Афганистане, южной части Африки, на Западном берегу и секторе Газа, Ираке, Либерии и Эфиопии. Соответствующие руководящие принципы и стандарты включают организацию питания в чрезвычайных обстоятельствах² и содействие оптимальному кормлению детей грудного и раннего возраста³.

11. Хотя средний показатель смертности среди детей в возрасте до пяти лет в случае серьезной недостаточности питания обычно варьируется в пределах от 30% до 50%, его, тем не менее, можно существенно снизить, если принимать во внимание физиологические и метаболические изменения. В лечебных центрах, применяющих рекомендуемую методику ВОЗ по ведению серьезных случаев недостаточности питания детей в условиях стационара⁴, эти показатели снизились ниже уровня 5%. В целях обучения медико-

¹ Caulfield L, Black RE. Zinc deficiency. In: Ezzati M et al. (eds) *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2003 (в печати).

² *The management of nutrition in major emergencies*. Geneva, World Health Organization, 2000; *Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff*. WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN and additional contributors. Dublin, Emergency Nutrition Network, 2001.

³ Документ WHA55/2002/REC/1, Приложение 2, и *Содействие оптимальному кормлению детей грудного и раннего возраста в чрезвычайных обстоятельствах с особым упором на ситуацию в Ираке* (http://www.who.int/nut/documents/emerg_feeding_iraq.pdf). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 год.

⁴ *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva, World Health Organization, 1999; *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition* (документ WHO/FCH/CAH/00.1).

санитарных работников применению этой методики ВОЗ разработала учебный курс¹, который проводится в 25 странах регионов Африки, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана с помощью институциональных партнеров из Бангладеш, Гамбии, Малави, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и Чили.

КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

12. После утверждения Ассамблеей здравоохранения **Глобальной стратегии в области питания детей грудного и раннего возраста** (резолюция WHA55.25) ВОЗ приступила к работе во всех регионах по воплощению этих рекомендаций в практические действия. Например, в этих целях были проведены региональные совещания в Хараре (11-14 ноября 2002 г. для Ботсваны, Ганы, Зимбабве и Эфиопии) и в Касабланке, Марокко (28-31 июля 2003 г. для Бахрейна, Египта, Исламской Республики Иран, Марокко, Омана, Пакистана и Туниса), и национальные совещания в целях дальнейшего развития достигнутых результатов, организованные в Боливии, Ботсване, Вьетнаме, Гане, Египте, Камбодже, Китае и Эфиопии². В 2002-2003 гг. ЮНИСЕФ и сотрудничающие неправительственные организации оказали поддержку в проведении совещания с участием нескольких стран во Вьетнаме, Египте, Индии, Малайзии и Перу. ВОЗ организовала глобальное техническое совещание (Женева, 10-12 февраля 2003 г.), посвященное рассмотрению хода работы по осуществлению стратегии, в связи с которой ВОЗ и ее партнеры³ разрабатывают различные практические ресурсы, например соответствующую методику⁴ оценки политики и программ в области защиты, содействия и оказания поддержки надлежащему кормлению и руководящие принципы⁵ включения необходимых знаний и квалификации в базовый курс подготовки специалистов в области здравоохранения.

13. Анализ данных 414 обзоров, поступивших из 122 стран в **глобальный банк данных ВОЗ по грудному вскармливанию и прикорму**, показывает общее увеличение

¹ Учебный курс по ведению серьезных случаев недостаточности питания (включая семь модулей для участников и руководящие принципы для инструкторов) (документ WHO/NHD/02.04; оригинал – английский, варианты на испанском, португальском и французском языках – в стадии подготовки).

² После совместной Международной конференции ФАО/ВОЗ по вопросам питания (Рим, 1992 г.) 146 государств-членов и 5 территорий пересмотрели и укрепили межсекторальную политику в области пищевых продуктов и питания, из которых 100 конкретно включили стратегию по содействию практике надлежащего кормления детей грудного и раннего возраста.

³ Включая ЮНИСЕФ, ФАО, МОТ, Проект LINKAGES, Международную сеть действий в поддержку детского питания, Международную лигу "La Leche" и Всемирный альянс действий в поддержку грудного вскармливания.

⁴ *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes* (<http://www.who.int/nut/publications.htm#inf>). Geneva, World Health Organization, 2003.

⁵ *Complementary feeding: report of a global consultation and summary of guiding principles*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Complementary_Feeding.pdf); Daelmans B, Martines J, Saadeh R eds. Special issue based on a World Health Organization expert consultation on complementary feeding. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, 24(1).

исключительно грудного вскармливания в первые четыре месяца жизни¹ с 19% в 1990 г. до 38% в 2002 году. По оценкам, за этот же период общая доля детей, получающих своевременный прикорм, возросла с 55% до 60%². Несмотря на улучшение ситуации, практика кормления все еще далека от идеала с точки зрения глобальной рекомендации ВОЗ, а именно: исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев и последующее безопасное и соответствующее прикармливание с продолжением грудного вскармливания до двух или более лет (резолюция WHA54.2).

14. В порядке оказания поддержки научно обоснованному содействию соответствующей практике **прикармливания** и ее точной оценке во времени ВОЗ поощряет разработчиков политики и планировщиков программ к тому, чтобы при подготовке местных рекомендаций по вскармливанию они использовали сборники наиболее передовой практики³. Эти сборники отражают результаты глобальной консультации по прикармливанию (Женева, 10-13 декабря 2001 г.)⁴ и сопровождаются брошюрой⁵, предназначенной для работников здравоохранения среднего звена, которые дают консультации по кормлению детей. После испытаний на местах в Бангладеш, Южной Африке и на Ямайке был проведен учебный курс (Оман, 13-18 сентября 2003 г.) для привития работникам здравоохранения навыков по консультированию ухаживающих за детьми лиц в целях подготовки инструкторов, которые будут, в свою очередь, готовить других инструкторов в Бахрейне, Омане, Пакистане и Судане⁶. Кроме того, ВОЗ в сотрудничестве с Международным институтом

¹ Хотя предпочтительной переменной для анализа является глобальная медико-санитарная рекомендация продолжать исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев, в национальных обзорах не имеется достаточных данных для этого. Компетентные органы почти 60 государств-членов, включая, к середине 2003 г., Австралию, Ирландию и Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, официально рекомендуют шесть месяцев исключительно грудного вскармливания.

² Полный доклад о последних тенденциях в мире и в регионах распространенности и длительности исключительно грудного вскармливания и своевременного прикармливания находится на этапе подготовки.

³ *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC, PAHO/World Health Organization, 2003.

⁴ *Complementary feeding: report of a global consultation and summary of guiding principles*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Complementary_Feeding.pdf); Daelmans B, Martines J, Saadeh R eds. Специальный выпуск, подготовленный на основании результатов консультации экспертов Всемирной организации здравоохранения по прикармливанию. Бюллетень по продовольствию и питанию, *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, **24**(1).

⁵ *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. Geneva, World Health Organization, 2001.

⁶ *Complementary feeding counselling: a training course*. Geneva, World Health Organization, 2003 (в печати).

исследований продовольственной политики разрабатывает показатели для оценки практики прикармливания¹.

15. Основным источником **инфекции ВИЧ у детей** - передача от матери во время беременности, родов или грудного вскармливания (степень передачи составляет от 5% до 20% у детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями). ВОЗ и восемь других организаций системы Организации Объединенных Наций способствуют установлению рамок действий, которые одновременно подчеркивают и значение снижения передачи ВИЧ, и необходимость большей поддержки грудному вскармливанию среди широких слоев населения². Эти рамки служат основой для всеобъемлющей национальной политики кормления, осуществления Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока и соответствующих резолюций Ассамблеи здравоохранения, надлежащего кормления всех детей, поддержки ВИЧ-позитивным женщинам, а также исследований и дополняются пересмотренными и обновленными руководствами (для лиц, принимающих решения, и персонала здравоохранения) и техническим обзором³.

16. ВОЗ провела испытание на местах комплекта карточек с материалами по консультированию для использования совместно с подготовкой к консультированию по грудному вскармливанию и предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку. Она подготовила средства оценки возможных вариантов кормления детей для ВИЧ-позитивных матерей, которые либо предпочитают не вскармливать грудью, либо прекращают грудное вскармливание на раннем этапе, и готовит руководства по кормлению детей, не вскармливаемых грудью. Чтобы обеспечить информационную основу для соответствующих мероприятий, ВОЗ оказывает поддержку изучению рисков передачи ВИЧ, связанных с различными видами кормления, включая исключительно грудное вскармливание, и роли маститов и других инфекций в такой передаче. В дополнение к оказанию поддержки операционным исследованиям в Бразилии и Южной Африке в области обеспечения качества консультаций по кормлению грудных детей и помощи матерям ВОЗ способствует созданию сети для содействия обмену информацией и координации научных исследований.

17. Консультативная техническая группа ВОЗ по питанию и ВИЧ/СПИДу провела совещание (Женева, 13-15 мая 2003 г.) для рассмотрения потребностей в питательных веществах примерно 42 миллионов людей (включая три миллиона детей в возрасте до 15 лет), живущих с ВИЧ/СПИДом, а также данных о роли питания в передаче ВИЧ,

¹ Ruel MT, Brown KH, Caulfield LE. Moving forward with complementary feeding: indicators and research priorities. Washington, DC, International Food Policy Research Institute. Discussion Paper 146, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/paper146.pdf).

² *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm).

³ WHO, UNICEF, UNAIDS. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers; A guide for health care managers and supervisors*. Geneva, World Health Organization, документы WHO/FRH/NUT/CHD/98.1 и 98.2; и ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНЭЙДС. *A review of HIV transmission through breastfeeding*.

развитии и распространенности болезни. Группа также готовит проект монографии по научным данным, последствиям для программ, продовольственной безопасности и помощи уязвимым группам, включая сирот. ВОЗ и ФАО совместно подготовили учебный курс для работников здравоохранения о роли питания в передаче ВИЧ, развитии болезни и практических мерах помощи, а также опубликовали руководство, содержащее простые советы в отношении рациона питания для лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом¹.

18. Инициатива по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания, выдвинутая в 1991 г. в целях содействия началу и продолжению исключительно грудного вскармливания в медико-санитарных учреждениях, осуществляется более чем в 19 000 больниц в 138 странах, а в 2002 г. штат Керала (Индия), где 80% родильных домов и отделений признаны способствующими грудному вскармливанию, был провозглашен первым в мире "штатом, создавшим условия, благоприятные для грудного вскармливания". Региональное бюро для стран Африки организовало учебный курс для специалистов по оценке медико-санитарных учреждений из 12 африканских стран (Либревиль, 28-30 мая 2002 г.). Чтобы поддержать успешное осуществление Инициативы, ВОЗ широко распространяет средства повторной оценки и мониторинга² и готовит рекомендации по оказанию поддержки ВИЧ-позитивным матерям в больницах, способствующих грудному вскармливанию. В настоящее время проводится соответствующая адаптация учебного курса для больничных администраторов³.

19. Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока, который был принят в 1981 г., предусматривает представление Генеральному директору ежегодных докладов государств-членов о действиях, предпринятых для воплощения принципов и достижения цели Свода правил (статья 11.6). Учитывая, что с того времени из 192 государств - членов ВОЗ доклады хотя бы один раз представили 162 (некоторые несколько раз), что составляет 84%, поступление новой информации значительно сократилось. Одна из оперативных целей Глобальной стратегии кормления детей грудного и раннего возраста⁴ - вновь подчеркнуть значение Международного свода правил. Со

¹ Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS Geneva, World Health Organization (в печати); *Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003 (<http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM>).

² ВОЗ, ЮНИСЕФ и Интернационал Wellstart. Инициатива по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress (документ WHO/NHD/99.2).

³ Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers. (документ WHO/NHD/96.3).

⁴ Стратегия "предусматривает в качестве приоритета для всех правительств... рассмотрение вопроса о том, какие могут потребоваться новые законодательные или другие подходящие меры в качестве части комплексной политики в области питания детей грудного и раннего возраста для воплощения принципов и достижения цели Международного свода правил... и последующих резолюций Ассамблеи здравоохранения по этому вопросу" (документ WHA55/2002/REC/1, Приложение 2, пункт 33).

времени последнего доклада Генеральной Ассамблее¹ новая информация поступила лишь от трех государств-членов: Индии (законодательная поправка 2003 г., подкрепляющая Закон 1993 г.² посредством запрета рекламы продуктов, предназначенных для кормления детей в возрасте до двух лет); Малайзии (поправка к Продовольственным правилам 1985 г., запрещающая помещать на упаковках детских питательных смесей или распространять вместе с ними любую информацию рекламного характера о других продуктах); Пакистана (Постановление об охране грудного вскармливания и питания детей от 26 октября 2002 г., действие которого распространяется на все продукты, предназначенные для кормления в первый год жизни)³. ВОЗ ответила на запросы о технической поддержке со стороны Австралии, Бахрейна, Камбоджи, Новой Зеландии и Турции. В апреле 2002 г. Международная педиатрическая ассоциация - неправительственная организация, состоящая в официальных отношениях с ВОЗ с 1951 г., - подтвердила Генеральному директору свою поддержку Международного свода и последующих резолюций Ассамблеи здравоохранения по этому вопросу.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ РОСТА ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

20. Справочные таблицы роста являются одним из наиболее распространенных средств оценки благосостояния ребенка и, соответственно, состояния здоровья общин, в которых они живут. Основная ценность заключается в том, что это помогает определить степень, в которой удовлетворяются физиологические потребности для роста и развития в очень важный период внутриутробного развития и детства. В 1994 г. ВОЗ, признавая недостатки международных стандартов роста Национального центра медико-санитарной статистики/ВОЗ, начала планирование новых стандартов на основе того, как *должны* расти дети во всех странах, а не просто описания того, как они растут в конкретном месте в данное время.

21. Межинститутское исследование ВОЗ по подготовке справочной таблицы для контроля роста детей (1997-2003 гг.), представляющее вторую фазу проекта по стандартам роста, позволило собрать исходные данные примерно по 8500 детям самого разного этнического происхождения, проживающих в обстановке разных культур (Бразилия, Гана, Индия, Норвегия, Оман и Соединенные Штаты Америки). С учетом полученных результатов было начато проведение третьей фазы - разработки научно обоснованных средств для оценки роста и упитанности. Новые стандарты, число которых увеличилось с трех до 12 и которые связаны с достигнутым уровнем моторного развития, установят в качестве биологической нормы ребенка, вскармливаемого грудью.

22. Задача заключается в том, чтобы к 2010 г. большинство из 99 стран, которые в настоящее время используют эталоны роста Национальных центров медико-санитарной

¹ Документ A55/14.

² *International Digest of Health Legislation*, 1993; 44:638.

³ *International Digest of Health Legislation*, <http://www.who.int/idhl/>, Pak. 02.003.

статистики ВОЗ, уже применяли новые стандарты или начали переход на них. Этот переход будет максимально использован для установления более тесной связи оценки роста с мероприятиями в поддержку достижения целей в области развития, поставленных в Целях тысячелетия в области развития. Более того, стандарт роста, основанный на общепланетарной выборке, и признание того, что основными детерминантами разницы в росте детей являются различия в окружающей среде, а не генетическое наследие, должны способствовать осуществлению принятых принципов прав человека и, в частности, тех, которые зафиксированы в Конвенции о правах ребенка.

СОКРАЩЕНИЕ СВЯЗАННЫХ С ПИТАНИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ

23. Увеличивается объем убедительных данных, увязывающих плохое питание, будь то недостаточное или избыточное, с нарушениями здоровья в дальнейшей жизни. Недавние исследования продемонстрировали повышенный риск болезни во взрослом возрасте в тех случаях, когда за отставанием во внутриутробном росте следует быстрый компенсирующий рост. Другие данные указывают на более высокий риск коронарной болезни сердца, инсультов и, возможно, начинающихся во взрослом возрасте диабетов для лиц, рост которых в детский период происходил замедленно. Грудное вскармливание ассоциируется со значительно более низким давлением крови в детстве как для доношенных, так и для недоношенных младенцев. В то же время непродолжительное вскармливание грудью и кормление заменителями грудного молока ассоциируются с риском ряда хронических болезней в детстве и подростковом возрасте (например, диабет типа 1, глютеновая болезнь, некоторые детские онкологические болезни и воспаление кишечника); некоторые последние данные позволяют предположить существование связи между кормлением детскими питательными смесями и повышением риска возникновения ожирения и гипертензии в дальнейшей жизни¹. Однако для выявления воздействия питания в раннем возрасте на состояние здоровья в долгосрочной перспективе требуются дополнительные исследования. По этим причинам ВОЗ выступает за такой подход к здоровому режиму питания и предупреждению хронических болезней для всех возрастных групп, который охватывает всю жизнь².

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

24. Исполнительному комитету предлагается принять доклад к сведению.

= = =

¹ Серия технических докладов ВОЗ, No. 916, 2003 г.

² См. также документ EB113/7 об укреплении здоровья и здоровом образе жизни и документ EB113/44 Add.1, в котором представлен проект глобальной стратегии по рациону питания, физической активности и здоровью.