



## **Питание**

### **Питание женщин до зачатия, в период беременности и грудного вскармливания**

#### **Доклад Секретариата**

1. В январе 2012 г. Исполнительный комитет на своей Сто тридцатой сессии принял к сведению более раннюю версию этого доклада<sup>1</sup>; Исполком принял решение EB130(2)<sup>2</sup>.
2. Настоящий доклад дополняет доклад о проекте комплексного плана осуществления деятельности по питанию матерей, а также детей грудного и раннего возраста, который представляется Всемирной ассамблее здравоохранения отдельно<sup>3</sup>.
3. Существует необходимость в принятии рассчитанного на весь жизненный цикл подхода и в признании значения оптимального питания для женщин до того, как они забеременеют, чтобы свести к минимуму риски, связанные с недостаточностью питания. Обеспечение хорошего нутритивного статуса женщин на протяжении всей жизни в долгосрочном плане уменьшает вероятность задержки внутриутробного развития, пониженной массы тела ребенка и задержки его развития. Эффективные мероприятия по сокращению распространенности низкой массы тела при рождении должны быть сосредоточены на адекватном питании девушек на всем протяжении их репродуктивной жизни, но должны начинаться с надлежащего кормления детей грудного и раннего возраста и продолжаться адекватным питанием в более позднем детском и подростковом возрасте. Для того чтобы ликвидировать задержку развития, необходимо прервать переходящий из поколения в поколение цикл недостаточности питания.

---

<sup>1</sup> См. документы EB130/11 и EB130/2012/REC/2, протокол второго заседания.

<sup>2</sup> См. документ EB130/2012/REC/1, в котором содержится это решение и финансовые и административные последствия для Секретариата принятия этого решения.

<sup>3</sup> Документ A65/11.

## ПИТАНИЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ДО ЗАЧАТИЯ

4. Считается, что приблизительно 468 миллионов женщин в возрасте от 15 до 49 лет (30% всех женщин)<sup>1</sup> страдают анемией и по меньшей мере половина из них - из-за дефицита железа. Наибольшая доля таких анемичных женщин проживает в Африке (от 48% до 57%), а наибольшее их число находится в юго-восточной Азии (182 миллиона женщин репродуктивного возраста и 18 миллионов беременных женщин). Распространенность анемии среди девочек подросткового возраста (15-19 лет) может быть еще выше и превышает 60% в Гане, Мали и Сенегале<sup>2</sup>. Анемия и дефицит железа, которые связаны с пониженными физическими возможностями и повышенной восприимчивостью к инфекциям, должны преодолеваться до того, как женщина забеременеет, чтобы уменьшить риск плохого материнского здоровья и низкой массы тела новорожденных.

5. Недостаточность йода и фолиевой кислоты в период до и после зачатия (за три месяца до и в течение трех месяцев после) связана с более высокой распространенностью врожденных пороков и задержкой умственного развития. Масштабы распространенности недостаточности фолата в мире недостаточно хорошо известны: мало стран провели на национальном уровне обследования статуса фолата по крайней мере в одной группе населения, и большинство национальных обследований проведено в странах Америки и Европы. Ежегодно во всем мире дефекты нервной трубки развиваются приблизительно во время 300 000 беременностей, и адекватное потребление фолиевой кислоты могло бы уменьшить частоту случаев этих дефектов на 50%-70%.

6. Низкий индекс массы тела (<18,5 кг/м<sup>2</sup>) и/или низкий рост (<145 см) распространены у женщин в странах с низким уровнем доходов, причем более всего первый показатель распространен в южной и юго-восточной Азии, за которыми следуют страны Африки к югу от Сахары, с "критическими" показателями (≥40%) в Эритрее и Бангладеш и "серьезной" распространенностью (20%-39%) в Камбодже, Чаде, Эфиопии, Индии, Мадагаскаре, Мали, Непале и Йемене; в большинстве других стран распространенность составляет от 10% до 19%. Рост более 10% женщин менее 145 см распространен в Бангладеш, Индии и Непале (в южной и юго-восточной Азии), а также в Боливии (Многонациональном государстве), Гватемале и Перу (в странах Латинской Америки и Карибского бассейна). Низкий рост матерей и их низкий индекс массы тела независимо друг от друга оказывают отрицательное воздействие на исходы беременности: соответственно, повышенный риск осложнений во время беременности, необходимость в квалифицированной помощи при родах и низкая масса тела ребенка при рождении, а также плохое физическое развитие плода. Дети, рождающиеся с низкой массой тела, подвергаются более высокому риску смертности в период

---

<sup>1</sup> De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M (Eds). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

<sup>2</sup> *The state of the world's children 2011: adolescence - an age of opportunity*. New York, United Nations Children's Fund, 2011.

новорожденности и развития таких неинфекционных заболеваний, как диабет типа 2 и сердечные заболевания во взрослом состоянии.

7. В отличие от этого, согласно оценкам, во всем мире около 35% взрослых женщин имеют избыточную массу тела (индекс массы тела  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>), а треть женщин (297 миллионов) страдают ожирением (индекс массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>). В Европейском регионе, Регионе Восточного Средиземноморья и Регионе стран Америки эта доля превышает 50%<sup>1</sup>. Средний индекс массы тела за последние 20 лет увеличился, что привело к отрицательным метаболическим последствиям для кровяного давления, концентраций холестерина и триглицерида и инсулиновой резистентности, повысив тем самым риск коронарной болезни сердца, ишемического инсульта, диабета типа 2 и синдрома поликистозных яичников. Во всем мире 44% бремени болезней, вызванного диабетом, 23% этого бремени, вызванного ишемической болезнью сердца, и от 7% до 41% бремени, вызванного некоторыми видами рака, особенно рака молочной железы, могут быть отнесены на счет избыточной массы тела и ожирения. Рак молочной железы продолжает оставаться самым частым видом рака у женщин в странах как с высоким, так и низким уровнями доходов.

8. Беременеют все больше женщин с индексом массы тела  $>30$  кг/м<sup>2</sup>, что приводит к повышенному риску осложнений во время беременности и родов. Их младенцы, как правило, рождаются более крупными и подвергаются большему риску ожирения и развития диабета типа 2 в детском и подростковом возрасте. У этих женщин наблюдается также тенденция к большему весу после родов.

9. У беременных девочек-подростков развитие матери конкурирует с развитием плода, и масса тела ребенка при рождении в среднем на 200 г меньше, чем масса тела детей, родившихся у других матерей. Подростковые беременности представляют до 40% всех случаев первой беременности в большинстве стран с высокими коэффициентами недостаточного питания матерей и детей. Беременность может налагать дополнительное метаболическое бремя на подростков, страдающих ожирением.

## **ПИТАНИЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ**

10. Для здорового исхода беременности женщине необходим хороший нутритивный статус во время беременности. Женщины с плохим нутритивным статусом во время зачатия подвергаются более высокому риску заболевания и смерти; их здоровье в значительной степени зависит от наличия пищевых продуктов, и поэтому в ситуациях отсутствия продовольственной безопасности они могут оказаться неспособными удовлетворять свои повышенные питательные потребности во время беременности. Такие инфекции, как малярия и ВИЧ, а также заражение желудочно-кишечными паразитами могут усугубить недостаточное питание таких женщин.

---

<sup>1</sup> *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

11. Большое число женщин страдают от недостаточности питательных микроэлементов (например, железа и витамина А); считается, что почти половина всех беременных женщин в мире страдают анемией, и 9,8 миллиона беременных женщин больны ночной слепотой. Согласно оценкам, 19,1 миллиона беременных женщин (наибольшая доля в Африке и юго-восточной Азии) имеют низкие концентрации ретинола в сыворотке крови. Недостаточность питательных микроэлементов у матери может понижать массу тела ребенка при рождении и создавать угрозу его развитию и выживанию: дефицит йода у матери связан с врожденными пороками развития и задержкой умственного развития у детей, и в Индии была описана связь между дефицитом витамина В12 и повышенным риском диабета. Недостаточное потребление конкретных жирных кислот, таких как докозагексаеновая кислота, также может препятствовать развитию ребенка.

12. У страдающих ожирением женщин наблюдается повышенный риск осложнений во время беременности, таких как врожденные пороки развития и преэклампсия. По сравнению с женщинами, имеющими нормальный индекс массы тела, у них в плазме крови содержатся более высокие концентрации глюкозы, и их плод имеет более высокие концентрации инсулина. Часто наблюдалось чрезмерное увеличение веса во время беременности.

13. Материнское питание является фундаментальной детерминантой развития плода, массы тела при рождении и младенческой заболеваемости; плохое питание часто ведет к долгосрочным, необратимым и разрушительным последствиям для плода.

## **ПИТАНИЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

14. На выработку молока у женщины и качество ее грудного молока не влияет ее вес, рост или нутритивный статус, за исключением того, что матери, страдающие ожирением, могут быть менее успешны в грудном вскармливании. Потребление питательных макроэлементов не влияет на состав грудного молока, но потребление матерью жирных кислот влияет на состав жирных кислот в грудном молоке. Рацион питания матери не влияет на содержание в грудном молоке кальция, фосфора, магния, натрия, калия, но содержание некоторых витаминов (А, D, тиамина, рибофлавина, пиродиксина и кобаламина), йода и селена отражает нутритивный статус матери и ее пищевой рацион. Адекватная концентрация йода в грудном молоке имеет важное значение для создания оптимальных запасов гормона щитовидной железы у новорожденного и для предупреждения нарушений неврологического развития у новорожденных, вскармливаемых грудью. Потребление алкоголя может уменьшать выработку грудного молока.

## **НУТРИТИВНЫЕ МЕРЫ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ДО ЗАЧАТИЯ, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

15. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние десятилетия, обществу пока еще не удалось удовлетворить основные нутритивные и медицинские потребности женщин, особенно в их подростковые годы. Меры по профилактике и борьбе с двойным бременем недостаточности питания могут быть приняты на различных уровнях: непосредственные нутритивные меры, а также медицинские и немедицинские меры, оказывающие влияние на питание. Эффективные меры, применимые ко всем женщинам, живущим в особых условиях, перечислены в Таблице 1а проекта комплексного плана осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста<sup>1</sup>.

16. Некоторые конкретные медицинские меры, оказывающие влияние на нутритивный статус женщин, существуют, включая установление более длительных интервалов между родами, профилактику и лечение как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, наряду с мерами от предоставления надкроватных сеток, пропитанных инсектицидами, вакцинации (например, против краснухи и гепатита В) и дегельминтации до мытья рук, укрепления здоровья и лечения депрессии.

17. Для улучшения питания женщин необходимы действия в других секторах, помимо сектора здравоохранения. Социально-экономические мероприятия включают всеобщее образование женщин, преференциальное лечение для групп меньшинств, перераспределение ресурсов (через системы социального обеспечения или с помощью денежных переводов) и микрокредиты для женщин. В сельском хозяйстве действия включают повышение питательных свойств зерновых культур, инвестиции в мелкие крестьянские хозяйства и развитие технологий, повышающих производительность и одновременно высвобождающих время женщин для ухода за детьми. Для уменьшения опасностей со стороны окружающей среды возможные мероприятия включают обеспечение санитарии и чистой воды, ликвидацию переносчиков и улучшенные жилищные условия для предотвращения перенаселенности и борьбы с загрязнением внутри помещений. Необходимо выполнять защищающие матерей положения юридических документов, таких как Конвенция Международной организации труда по защите материнства<sup>2</sup>. Меры, которые могут уменьшить несправедливости в отношении статуса питательных микроэлементов, включают законодательство, касающееся обогащения пищевых продуктов, максимальное использование возможностей обращения в систему здравоохранения (например, предоставление добавок во время вакцинации), просвещение по вопросам кормления детей грудного и раннего возраста, расширение полномочий женщин, денежные переводы для улучшения питания детей и подготовку персонала для консультирования по вопросам питания. К осуществлению этих программ и политики необходимо привлечь многочисленных партнеров, включая

---

<sup>1</sup> Документ A65/10.

<sup>2</sup> Конвенция МОТ по защите материнства, 2000 г. (No. 183) и Рекомендация (No. 191).

правительственные учреждения, гражданское общество и неправительственные организации.

18. В странах, пострадавших от стихийных бедствий и кризисов, женщины также часто хронически недоедают. Доступ к пищевым продуктам и поддержание адекватного нутритивного статуса являются важными детерминантами выживания женщин в условиях стихийных бедствий. Женщины часто играют основную роль в планировании и приготовлении пищи для своих домашних хозяйств. После стихийного бедствия стратегии обеспечения пропитанием домашнего хозяйства могут измениться. Признание различных ролей в питании семьи занимает центральное место в улучшении продовольственной безопасности на уровне домашнего хозяйства.

19. Понимание уникальных питательных потребностей беременных и кормящих женщин является также важным при разработке надлежащих продовольственных ответных мер, и лучшая подготовленность проложит путь к лучшей продовольственной безопасности и ответным мерам, связанным с питанием, при стихийных бедствиях. Такая готовность зависит от возможностей правительств, гуманитарных учреждений, местных организаций гражданского общества, общин и отдельных людей, от связей между ними и знаний, которыми они обладают, а также от их способности предвидеть и эффективно реагировать на вероятные, неизбежные или существующие опасности. Она включает планирование на случай чрезвычайных обстоятельств, создание запасов оборудования и предметов снабжения, организацию оказания чрезвычайных услуг, принятие резервных мер, коммуникации, управление и координацию информации, подготовку персонала и планирование на уровне общины.

## **НАПРАВЛЕНИЯ БУДУЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

20. Улучшение здоровья и нутритивного статуса женщин в период до зачатия, во время беременности и в период грудного вскармливания требует ряда действий, направленных на повышение качества и улучшение охвата услуг, информации о связанных с питанием состояниях и формулирования основанной на фактических данных политики и программного руководства. Предлагаемые меры перечислены в проекте комплексного плана действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста<sup>1</sup>, однако дальнейшие действия могут повысить характеристики питания женщин. Конкретно государства-члены могут рассмотреть возможность расширения мероприятий, ориентированных на питание женщин в секторах здравоохранения, сельского хозяйства, социальной защиты, образования и окружающей среды: повысить качество и увеличить охват служб дородовой и послеродовой помощи; улучшить доступ к дородовой помощи женщинам с низким социально-экономическим статусом и другим неблагополучным группам; держать под контролем низкую массу тела при рождении, недостаточность питания и ожирение матерей, увеличение веса страдающих ожирением беременных женщин и женщин, инфицированных ВИЧ, статус железа и фолата в организме матери; разработать и

---

<sup>1</sup> См. документ EB130/10, Таблицы 1a и 1b.

распространить основанные на конкретных продуктах руководящие принципы питания для беременных женщин; предоставить здоровый рацион питания и доступ к учреждениям физической активности; оказать нутритивную поддержку беременным и кормящим грудью женщинам с ВИЧ; организовать кампании социального маркетинга для пропаганды здорового питания в период до зачатия и для подростков; осуществить образовательные программы и информационные кампании для предотвращения подростковой беременности; и включить конкретные положения, касающиеся женщин, в планы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям.

21. Кроме того, Секретариату можно было бы предложить:

- расширить базу фактических данных, выпустить руководство по медицинским и нутритивным мерам, ориентированным на нутритивный статус женщин, и распространить это руководство с помощью электронной библиотеки ВОЗ Фактических данных о действиях в области питания и Библиотеки ВОЗ по репродуктивному здоровью;
- составить основанные на конкретных продуктах руководящие принципы питания для беременных женщин;
- включить хорошо зарекомендовавшие себя нутритивные и медицинские меры, оказывающие влияние на питание, в Комплексное ведение беременности и родов, а также в оказание помощи до зачатия;
- подготовить руководство по оптимальному увеличению веса во время беременности, показателям и предельным значениям недостаточности фолата.

## **ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

22. Ассамблее здравоохранения предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =