



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто девятая сессия
Пункт 3.8 предварительной повестки дня

ЕВ109/11
11 декабря 2001 г.

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

Доклад Секретариата

1. После краткого представления глобального бремени, которое составляют собой несколько основных форм неправильного питания для детей грудного и раннего возраста, настоящий документ сообщает о ходе работы по защите и поддержке питания детей грудного и раннего возраста, а также осуществления Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока¹.

2. Неправильное питание может проявляться в целом ряде взаимосвязанных форм, включая внутриутробную задержку роста плода, белковую недостаточность, недостаточность микроэлементов, таких как йод, витамин А, цинк и железо. Во многих странах излишний вес детей также вызывает беспокойство. Все названные формы неправильного питания задерживают физический рост, психическое развитие, ухудшают здоровье, мешают нормальной деятельности и производительности, а также выживанию, оказывая продолжительное воздействие на протяжении всей жизни.

БЕЛКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

3. Распространенность во всем мире белковой недостаточности является причиной более чем половины от 10,9 миллиона смертельных исходов ежегодно среди детей в возрасте до 5 лет в развивающихся странах, хотя она постепенно снижается (см. рисунок в Приложении). Вместе с тем почти 30% детей, не достигших пяти лет в развивающихся странах, или 161 миллион детей все еще страдают от задержек в росте (см. Приложение, Таблица 1). Более чем 70% этих детей проживают в Азии, 25% - в Африке и около 4% - в Латинской Америке и странах Карибского бассейна. Ситуация в некоторых районах Африки вызывает особое беспокойство, поскольку число детей, не получающих достаточного питания, увеличивается в результате ВИЧ/СПИДа, экологических бедствий, вооруженных конфликтов, гражданских беспорядков и массовых перемещений населения.

¹ Настоящий доклад представляется в соответствии с резолюцией WHA33.32 и статьей 11.7 Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока.

4. Более всего страдают приблизительно 5,6 миллиона ослабленных детей в возрасте до пяти лет, прежде всего в 27 наименее развитых странах (см. Приложение, Таблица 2). Летальные исходы среди таких детей составляют обычно от 20% до 30% (хотя исследования указывают на колебания от 4% до 49%), несмотря на то, что при обеспечении должных вмешательств этот показатель может быть сокращен до менее чем 5%.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИКРОПИТАТЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

5. **Недостаточность йода** вызывается в основном недостаточным поступлением йода в организм во время беременности, выступает как главная причина не поддающихся профилактике нарушений мозга и умственной отсталости (см. Приложение, Таблица 3). Она выступает как очень значительная проблема общественного здравоохранения в 130 странах, большинство из которых находятся в Африке и Азии. Около 13% населения мира все еще подвержены угрозе, связанной с недостаточностью йода, и 740 миллионов людей страдают от этого в настоящее время. Тем не менее, значительные успехи были достигнуты на протяжении последнего десятилетия в ликвидации нарушений, связанных с недостаточностью йода. Более 80% страдающих от этого стран сегодня имеют программы йодирования соли, в среднем для приблизительно 68% домашних хозяйств, составляющих от 63% в Африке до 90% в странах Америки, обеспечен доступ к йодированной соли. Задача в настоящее время заключается прежде всего в мониторинге йодирования соли и ее воздействия¹ на основе лабораторных региональных сетей и, во-вторых, увеличение доступа к йодированной соли на основе более эффективной координации действий главных партнеров, и особенно отраслей промышленности, занятых производством соли. Было создано также новое международное партнерство, цель которого заключается в ликвидации недостаточности йода.

6. **Недостаточность витамина А** является значительной проблемой общественного здравоохранения в 118 странах, и 250 миллионов детей дошкольного возраста страдают от этого или подвергаются этой угрозе (с учетом сочетания клинических и субклинических симптомов) (см. Приложение, Таблица 3). Это не только является главной причиной поддающейся профилактике слепоты, но также и основным фактором риска в отношении заболеваемости и смертности в младенческом и раннем детском возрасте, а также, вероятно, и во время беременности. ВОЗ, ЮНИСЕФ, неправительственные организации, двусторонние агентства-доноры и отрасли частной промышленности укрепляют свое сотрудничество по ускорению хода работы по борьбе с недостатком витамина А, особенно на основе обогащения продуктов питания. Охват детей, относящихся к группе риска, в значительной мере был увеличен за счет взаимосвязи проблем дополнительного питания с посещением больных детей с учетом интегрированного ведения детских болезней и со службами иммунизации, например в Африке, где число стран, обеспечивающих необходимые дополнительные меры во время национальных дней иммунизации, увеличилось с четырех в 1996 г. до 35 в 1999 году. В 2000 г. приблизительно 90 миллионов детей во всем мире получили по крайней мере одну дозу витамина А. На основе обзора существующих уровней дозировки для детей грудного возраста, детей

¹ Оценка нарушений, связанных с недостаточностью йода, мониторинг в вопросах ликвидации. Руководство для руководителей программ (второе издание) (документ WHO/NHD/01.1).

раннего возраста и женщин после родов подготавливаются новые руководящие принципы при сотрудничестве с ЮНИСЕФ и Международной консультативной группы по витамину А. ВОЗ обеспечивает также координацию научных исследований с МАГАТЭ и Агентством Соединенных Штатов по международному развитию в целях изучения вопроса о безопасности и преимуществах для здоровья с увеличением дозировки в раннем грудном возрасте.

7. Много делается также для того, чтобы решить проблему **недостатка железа**, что является главной причиной анемии, и остается по-прежнему в значительной мере "неуловимой" проблемой общественного здравоохранения в связи с целым рядом неблагоприятных последствий, включая увеличение смертности, преждевременные роды, низкий вес при рождении, задержки и отставание в развитии, сокращение производительности труда¹. В настоящее время завершается подготовленный ВОЗ обзор подходов к предупреждению анемий и улучшению потребления продуктов, содержащих железо, детьми грудного и раннего возраста.

8. С учетом ограниченного содержания **цинка** в диете большинства детей в развивающихся странах и вопроса о роли микронутриентных элементов в сокращении распространенности и тяжести форм диареи, а также и распространении пневмонии, ВОЗ оказывает содействие исследованиям, посвященным соблюдению рекомендованной дозировки и воздействия добавок, содержащих цинк, на заболеваемость и смертность в детском возрасте. Двойные "слепые" полевые испытания были начаты в Индии и Занзибаре (Объединенная Республика Танзания) для оценки воздействия ежедневного приема добавок, содержащих цинк, на общие показатели детской смертности.

ПИТАНИЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ

9. Неправильное питание во всех его формах распространено среди более чем 40 миллионов беженцев, перемещенных лиц во всем мире, включая 5,5 миллиона детей в возрасте до пяти лет². Угроза неправильного питания для указанной группы бывает различной в зависимости от обеспечения доступа к безопасным и адекватным продуктам питания, а также наличия служб здравоохранения для борьбы с инфекционными болезнями. ВОЗ, как и ранее, обеспечивает техническую и методологическую поддержку и необходимую подготовку для правительств стран и международных агентств "на передовой" особенно ЮНИСЕФ, УВКБ и ВПП и их персоналу, а также неправительственным организациям.

ОЖИРЕНИЕ

10. Другой "стороной медали" проблемы неправильного питания является чрезмерный вес и ожирение, увеличивающие спектр глобальных проблем общественного здравоохранения. В осуществленном недавно анализе национальных данных из 79 стран,

¹ Оценка анемий, связанных с недостатком йода: вопросы профилактики и борьбы: руководство для руководителей программ (документ WHO/NHD/01.3).

² *Проблемы питания при чрезвычайных обстоятельствах*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г., ISBN 92 4 154520 8.

представляющих 87,8% детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах, общая распространенность избыточного веса у таких детей в развивающихся странах составила 3,3% (17,6 миллиона) (см. Приложение, Таблица 2)¹. Излишний вес и ожирение как проблема продолжают расти во многих странах, и в 21 стране их распространенность составляет более 5%. Убедительные данные взаимосвязывают проблему ожирения в детском возрасте с детской гипертонией, диабетом, респираторными болезнями, ортопедическими расстройствами и психосоциальными нарушениями. Еще большее беспокойство вызывает взаимосвязь этой проблемы с избыточным весом у взрослых людей и ассоциируемые с этим заболеваемость и смертность, а также то воздействие, которое она оказывает на связь с хроническими заболеваниями в более поздние периоды жизни.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

11. Задачи, определенные на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей в 1990 г. и вновь подтвержденные Международной конференцией по вопросам питания в 1992 г., предполагают сокращение или ликвидацию основных форм недостаточного питания к 2000 г., что не было достигнуто в большинстве стран. Не соответствующая требованиям практика питания все еще служит причиной по крайней мере одной трети всех случаев неправильного питания, значительно повышая показатели заболеваемости и смертности среди детей, не достигших пяти лет. Это есть также главное основание для разработки новой глобальной стратегии по вопросам питания детей грудного и раннего возраста, которая будет представлена отдельно².

12. Защита, содействие и поддержка в вопросах питания детей грудного и раннего возраста чрезвычайно важны для предупреждения проблем, связанных с неправильным питанием, и обеспечения здорового роста и развития детей. Несоответствующая практика питания есть основная причина плохого состояния здоровья у детей грудного и раннего возраста. Имеются определенные успехи, подкрепляющие данные рекомендаций в отношении оптимальной практики грудного вскармливания для выявления эффективных видов вмешательства³ и содействия их использованию. Новая глобальная стратегия по питанию детей грудного и раннего возраста указывает на важность надлежащего доступа к соответствующим навыкам и поддержке в рамках системы здравоохранения и общины в сочетании с мерами по защите питания детей грудного и раннего возраста, с тем чтобы обеспечить такое положение, когда матери и те, кто обеспечивает уход, могли должным образом заботиться о потребностях в соответствующем питании находящихся под их присмотром детей грудного и раннего возраста.

¹ См. Глобальную базу данных о росте и неправильном питании детей (<http://www.who.int/nutgrowthdb/>) and de Onis M, Blössner M. Prevalence of trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, **72**: 1032-1039.

² См. документ EB109/12.

³ Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly S. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, **356**: 1643-1647 and Santos I, Victoria CG, Martines J et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition*, 2001, **131** (11): 2866-2873.

13. Некоторые страны добились значительных улучшений в распространении практики и продолжительности **исключительно грудного вскармливания** на протяжении последних десяти лет. Вместе с тем показатели *исключительно грудного* кормления на протяжении первых шести месяцев остаются низкими. На основе глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста предпринимаются меры к тому, чтобы осуществить и дополнить рекомендации, доказавшие свою эффективность, с тем чтобы обеспечить рост показателей в отношении исключительно грудного питания во всем мире.

14. Работа в рамках **Инициативы по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания**, начатая в 1991 г. в целях содействия созданию условий, способствующих приобщению к практике исключительно грудного вскармливания, в настоящее время осуществляется примерно в 16 000 больниц в 171 государстве-члене. Однако в дополнение к отмеченной в последнем докладе Исполнительному комитету в 2000 г. и впоследствии подтвержденной озабоченности по поводу того, что соответствующие стандарты не всегда поддерживаются на должном уровне, сейчас, судя по всему, прекратился рост общего числа больниц, в которых создаются такие условия. Некоторые страны, в которых отмечается сокращение масштабов этой практики, особенно в частных и университетских больницах, истолковали уменьшение ресурсов, выделяемых на эти цели ВОЗ и ЮНИСЕФ, как знак ослабления внимания к этому вопросу на международном уровне. В то же время данные исследований свидетельствуют об исключительной важности наличия таких программ в больницах для обеспечения продолжительного и исключительного характера грудного вскармливания, и в некоторых странах в этом отношении удалось добиться определенного прогресса. Например, проведенное в Беларуси контролируемое исследование методом случайной выборки показало, что реализация Инициативы привела к значительному увеличению продолжительности грудного вскармливания вообще и расширению практики исключительно грудного вскармливания в частности¹. В Кении 230 из 350 родильных домов отвечают требованиям Инициативы. В Соединенных Штатах Америки в одной из расположенных в центре города университетских больниц, обслуживающих в основном семьи бедняков, представителей меньшинств и эмигрантов, в результате реализации Инициативы доля матерей, прибегающих к грудному вскармливанию, возросла с 58% в 1995 г. до 86,5% в 1999 году². Четыре страны: Малайзия, Намибия, Оман и Швеция положительно отличаются от всех остальных в том плане, что у них требованиям Инициативы отвечают *все* больницы.

15. ВОЗ и ЮНИСЕФ провели совещание координаторов по реализации Инициативы из 18 промышленно развитых стран с целью выявления препятствий на пути реализации Инициативы и разработки стратегий для достижения ее целей (Лондон, 11-13 июня 2001 г.). Две указанные организации также работают над расширением использования

¹ Kramer M et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 2001, **285**(4): 413-420.

² Philipp B et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, **108**: 677-681.

разработанного совместно с одним сотрудничающим центром¹ комплекса средств по мониторингу и повторной оценке, имеющего целью обеспечение прогресса в этой области и гарантирование качества и правильности Инициативы в долгосрочном плане. Расширение охвата Инициативы является одним из важнейших направлений новой глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста. Для обеспечения поддержки оптимальной практики грудного вскармливания почти в 100 странах были проведены разработанные ВОЗ учебные курсы по консультированию, рассчитанные на медицинских работников, сотрудников больниц, управленцев и разработчиков политики в области медицинского обеспечения², а в материалы по комплексному лечению детских болезней, предназначенные для использования в медицинских учреждениях и общинах³, была включена тема, посвященная консультированию по грудному вскармливанию и прикармливанию. Сейчас также разрабатываются руководящие принципы по обеспечению включения соответствующей информации по питанию детей грудного и раннего возраста в программы обучения специалистов и младшего медицинского персонала, проводимого до выхода на работ, и по укреплению поддержки со стороны общины путем подготовки консультантов по грудному вскармливанию из числа людей, не работающих в сфере медицинского обеспечения, и из числа кормящих матерей.

16. В 2000 г. по поручению ВОЗ был проведен систематический обзор публикуемой научной литературы об **оптимальной продолжительности исключительно грудного вскармливания**. Для независимого изучения и оценки было отобрано более 3000 работ. По результатам этого процесса был проведен обзор на уровне коллег, после чего все заключения были переданы для технического анализа на рассмотрение консультативного совещания экспертов (Женева, 28-30 марта 2001 г.). Выводы и рекомендации по практике и исследованиям в этой области были представлены на рассмотрение Пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения⁴. Ассамблея здравоохранения обратилась к государствам-членам с настоятельным призывом укреплять мероприятия и разрабатывать новые подходы в целях защиты, пропаганды и поддержки практики исключительно грудного вскармливания в течение шести месяцев в качестве глобальной рекомендации общественного здравоохранения, учитывая результаты Консультативного совещания экспертов ВОЗ по вопросам оптимальной продолжительности исключительно грудного вскармливания, и обеспечивать безопасное и соответствующее прикармливание с продолжением грудного вскармливания до двух или более лет, обращая особое внимание на общественные каналы распространения этих концепций, с целью обеспечения более широкой приверженности населения этим видам практики (резолюция WHA54.2).

¹ ВОЗ, ЮНИСЕФ и Wellstart International. Инициатива по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания. Мониторинг и оценка: методика устойчивого развития, Женева, ВОЗ, 1999 г. (документ WHO/NHD/99.2).

² Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения (документы WHO/CDR/93.3-93.6, изданные на всех языках Организации Объединенных Наций и на португальском языке); Поощрение грудного вскармливания в медицинских учреждениях: краткий курс для администраторов и разработчиков политики (документ WHO/NUT/96.3, изданный на английском, арабском, испанском и русском языках).

³ Integrated management of childhood illness: a training course for first-level health workers (document WHO/CHD/97.3.A-L), <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

⁴ См. документ A54/INF.DOC/4.

Поскольку выводы и рекомендации Консультативного совещания экспертов имеют отношение к определению возрастных рамок потребления в проекте стандарта Codex Alimentarius для продуктов дополнительного питания на основе злаков для детей грудного и раннего возраста, они были также представлены на рассмотрение 24-й сессии Комиссии Codex Alimentarius (Женева, 2-7 июля 2001 г.).

17. Что касается **передачи ВИЧ от матери ребенку**, то в мае 2001 г. Ассамблея здравоохранения была проинформирована о том, что от 10% до 20% грудных детей, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей, могут инфицироваться ВИЧ в результате грудного вскармливания и что недавно проведенные исследования свидетельствуют о повышенном риске передачи инфекции в течение первых месяцев жизни. Однако данные одного исследования показывают, что исключительно грудное вскармливание в течение первых трех месяцев жизни может сопровождаться меньшим риском передачи ВИЧ, чем при смешанном кормлении, возможно, из-за того, что инфекционные или аллергические процессы, связанные со смешанным кормлением, нарушают целостность слизистых оболочек. Совместные руководящие принципы ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС/ВОЗ¹, выпущенные в 1998 г., остаются в силе. Все ВИЧ-инфицированные матери должны получать консультативную помощь, включая информацию о рисках и преимуществах различных видов кормления, а также конкретные советы по выбору варианта, который может быть наиболее подходящим для их ситуации. В тех случаях, когда замена грудного вскармливания является приемлемой, осуществимой, доступной, устойчивой и безопасной, ВИЧ-позитивным женщинам рекомендуется полностью избегать грудного вскармливания; в других случаях исключительно грудное вскармливание рекомендуется использовать в течение первых месяцев жизни. Для сведения к минимуму возможности передачи ВИЧ грудное вскармливание ВИЧ-позитивной женщиной следует прекращать как можно быстрее, учитывая местные условия, ситуацию каждой конкретной женщины и опасности заместительного кормления, включая недостаточность питания и другие инфекции, помимо ВИЧ. Окончательное решение должна принимать сама мать, и ей следует оказывать поддержку в ее выборе.

18. ВОЗ в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС разработала материалы для трехдневных учебных курсов, предназначенных для медицинских работников, занимающихся консультированием матерей по вопросам ВИЧ и кормления грудных детей². Эти курсы уже были проведены в 10 странах. ВОЗ сейчас также разрабатывает материалы для краткосрочных курсов по улучшению лечебного питания и диетотерапии, предназначенные для участковых медицинских работников, занимающихся консультированием по вопросам питания ВИЧ-инфицированных людей, включая детей. ВОЗ оказывает поддержку в проведении в Южной Африке и Замбии исследования по оценке риска передачи ВИЧ при исключительно грудном вскармливании и по определению воздействия раннего прекращения грудного вскармливания на общие показатели передачи инфекции. В настоящее время готовятся материалы для

¹ UNICEF, UNAIDS, WHO. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers. A guide for health care managers and supervisors. A review of HIV transmissions through breastfeeding* (документы WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3).

² HIV and infant feeding counselling: a training course (документ WHO/FCH/CAH/00.2-6).

консультирования матерей по вопросам раннего прекращения грудного вскармливания и безопасного заменительного питания.

19. На своей 88-й сессии, состоявшейся в июне 2000 г., Международная конференция труда приняла Конвенцию об охране материнства 2000 г. (№. 183) и Рекомендацию об охране материнства 2000 г. (№. 191). ВОЗ принимала участие во всем процессе подготовки пересмотренной Конвенции и представила фактические данные по вопросам **охраны здоровья матерей и содействия практике грудного вскармливания**. Конвенция была в значительной степени усилена за счет включения в нее нового положения о защите от опасных веществ, увеличения минимальной продолжительности отпуска по беременности и родам с 12 до 14 недель, укрепления права на оплачиваемые перерывы для кормления своего ребенка грудью и распространения действия Конвенции на женщин, занятых нетипичными формами зависимого труда.

20. Со времени принятия **Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока** Тридцать четвертой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1981 г. (резолюция WHA34.22) доклады о мерах по внедрению в практику принципов и цели свода правил представили 162 из 191 государства-члена ВОЗ (85%). К числу этих мер относится принятие новых или пересмотр существующих законов, инструкций, сводов правил, руководящих принципов, соглашений и механизмов мониторинга и отчетности. Со времени представления последнего доклада Исполнительному комитету на его Сто пятой сессии в 2000 г.¹ информацию о новых или пересмотренных мерах представили девять стран (Ангола, Гана, Греция, Казахстан, Камбоджа, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Франция и Южная Африка). За это же время ВОЗ отреагировала на просьбы о предоставлении технической помощи, полученные от Австралии, Камбоджи, Новой Зеландии, Омана и Пакистана. ВОЗ также приняла участие в пересмотре протокола по мониторингу свода правил Межучрежденческой группы по мониторингу грудного вскармливания, объединяющей в своих рядах неправительственные организации, религиозные учреждения и научные центры. В мае 2000 г. Своду правил исполнилось 20 лет, и Генеральный директор приняла участие в церемонии, организованной по этому случаю Международной сетью действий в области детского питания.

21. Обеспечение должного уровня питания в период после исключительно грудного вскармливания может быть трудным делом, и многие дети в возрасте от шести до 24 месяцев подвержены особому риску недостаточного питания. С целью перевода научных данных на язык практических мер ВОЗ в сотрудничестве с Лондонской школой гигиены и тропической медицины разработала практические руководящие принципы по **дополнительному питанию**². Эти принципы представляют собой доработку руководящих принципов для медицинских работников первого уровня и являются частью системы комплексного лечения детских болезней. Сейчас готовятся материалы для трехдневных курсов, имеющих целью помочь медицинским работникам овладеть эффективными навыками медицинского консультирования по вопросам надлежащего дополнительного питания детей в возрасте от 6 до 24 месяцев. ВОЗ проводит глобальное консультативное

¹ См. документ EB105/2000/REC/2, протокол девятого заседания.

² Complementary feeding: family foods for breastfed children (документы WHO/NHD/00.1, WHO/FCH/CAH/00.6).

совещание по вопросам дополнительного питания (Женева, 10-13 декабря 2001 г.) с целью использования имеющихся фактических данных, опыта и результатов научных исследований для улучшения практики питания.

ПИТАНИЕ МАТЕРЕЙ

22. Представленные в ходе Совещания экспертов ВОЗ по условиям жизни и здоровью (Анси, Франция, 2-4 мая 2001 г.) фактические данные о связях, существующих между условиями жизни и сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом, продемонстрировали наличие влияния режима питания матери в период до наступления беременности на внутриутробное и послеродовое развитие детей и возможность развития у них впоследствии хронических заболеваний. Помимо задержки внутриутробного развития плода недостаточное питание матери может (даже в случае нормального питания в послеродовой период) иметь своим следствием повышение риска развития у детей сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Аналогичным образом наличие у матери ожирения существенно повышает риск развития у ее детей ожирения и связанных с ним хронических заболеваний. С учетом рекомендаций Совещания экспертов ВОЗ признает необходимость учета в стратегиях питания детей грудного и раннего возраста условий жизни матери и воздействия на режим питания, развитие и здоровье детей грудного и раннего возраста факторов, переходящих от одного поколения к другому, включая недостаточное питание и ожирение у молодых женщин.

МЕЖИНСТИТУТСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗ ПО ПОДГОТОВКЕ СПРАВОЧНОЙ ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

23. Данное исследование¹, в ходе которого было обследовано более 10 000 детей, было начато в 1997 г. с целью составления новой международной справочной таблицы для оценки здоровья, развития и состояния дел с питанием (включая недостаточное и избыточное питание) у определенных групп населения и отдельных лиц. В Бразилии эта работа уже завершена, а в Гане, Индии, Норвегии, Омане и Соединенных Штатах Америки она еще продолжается. В двух точках уже была завершена работа с поперечным компонентом исследования - выборкой численностью 1400 детей в возрасте от 18 до 71 месяца. Сейчас также осуществляется сбор данных, необходимых для изучения связи между физическим развитием и развитием моторики у благополучных детей разных национальностей в различной культурной среде. Файлы данных направляются для контроля и обработки в исследовательский координационный центр, расположенный в штаб-квартире ВОЗ. Выпуск новых кривых регистрации темпов роста, запланированный на 2005 г., зависит от обеспечения должного финансирования разработок и испытаний.

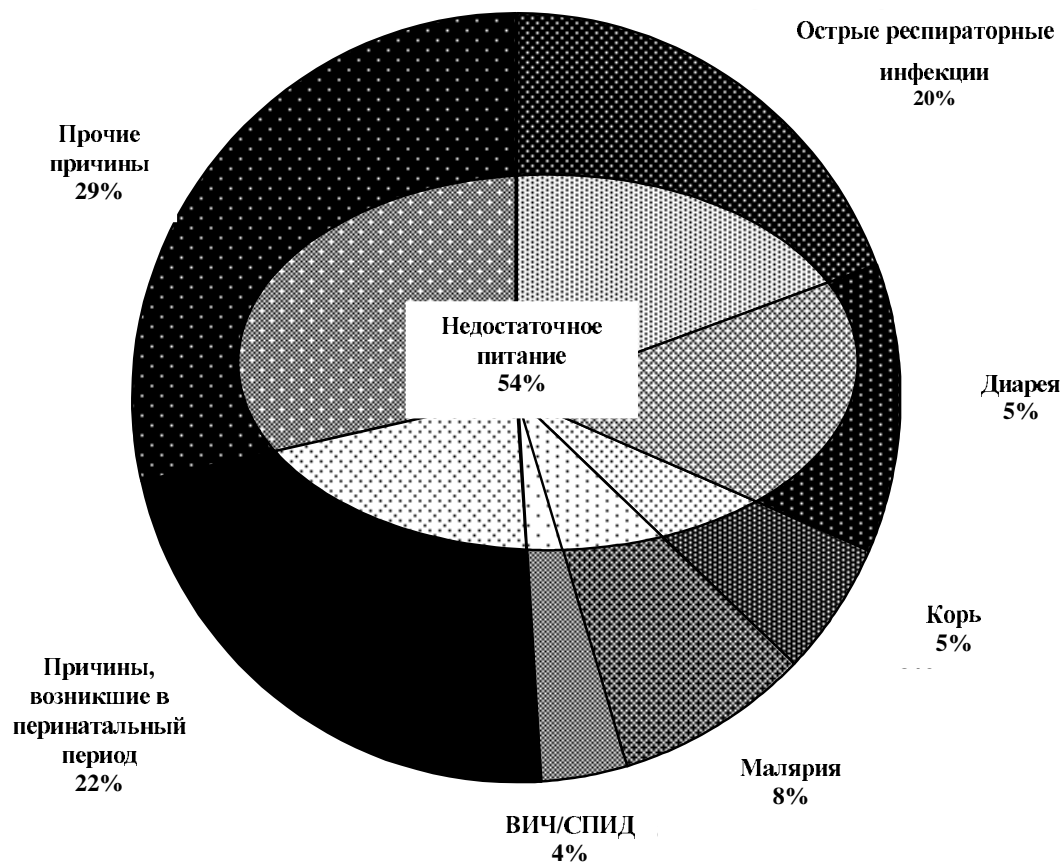
ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

24. Исполнительному комитету предлагается принять настоящий доклад к сведению.

¹ См. также документ EB105/INF.DOC/1.

ПРИЛОЖЕНИЕ

РИСУНОК. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПРИЧИНАМ СМЕРТИ 10,9 МИЛЛИОНА СМЕРТНЫХ СЛУЧАЕВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ В 1999 ГОДУ



Источник: ВОЗ 2000 г. (на основе данных за 1999 г.)

ТАБЛИЦА 1. ФАКТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ГЛОБАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАДЕРЖКИ РОСТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ^а (1980-2005 гг.)

Регион ^б	1980 г.	1985 г.	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.
	% (млн.)	% (млн.)	% (млн.)	% (млн.)	% (млн.)	% (млн.)
Африка	38,8 (32,6)	37,8 (36,4)	36,8 (39,4)	35,8 (41,3)	34,9 (43,6)	33,9 (45,5)
Азия	54,1 (175,1)	48,4 (169,2)	42,8 (162,0)	37,3 (135,9)	32,2 (115,3)	27,4 (96,4)
Латинская Америка и страны Карибского бассейна	23,4 (12,2)	20,1 (10,8)	17,1 (9,4)	14,5 (8,0)	12,3 (6,8)	10,3 (5,7)
Развивающиеся страны	48,1 (221,3)	43,3 (216,3)	38,5 (208,6)	34,0 (182,2)	29,8 (161,0)	25,9 (140,5)

^а Задержка в росте определяется как соотношение роста к возрасту ≤ 2 стандартных отклонений от международной справочной медианы, разработанной Национальным центром медицинской статистики (НЦМС) и ВОЗ.

^б Страны были сгруппированы по системе классификации Организации Объединенных Наций (Отдел по вопросам народонаселения Организации Объединенных Наций. *World population prospects – the 1998 revision*, New York, United Nations, 1999).

Источник: Глобальная база данных ВОЗ по развитию ребенка и недостаточному питанию, 2001 г.

ТАБЛИЦА 2. РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ГЛОБАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЛУЧАЕВ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ГИПЕРТРОФИИ^b СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ (1995 г.)

Регион ^c	Ожирение			Гипертрофия		
	Процентная доля детей, охваченных национальными обследованиями по вопросам питания	Процентная доля детей, имеющих избыточную массу тела	Число детей, имеющих избыточную массу тела (тыс.)	Процентная доля детей, охваченных национальными обследованиями	Процентная доля детей, страдающих гипертрофией	Число детей, страдающих гипертрофией (тыс.)
Африка	70,9	3,9	4 471	94,5	9,6	11 060
Азия	92,4	2,9	10 643	93,7	10,4	37 872
Латинская Америка и страны Карибского бассейна	94,1	4,4	2 429	97,2	2,9	1 591
Океания ^d	15,5	НД ^e	НД ^e	15,5	НД ^e	НД ^e
Развивающиеся страны	87,8	3,3	17 561	94,1	9,4	50 593

^a Избыточная масса тела определяется как соотношение массы тела к росту >2 стандартных отклонений от международной справочной медианы, разработанной Национальным центром медицинской статистики (НЦМС) и ВОЗ.

^b Гипертрофия определяется как соотношение массы тела к росту ≤ 2 стандартных отклонений от медианы НЦМС/ВОЗ.

^c Страны были сгруппированы по системе классификации Организации Объединенных Наций (Отдел по вопросам народонаселения Организации Объединенных Наций. *World population prospects – the 1998 revision*, New York, United Nations, 1999).

^d Исключая Австралию и Новую Зеландию.

^e НД =нет данных.

Источник: de Onis M, Blössner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, **72**: 1032-1039.

**ТАБЛИЦА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЛУЧАЕВ НЕХВАТКИ
ВИТАМИНА А И РАССТРОЙСТВ, ВЫЗЫВАЕМЫХ НЕХВАТКОЙ ЙОДА,
НА БАЗЕ ОБЩЕГО КОЭФФИЦИЕНТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
СЛУЧАЕВ ЗОБА В ШЕСТИ РЕГИОНАХ ВОЗ (1999 г.)**

Регион ВОЗ	Лица, страдающие зобом ^а		Лица, страдающие недостаточностью витамина А (дети дошкольного возраста)	
	Число (млн.)	% в регионе ^б	Число (млн.)	% в регионе ^б
Африканский регион	124	20	53	49
Регион стран Америки	39	5	16	20
Регион стран Юго-Восточной Азии	172	12	127	69
Европейский регион	130	15	НД ^с	НД ^с
Регион стран Восточного Средиземноморья	152	32	16	22
Регион Западной части Тихого океана	124	8	42	27
Итого	740	13	254	38

^а Данные о числе/распространенности лиц, страдающих зобом, используются в качестве заменителя данных распространенности расстройств, вызываемых недостаточностью йода.

^б Общий коэффициент распространенности случаев зоба.

^с НД =нет данных.

Источник: Глобальная база данных ВОЗ по расстройствам, вызванным недостаточностью йода и по недостаточности витамина А.

= = =