



ВЫПОЛНЕНИЕ РЕЗОЛЮЦИЙ И РЕШЕНИЙ

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Настоящий документ дополняет документ EB101/10, часть XI, предоставляя данные о результатах более глубокой оценки наиболее тяжелых форм недостаточности питания у детей, о достигнутых успехах по сокращению их числа и о действиях, предпринятых государствами-членами и ВОЗ во исполнение, среди прочего, резолюций WHA33.32 (1980 г.), EB97.R13 (1996 г.) и WHA49.15 (1996 г.).

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
История вопроса	2
Белково-калорийная недостаточность	2
Недостаточность питательных микроэлементов	5
Кормление детей грудного и раннего возраста	7
Избыточная масса тела и ожирение у детей	11
Питание в чрезвычайных ситуациях	11

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

1. Почти треть детей грудного и раннего возраста по-прежнему страдает от белково-энергетической недостаточности, недостаточности йода, недостаточности витамина А, анемии и других болезней, связанных с конкретными видами недостаточности, которые ведут к нарушению общего развития, задержке физического развития, церебральным нарушениям, слепоте, инвалидности и смерти. Заявив о неприемлемости голода и недостаточности питания на Международной конференции по питанию (Рим, 1992 г.), правительства достигли нового глобального консенсуса в отношении их характера и их многочисленных причин, а также в отношении неотложности действий, требующихся для предупреждения, уменьшения и, в конечном счете, ликвидации недостаточности питания. Были согласованы девять целей, поставленных на 2000 г. (см. ниже), вместе с девятью областями стратегических действий; задачи государств-членов и международного сообщества подробно изложены во Всемирной декларации и Плане действий в области питания¹. Используя эту Декларацию и План в качестве общей программы, не менее 140 государств-членов за прошедший период времени разработали или укрепили свои программы в области питания; повышенные в результате этого обязательства и ресурсы, выделяемые для улучшения питания детей, четко прослеживаются в национальных, региональных и глобальных масштабах.

ДЕВЯТЬ ЦЕЛЕЙ ВСЕМИРНОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ПИТАНИЮ (Рим, 1992 г.)

Используя в качестве основы План действий в области питания и руководство по разработке национальных планов действий, включая разработку поддающихся измерению целей и задач в пределах временных рамок, мы (министры и полномочные посланники) обязуемся предпринять все усилия для того, чтобы к концу этого десятилетия ликвидировать:

- Голод и случаи смерти, связанные с голодом.
- Голодание и болезни, связанные с недостаточностью питания, в общинах, пострадавших от стихийных и антропогенных бедствий.
- Недостаточность йода и витамина А.

Мы также обязуемся в течение этого десятилетия значительно сократить число случаев:

- Голодания и широко распространенного хронического голода.
- Недостаточности питания, особенно у детей, женщин и пожилых.
- Недостаточности других важных питательных микроэлементов, включая железо.
- Инфекционных и неинфекционных болезней, связанных с рационом питания.
- Социальных и других препятствий к оптимальному грудному вскармливанию.
- Неадекватной санитарии и плохой гигиены, включая опасную питьевую воду.

БЕЛКОВО-КАЛОРИЙНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

2. Глобальный прогресс является медленным и совершенно недостаточным с учетом целей понижения к 2000 г. уровня распространенности этого вида недостаточности в 1990 г. на 50%. В настоящее время, согласно оценкам, 168 миллионов детей в возрасте до пяти лет, т.е. более

¹ Полностью одобрены Ассамблеей здравоохранения в 1993 г. (резолюция WHA46.7).

четверти (27%) детей в этой возрастной группе по-прежнему получают недостаточное питание в плане соотношения массы тела и возраста. Тем не менее здесь четко отражен значительный прогресс по сравнению с почти 200 миллионов детей - с распространенностью, значительно превышающей треть детей (36%), которые получали недостаточное питание в 1975 г.

3. В некоторых регионах, например в Африке, вместе с ростом населения в действительности возросло фактическое число детей, получающих недостаточное питание. Стихийные бедствия, войны, гражданские беспорядки и перемещение населения лишь обострили ситуацию; кроме того, хотя в Африке это число составляет 21%, а в Латинской Америке - лишь 3%, более трех четверти детей по-прежнему живут в Азии (особенно в Южной Азии).

4. Заболеваемость и смертность являются катастрофическими, учитывая тот факт, что более половины (54%) из 12 миллионов случаев смерти, происходящих ежегодно среди детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах, связаны с недостаточностью питания, которая понижает физическую активность, резистентность к инфекциям (особенно к диарее, респираторным болезням и кори) и замедляет умственное развитие и познавательную способность.

Задержка внутриутробного развития

5. Внутриутробная недостаточность питания, измеряемая в показателях задержки внутриутробного развития (ЗВУР), является основной клинической проблемой и проблемой общественного здравоохранения в развивающихся странах, где от нее, согласно оценкам, страдают 30 миллионов новорожденных в год (24%), согласно впервые проведенному всеобъемлющему исследованию¹ глобальной значимости этой проблемы и географического распределения ЗВУР на основе данных, полученных из 106 развивающихся стран. Сопоставление данных о заболеваемости по регионам с использованием более традиционного показателя ЗВУР в отношении доношенных детей (<2 500 г в ≥ 37 недель гестационного возраста) показало, что в развивающихся странах больны 11% новорожденных по сравнению с приблизительно 2% в развитых странах. Большинство случаев (почти 75%) зарегистрировано в Азии.

6. Недостаточность питания матерей является основной детерминантной ЗВУР в развивающихся странах, о чем свидетельствуют незначительное увеличение массы тела в гестационный период, низкий индекс массы тела в период до беременности и небольшой рост матерей. Анемия, желудочно-кишечные и респираторные инфекции, малярия у матерей, курение ими сигарет также являются важными этиологическими факторами. Высокий показатель ЗВУР следует рассматривать в качестве срочного предупреждения общественного здравоохранения о риске недостаточности питания и заболеваемости у женщин детородного возраста, а не просто в качестве показателя высокого риска для новорожденного.

Действия и достигнутый прогресс

7. Высокая глобальная распространенность белково-калорийной недостаточности отодвигает на второй план замечательные успехи, достигаемые благодаря значительным ресурсам, которые большое число государств-членов выделяет для борьбы с недостаточностью питания и ее основными причинами; в 25 странах из последней выборки в составе 60

¹ de Onis M, Blössner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, November 1997. В этом контексте ЗВУР определяется как масса тела ниже 10-й процентиля графика справочных данных, показывающего соотношение между массой тела при рождении и гестационным возрастом.

развивающихся стран наблюдается ощутимое улучшение состояния питания детей с понижением коэффициента белково-калорийной недостаточности, в том числе в 6 из 25 стран в Африке, 9 из 19 стран в Латинской Америке, 4 из 5 стран в Восточном Средиземноморье, 3 из 6 стран в Юго-Восточной Азии и в 3 из 5 стран в Западной части Тихого океана.

8. К июню 1997 г. 134 государства-члена (70%) создали, пересмотрели или укрепили национальные программы, приведя в соответствие со своими конкретными потребностями положения Всемирной декларации и Плана действий, включая задачи питания в политике развития; повышение качества и безопасности пищевых продуктов для кормления детей грудного возраста; оказание помощи уязвимым группам населения, таким, как беженцам; устранение недостаточности питательных микроэлементов; предупреждение ожирения; и организацию мониторинга.

9. Также осуществляется активное сотрудничество с другими учреждениями Организации Объединенных Наций, например с ФАО, ЮНИСЕФ, УВКБ, Университетом ООН и ВПП, на страновом и региональном уровнях, а также на уровне штаб-квартиры; Подкомитет АКК по питанию осуществляет координацию межучрежденческой деятельности 29 сотрудничающих центров ВОЗ, и региональные сети в области научных исследований продолжают играть важную роль.

10. ВОЗ оказывает поддержку государствам-членам, во-первых, в техническом и финансовом отношении, посредством разработки и осуществления национальной политики и программ, особенно в наименее развитых странах с высоким коэффициентом недостаточности питания; и, во-вторых, посредством разработки и распространения научно-технических стандартов, методологии и предъявляемых требований, критериев оценки и руководящих принципов. Оба эти подхода сосредоточены на шести областях, все из которых имеют очень важное значение для благополучия с точки зрения питания детей грудного и раннего возраста: белково-калорийная недостаточность; недостаточность питательных микроэлементов; кормление детей грудного и раннего возраста; ожирение и неинфекционные болезни, связанные с рационом питания; национальная политика и планы действий в области питания; и питание в чрезвычайных ситуациях.

11. К середине 1997 г. ВОЗ оказала техническую и финансовую поддержку 162 государствам-членам, в частности в укреплении национальных планов в области питания, и организовала 23 региональных совещания, в большинстве случаев в сотрудничестве с ФАО и ЮНИСЕФ в целях оказания помощи странам в определении факторов улучшения питания, в ускорении процесса сокращения недостаточности питания и в укреплении национальных программ в области питания. Совместный доклад ФАО/ВОЗ¹ о глобальном прогрессе и действиях, представленный Подкомитету АКК по питанию в марте 1997 г., был передан Экономическому и Социальному Совету и Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций.

Разработка новой международной системы справочной информации по вопросам развития детей

12. В связи с серьезными техническими проблемами, связанными с системой справочной информации Соединенных Штатов Америки по вопросам развития детей, которую ВОЗ рекомендует для международного использования с конца 1970-х годов, она приступила к

¹ *Joint FAO/WHO Progress Report on the Implementation of the ICN World Declaration and Plan of Action for Nutrition.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, и Рим, Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН, 1996 г.

осуществлению четырехгодичного исследования в сотрудничестве с Университетом Организации Объединенных Наций и другими международными и национальными учреждениями, деятельность которых охватывает Северную и Южную Америку, Европу, часть Африки к югу от Сахары, а также восточную, южную и западную часть Азии. Ожидается, что будущие новые графики развития детей, основанные на данных, касающихся вскармливаемых грудью детей грудного возраста, а также здоровых детей раннего возраста, будут служить в течение многих лет.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАТЕЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ

13. Нарушения, вызываемые недостаточностью йода (ННЙ), являются самой распространенной причиной предупреждаемых церебральных нарушений у плода и у ребенка грудного возраста, а также заторможенного психомоторного развития у детей раннего возраста. В число патологических условий, возникающих в результате недостаточности йода, входят врожденный гипотиреоз, глухонмота, гитеротропия, спастическая диплегия, олигофрения, микросомия, мертворожденность, врожденные аномалии, а также она ведет к увеличению коэффициента перинатальной смертности. Согласно оценкам, более 900 миллионов людей (дети грудного возраста, более позднего возраста и взрослые) страдают от зоба, причем половина из них (52%) живут в Азии; и 16-17 миллионов людей во всем мире являются умственно недоразвитыми, а еще 50 миллионов людей страдают от менее тяжелых, но тем не менее измеримых форм церебральных нарушений, вызываемых недостаточностью йода.

14. Но тем не менее был достигнут значительный прогресс в сокращении ННЙ, главным образом, благодаря йодированию соли: в то время, как в 1990 г. лишь 46 из 118 стран, в отношении которых было известно, что ННЙ является значительной проблемой общественного здравоохранения, имели программы йодирования соли, к 1995 г. эти программы имелись в 83 странах, причем большинство из оставшихся 35 стран предпринимают шаги по определению значимости и значения ННЙ с точки зрения общественного здравоохранения. В период с 1990 г. 72 страны приступили к осуществлению первоначальных или последующих исследований, и многие создали национальные системы мониторинга. За последние пять лет Алжир, Аргентина, Боливия, Бразилия, Камерун, Чили, Коста-Рика, Иран (Исламская Республика), Таиланд и Зимбабве достигли цели ликвидации таких нарушений или быстро приближаются к ней.

15. ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ, и в частности с Международным советом по борьбе с нарушениями, вызываемыми недостаточностью йода, оказали техническую и финансовую поддержку государствам-членам в создании и проведении мониторинга национальных программ по борьбе с ННЙ. Нормативная деятельность включала проведение технических консультативных совещаний для подготовки положений и руководящих принципов безопасного использования обогащенного йодом растительного масла в период беременности¹ и рекомендаций в отношении нормативного значения объема щитовидной железы у детей². На консультативном совещании экспертов (Женева, 1996 г.) были рассмотрены результаты скоординированного ВОЗ исследования, проведенного в семи странах, касающегося йодирования соли и гипертириоза, вызываемого недостаточностью йода, в Африке, и были

¹ См.: Safe use of iodized oil to prevent iodine deficiency in pregnant women. A statement by the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(1):1-3.

² Recommended normative values for thyroid volume in children aged 6-15 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 1997, 75(2):95-97.

подготовлены новые руководящие принципы в отношении рекомендуемого уровня йода в соли¹.

16. Недостаточность витамина А у детей в развивающихся странах остается основной причиной предупреждаемого серьезного нарушения зрения и слепоты и в значительной степени способствует развитию серьезных инфекций и наступлению смерти, в частности от диареи и кори. Почти у 3 миллионов детей в возрасте до пяти лет в настоящее время наблюдаются признаки клинической ксерофтальмии, а еще 250 миллионов детей страдают от недостаточности витамина А с повышенным риском инфекций и смерти. Согласно имеющейся в настоящее время информации, перед 76 странами стоит проблема клинической или субклинической недостаточности витамина А; в Африке зарегистрирован наивысший уровень распространенности, хотя наибольшее число людей, страдающих от клинической недостаточности и находящихся на грани риска, живет в Юго-Восточной Азии. Тем не менее существуют ободряющие признаки того, что коэффициент острой недостаточности витамина А понижается, в частности в некоторых частях Азии. В сотрудничестве с ЮНИСЕФ, ЮСАИД, Инициативой по питательным микроэлементам (Оттава, Канада) и с Международной консультативной группой по витамину А ВОЗ продолжала оказывать техническую поддержку государствам-членам в проведении оценки, в сокращении и предупреждении этой недостаточности. Уже завершается испытание, проведенное при координации ВОЗ, в целях оценки влияния добавок витамина А на заболеваемость; в июне 1996 г. было проведено консультативное совещание экспертов по вопросам безопасной дозы витамина А в период беременности и лактации и широко распространены его рекомендации²; и были опубликованы пересмотренные нормы дозировки и руководящие принципы в отношении добавок витамина А³.

17. Последствия недостаточности железа и анемии включают повышенную материнскую смертность и смертность новорожденных, нарушения развития и нарушение иммунной функции, а также понижение способности к обучению и работоспособности. Согласно оценкам, от этих болезней страдают 2000 миллионов людей в развитых и развивающихся странах, и они являются основным препятствием как для индивидуального, так и для национального развития. Недавно проведенный ВОЗ глобальный анализ показал, что 31% детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах также болеют анемией, причем в большинстве случаев она вызвана недостаточностью железа. Основными причинами является низкий уровень потребления железа с пищей и плохая биологическая доступность железа, содержащегося в пище, за которыми следуют инфекции и кишечные паразитарные инвазии. Важное значение имеют и другие факторы, такие, как бедность, неправильная практика кормления детей грудного возраста, неграмотность и неэффективная политика в области пищевых продуктов. Ведется подготовка документа⁴, в котором будут представлены показатели оценки и стратегии предупреждения.

¹ См.: "Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness". (неопубликованный документ WHO/NUT/96.13; может быть представлен по требованию Программой по питанию, Всемирная организация здравоохранения, 1211 Женева 27, Швейцария).

² "Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation" (неопубликованный документ NUT/96.14).

³ *Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and of vitamin A deficiency xerophthalmia*. 2-е издание. ВОЗ, Женева, 1997 г.

⁴ "Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention" (документ WHO/NUT/96.12).

КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

18. ВОЗ оказывает поддержку усилиям государств-членов по защите и поощрению грудного вскармливания посредством технических программ, осуществляемых на страновом, региональном и глобальном уровнях совместно с ЮНИСЕФ и другими учреждениями Организации Объединенных Наций, сотрудничающими центрами ВОЗ и неправительственными организациями.

Грудное вскармливание

19. Согласно данным Глобального банка данных ВОЗ по грудному вскармливанию, располагающего данными из 94 стран, уровень исключительно грудного вскармливания остается низким; согласно оценкам, 35% детей грудного возраста получают исключительно грудное вскармливание в какой-то промежуток времени между рождением и четырехмесячным возрастом¹. По мере того, как в развивающихся и развитых странах возрастает осознание преимуществ грудного вскармливания, все большее число государств-членов предпринимает меры по защите и поощрению грудного вскармливания, и повышается его уровень, например в Австралии, Канаде, Китае, Иране (Исламской Республике), Мали, Норвегии, Польше, Швеции, Таиланде, Замбии и Зимбабве, но тем не менее слишком часто в странах, где зарегистрированы высокие коэффициенты недостаточности питания и смертности, этот уровень остается низким. Несмотря на преимущества грудного вскармливания по сравнению с искусственным кормлением в отношении улучшения познавательной функции, защиты от аллергии, бактериальных и вирусных инфекций, а также от риска контаминантов и от чрезмерного или недостаточного питания в результате плохо приготовленной искусственной пищи, многие, особенно европейские страны, по-прежнему имеют низкий или медленно повышающийся уровень грудного вскармливания (например, Франция, Италия, Ирландия, Нидерланды, Испания, Швейцария и Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии).

20. Инночентийская декларация (1990 г.) и ее четыре оперативные задачи² в значительной мере способствовали повышению уровня грудного вскармливания во многих странах, а также созданию и включению национальных стратегий грудного вскармливания в общую политику в области здравоохранения и развития. Результаты недавно проведенного ВОЗ исследования показывают, что более 130 государств-членов создали комитеты по практике грудного вскармливания (хотя не все из них являются авторитетными и многосекторальными); в 118 государствах-членах отпуск по беременности и родам составляет по меньшей мере 12 недель, по крайней мере для некоторых матерей; а Инициатива создания больниц "доброжелательного отношения к ребенку", начало которой было положено в 1992 г., в настоящее время действует в 171 стране, и число таких больниц увеличилось с приблизительно 4300 в 1995 г. до почти 11 000 к середине 1997 г.

21. Вклад ВОЗ в Инициативу включает проведение пропаганды, распространение информации и производство учебных материалов и средств мониторинга и оценки. Особое внимание уделяется вопросам обучения и оценки, что обеспечивает постоянную надежность

¹ "Глобальный банк данных ВОЗ по грудному вскармливанию" (документ WHO/NUT/96.1).

² Авторитетный национальный координатор и многосекторальный комитет по практике грудного вскармливания; все родильные дома являются домами "доброжелательного отношения к ребенку"; меры по выполнению принципов и целей Международного свода правил; и законодательство по охране прав работающих женщин на грудное вскармливание.

и единство Инициативы и делает ее доброжелательной в отношении матери и ребенка. Обучение работников здравоохранения и больничного персонала занимают центральное место в подходе "комплексное лечение детских болезней". Были разработаны и проверены учебные программы и организованы курсы¹.

22. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и кормление детей грудного возраста. ВОЗ осуществляла сотрудничество с UNAIDS и ЮНИСЕФ при разработке программного документа². Ведется подготовка конкретных руководящих принципов по данному вопросу: один комплект для работников здравоохранения и другой комплект для лиц, определяющих политику и принимающих решения.

23. Медицинское образование. Была проведена оценка³ учебников на английском, французском и испанском языках, которыми пользуются основные медицинские учебные заведения. В тесном сотрудничестве с Уэллстарт Интернэшнл проводится работа по включению программы по регулированию лактации в систему базовой учебной практики для врачей, медицинских сестер и других специалистов здравоохранения.

Прикармливание

24. Недостаточность питания детей грудного и раннего возраста, проблемы развития, а также заболеваемость и смертность во многих странах тесным образом связаны с часто неправильно организованной практикой прикармливания; неполноценной в питательном отношении и часто зараженной пищей часто начинают кормить слишком рано (в развивающихся и развитых странах) или слишком поздно (в развивающихся странах). ВОЗ активизирует свою техническую поддержку государствам-членам для содействия в совершенствовании этой практики, например посредством подхода "комплексное лечение детских болезней". ВОЗ организовала проведение семинаров по практике прикармливания в Африканском (1994 г.) и Восточносредиземноморском (1995 г.) регионах, а государства-члены, входящие в Регион Юго-Восточной Азии, придают этому вопросу приоритет в научных исследованиях. ВОЗ при поддержке ЮНИСЕФ и ЮСАИД провела всеобъемлющий обзор⁴ и позднее организовала консультативное совещание сотрудничающих центров по вопросам питания (Женева, декабрь 1996 г.) в целях планирования оперативных научных исследований. В сотрудничестве с Лондонской школой гигиены и тропической медицины разрабатываются руководящие принципы для работников здравоохранения, а также проводится изучение вопросов прикармливания, питательных микроэлементов и развития детей.

¹ "Рекомендации по грудному вскармливанию: учебный курс" (документы WHO/CDR/93.3-93.6), имеются на арабском, английском, французском, португальском, русском и испанском языках; и "Поощрение грудного вскармливания в медицинских учреждениях: краткий курс для администраторов и разработчиков политики" (документ WHO/NUT/96.3), имеется на английском, французском и русском языках (ведется подготовка этого документа на арабском и испанском языках).

² Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS). *ВИЧ и кормление детей грудного возраста*. Женева, 1996 г.

³ См.: *An evaluation of the breastfeeding content of selected medical textbooks*. Institute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington, D.C., 1997.

⁴ WHO, UNICEF, ORSTOM, University of California at Davis. "Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge" (документ WHO/NUT/98.1) (в процессе подготовки).

Прогресс в выполнении Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока

25. За период после принятия Международного свода правил в 1981 г. 158 государств-членов - всего 83% сообщили ВОЗ о принятых ими мерах по выполнению, полностью или частично, принципов и целей свода правил (Таблица 1).

ТАБЛИЦА 1. ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ, ПРЕДСТАВИВШИЕ СООБЩЕНИЯ О ПРИНЯТЫХ МЕРАХ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ МЕЖДУНАРОДНОГО СВОДА ПРАВИЛ СБЫТА ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА, 1981-1998 гг.

Регион ВОЗ	Государства-члены	Государства-члены, представившие сообщения	Процент государств-членов	Территории, представившие сообщения
Африка	46	38	83	
Страны Америки	35	34	97	6
Юго-Восточная Азия	10	8	80	
Европа	51	31	61	
Восточное Средиземноморье	22	21	95	
Западная часть Тихого океана	27	26	96	6
Всего	191	158	83	12

26. Хотя в Европейском регионе самая маленькая доля (61%) государств-членов, представивших сообщения, следует отметить, что большинство из 23 новых государств-членов, которые вступили в ВОЗ в период с 1991 г. по 1997 г. - многие из которых сталкиваются с серьезными социально-экономическими трудностями - находится в этом регионе.

27. Со времени последнего доклада Генерального директора¹ 31 государство-член², восемь из которых упомянуты впервые, а всего за период после 1994 г. в общей сложности 58 государств-членов приняли следующие новые меры преимущественно законодательного характера:

- усиление существующих мер по выполнению свода правил в свете появившихся обстоятельств; например: Аргентина, Австралия, Малайзия, Мозамбик, Новая Зеландия, Польша, Сингапур, Швеция, Швейцария и Таиланд;
- расширение масштабов действий с включением *всех* коммерческих продуктов питания для детей грудного возраста; например: Аргентина, Австралия, Бахрейн, Ботсвана, Коста-Рика, Мадагаскар, Малайзия, Сенегал, Швеция и Вьетнам - а иногда

¹ Документ А49/4, часть VIII.

² Африка: Ботсвана, Мадагаскар, Мавритания, Мозамбик, Намибия, Сейшельские Острова, Того и Зимбабве; страны Америки: Аргентина, Белиз, Гондурас, Никарагуа, Тринидад и Тобаго; Юго-Восточная Азия: Бангладеш и Индия; Европа: Австрия, Польша и Швеция; Восточное Средиземноморье: Кипр, Джибути, Иран (Исламская Республика) и Саудовская Аравия; Западная часть Тихого океана: Австралия, Камбоджа, Китай, Маршалловы Острова, Новая Зеландия, Ниуе, Палау, Сингапур и Тонга.

для детей раннего возраста (1-3 года); например: Мозамбик и Объединенная Республика Танзания. Часто это в явной форме включает дополнительное детское питание, которое не везде имелось во время принятия Свода правил в 1981 г., но которое было упомянуто позднее в принятой резолюции (резолюция WHA39.28);

- укрепление мониторинга в целях привлечения внимания общественности к случаям нарушения закона со стороны производителей и распределителей и применения санкций; например: Аргентина, Австралия, Бахрейн, Бангладеш, Малайзия, Новая Зеландия, Оман, Сенегал, Швейцария, Таиланд и Объединенные Арабские Эмираты;
- обеспечение детским питанием в социальных целях: разрабатывается точное определение конкретных обстоятельств, при которых действительно осуществляется поставка продуктов питания для удовлетворения долгосрочных потребностей в области питания детей грудного возраста, которых приходится кормить заменителями грудного молока, например в детских домах; например: Бахрейн, Ботсвана, Мадагаскар и Объединенная Республика Танзания;
- запрещение распределения образцов среди широких слоев населения и матерей в качестве средства пропаганды; например: Кот-д'Ивуар, Доминиканская Республика, Гондурас, Мадагаскар, Мозамбик, Польша, Сенегал, Тринидад и Тобаго, а также 15 государств-членов¹ Европейского союза, в соответствии с директивой Европейского союза 91/321/ЕЕС.

28. ВОЗ провела обзор и подготовила рамку оценки² в целях определения того, какие меры приняты или принимаются правительствами для выполнения Свода правил и какие факторы способствуют или задерживают принятие этих мер в целях проведения оценки их воздействия и подготовки соответствующих рекомендаций. В этой связи по-прежнему проявляют активность международные и национальные неправительственные организации. Например, Центр документации Международного свода правил опубликовал учебное пособие³ для своих подготовительных курсов по вопросам выполнения Свода правил, включая закон об образцах, а также законодательные и другие тексты из 12 стран, которые выполнили Свод правил.

29. ВОЗ настоятельно предлагает, чтобы национальные меры, принятые для выполнения Международного свода правил, включали четкие определения, о которых сообщается всем сторонам и которые для них понятны; открытые процедуры мониторинга и отчетности для определения того, противоречат ли утверждаемые нарушения национальным мерам; и орган для проведения мониторинга, созданный под эгидой правительства.

¹ Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Швеция, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии.

² "Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока: общий обзор и рамка оценки" (документ WHO/NUT/96.2), имеется в наличии на английском, арабском и французском языках (готовится документ на русском языке).

³ Sokol E. *The Code handbook. A guide to implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.* International Baby Food Action Network, P.O. Box 19, 10700 Penang, Malaysia, 1997.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ

30. Ожирение у детей и его последствия стали рассматриваться в качестве глобальной проблемы¹. Данные, полученные из 79 развивающихся стран и из ряда промышленно развитых стран, указывают на то, что в соответствии со стандартами ВОЗ (>+2SD выше эталонной медианы соотношения массы тела и роста) приблизительно 22 миллионов детей в возрасте до пяти лет имеют избыточную массу тела.

31. От ожирения страдают почти 10% детей школьного возраста в таких промышленно развитых странах, как Япония, Соединенные Штаты Америки и некоторые европейские страны, но также высокий уровень наблюдается в Алжире, Аргентине, Чили, Египте, Индонезии, Кирибати, Марокко, Перу, Южной Африке и в странах Карибского бассейна. Приблизительно 30% детей с ожирением становятся взрослыми с ожирением.

32. Ожирение является также значительным фактором риска в отношении целого ряда тяжелых неинфекционных болезней и условий, например, таких как сердечно-сосудистые болезни, гипертензия и инсульт, сахарный диабет, различные формы рака, желудочно-кишечные болезни и болезни печени, варикоз, болезни желчного пузыря и другие серьезные проблемы здоровья, а также осложнения. Недавно ВОЗ организовала крупное консультативное совещание по рассмотрению вопросов заболеваемости и смертности, связанных с ожирением, в целях разработки руководящих принципов для государств-членов по предупреждению и лечению ожирения².

ПИТАНИЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

33. Оказание помощи десяткам миллионов людей в чрезвычайных ситуациях является глобальной гуманитарной проблемой, имеющей высокий приоритет, поскольку у этих людей часто наблюдается высокий коэффициент недостаточности питания и увеличенная степень уязвимости, особенно у детей грудного и раннего возраста. ВОЗ продолжает осуществлять сотрудничество с УВКБ, ВПП и неправительственными организациями в предпринятии общих усилий по проведению оценки, сокращению и предупреждению недостаточности питания в этих группах. Остается высокой потребность в техническом руководстве со стороны ВОЗ в отношении стандартов, критериев оценки, методологий оценки и потребностей в питательных микроэлементах, существующих в этой группе. ВОЗ подготовила руководящие принципы во исполнение резолюции WHA47.5. До их опубликования в 1998 г. было широко распространено пересмотренное издание³ для получения замечаний от международного сообщества организаций, осуществляющих деятельность в областях питания и оказания чрезвычайной помощи. Скоро будут опубликованы всеобъемлющие руководства по организации питания в сложных чрезвычайных ситуациях⁴, а также по лечению и устранению серьезных случаев

¹ Отсутствие общего стандарта измерения (например, >85-й процентиля, >120% отношения массы тела к росту, >+2 SD (стандартных отклонений) выше эталонной медианы соотношения массы тела и роста) для определения избыточной массы тела у детей и подростков затруднило проведение оценки его значения.

² "Obesity: preventing and managing the global epidemic". Отчет о Консультативном совещании ВОЗ по вопросам ожирения, Женева, 3-5 июня 1997 г. (неопубликованный документ WHO/NUT/97.2).

³ "Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies" (неопубликованный документ NUT/97.3).

⁴ *Management of nutrition in major emergencies*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (в печати).

недостаточности питания¹. Ведется подготовка обзоров методов диагностики и лечения цинги, бери-бери и пеллагры. После проведения в Эритрее в 1996 г. межстранового семинара по вопросам организации питания в чрезвычайных ситуациях было запланировано проведение совместного консультативного совещания ВОЗ/УВКБ по вопросам оказания помощи уязвимым в отношении питания людям во время чрезвычайных ситуаций (Рим, декабрь 1997 г.). Три практических руководства ВОЗ по вопросам оценки состояния питания в чрезвычайных ситуациях², потребностей в области питания в чрезвычайных ситуациях³, пищевых продуктов и лечебного питания в чрезвычайных ситуациях⁴ широко используются УВКБ и другими учреждениями. На консультативном совещании, организованном ВОЗ в октябре 1997 г., были обсуждены меры в области прикладных исследований, касающихся питания в чрезвычайных ситуациях, и стратегий их осуществления.

= = =

¹ *Treatment and management of severe malnutrition*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (в печати).

² Nutritional Assessment in emergencies. A summary of WHO-proposed indicators, reference values and key references. From: *Management of nutrition in major emergencies*. Женева, Всемирная Организация здравоохранения (в печати).

³ Nutritional requirements in emergencies. From: *Management of nutrition in major emergencies*. Женева, Всемирная Организация здравоохранения (в печати).

⁴ Food and nutritional care in emergencies. A summary of WHO-proposed guidelines. From: *Management of nutrition in major emergencies*. Женева, Всемирная Организация здравоохранения (в печати).