



**Всемирная
организация здравоохранения**

**ШЕСТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 12.2 предварительной повестки дня**

**A69/8
24 марта 2016 г.**

Доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения

Доклад Генерального директора

Генеральный директор имеет честь препроводить Шестидесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения (см. Приложение).

ПРИЛОЖЕНИЕ

ДОКЛАД КОМИССИИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ

Цели Комиссии

Общими целями Комиссии по ликвидации детского ожирения являются предоставление стратегических рекомендаций правительствам по профилактике ожирения у детей грудного, более старшего возраста и подростков, а также выявление и лечение уже имеющегося ожирения у детей и подростков, для того чтобы снизить распространенность неинфекционных заболеваний и смертность от них, уменьшить негативные психосоциальные последствия ожирения как в детском, так и во взрослом возрасте и снизить риск ожирения у следующих поколений.

Содержание	
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
РЕЗЮМЕ	5
Действия и обязанности по внедрению рекомендаций	10
ВВЕДЕНИЕ	13
РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ	17
СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ	20
Изменение среды и норм, способствующих ожирению.....	21
Лечение детей с ожирением для улучшения их здоровья в настоящем и будущем.....	21
Снижение риска ожирения за счет воздействия на основные элементы на всех этапах жизни.....	21
Функции и обязанности.....	22
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	22
МОНИТОРИНГ И ПОДОТЧЕТНОСТЬ.....	40
ВЫВОДЫ	42
ЛИТЕРАТУРА	44
Приложение 1. Комиссия по ликвидации детского ожирения	49
Приложение 2. Члены Комиссии	51

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Дети	Лица до 18 лет ¹ .
Дети грудного возраста	Дети до 12 месяцев.
Дети раннего возраста	Дети до 5 лет.
Здоровые продукты питания	Продукты, при потреблении в надлежащих количествах способствующие здоровому рациону питания ² .
Избыточный вес	С рождения до 5 лет: соотношение массы тела и роста превышает медиану стандарта физического развития детей, разработанного ВОЗ, более чем на 2 стандартных отклонения (СО) ³ . С 5 до 19 лет: ИМТ-возраст превышает медиану стандарта физического развития, разработанного ВОЗ, более чем на 1 СО ⁴ .
ИМТ	Индекс массы тела = масса тела (кг)/рост (м ²).
ИМТ-возраст	ИМТ, стандартизованный по возрасту для детей.
Нездоровые продукты питания	Продукты питания с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров или соли, то есть высококалорийные продукты с низким содержанием полезных веществ.
Ожирение	С рождения до 5 лет: соотношение массы тела и роста превышает медиану стандарта физического развития детей, разработанного ВОЗ, более чем на 3 СО ³ . С 5 до 19 лет: ИМТ-возраст превышает медиану стандарта физического развития, разработанного ВОЗ, более чем на 2 СО ⁴ .
Среда, способствующая ожирению	Среда, способствующая потреблению большого числа калорий и малоподвижному образу жизни. Она включает пропагандируемые, имеющиеся в наличии и доступные, в том числе с финансовой точки зрения, продукты питания, возможность для физической активности, а также социальные нормы в отношении питания и физической активности

¹ Конвенция по правам ребенка, Конвенции, 1577:3(1989 г.): ЧАСТЬ I, Статья 1 определяет ребенка как любого человека до 18 лет, если только, согласно законам, применимым для детей, совершеннолетие не наступает раньше. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет подростков, как лиц в возрасте 10-19 лет. Следовательно, согласно основанному на возрастном критерии определению, принятому Конвенцией по правам ребенка и описывающему ребенка как лицо в возрасте до 18 лет, большинство подростков относятся к детям.

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.

³ http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/.

⁴ http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/. Новые кривые существенно приближены к стандартам физического развития детей, разработанным ВОЗ, для возраста 5 лет; с 19 лет используют критерии избыточного веса и ожирения, рекомендуемые для взрослых. Эти кривые заполняют пробел в стандартах физического развития и предоставляют соответствующий ориентир для возрастной группы 5-19 лет.

РЕЗЮМЕ

1. Распространенность детского ожирения достигает тревожных значений во многих странах и представляет собой неотложную и серьезную проблему. Цели в области устойчивого развития, установленные Организацией Объединенных Наций в 2015 г., определяют профилактику неинфекционных заболеваний и борьбу с ними одним из ключевых приоритетных направлений. Среди факторов риска неинфекционных заболеваний ожирение вызывает особую озабоченность, поскольку может свести на нет многие благоприятные для здоровья человека изменения, способствовавшие увеличению продолжительности жизни.

2. Распространенность ожирения у детей грудного, более старшего возраста и подростков растет во всем мире. Хотя в некоторых условиях показатели могут оставаться стабильными, в абсолютном выражении в странах с низким и средним уровнем доходов число детей с избыточным весом и ожирением больше, чем в странах с высоким уровнем доходов. Ожирение может непосредственно ухудшать здоровье ребенка, снижать уровень образования и качество жизни. У детей с ожирением повышен риск ожирения во взрослом возрасте и хронических заболеваний.

3. До сих пор улучшение ситуации с детским ожирением происходило медленно, а успехи в этой области были непостоянными. Комиссия по ликвидации детского ожирения была создана в 2014 г., чтобы изучить и ликвидировать пробелы в существующих предписаниях и стратегиях. Проведя консультации с более чем 100 государствами-членами ВОЗ и изучив почти 180 комментариев, сделанных в режиме онлайн (см. Добавление1), Комиссия разработала ряд рекомендаций для успешного решения проблем детского и подросткового ожирения в разных условиях во всем мире.

4. Сегодня многие дети растут в среде, способствующей ожирению. Энергетический дисбаланс возникает в результате изменения типа пищи, наличия и финансовой доступности продуктов, маркетинга, а также снижения физической активности, поскольку дети все больше времени проводят перед телевизором, за компьютером или посвящают малоактивным видам досуга. Поведенческие и биологические ответы ребенка на действие среды, способствующей ожирению, могут формироваться еще до рождения, направляя еще большее число детей на путь ожирения при столкновении с нездоровой пищей и низкой физической активностью.

5. Остановить распространение эпидемии ожирения с помощью какой-либо одной меры невозможно. Борьба с детским и подростковым ожирением требует учета действия окружающей среды и трех ключевых этапов жизни: периода до зачатия и внутриутробного развития; грудного и раннего детского возраста; позднего детского и подросткового возраста. Кроме того, важно лечить детей, уже страдающих ожирением, для их собственного благополучия и благополучия их детей.

6. Профилактика и лечение ожирения требуют общегосударственного подхода, при котором стратегии во всех государственных секторах систематически принимают во

внимание вопросы здоровья, избегают неблагоприятного влияния на него и, таким образом, улучшают здоровье населения и способствуют социальной справедливости.

7. Комиссия разработала всесторонний комплексный набор рекомендаций по борьбе с детским ожирением. Она призывает государства возглавить усилия, а все заинтересованные стороны – признать моральную ответственность действовать в интересах детей для снижения риска ожирения. Представлены рекомендации в следующих областях.

Рекомендация 1. Внедрить комплексные программы, пропагандирующие потребление здоровых продуктов питания и сокращающие потребление нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков детьми и подростками.

- 1.1 Обеспечить подготовку и распространение информации и рекомендаций по вопросам питания для взрослых и детей, адаптированных к конкретным условиям, изложенных в простой, понятной и доступной форме для всех групп населения.
- 1.2 Вводить эффективные налоги на сахаросодержащие напитки.
- 1.3 Внедрить «Рекомендации по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей», чтобы снизить воздействие на детей и подростков и активность маркетинга нездоровых продуктов питания.
- 1.4 Подготовить информацию о пищевой ценности продуктов, чтобы выявлять нездоровые продукты питания и безалкогольные напитки.
- 1.5 Организовать сотрудничество между государствами-членами с целью снижения воздействия маркетинга нездоровых продуктов питания и напитков на международном уровне.
- 1.6 Внедрить стандартизованную глобальную систему маркировки пищевой ценности продуктов питания.
- 1.7 Внедрить маркировки на лицевой стороне упаковок продуктов питания и проводить санитарное просвещение взрослых и детей по вопросам питания.
- 1.8 Создать условия для правильного питания в школах, дошкольных и спортивных учреждениях, во время спортивных мероприятий.
- 1.9 Повысить доступность здоровых продуктов питания для социально незащищенных групп населения.

Рекомендация 2. Внедрить комплексные программы, пропагандирующие физическую активность и уменьшающие малоподвижный образ жизни у детей и подростков.

- 2.1 Обеспечить детей, подростков, их родителей, лиц, осуществляющих уход, педагогов и работников здравоохранения рекомендациями по нормальному весу, двигательной активности, режиму сна и надлежащему использованию развлекательных видео- и цифровых материалов.
- 2.2 Обеспечить на территории школ и в общественных местах соответствующие условия для занятий физическими упражнениями в свободное время для всех детей (в том числе с ограниченными возможностями) с учетом гендерного аспекта, если это необходимо.

Рекомендация 3. Укреплять рекомендации по профилактике неинфекционных заболеваний и объединять их с современными рекомендациями по наблюдению до беременности и дородовому наблюдению с целью снижения риска детского ожирения.

- 3.1 Выявлять и лечить гипергликемию и артериальную гипертензию беременных.
- 3.2 Контролировать и корректировать прибавку в весе во время беременности.
- 3.3 Включить обсуждение вопросов питания в рекомендации и консультирование будущих матерей и отцов до и во время беременности.
- 3.4 Разработать четкие рекомендации по пропаганде здорового питания и физической активности, а также отказа от употребления табака и контакта с табачным дымом, употребления алкоголя, наркотических и других токсических веществ, оказывать соответствующую поддержку.

Рекомендация 4. Давать рекомендации и способствовать здоровому питанию, сну и физической активности детей раннего возраста, чтобы обеспечить условия для нормального развития и формирования здоровых привычек.

- 4.1 Усиливать нормативные меры такие, как «Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока» и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.
- 4.2 Обеспечить, чтобы все лечебно-профилактические учреждения, предоставляющие помощь в рамках дородового и послеродового наблюдения, применяли стратегию «Десять шагов к успешному грудному вскармливанию».
- 4.3 Пропагандировать преимущества грудного вскармливания для матери и ребенка с помощью массового санитарного просвещения родителей и общества в целом.
- 4.4 Поддерживать грудное вскармливание с помощью нормативных мер, таких как декретный отпуск, создание условий и выделение времени для грудного вскармливания на рабочем месте.
- 4.5 В соответствии с рекомендациями ВОЗ разрабатывать нормативные меры по маркетингу продуктов питания и напитков для прикорма, чтобы ограничить потребление продуктов и напитков с высоким содержанием жиров, сахара и соли детьми грудного и раннего возраста.
- 4.6 Давать четкие рекомендации лицам, осуществляющим уход за детьми, избегать определенных категорий продуктов питания (например, сахаросодержащих молочных продуктов и фруктовых соков, а также высококалорийных продуктов с низким содержанием полезных веществ), чтобы предотвратить чрезмерную прибавку в весе, и оказывать соответствующую поддержку.

- 4.7 Давать лицам, осуществляющим уход за детьми, четкие рекомендации и оказывать поддержку, чтобы поощрить употребление разнообразных здоровых продуктов питания.
- 4.8 Давать лицам, осуществляющим уход за детьми, рекомендации по правильному питанию и размеру порций в соответствующем возрасте.
- 4.9 Обеспечить, чтобы в организованных детских коллективах или учреждениях на стол подавали только полезные продукты, напитки и закуски.
- 4.10 Обеспечить, чтобы в учебный план организованных детских коллективов или учреждений было включено санитарное просвещение по вопросам питания.
- 4.11 Обеспечить, чтобы в распорядок дня и учебных планов организованных детских коллективов или учреждений была включена физическая активность.
- 4.12 Давать рекомендации по сну, времени, затрачиваемому на малоподвижные занятия и проводимому у экрана телевизора или компьютера, физической активности и активным играм для детей 2-5 лет.
- 4.13 Обеспечивать общественную поддержку пропаганды здорового образа жизни среди детей раннего возраста для лиц, осуществляющих уход за детьми, и детских коллективов.

Рекомендация 5. Внедрять комплексные программы, способствующие созданию в школах обстановки, благоприятной для формирования здорового образа жизни, просвещения по вопросам здоровья и питания и пропаганды физической активности среди детей и подростков школьного возраста.

- 5.1 Создать стандарты для пищи, предоставляемой в школах и продаваемых в них продуктов питания и напитков, отвечающих рекомендациям по здоровому питанию.
- 5.2 Исключить предоставление или продажу нездоровых продуктов питания, таких как сахаросодержащие напитки и высококалорийные продукты с низким содержанием полезных веществ, в школьной среде.
- 5.3 Обеспечить доступ к питьевой воде в школах и спортивных учреждениях.
- 5.4 Требовать включения санитарного просвещения, в том числе по вопросам питания, в обязательный учебный план школ.
- 5.5 Повысить осведомленность по вопросам питания и улучшить соответствующие навыки родителей и лиц, осуществляющих уход.
- 5.6 Организовать для детей, их родителей и лиц, осуществляющих уход, занятия по приготовлению пищи.
- 5.7 Включить качественную физическую подготовку в учебный план школ, обеспечить надлежащий компетентный персонал и условия для ее проведения.

Рекомендация 6. Предоставлять комплексную помощь по изменению образа жизни с целью коррекции веса для детей и молодых людей, страдающих ожирением, с привлечением их семей.

- 6.1 Развивать и поддерживать надлежащую систему помощи по коррекции веса для детей и подростков с избыточным весом и ожирением. Эта система должна быть ориентирована на участие семьи и быть комплексной (включать коррекцию питания, физическую активность и психосоциальную поддержку), а помощь – оказываться группами специалистов разного профиля, прошедших соответствующую подготовку и имеющих необходимые ресурсы, в рамках программы всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

Действия и обязанности по внедрению рекомендаций

Действия и обязанности

ВОЗ:

- (a) Основать международный поход к ликвидации детского ожирения, охватывающий все этапы жизни, с привлечением всех имеющих отношение к данному вопросу департаментов штаб-квартиры ВОЗ, региональных и страновых офисов.
- (b) В сотрудничестве с государствами-членами разработать концепцию внедрения рекомендаций Комиссии.
- (c) Укреплять потенциал для оказания технической поддержки мероприятий по ликвидации детского ожирения на глобальном, региональном и национальном уровнях.
- (d) Поддерживать международные учреждения, государства и соответствующие заинтересованные стороны в исполнении существующих обязательств, чтобы гарантировать внедрение мероприятий по ликвидации детского ожирения на глобальном, региональном и национальном уровнях.
- (e) Пропагандировать совместные исследования по ликвидации детского ожирения, сконцентрированные на подходе, охватывающем все этапы жизни.
- (f) Информировать о достижениях в области ликвидации детского ожирения.

Международные организации:

- (a) Сотрудничать в области создания потенциала и поддержки государств-членов в борьбе с детским ожирением.

Государства-члены:

- (a) Осуществлять руководство, брать на себя ответственность и политические обязательства по ликвидации детского ожирения в долгосрочной перспективе.
- (b) Координировать участие всех государственных секторов и учреждений, ответственных за принятие стратегических решений, в том числе в сфере образования, продовольствия,

сельского хозяйства, коммерции и промышленности, развития, финансов и сборов, спорта и отдыха, средств массовой информации и коммуникаций, экологического планирования и градостроительства, транспорта, социального обеспечения и торговли (но не ограничиваясь ими).

(с) Обеспечивать получение данных по ИМТ-возрасту, в том числе для возрастных групп, контроль за которыми в настоящее время не проводится, и установить национальные цели в области борьбы с детским ожирением.

(d) Разрабатывать руководства, рекомендации или стратегии по привлечению соответствующих секторов, в том числе частного, где это применимо, к осуществлению описанных в этом докладе мероприятий, направленных на борьбу с детским ожирением.

Негосударственные структуры

Неправительственные организации:

(a) С помощью пропаганды и распространения информации повышать значимость профилактики детского ожирения.

(b) Мотивировать потребителей требовать от государства поддержки здорового образа жизни, а от промышленности – производства здоровых продуктов питания и безалкогольных напитков и прекращения продажи нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков детям.

(с) Вносить вклад в разработку и внедрение механизмов мониторинга и подотчетности.

Частный сектор:

(a) Поддерживать производство и облегчать доступ к продуктам и безалкогольным напиткам, способствующим здоровому питанию.

(b) Повышать доступность физических упражнений и способствовать занятиям ими.

Благотворительные фонды:

(a) Признать, что детское ожирение ставит под угрозу детское здоровье, и направить свои усилия на решение этой важной проблемы.

(b) Мобилизовать финансовые средства для поддержки научных исследований, создание потенциала и предоставление услуг.

Научные и образовательные организации:

(a) С помощью распространения информации и включения в соответствующие программы повышать значимость профилактики детского ожирения.

(b) Направить усилия на ликвидацию пробелов в доказательной базе, поддерживающей внедрение стратегий.

(с) Оказывать поддержку в проведении мониторинга и обеспечении подотчетности.

8. Наибольшей преградой на пути эффективной борьбы с детским ожирением являются отсутствие политических обязательств и несостоятельность государства и других структур брать на себя ответственность, осуществлять руководство и предпринимать необходимые действия.

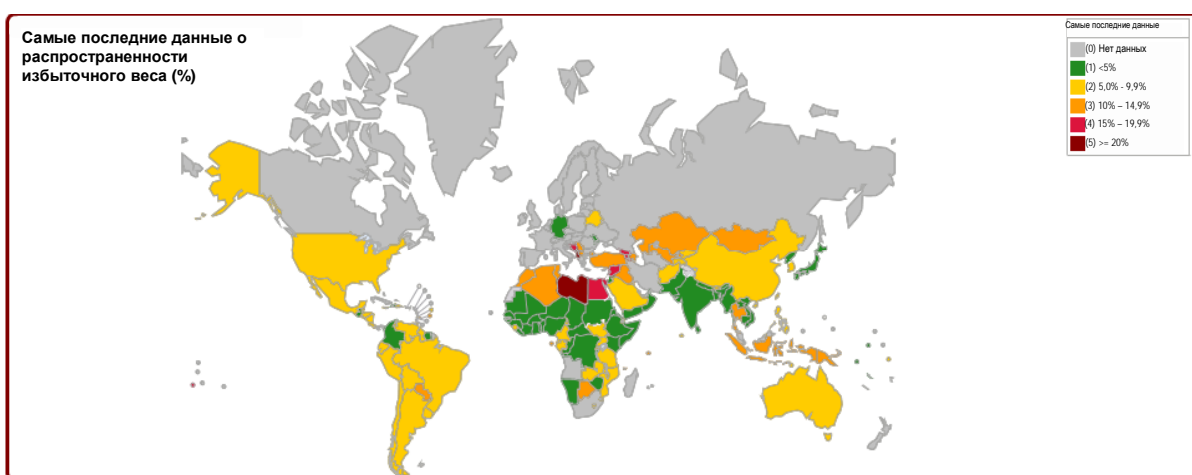
9. Государства должны инвестировать в надежные системы мониторинга и подотчетности, чтобы отслеживать распространенность детского ожирения. Эти системы жизненно необходимы для предоставления данных, необходимых для разработки стратегий, и доказательств влияния и эффективности мероприятий.

10. Комиссия хотела бы подчеркнуть важность и необходимость усилий, направленных на решение сложной проблемы детского ожирения. ВОЗ, международные организации и государства-члены, а также негосударственные структуры играют ведущие роли в создании импульса и обеспечении постоянной слаженной работы всех секторов, направленной на достижение положительного результата.

ВВЕДЕНИЕ

11. Эпидемия ожирения способна свести на нет многие благоприятные для здоровья человека изменения, способствовавшие наблюдаемому во всем мире увеличению продолжительности жизни. По оценкам, в 2014 г. у 41 миллиона детей в возрасте до 5 лет наблюдался избыточный вес или ожирение (1) (определяется как число детей с соотношением массы тела и роста, превышающим медиану стандарта физического развития детей, разработанного ВОЗ, более чем на 2 СО и 3 СО, соответственно (2)). Распространенность избыточного веса у детей до 5 лет в разных странах мира представлена на Рисунке 1. В Африке число детей с избыточным весом или ожирением с 1990 г. почти удвоилось, повысившись с 5,4 миллиона до 10,3 миллиона. В 2014 г. 48% детей до 5 лет с избыточным весом проживали в Азии и 25% – в Африке (1). Распространенность ожирения у детей грудного, более старшего возраста и подростков может быть стабильной в некоторых условиях, однако в абсолютном выражении в странах с низким и средним уровнем доходов число детей с избыточным весом и ожирением больше, чем в странах с высоким уровнем доходов (3). Распространенность избыточного веса по регионам ВОЗ и группам доходов по классификации Всемирного банка представлена на Рисунке 2. Данные о распространенности избыточного веса у детей старшего возраста и подростков в настоящее время уточняются и будут опубликованы ВОЗ в 2016 году. До сих пор улучшение ситуации с детским ожирением происходило медленно, а успехи в этой области были непостоянными (4).

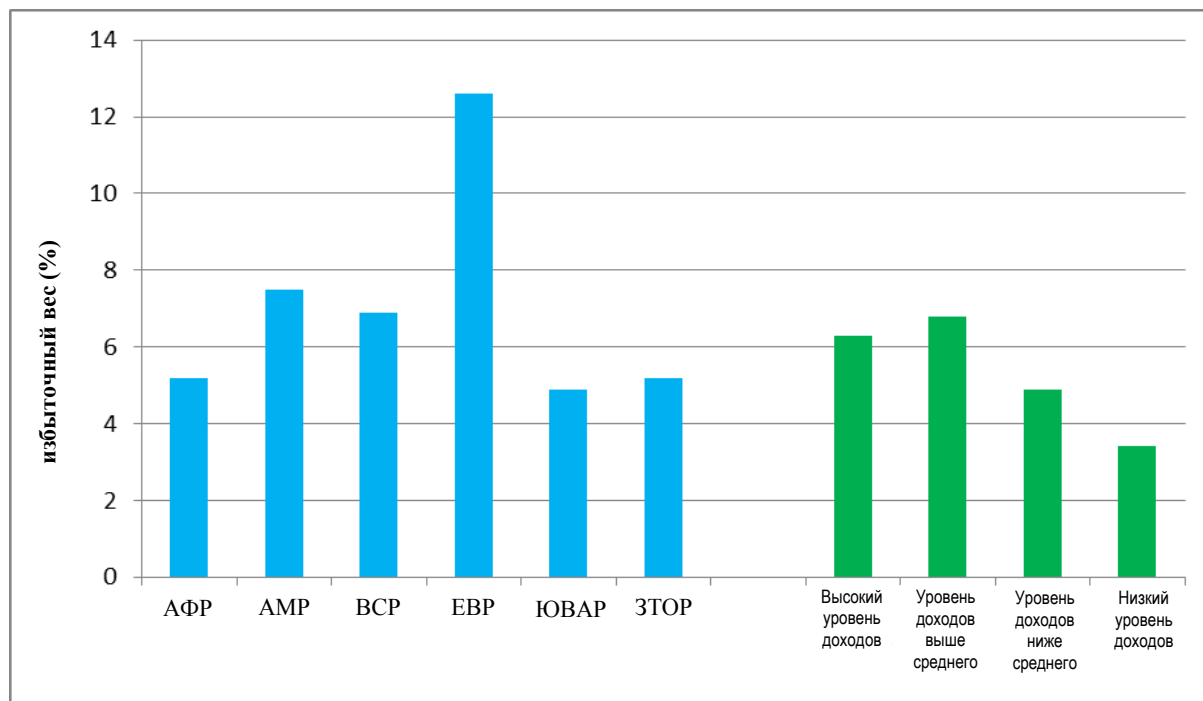
Рисунок 1. Стандартизованная по возрасту распространенность избыточного веса у детей до 5 лет, сравнительная оценка, 2014 г.



Представленные границы и названия, а также обозначения, использованные на этой карте, не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города, района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока еще может быть не достигнуто полного согласия. Все права защищены. Авторское право – ВОЗ, 2015 год.

Источник: Tracking tool (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool>)

Рисунок 2. Распространенность избыточного веса у детей до 5 лет по регионам ВОЗ и группам дохода по классификации Всемирного банка, сравнительная оценка, 2014 г.



АФР=Африканский регион, АМР=Регион стран Америки, ЮВАР=Регин Юго-Восточной Азии, ЕВР=Европейский регион, ВСР=Регион Восточного Средиземноморья, ЗТОР=Регион Западной части Тихого океана.

Источник: UNICEF, WHO, The World Bank. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, New York; WHO, Geneva; The World Bank, Washington, DC; 2015).

12. Число детей, которые еще до своего рождения находятся на пути к развитию ожирения, еще больше. Дети, у которых стандартизованный по возрасту ИМТ (ИМТ-возраст) пока не достиг установленного на данный момент порога, определяющего детское ожирение или избыточный вес, могут иметь высокий риск ожирения. Рекомендации в данном докладе направлены также на нужды этих детей. Недоедание в раннем детском возрасте существенно повышает риск ожирения при изменении структуры питания и режима физической активности.

13. Сегодня многие страны сталкиваются с проблемой разнообразных нарушений питания – растущей распространенностью ожирения одновременно с высокой частотой недоедания и задержкой роста у детей. Детское ожирение зачастую не признается проблемой общественного здравоохранения в тех условиях, где в соответствии с культурными традициями детей с избыточным весом считают здоровыми.

14. В странах с высоким уровнем доходов наибольший риск детского ожирения отмечается в группах населения с низким социально-экономическим положением. Несмотря на то что сегодня для большинства стран с низким и средним уровнем

доходов справедливо обратное, появляется тенденция к изменению этого положения. Внутри стран риск ожирения особенно высок в определенных группах населения, таких как дети мигрантов и коренных народностей (5), вследствие быстрого роста культурного уровня и недостаточной доступности санитарного просвещения. Страны, в которых происходят быстрые социально-экономические преобразования и/или изменения в структуре питания, сталкиваются с двойным бременем, обусловленным одновременным существованием недоедания и избыточного веса (6).

15. Ожирение развивается из-за сочетания воздействия на ребенка нездоровой окружающей среды (среды, способствующей ожирению (7)) и неадекватных поведенческих и биологических ответов на ее действие. Эти ответы имеют индивидуальные различия и сильно зависят от факторов развития.

16. Сегодня многие дети растут в среде, которая способствует избыточному весу и ожирению. В условиях глобализации и урбанизации воздействие этой среды возрастает в странах как с высоким, так и низким и средним уровнем доходов, причем во всех социально-экономических группах. Изменения в доступности пищи и ее видов, а также сокращение физической активности, связанной с передвижением или играми, привели к энергетическому дисбалансу. Дети употребляют продукты, подвергнутые глубокой переработке, богатые калориями, но содержащие мало полезных веществ, дешевые и легко доступные. Возможности для физической активности как в школе, так и вне ее сократились. Дети все больше времени проводят перед телевизором, за компьютером или посвящают малоподвижным видам досуга.

17. Представление о здоровом и желательном весе, особенно у детей грудного и раннего возраста и женщин, зависит от культурных ценностей и норм. В некоторых условиях избыточный вес и ожирение становятся социальной нормой, что вносит вклад в сохранение среды, способствующей ожирению.

18. В результате действия поведенческих и/или биологических факторов риск ожирения может передаваться от одного поколения другому. Поведенческие факторы действуют в поколениях, поскольку дети наследуют социально-экономический статус, культурные нормы и стандарты поведения, а также семейные привычки в отношении питания и физической активности.

19. Биологические факторы риска ожирения реализуются посредством двух основных механизмов:

- (i) Механизм «несоответствия». Он возникает из-за недостаточности питания, иногда незначительной, в период внутриутробного развития и в раннем детстве, например из-за плохого питания матери во время беременности или фетоплацентарной недостаточности. В основе этого механизма лежит действие внешних факторов на функционирование генов (эпигенетические влияния), причем оно необязательно оказывает очевидное воздействие на такой показатель, как вес при рождении (8). У детей, получавших недостаточное питание, родившихся с низким весом или имеющих не соответствующий возрасту рост (отставание в росте), существенно повышен риск избыточного веса и ожирения

при потреблении большого числа калорий и малоподвижном образе жизни в будущем. Попытки бороться с недоеданием и отставанием в росте в детстве могут приводить к непредвиденным последствиям в отношении риска ожирения.

(ii) Механизм развития. Этот механизм реализуется, если у женщины до беременности было ожирение или сахарный диабет либо развился диабет беременных. В этом случае ребенок предрасположен к повышенному накоплению жира, связанному с нарушением обмена веществ и ожирением. Этот механизм может также включать эпигенетические влияния. Недавние исследования показали, что ожирение у отца может повышать риск ожирения у ребенка (9), вероятно, за счет эпигенетических механизмов. Неправильное кормление в раннем грудном возрасте также влияет на развитие ребенка. Соответствующие мероприятия, проводимые до наступления беременности, во время нее и в первые месяцы жизни ребенка, могут предотвратить некоторые из этих эффектов. Однако если критический период развития пройден, устранить их последствия может быть непросто. Поскольку многие женщины не обращаются к врачу до конца первого триместра беременности, необходимо санитарное просвещение населения о важности здорового образа жизни для подростков, молодых женщин и мужчин, перед зачатием ребенка и на ранних сроках беременности.

20. Избыточный вес и ожирение не имеют абсолютного порога, и многие дети находятся на пути к ожирению, имея нормальный ИМТ-возраст. Неблагоприятные последствия избыточного веса и ожирения для здоровья также не имеют порогового значения и могут влиять на качество жизни ребенка еще до того, как будет достигнут критический уровень ИМТ-возраста. По сравнению с предыдущими поколениями сейчас во всем диапазоне ИМТ выше общая масса жира и ниже безжировая масса тела (10). Характер распределения жира в организме тоже влияет на исходы в отношении здоровья (11). В некоторых группах населения по сравнению с другими выше общая масса жира и ниже безжировая масса тела при том же ИМТ. Несмотря на то что определение ИМТ – самый простой метод выявления детей с избыточным весом и ожирением, он не всегда выявляет детей с отложением жира на животе, которое существенно повышает риск неблагоприятных исходов для здоровья. Новые методы диагностики, такие как двухфотонная рентгеновская абсорбциометрия, магнитно-резонансная томография и импеданс, еще не изучены в популяционных исследованиях.

21. Дети не способны контролировать ни один из упомянутых выше факторов, поэтому детское ожирение, особенно в раннем возрасте, нельзя рассматривать как результат сознательного выбора образа жизни. Поскольку на развитие детского ожирения влияют биологические и контекстуальные факторы, государства должны направить усилия на решение этих проблем, предоставляя руководящие указания общественному здравоохранению, организуя санитарное просвещение и создавая нормативную базу для устранения факторов развития и окружающей среды, чтобы поддержать усилия семьи, направленные на изменение привычного образа жизни. Родители, другие члены семьи, лица, осуществляющие уход, воспитатели играют решающую роль в пропаганде здорового образа жизни.

22. Ожирение несет неблагоприятные физические и психологические последствия для детей, подростков и взрослых. Ожирение само по себе – непосредственная причина заболеваний желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата, а также апноэ во сне у детей, преждевременного развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа, а также сочетания этих неинфекционных заболеваний (12). Детское ожирение может способствовать поведенческим и эмоциональным расстройствам, например депрессии, а также приводить к стигматизации и плохой социализации, снижать уровень образования (13, 14).

23. Чрезвычайно важно, что детское ожирение – значимый фактор риска ожирения у взрослых, которое имеет хорошо известные медицинские и экономические последствия как для отдельного человека, так и для общества в целом (15, 16). Несмотря на то что проспективные исследования предполагают, что уменьшение ИМТ у взрослых может снижать риск заболеваний и смерти (17), детское ожирение оказывает необратимое влияние на здоровье взрослого человека (18).

24. В настоящее время собираются данные о пожизненных затратах, связанных с детским ожирением, однако по сравнению с данными об экономических последствиях ожирения у взрослых они немногочисленны. Проведившиеся до сих пор исследования были сосредоточены на расходах на оказание медицинской помощи и не принимали во внимание другие затраты, например затраты, связанные с преждевременным развитием заболеваний у взрослых, а также тенденцию к сохранению ожирения во взрослом возрасте с сопутствующими экономическими издержками (19). Раннее развитие неинфекционных заболеваний отрицательно влияет на достигаемый в течение жизни уровень образования и результаты на рынке труда, создает значительное бремя для системы здравоохранения, семьи, работодателей и общества в целом (20).

25. Профилактика детского ожирения принесет существенные благоприятные последствия для будущих поколений и экономические выгоды, которые в настоящее время нельзя точно оценить или подсчитать. Дополнительные благоприятные последствия включают улучшение материнского и репродуктивного здоровья и ограничение воздействия среды, способствующей ожирению, на всех членов общества, что является еще одним веским доводом в пользу принятия срочных мер.

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

26. Комиссия провозглашает следующие принципы и стратегии.

- (i) **Право ребенка на здоровье:** Государство и общество несут моральную ответственность за действия в интересах ребенка, направленные на снижение риска ожирения. Усилия, направленные на ликвидацию детского ожирения, согласуются с всеобщим признанием прав ребенка на здоровую жизнь, а также с

обязательствами, принятыми государствами-участниками Конвенции по правам ребенка¹.

(ii) **Обязательства и руководящая роль государства:** Распространенность детского ожирения во многих странах достигла тревожных значений и представляет собой неотложную и серьезную проблему. Растущую распространенность детского ожирения нельзя игнорировать, и государства должны взять на себя основную ответственность за решение этой проблемы в интересах детей, которых они по этическим причинам обязаны защищать. Бездействие повлечет за собой огромные медицинские, социальные и экономические последствия.

(iii) **Общегосударственный подход:** Профилактика и лечение ожирения требует общегосударственного подхода, при котором стратегии во всех государственных секторах систематически принимают во внимание вопросы здоровья, избегают неблагоприятного влияния на него и таким образом улучшают здоровье населения и способствуют социальной справедливости. Сфера образования играет решающую роль в санитарном просвещении, в том числе по вопросам питания, а также в расширении возможностей для физической активности и создании благоприятной для формирования здорового образа жизни обстановки в школах. Политика в области сельского хозяйства и торговли, а также глобализация системы производства и потребления продуктов питания влияют на их финансовую доступность, наличие и качество на национальном и местном уровнях. В 2006 г. государства-члены ВОЗ приняли резолюцию, рассматривающую взаимодействие между международной торговлей и общественным здравоохранением как диалог многочисленных заинтересованных сторон². Градостроительство и дизайн городской среды, а также транспортное планирование оказывают прямое влияние на возможности физической активности и доступ к здоровым продуктам питания. Межотраслевые правительственные структуры могут способствовать координированию действий, выявлению взаимных интересов, сотрудничеству и обмену информацией за счет механизмов координации.

(iv) **Всеобщий подход:** Сложность проблемы ожирения требует комплексного подхода, включающего все сферы, в том числе государство, родителей, лиц, осуществляющих уход, гражданское общество, научные и образовательные организации, а также частный сектор. Движение от политических решений к действиям по борьбе с детским ожирением требует согласованных усилий и привлечения всех сфер общества на национальном, региональном и глобальном уровнях. Без объединенного руководства и общей ответственности исполненные

¹ Комитет по правам ребенка: замечание общего порядка No. 15 (2013 г.) о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24), параграф 47; CRC/C/GC/15.

² Резолюция WHA59.26 о международной торговле и здоровье.

благих намерений и экономически целесообразные мероприятия будут иметь ограниченный охват и влияние.

(v) **Социальная справедливость:** Государства должны обеспечить справедливый охват населения мероприятиями, особенно социально изолированных, обособленных и незащищенных групп населения, у которых повышен риск как всех форм недостаточности питания, так и ожирения. У этих групп населения часто ограничен доступ к здоровым продуктам питания, безопасным местам для физической активности и профилактической медицинской помощи. Ожирение и связанные с ним заболевания обесценивают потенциальный прирост социального капитала и капитала здоровья, увеличивают социальную несправедливость.

(vi) **Согласованность с программами глобального развития:** Цели в области устойчивого развития (ЦУР) предусматривают ликвидацию всех форм недостаточности питания (ЦУР, цель 2.2) и снижение преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний (ЦУР, цель 3.4). Детское ожирение разрушает физическое, социальное и психологическое благополучие детей и является фактором риска неинфекционных заболеваний и ожирения у взрослых. Борьба с детским ожирением будет способствовать прогрессу в достижении указанных целей.

(vii) **Подотчетность.** Для борьбы с детским ожирением крайне необходимы политические и финансовые обязательства. Надежные механизмы и структура необходимы для мониторинга разработки и внедрения стратегий. Это будет способствовать подотчетности государства, гражданского общества и частного сектора относительно взятых обязательств.

(viii) **Интеграция с подходом, охватывающим все этапы жизни:** Интеграция мероприятий по борьбе с детским ожирением с существующими инициативами ВОЗ и других организаций при использовании подхода, охватывающего все этапы жизни, предоставит дополнительные преимущества с точки зрения долгосрочных последствий для здоровья. Эти инициативы включают Глобальную стратегию по здоровью женщин, детей и подростков Генерального секретаря Организации Объединенных Наций¹, инициативу «Каждая женщина, каждый ребенок»², Политическую декларацию Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними³ и Римскую декларацию Второй международной конференции по вопросам питания⁴. В настоящее время существует ряд стратегий и планов внедрения, разработанных ВОЗ и другими учреждениями Организации Объединенных Наций, посвященных

¹ <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>.

² <http://www.everywomaneverychild.org>.

³ http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf.

⁴ <http://www.fao.org/3/a-m1542e.pdf>.

оптимизации питания матерей, детей грудного и более старшего возраста, а также улучшению здоровья подростков, которые имеют непосредственное отношение к ключевым элементам комплексного подхода к профилактике детского ожирения. Соответствующие принципы и рекомендации можно найти в документах, содержащих указания для всех этапов жизни¹. На этих рекомендациях должны основываться инициативы по борьбе с детским ожирением. Они должны помочь детям реализовать свое фундаментальное право на здоровье и сократить бремя, лежащее на системе здравоохранения.

(ix) **Всеобщий охват медико-санитарными услугами² и лечение ожирения:** Цель в области устойчивого развития 3.8) предусматривает достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами посредством оказания комплексной медицинской помощи, которая позволяет населению получать полный спектр услуг по санитарному просвещению, профилактике, диагностике и лечению заболеваний на протяжении всей жизни³. По существу, профилактику избыточного веса и ожирения, а также лечение детей, уже страдающих ожирением, и детей с избыточным весом, у которых ожирение может развиваться, следует рассматривать в качестве составной части программы всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ

27. Остановить распространение эпидемии ожирения с помощью какой-либо одной меры невозможно. Борьба с детским ожирением требует устранения действия среды, способствующей ожирению, а также воздействия на основные элементы на всех этапах жизни.

¹ Резолюции ВАО: WHA53.17 «Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними»; WHA57.17 «Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью»; WHA61.14 «Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии»; WHA63.14 «Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей»; WHA65.6 «Комплексный план мероприятий в области питания матерей, детей грудного и раннего возраста»; WHA66.10 «Последовательное выполнение Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними»; WHA68.19 «Итоги Второй международной конференции по вопросам питания», Совещание для выработки глобального консенсуса по вопросам медицинской помощи до наступления беременности для снижения материнской и детской заболеваемости и смертности, ВОЗ, 2013 г.; «Оптимальная продолжительность исключительно грудного вскармливания». Отчет консультаций экспертов, ВОЗ, 2001 г.; «Введение прикорма». Отчет глобальных консультаций: резюме руководящих принципов, ВОЗ, 2002 г.; «Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья», ВОЗ, 2012 г.; «Популяционный подход к профилактике детского ожирения», ВОЗ, 2010 г.; «План действий ПАОЗ/АМРБ по профилактике ожирения у детей и подростков», пятьдесят третий Руководящий совет, шестьдесят шестая сессия Регионального комитета ВОЗ для стран Америки, октябрь, 2014 г.; резолюция EUR/RC63/R4 «Венская декларация по вопросам питания и неинфекционных заболеваний в контексте программы «Здоровье-2020»; резолюция WPR/RC63.R2 «Повышение питания в Регионе Западной части Тихого океана».

² http://www.who.int/universal_health_coverage/en/.

³ Резолюция Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций A/67/L36 «Глобальное здоровье и иностранная политика».

Изменение среды и норм, способствующих ожирению

28. Основные цели воздействия на факторы окружающей среды включают улучшение рациона питания и увеличение физической активности детей. На среду, способствующую ожирению, влияет ряд факторов, в том числе политические и коммерческие (торговые соглашения, финансовая и сельскохозяйственная политика, пищевые цепи); техногенные (доступ к здоровым продуктам питания, наличие поблизости инфраструктуры и возможностей для физической активности); социальные (представления о нормальном весе и внешнем виде, культурные нормы относительно кормления детей и статуса, связанного с избыточным весом в некоторых группах населения, социальные ограничения на занятия физическими упражнениями) и семейные (представления родителей о правилах питания, финансовое положение семьи, сложившиеся в семье привычки в отношении питания).

Снижение риска ожирения за счет воздействия на основные элементы на всех этапах жизни

29. Факторы развития влияют на биологию и поведение ребенка еще до зачатия и в грудном возрасте так, что он развивается, имея больший или меньший риск ожирения. Комиссия считает необходимым учитывать действие окружающей среды и три ключевых этапа жизни:

- (a) период до зачатия и внутриутробное развитие
- (b) грудной и ранний детский возраст
- (c) поздний детский и подростковый возраст.

30. Государство несет основную ответственность за то, чтобы обеспечить политические решения и проводить мероприятия, направленные на устранение среды, способствующей ожирению, дать руководство и поддержку для оптимального развития на каждом этапе жизни. Концентрируясь на этих критических этапах жизни, мероприятия могут быть направлены как на отдельные факторы риска, так и на их комбинации. Этот подход может быть объединен с другими компонентами программы укрепления здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста, а также с более масштабными мероприятиями по борьбе с неинфекционными заболеваниями у населения.

Лечение детей с ожирением для улучшения их здоровья в настоящем и будущем

31. Для детей, уже имеющих избыточный вес или ожирение, дополнительные задачи включают снижение веса, лечение заболеваний, связанных с избыточным весом, и устранение факторов, способствующих его увеличению. Системы здравоохранения разных стран сильно различаются. Отвечая на потребности людей, страдающих ожирением, они сталкиваются с разными проблемами. Однако лечение детей с избыточным весом и ожирением должно быть включено в эффективную систему

оказания помощи, расширенную в рамках всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

Функции и обязанности

32. Комиссия признает, что круг потенциальных рекомендаций по борьбе с детским ожирением широк и включает ряд новых элементов, в том числе воздействие на разных этапах жизни и деятельность в сфере образования. Достижение стойкого прогресса потребует многоотраслевого подхода.

33. Страны должны собирать данные по ИМТ-возрасту, чтобы установить распространенность и тенденции детского ожирения на национальном, региональном и местном уровнях. Они должны также собирать данные о питании, пищевом поведении и физической активности детей и подростков в разных социально-экономических группах и условиях. Хотя некоторые данные уже собраны (21), остается существенный, нуждающийся в устранении пробел относительно детей в возрасте до 5 лет. Эти данные послужат ориентиром для определения соответствующих стратегических приоритетов и станут исходными для оценки эффективности стратегий и программ.

РЕКОМЕНДАЦИИ

34. Представленные ниже рекомендации и их обоснования были разработаны Комиссией после изучения научных доказательств, докладов специальных рабочих групп Генеральному директору ВОЗ, откликов, полученных во время онлайн- и региональных консультаций. Кроме того, рассматривались эффективность, рентабельность, финансовая доступность и приемлемость стратегий и мероприятий.

Рекомендация 1. Внедрять комплексные программы, пропагандирующие потребление здоровых продуктов питания и сокращающие потребление нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков детьми и подростками.

35. Информация по вопросам питания может вводить в заблуждение и быть малопонятной для многих. Поскольку люди и семьи сами определяют свой рацион, необходимо предоставить населению возможность делать более правильный выбор в отношении того, что есть и чем кормить детей грудного и более старшего возраста. Это возможно только при всеобщей грамотности по вопросам питания и предоставлении всем членам общества полезной, понятной и доступной информации по данному вопросу.

36. Последние тенденции в области производства, обработки, торговли, маркетинга и розничной продажи продуктов питания привели к росту распространенности неинфекционных заболеваний, связанных с питанием. Реформы в области торговли могут влиять на характер питания и переход от одних продуктов питания к другим, поэтому при заключении соглашений и выработке политики на национальном и международном уровнях следует учитывать их влияние на здоровье и социальную справедливость (22). Переработанные высококалорийные продукты питания с низким содержанием полезных веществ и сахаросодержащие напитки, продающиеся по

доступным ценам в упаковках увеличенного размера, во многих случаях заменили свежие минимально обработанные продукты и воду в школьном и домашнем рационе. Доступность высококалорийных продуктов питания и сахаросодержащих напитков и скрытое стимулирование к увеличению объема покупок в рекламе способствовали увеличению калорийности рациона во многих группах населения.

Рекомендация:

1.1 Обеспечить подготовку и распространение информации и рекомендаций по вопросам питания для взрослых и детей, адаптированных к конкретным условиям, изложенных в простой, понятной и доступной форме, для всех групп населения.

1.2 Вводить эффективные налоги на сахаросодержащие напитки.

Обоснование:

Размещения информации о пищевой ценности продуктов на этикетке или использования простой кодировки в виде сигналов светофора или звезд рейтинга здоровья недостаточно. Правительства всех стран должны возглавить подготовку и распространение адаптированных к конкретным условиям рекомендаций по вопросам питания для взрослых и детей. Необходимые сведения должны быть предоставлены через средства массовой информации, в рамках образовательных программ и санитарного просвещения так, чтобы обратиться ко всем группам населения и предоставить им возможность делать более здоровый выбор.

Когда дети идут в школу, санитарное просвещение, в том числе по вопросам питания, должно быть включено в обязательный учебный план школ и подкрепляться созданием в школах обстановки, благоприятной для формирования здорового образа жизни (см. рекомендации для детей раннего возраста, школьников и подростков). Принятию финансовых мер профилактики ожирения уделяется большое внимание (23). Они были внедрены в ряде стран¹. В целом налоговые меры влияния на закупки крайне обоснованы, их эффективность подтверждается имеющимися данными (24, 25). Дополнительные доказательства появятся, когда страны, которые ввели налоги на нездоровые продукты питания и/или сахаросодержащие напитки, оценят их эффективность². Комиссия считает, что существует достаточно оснований для введения эффективного налогообложения сахаросодержащих напитков.

Общепризнанно, что потребление сахаросодержащих напитков повышает риск ожирения (26, 27). В разных условиях характер потребления может различаться (28), поэтому необходимо больше данных о характере потребления этих напитков детьми в разных условиях. Во многих странах потребители с низким уровнем доходов и

¹ <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/use-economic-tools>.

² См. предварительные данные о результатах налогообложения сахаросодержащих напитков в Мексике, принятые к публикации (<http://www.insp.mx/eppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html>).

Рекомендация:**1.3 Внедрить «Рекомендации по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей», чтобы снизить воздействие на детей и подростков и активность маркетинга нездоровых продуктов питания.****Обоснование:**

их дети имеют наибольший риск ожирения. Эта группа наиболее подвержена влиянию стоимости продуктов. Финансовая политика может поощрять эту группу потребителей делать более здоровый выбор (в том случае если доступны более здоровые альтернативы), а также обеспечивать косвенный санитарно-просветительский сигнал для всего общества.

Доступные доказательства свидетельствуют, что налогообложение таких продуктов питания, как сахаросодержащие напитки, наиболее обосновано, причем имеются данные, указывающие на то, что оно влияет на потребление.

Некоторые страны могут рассматривать возможность налогообложения других нездоровых продуктов питания, например содержащих большое количество жиров и сахаров. Налогообложение высококалорийных, бедных питательными веществами продуктов потребует подготовки информации о их пищевой ценности (29), моделирование предполагает, что это может уменьшить потребление.

Сегодня имеются однозначные доказательства того, что детское ожирение связано с маркетингом нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков (30, 31). Несмотря на все возрастающие добровольные усилия производителей, маркетинг нездоровых продуктов питания остается основной проблемой, требующей принятия мер, которые в равной степени защитят всех детей. В связи с этим любые усилия по борьбе с детским ожирением должны включать меры по снижению активности маркетинга и его воздействия на детей. Места скопления детей и подростков (например, школы, спортивные учреждения или мероприятия), реклама на щитах и дисплеях, которую они видят или в которой участвуют, должны быть свободны от маркетинга нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков. Комиссия с обеспокоенностью отмечает, что государства-члены не уделили должного внимания резолюции ВНА 63.14, принятой Всемирной ассамблеей здоровья в 2010 г.¹, и требует принятия мер для решения этой проблемы. Маркетинг продуктов питания и напитков с высоким содержанием жиров и сахаров, предназначенных для детей, все больше ориентирован на родителей и лиц, осуществляющих уход за детьми (32).

¹ ВНА63.14 «Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей».

Рекомендация:

1.4 Подготовить информацию о пищевой ценности продуктов, чтобы выявлять нездоровые продукты питания и безалкогольные напитки.

1.5 Организовать сотрудничество между государствами-членами с целью снижения воздействия маркетинга нездоровых продуктов питания и напитков на международном уровне.

Обоснование:

Учитывая большое разнообразие форм коммерческой деятельности, разные подходы и отношение к вопросам, связанным с производством продуктов питания и безалкогольных напитков, их розничной продажей и маркетингом, даже добровольные инициативы должны соответствовать нормам, определенным государством, и быть предметом независимого аудита. Государства должны определить четкие параметры деятельности, механизмы реализации законов и контроля за их соблюдением, а также при необходимости нормативно-правовые и законодательные меры. Регулирование позволит обеспечить равную защиту всех детей независимо от их социально-экономического положения, а также равную ответственность крупных транснациональных и небольших местных компаний-производителей и розничных торговцев.

Необходима ясность в понимании того, какие здоровые продукты питания можно продавать без ограничений, а также какие прямые и непрямые маркетинговые стратегии, в том числе в отношении ценообразования, рекламы (включая рекламу увеличенных порций) и размещения товаров, можно использовать. Реализация таких подходов требует определения здоровых и нездоровых продуктов питания на основании сведений о их пищевой ценности, полученных из независимых источников. Кроме того, в тех случаях, когда это уместно, необходимо принимать во внимание вопросы продовольственной безопасности на национальном, субнациональном и субпопуляционном уровнях.

Стратегия ВОЗ по внедрению рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей (33), дает государствам-членам практическое руководство по разработке и внедрению стратегий, систем мониторинга и оценки.

Комиссия признает, что в определенных обстоятельствах подростки употребляют алкоголь, который существенно способствует ожирению. Хотя эта проблема не входит в сферу ее деятельности, Комиссия отмечает, что при маркетинге алкогольной продукции, ориентированном на молодых взрослых потребителей, крайне сложно исключить его воздействие на несовершеннолетних подростков. Воздействие привлекательной рекламы на детей и подростков вызывает большую озабоченность. Необходимы предупредительные меры по защите молодых людей от воздействия маркетинга таких продуктов.

Рекомендация:

1.6 Внедрить стандартизованную глобальную систему маркировки пищевой ценности продуктов питания.

1.7 Внедрить маркировки на лицевой стороне упаковок продуктов питания и проводить санитарное просвещение взрослых и детей по вопросам питания.

1.8 Создать условия для правильного питания в школах, дошкольных и спортивных учреждениях, во время спортивных мероприятий.

1.9 Повысить доступность здоровых продуктов питания для социально незащищенных групп населения.

Обоснование:

Стандартизованная система маркировки продуктов питания в соответствии с рекомендациями Комиссии Кодекса Алиментариус¹, если ее применение будет обязательным для всех упакованных продуктов питания и напитков, может способствовать санитарному просвещению, в том числе по вопросам питания.

Формированием правильных привычек в отношении питания можно заниматься с младенчества. Этот процесс имеет два аспекта: биологический и поведенческий. Лица, осуществляющие уход за детьми, должны понимать взаимосвязь между рационом питания и здоровьем и знать, как стимулировать и поддерживать формирование здоровых привычек в отношении питания. Простая, понятная система маркировки продуктов может содействовать санитарному просвещению по вопросам питания и более здоровому выбору, который делают дети и лица, осуществляющие уход за ними.

Знания по вопросам питания будут подорваны, если в местах скопления детей будет предоставляться вводящая в заблуждение информация. Школы, дошкольные и спортивные учреждения должны содействовать усилиям по улучшению питания детей, делая здоровый выбор легким выбором, не предоставляя и не продавая нездоровые продукты питания и напитки.

Невозможно следовать рекомендациям по питанию и выбирать здоровые продукты, если их нет в наличии или они недоступны с финансовой точки зрения. Изменение продовольственной среды требует совместного подхода к производству и переработке продуктов питания, а также обеспечению их наличия и доступности, в том числе финансовой. В условиях ограниченного доступа к здоровым продуктам питания единственной доступной, в том числе с финансовой точки зрения, альтернативой зачастую оказываются продукты, подвергнутые глубокой переработке. Разработан ряд инициатив для государственного и частного секторов по формированию здоровых привычек в отношении питания. Имеются данные, хотя и немногочисленные, о том, что эти инициативы могут поощрять более здоровый выбор потребителей (34). Следует поддерживать инициативы, если их эффективность подтверждается доказательствами.

¹ WHA56.23 «Совместная оценка работы Комиссии Кодекса Алиментариус ФАО и ВОЗ».

Рекомендация 2. Внедрять комплексные программы, пропагандирующие физическую активность и уменьшающие малоподвижный образ жизни у детей и подростков.

37. Последние данные показывают, что после достижения школьного возраста физическая активность снижается (35). В 2010 г. в мире 81% подростков 11-17 лет были недостаточно физически активны. Девушки менее физически активны, чем юноши: 84% девушек и 78% юношей¹ имеют недостаточную физическую активность (в соответствии с рекомендациями ВОЗ продолжительность физической активности средней или высокой интенсивности должна составлять 60 минут ежедневно) (36). В большинстве стран низкий уровень физической активности быстро становится социальной нормой. Этот фактор играет существенную роль в эпидемии ожирения. Физическая активность снижает риск сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей (37), повышает способность детей к обучению, улучшает их психическое здоровье и благополучие. Последние данные предполагают, что ожирение в свою очередь снижает физическую активность, создавая порочный круг увеличения содержания жира в организме и снижения физической активности.

38. Градостроительство и дизайн городской среды могут как усугублять эту проблему, так и способствовать ее решению. Расширение зон отдыха и создание безопасных пешеходных и велосипедных дорожек, стимулирующих активное передвижение, делают физическую активность частью повседневной жизни.

39. Привычка к физической активности на протяжении жизни во многом зависит от детского опыта. Создание безопасной среды, поощряющей физическую активность, создающей условия и способствующей активному передвижению (ходьбе, езде на велосипеде и т. д.) и образу жизни, а также занятиям физическими упражнениями, будет полезно для всех групп населения. Особое внимание следует уделять расширению доступности занятий физическими упражнениями и участия в них детей с избыточным весом и ожирением, социально незащищенных детей, девочек и детей с ограниченными возможностями.

¹ <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482ADO?lang=en>.

Рекомендация:

2.1 Обеспечить детей, подростков, их родителей, лиц, осуществляющих уход, педагогов и работников здравоохранения рекомендациями по нормальному весу, двигательной активности, режиму сна и надлежащему использованию развлекательных видео- и цифровых материалов.

2.2 Обеспечить на территории школ и в общественных местах соответствующие условия для занятий физическими упражнениями в свободное время для всех детей (в том числе с ограниченными возможностями) с учетом гендерного аспекта, если это необходимо.

Обоснование:

Все члены общества, в том числе родители, должны понимать важность адекватного роста и последствия избыточного отложения жира для здоровья и благополучия ребенка в ближайшей и долгосрочной перспективе. Комиссия признает, что в некоторых культурах это может противоречить традиционным представлениям и обычаям.

Физическая активность обеспечивает фундаментальные преимущества для здоровья детей и подростков, в том числе улучшает состояние органов дыхания, сердечно-сосудистой и мышечной систем, снижает массу жира и улучшает состояние костей.

Адаптированное к конкретным условиям руководство о том, как следовать рекомендациям по физической активности, надлежащей длительности сна и времени, проводимому перед телевизором (38–40), например, должны быть частью любой программы санитарного просвещения по вопросам здорового образа жизни для детей и лиц, осуществляющих уход.

Расширение возможностей для безопасной, структурированной и неструктурированной с учетом пола, надлежащей физической активности как в школе, так и за ее пределами, в том числе для активного передвижения (ходьба и езда на велосипеде), окажет дополнительное положительное воздействие на здоровье, поведение и обучение всех детей и подростков.

Рекомендация 3. Укреплять рекомендации по профилактике неинфекционных заболеваний и объединять их с современными рекомендациями по наблюдению до беременности и дородовому наблюдению с целью снижения риска детского ожирения.

40. Медицинская помощь, оказываемая женщинам до наступления беременности, во время нее и после родов, имеет существенные последствия для будущего здоровья и развития их детей. Своевременная и качественная медицинская помощь на этих этапах предоставляет широкие возможности для профилактики передаваемых из поколения в поколение рисков заболеваний и существенно влияет на здоровье ребенка в течение его жизни¹. Согласно имеющимся данным, недостаточное питание матери (как общее недоедание, так и нехватка определенных питательных веществ), избыточный вес или ожирение, чрезмерная прибавка в весе во время беременности, гипергликемия у матери

¹ Комитет по правам ребенка. Замечание общего порядка No. 15 (2013 г.) о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24), параграф 53; CRC/C/GC/15.

(включая диабет беременных), курение и воздействие токсических веществ могут повышать риск ожирения у ребенка в грудном и более старшем возрасте (41–46). Появляются данные о том, что на риск ожирения у ребенка может влиять здоровье отца на момент зачатия (9). Следовательно, рекомендации по здоровому образу жизни должны включать и советы для будущих отцов.

41. В действующих рекомендациях по наблюдению до и во время беременности основное внимание уделяется профилактике недостаточности питания плода. Учитывая все большее действие факторов, способствующих ожирению, необходимы рекомендации по профилактике любых нарушений питания (в том числе повышенной калорийности питания) и риска последующего ожирения у потомства. Борьба с факторами риска детского ожирения предотвращает и другие неблагоприятные исходы беременности (47) и, таким образом, вносит вклад в улучшение здоровья матерей и новорожденных. Избыточный вес и ожирение матери повышают риск осложнений беременности и родов, в том числе мертворождения. Недостаточное питание матери повышает риск рождения ребенка с низким весом, а это увеличивает вероятность смерти в течение первого года жизни, детского ожирения и неинфекционных заболеваний во взрослом возрасте.

Рекомендация:

3.1 Выявлять и лечить гипергликемию и артериальную гипертензию беременных.

3.2 Контролировать и корректировать прибавку в весе во время беременности.

3.3 Включить обсуждение вопросов питания в рекомендации и консультирование будущих матерей и отцов до и во время беременности.

3.4 Разработать четкие рекомендации по пропаганде здорового питания и физической активности, а также отказа от употребления табака и контакта с табачным дымом, употребления алкоголя, наркотических и других токсических веществ, оказывать соответствующую поддержку.

Обоснование:

Необходимы скрининг и надлежащее лечение имеющихся у беременных сахарного диабета и артериальной гипертензии; ранняя диагностика и эффективное лечение диабета и артериальной гипертензии беременных, депрессии и психических нарушений; наблюдение за прибавкой в весе во время беременности (48); контроль за качеством питания и надлежащей физической активностью.

Меры, объединяющие рекомендации по всем формам нарушений питания, должны касаться недоедания, несбалансированного питания, переедания и дефицита отдельных питательных веществ (49). Молодые люди обычно не знают, что такое здоровое питание, поэтому государства должны возглавить работу по санитарному просвещению населения по вопросам питания.

Имеются доказательства благоприятного влияния физических упражнений во время беременности на ИМТ матери, прибавку в весе и исходы беременности, которые связаны с последующим риском детского ожирения (50).

Имеются ограниченные доказательства того, что состояние здоровья отца перед зачатием в определенной степени влияет на здоровье потомства (9). Число этих доказательств растет. Таким образом, есть очевидные причины воздействовать на образ жизни и здоровье отцов.

Рекомендация 4. Давать рекомендации и способствовать здоровому питанию, сну и физической активности детей раннего возраста, чтобы обеспечить условия для нормального развития и формирования здоровых привычек.

42. Первые годы жизни – основной период формирования правильных привычек в отношении питания и физической активности, снижающих риск ожирения. Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни с последующим введением правильного прикорма – существенный фактор, снижающий риск ожирения (51). Продолжающееся грудное вскармливание и правильный прикорм снижают риск недоедания и избыточного отложения жира у грудных детей – и то, и другое является факторами риска детского ожирения. Пропаганда употребления разнообразных здоровых продуктов питания в этот критический период жизни в противовес нездоровым, высококалорийным, бедным полезными веществами продуктам и сахаросодержащим напиткам способствует оптимальному росту и развитию детей. Работники здравоохранения могут регулярно контролировать ИМТ-возраст и давать соответствующие рекомендации лицам, осуществляющим уход, по профилактике избыточного веса и ожирения у ребенка.

Рекомендация:

4.1 Усиливать нормативные меры такие, как «Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока»¹ и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения².

4.2 Обеспечить, чтобы все лечебно-профилактические учреждения, предоставляющие помощь в рамках дородового и послеродового наблюдения, применяли стратегию «Десять шагов к успешному грудному вскармливанию»³.

Обоснование:

Грудное вскармливание – основа оптимального развития, роста и питания детей грудного возраста. Кроме того, грудное вскармливание может способствовать нормализации веса женщин после родов.

Учитывая изменение образа жизни и социальной роли женщин, важнейшими условиями для выполнения рекомендаций являются возможность грудного вскармливания вне дома и поддержание грудного вскармливания после возвращения женщины к работе.

Необходимы стратегии, охраняющие права женщин и налагающие обязанности на работодателей. Ряд таких стратегий уже существует. Однако чтобы защитить всех матерей и грудных детей независимо от их социально-экономического положения, стратегии должны быть универсальными.

¹ WHA34.22 «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока».

² WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA45.34, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2, WHA55.25, WHA58.32, WHA59.21, WHA61.20 и WHA63.23 посвященные питанию детей грудного и раннего возраста; резолюция WHA65.6 «Комплексный план внедрения мер в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста».

³ Инициатива ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, удобная для ребенка» (1991 г., обновлена в 2009 г.) (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/).

Рекомендация:

4.3 Пропагандировать преимущества грудного вскармливания для матери и ребенка с помощью массового санитарного просвещения родителей и общества в целом.

4.4 Поддерживать грудное вскармливание с помощью нормативных мер таких, как декретный отпуск, создание условий и выделение времени для грудного вскармливания на рабочем месте¹.

4.5 В соответствии с рекомендациями ВОЗ разрабатывать нормативные меры по маркетингу продуктов питания и напитков для прикорма, чтобы ограничить потребление продуктов и напитков с высоким содержанием жиров, сахара и соли детьми грудного и раннего возраста.

4.6 Давать четкие рекомендации лицам, осуществляющим уход за детьми, избегать определенных категорий продуктов питания (например, сахаросодержащих молочных продуктов и фруктовых соков, а также высококалорийных продуктов с низким содержанием полезных веществ), чтобы предотвратить чрезмерную прибавку в весе, и оказывать соответствующую поддержку.

4.7 Давать лицам, осуществляющим уход за детьми, четкие рекомендации и оказывать поддержку, чтобы

Обоснование:

Общепризнанные глобальные рекомендации по питанию грудных детей и детей раннего возраста ориентированы в первую очередь на борьбу с недоеданием. Важно учитывать также риски, связанные с нездоровым питанием в грудном и детском возрасте.

Очевидно, что странам, в которых имеются все формы нарушений питания, необходимы рекомендации, касающиеся как недоедания, так и риска ожирения (32).

Современные руководства по прикорму (52) содержат рекомендации, касающиеся сроков введения прикорма, кормления с учетом реакции ребенка, типов и количества продуктов.

Отношение семьи к питанию и принятые в семье представления об оптимальном весе – важные факторы, влияющие на прикорм, которые необходимо учитывать.

¹ Международная организация труда, Конвенция об охране материнства, 183, 2000 год.

Рекомендация:

поощрить употребление разнообразных здоровых продуктов питания.

4.8 Давать лицам, осуществляющим уход за детьми, рекомендации по правильному питанию и размеру порций в соответствующем возрасте.

4.9 Обеспечить, чтобы в организованных детских коллективах или учреждениях на стол подавали только полезные продукты, напитки и закуски.

4.10 Обеспечить, чтобы в учебный план организованных детских коллективов или учреждений было включено санитарное просвещение по вопросам питания.

4.11 Обеспечить, чтобы в распорядок дня и учебных план организованных детских коллективов или учреждений была включена физическая активность.

4.12 Давать рекомендации по сну, времени, затрачиваемому на малоподвижные занятия и проводимому у экрана телевизора или компьютера, физической активности и активным играм для детей 2—5 лет.

Обоснование:

Согласно последним данным, развитие сенсорного восприятия пищи начинается во внутриутробном периоде и продолжается во время грудного вскармливания. Ребенок ощущает вкус пищи, которую ест мать. Это и правильный прикорм играют важную роль в формировании пищевых предпочтений и контроля аппетита. Поощрение разнообразного и здорового питания детей посредством повторяющегося положительного опыта употребления новых продуктов (53), наблюдение за членами семьи и лицами, осуществляющими уход, с удовольствием употребляющими здоровые продукты питания, ограничение контакта с нездоровыми продуктами (употребление которых может, например, сформировать пристрастие к чрезмерно сладкой пище или напиткам) помогают формировать правильные привычки в отношении питания у детей и членов семьи (54).

Имеются данные о том, что риск детского ожирения повышают плохой сон, низкая физическая активность, избыточное время, проводимое перед телевизором или за компьютером (38–40). Данные в поддержку мер по ранней профилактике ожирения в странах с высоким уровнем доходов только появляются, но выглядят многообещающими. Подтверждена эффективность мероприятий, касающихся питания и физической активности детей младшего возраста, сна и воздействия средств массовой информации, проводимых в детских дошкольных учреждениях для детей 2–5 лет с целью формированию здорового образа жизни и оптимального веса в этот период жизни (55).

Некоторые стратегии, применяемые в этой возрастной группе, направлены на то, чтобы родители и лица, осуществляющие уход, контролировали время проводимое перед телевизором и за компьютером, поощряли активные игры, способствовали формированию полезных привычек в отношении питания и здорового рациона, обеспечивали здоровый режим сна и сами придерживались здорового образа жизни, становясь для ребенка образцом для подражания (55).

Имеющиеся данные свидетельствуют, что меры, направленные на улучшение питания, сна и физической активности детей, наиболее эффективны тогда, когда они являются комплексными и вовлекают лиц, осуществляющих уход, и общество в целом (55). Социальные изменения и преобразования требуют более взвешенных и согласованных мер, в том числе поддержки родителей и других лиц, осуществляющих уход, чтобы дать им возможность внести свой вклад в рекомендуемое изменение образа жизни.

Рекомендация:

4.13 Обеспечивать общественную поддержку пропаганды здорового образа жизни среди детей раннего возраста для лиц, осуществляющих уход за детьми, и детских коллективов.

Обоснование:

Рекомендация 5. Внедрять комплексные программы, способствующие созданию в школах обстановки, благоприятной для формирования здорового образа жизни, просвещения по вопросам здоровья и питания и пропаганды физической активности среди детей и подростков школьного возраста.

43. Школьники и подростки сталкиваются с рядом трудностей как в рамках организованного обучения, так и вне его. Они чрезвычайно восприимчивы к воздействию маркетинга нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков, влиянию сверстников и представлений об идеальном внешнем виде. Подростки могут иметь больше свободы при выборе продуктов питания и напитков вне дома. Кроме того, в подростковом возрасте зачастую снижается физическая активность.

44. К сожалению, значительное число детей школьного возраста не получают школьного образования. Между тем, школы предоставляют легкий доступ к данной возрастной группе и возможность формирования правильных привычек в отношении питания и физической активности для профилактики ожирения на протяжении жизни. С учетом того, что в большинстве стран государство контролирует сферу образования, эффективное взаимодействие систем здравоохранения и образования может обеспечить, чтобы школьная среда стала здоровой средой, в которой поощряются здоровое питание и физическая активность. Чтобы гарантировать социальную справедливость, особое внимание следует уделить разработке программ для детей и подростков, не охваченных системой школьного образования.

45. Все больше данных подтверждают необходимость принятия в учебных учреждениях и в обществе в целом мер по профилактике детского и подросткового ожирения (23). Качественные оценки предполагают, что их эффективность в отношении формирования образа жизни, предупреждающего ожирение, и исходов связана со следующими факторами: (а) качество внедрения; (б) учебно-методическая четкость программы и ее интеграция в основной учебный план (например, в чтение, научные дисциплины); и (с) позиционирование мер в сфере школьного образования среди других мероприятий по санитарному просвещению и социальных мероприятий, проводимых в более широком масштабе.

46. Чтобы быть успешными, программы по улучшению питания и физической активности детей и подростков требуют привлечения ряда заинтересованных сторон. Профилактика ожирения и пропаганда здорового образа жизни традиционно входят в обязанности министерств здравоохранения. Ключом к успеху станут их интеграция в школьные инициативы по пропаганде здорового образа жизни и активное привлечение сферы образования. Мероприятия, включенные в школьное расписание или учебный

план, войдут в круг обязанностей сферы образования. Наиболее часто упоминаемая трудность внедрения этих мероприятий – конкуренция с основной задачей школы (55). При надлежащем участии педагогов санитарное просвещение может быть эффективно интегрировано в основные учебные дисциплины и не потребует дополнительного времени. Сотрудничество и обмен информацией, использование доказательной базы, адаптированной к конкретным условиям, разделение ресурсов между министерствами образования и здравоохранения помогут реализовать эту программу.

47. Необходимо привлекать детей старшего возраста и подростков к разработке и внедрению мероприятий по борьбе с детским ожирением (56). Только при активном участии детей и подростков они будут отвечать их специфическим потребностям, а дети и их сверстники будут участвовать в них и получать от них пользу.

Рекомендация:

5.1 Создать стандарты для пищи, предоставляемой в школах, и продаваемых в них продуктов питания и напитков, отвечающих рекомендациям по здоровому питанию.

5.2 Исключить предоставление или продажу нездоровых продуктов питания, таких как сахаросодержащие напитки и высококалорийные продукты с низким содержанием полезных веществ, в школьной среде.

5.3 Обеспечить доступ к питьевой воде в школах и спортивных учреждениях.

5.4 Требовать включения санитарного просвещения, в том числе по вопросам питания, в обязательный учебный план школ.

5.5 Повысить осведомленность по вопросам питания и улучшить соответствующие навыки родителей и лиц, осуществляющих уход.

Обоснование:

Употребление высококалорийных продуктов с низким содержанием полезных веществ и сахаросодержащих напитков – важный фактор, способствующий распространению эпидемии ожирения среди школьников и подростков во всем мире. Эти продукты не только приводят к развитию ожирения, но и способствуют сохранению избыточного веса. Парадоксально поощрять здоровый образ жизни и пропагандировать его среди детей, продолжая разрешать продажу нездоровых продуктов питания и напитков в школьной среде. Чтобы сформировать более здоровый образ жизни и создать среду, в меньшей степени способствующую ожирению, необходимо уменьшить поставки нездоровых продуктов и сахаросодержащих напитков и ограничить доступ к ним в местах скопления детей.

Эта стратегия должна идти рука об руку с пропагандой и увеличением доступности низкокалорийных продуктов и воды как альтернативы сахаросодержащим напиткам.

Можно организовать зоны вокруг школ, где будет запрещена продажа нездоровых продуктов питания и напитков, однако Комиссия признает, что в ряде условий это может быть невыполнимо.

Понимание роли питания в здоровье – основной фактор успеха мероприятий по улучшению рациона питания. Поскольку подростки – будущие родители, важность санитарного просвещения, в том числе по вопросам питания, в подростковом возрасте невозможно переоценить. Школьные годы и основные учебные планы предоставляют огромные возможности для успешной реализации этой задачи. Санитарное просвещение в школах необходимо планировать вместе с педагогами в соответствии с учебно-методическими принципами и встраивать в основные учебные дисциплины.

Рекомендация:

5.6 Организовать для детей, их родителей и лиц, осуществляющих уход, занятия по приготовлению пищи.

5.7 Включить Качественную физическую подготовку¹ в учебный план школ, обеспечить надлежащий компетентный персонал и условия для ее проведения.

Обоснование:

Эффективное санитарное просвещение по вопросам питания не ограничивается теоретическими знаниями, оно направлено на изменение образа жизни. Хотя имеются данные об эффективности мер, направленных на улучшение осведомленности по вопросам питания, их влияние на пищевое поведение менее ясно. Сочетание мероприятий, направленных на санитарное просвещение по вопросам питания, и четких, адаптированных к конкретным условиям рекомендаций по питанию для детей и лиц, осуществляющих уход за ними, а также предоставление дополнительных знаний о приготовлении пищи в условиях ослабления действия среды, способствующей ожирению, позволит детям, подросткам и родителям/лицам, осуществляющим уход, делать более здоровый выбор.

Регулярные занятия в рамках качественной физической подготовки или другие формы физической активности могут увеличить длительность концентрации внимания и управление когнитивными процессами (57). Они могут бросить вызов стигмам и стереотипам, улучшить настроение и психосоциальные исходы. Важно, чтобы физическая подготовка в школах охватывала всех детей, со всеми возможностями, а не фокусировалась на потенциальных профессиональных спортсменах.

Рекомендация 6. Предоставлять комплексную помощь по изменению образа жизни с целью коррекции веса для детей и молодых людей, страдающих ожирением, с привлечением их семей.

48. При наличии избыточного веса или ожирения у детей дополнительные цели включают снижение веса, лечение заболеваний, связанных с избыточным весом, и устранение факторов, способствующих его увеличению. Системы здравоохранения разных стран сильно различаются. Отвечая на потребности людей, страдающих ожирением, они сталкиваются с разными проблемами. Однако лечение детей с избыточным весом и ожирением должно быть включено в эффективную систему оказания помощи, расширенную в рамках всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

49. Первичная медицинская помощь играет важную роль в ранней диагностике и лечении ожирения и его осложнений, например сахарного диабета. Регулярное наблюдение за ростом и развитием детей в школах или лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь, позволяет выявить детей с высоким риском ожирения. В краткосрочной перспективе эффективным

¹ Руководство ЮНЕСКО по качественной физической подготовке. Рекомендации для политиков. Париж, 2015 год.

методом лечения ожирения может быть низкокалорийная диета. Увеличение физической активности повышает эффективность вмешательств. Публикаций о моделях оказания медицинской помощи при детском и подростковом ожирении мало, но очевидно, что она может быть эффективна только при участии членов семьи и лиц, осуществляющих уход за детьми.

50. Работники здравоохранения и другие лица могут предвзято относиться к детям с избыточным весом и ожирением. Все формы дискриминации такого рода неприемлемы и должны быть искоренены (58). Особое внимание следует уделять психическому здоровью детей, в том числе проблемам стигматизации и издевательств.

Рекомендация:

6.1 Развивать и поддерживать надлежащую систему помощи по коррекции веса для детей и подростков с избыточным весом и ожирением. Эта система должна быть ориентирована на участие семьи и быть комплексной (включать коррекцию питания, физическую активность и психосоциальную поддержку), а помощь – оказываться группами специалистов разного профиля, прошедших соответствующую подготовку и имеющих необходимые ресурсы, в рамках программы всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

Обоснование:

Анализ данных о детском ожирении свидетельствует о том, что меры по изменению образа жизни, ориентированные на участие семьи, позволяют улучшить такие показатели, характеризующие тяжесть ожирения, как вес, ИМТ и другие. Это касается как детей, так и подростков (59). Этот подход лежит в основе всех методов лечения. Однако исследования этого вопроса в странах с низким и средним уровнем доходов крайне немногочисленны.

При неэффективности изменения образа жизни детям с тяжелым ожирением может потребоваться медикаментозное и/или хирургическое лечение (60).

Работники здравоохранения и все лица, работающие с детьми и подростками, должны пройти соответствующее обучение по вопросам питания, физической активности, а также знать факторы риска ожирения.

ДЕЙСТВИЯ И ОБЯЗАННОСТИ ПО ВНЕДРЕНИЮ РЕКОМЕНДАЦИЙ

51. Комиссия признает, что успешное внедрение рекомендаций требует преданной работы, сосредоточенности на решении проблемы и поддержки ряда учреждений. Ниже представлены необходимые действия и обязанности.

Действия

ВОЗ:

(а) Основать международный поход к ликвидации детского ожирения, охватывающий все этапы жизни, с привлечением всех имеющих отношение к данному вопросу департаментов штаб-квартиры, региональных и страновых бюро.

Обоснование

Необходимо поддерживать постоянный импульс в решении этого сложной и важной проблемы. С целью организации описанных в этом докладе мероприятий по ликвидации детского ожирения ВОЗ может инициировать и возглавить диалог на высоком уровне в рамках системы Организации Объединенных Наций, между ВОЗ и государствами-членами, а также между самими государствами, основываясь на обязательствах,

(b) В сотрудничестве с государствами-членами разработать концепцию внедрения рекомендаций Комиссии.

(c) Укреплять потенциал для оказания технической поддержки мероприятий по ликвидации детского ожирения на глобальном, региональном и национальном уровнях.

(d) Поддерживать международные учреждения, государства и соответствующие заинтересованные стороны в исполнении существующих обязательств, чтобы гарантировать внедрение мероприятий по ликвидации детского ожирения на глобальном, региональном и национальном уровнях.

(e) Пропагандировать совместные исследования по ликвидации детского ожирения, сконцентрированные на подходе, охватывающем все этапы жизни.

(f) Информировать о достижениях в области ликвидации детского ожирения.

Международные организации:

(a) Сотрудничать в области создания потенциала и поддержки государств-членов в борьбе с детским ожирением.

сформулированных в рамках Целей в области устойчивого развития, Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Римской декларации Второй международной конференции по вопросам питания и других документов.

Реализуя нормативную функцию как на глобальном уровне, так и через свою сеть региональных и страновых бюро, ВОЗ может оказывать техническую помощь посредством разработки или дополнения руководств, методов и стандартов, подкрепляющих рекомендации Комиссии и другие имеющие отношение к данной проблеме документы ВОЗ на страновом уровне.

ВОЗ может распространять рекомендации по внедрению, мониторингу и подотчетности, а также контролировать ситуацию по борьбе с детским ожирением и информировать о достижениях в этой области.

Сотрудничество между международными организациями, в том числе другими учреждениями Организации Объединенных Наций, может способствовать развитию глобальных и региональных партнерств и сетей с целью пропаганды, мобилизации ресурсов, наращивания потенциала и совместных исследований. Межучрежденческая рабочая группа Организации Объединенных Наций по борьбе с неинфекционными заболеваниями может оказывать поддержку государствам-членам в решении проблемы детского ожирения.

Государства-члены:

(а) Осуществлять руководство, брать на себя ответственность и политические обязательства по ликвидации детского ожирения в долгосрочной перспективе.

(b) Координировать участие всех государственных секторов и учреждений, ответственных за принятие стратегических решений, в том числе в сфере образования, продовольствия, сельского хозяйства, коммерции и промышленности, развития финансов и сборов, спорта и отдыха, средств массовой информации и коммуникаций, экологического планирования и градостроительства, транспорта, социального обеспечения и торговли (но не ограничиваясь ими).

(с) Обеспечивать получение данных по ИМТ-возрасту, в том числе для возрастных групп, контроль за которыми в настоящее время не проводится, и установить национальные цели в области борьбы с детским ожирением.

(d) Разрабатывать руководства, рекомендации или стратегии по привлечению соответствующих секторов, в том числе частного, где это применимо, к осуществлению описанных в этом докладе мероприятий, направленных на борьбу с детским ожирением.

Негосударственные структуры

Государства несут полную ответственность за обеспечение здоровья своих граждан на ранних этапах их жизни. Таким образом, активную роль государства в решении проблемы детского ожирения следует воспринимать не как вмешательство в личные дела граждан, а как его стремление взять на себя ответственность за развитие человеческого потенциала страны. Очевидно, что для эффективного решения проблемы детского ожирения требуется активное участие многих государственных учреждений. Существует понятная тенденция рассматривать ожирение как проблему только системы здравоохранения. Однако профилактика детского ожирения требует координированных усилий всех государственных секторов и учреждений, ответственных за принятие стратегических решений. Должны быть разработаны общегосударственные подходы к решению проблемы детского ожирения. Кроме того, региональные и местные органы власти должны понимать свои обязательства, укреплять ресурсы и прилагать усилия для обеспечения скоординированных и комплексных действий по этой проблеме.

На основании этих данных государства могут определить цели и промежуточные задачи по ликвидации детского ожирения в соответствии с глобальными целями, определенными Всемирной ассамблеей здравоохранения в области улучшения питания и борьбы с неинфекционными заболеваниями. При разработке национальных систем контроля государства должны учитывать согласованные международные индикаторы исходов борьбы с ожирением (для отслеживания прогресса в достижении национальных целей), внедрения программ по улучшению рациона питания и повышению физической активности (в том числе охват населения мероприятиями), а также стратегии в области борьбы со средой, способствующей ожирению (в том числе организационную структуру, ресурсы и инвестиции для профилактики ожирения и борьбы с ним). С помощью существующих механизмов следует проводить максимально полный мониторинг ситуации.

Существует много способов весомого и эффективного участия негосударственных структур в решении проблемы детского ожирения. Как указано в данном докладе, на риск детского ожирения существенно влияют рацион и организация питания, физическая активность, школьная и социальная среда, культурные традиции, отношения к внешнему виду, поведение взрослых и действия частного сектора.

Неправительственные организации:

- (а) С помощью пропаганды и распространения информации повышать значимость профилактики детского ожирения.
- (б) Мотивировать потребителей требовать от государства поддержки здорового образа жизни, а от промышленности – производства здоровых продуктов питания и безалкогольных напитков и прекращения продажи нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих напитков детям.
- (с) Вносить вклад в разработку и внедрение механизмов мониторинга и подотчетности.

Частный сектор:

- (а) Поддерживать производство и облегчать доступ к продуктам и безалкогольным напиткам, способствующим здоровому питанию.
- (б) Повышать доступность физических упражнений и способствовать занятиям ими.

Хотя стратегическую структуру создает государство, в некоторых странах задачи по подготовке информации по вопросам питания, кампаний по санитарному просвещению, внедрению программ, мониторингу и привлечению участников к ответственности за выполнение взятых на себя обязательств могут быть разделены между государством и гражданским обществом.

Общественные движения могут привлекать членов общества, становиться платформой для защиты прав и активных действий.

Частный сектор неоднороден и включает производителей сельскохозяйственной продукции, продуктов питания и безалкогольных напитков, организации, занимающиеся розничной торговлей, предприятия общественного питания, производителей спортивных товаров, рекламные компании, компании, работающие в сфере развлечений, и средства массовой информации. Важно рассматривать все элементы, деятельность которых прямо или косвенно положительно или отрицательно влияют на проблему детского ожирения. Государство должно конструктивно привлекать частный сектор для содействия внедрению стратегий и мероприятий.

Комиссия осведомлена о ряде инициатив частного сектора, которые могут положительно повлиять на проблему детского ожирения. Инициативы, поддерживаемые доказательной базой, должны поощряться. Поскольку многие компании работают одновременно в нескольких странах, крайне важно организовать сотрудничество на международном уровне. Тем не менее, необходимо также уделять внимание местным и региональным организациям и кустарному производству. Взаимодействие с промышленностью уже привело к некоторым обнадеживающим результатам в отношении рациона питания и физической активности.

Инициативы пищевой промышленности по снижению содержания жиров, сахара и соли и уменьшению объема упаковок переработанных продуктов, а также по расширению производства инновационных здоровых продуктов, богатых питательными веществами, могут способствовать улучшению здоровья населения во всем мире.

Комиссия верит, что прогресс может быть достигнут при конструктивном и прозрачном взаимодействии с частным сектором при условии соблюдения подотчетности.

Благотворительные фонды:

(a) Признать, что детское ожирение ставит под угрозу детское здоровье, и направить свои усилия на решение этой важной проблемы.

(b) Мобилизовать финансовые средства для поддержки научных исследований, создание потенциала и предоставление услуг.

Благотворительные фонды имеют уникальное положение, позволяющее им вносить существенный вклад в охрану общественного здоровья в мире, могут привлекаться к проведению мониторинга и обеспечению подотчетности.

Научные и образовательные организации:

(a) С помощью распространения информации и включения в соответствующие программы повышать значимость профилактики детского ожирения.

(b) Направить усилия на ликвидацию пробелов в доказательной базе, поддерживающей внедрение стратегий.

(c) Оказывать поддержку в проведении мониторинга и обеспечении подотчетности.

Научные и образовательные организации могут способствовать решению проблемы детского ожирения посредством изучения биологических, поведенческих и экологических факторов риска и показателей, а также эффективности мер воздействия на них.

МОНИТОРИНГ И ПОДОТЧЕТНОСТЬ

52. Наибольшей преградой на пути эффективной борьбы с детским ожирением являются отсутствие политических обязательств и несостоятельность государства и других структур осуществлять руководство, брать на себя ответственность и предпринимать необходимые действия. Наилучшие возможности для борьбы с детским ожирением предоставляет всеобщий подход, подразумевающий привлечение всех сфер общества. Государство и другие действующие субъекты, особенно

гражданское общество, могут требовать друг от друга и частного сектора отчета о выполнении взятых обязательств, чтобы обеспечить внедрение стратегий и исполнение стандартов. Серьезные обязательства требуют серьезных систем внедрения и четко определенных механизмов подотчетности.

53. Государства несут основную ответственность за разработку стратегий и нормативной базы для профилактики и лечения детского ожирения на национальном уровне. Следовательно, подотчетность должна начинаться с внедрения значимых стратегий, дающих четкие указания о том, какие мероприятия требуются и когда их нужно проводить.

54. Государство должно уделять первостепенное внимание инвестициям в создание надежных систем мониторинга, использующих определенные индикаторы, позволяющие стандартным образом оценивать детское ожирение и связанные с ним показатели (например, физическую активность и питание). Это крайне необходимо для оценки масштабов проблемы, предоставления данных для определения национальных целей и разработки стратегий. Отлаженные системы мониторинга могут предоставлять данные о влиянии и эффективности мероприятий по уменьшению распространенности детского ожирения.

55. Комиссия понимает, что государства не хотят увеличения бремени отчетности. В настоящее время уже существует ряд механизмов мониторинга, которые можно взять на вооружение и интегрировать в комплексную национальную систему мониторинга детского ожирения. К ним относятся Глобальная система мониторинга неинфекционных заболеваний¹ и Глобальная система мониторинга питания матерей, детей грудного и раннего возраста².

56. Стратегическое руководство на государственном уровне включает создание правительственных структур, необходимых для подготовки и принятия законов, стратегий и программ, охватывающих разные секторы. Руководство на государственном уровне необходимо также для того, чтобы координировать сотрудничество с негосударственными структурами: неправительственными организациями, частным сектором, научными и образовательными организациями – по успешному осуществлению программ, мероприятий и инвестиций.

57. Общегосударственный подход требует создания четкой цепи обязанностей и подотчетности, а также ответственности учреждений, которым поручена разработка и внедрение мероприятий, за выполнение возложенных на них задач.

58. Гражданское общество может играть решающую роль в оказании социального, морального и политического давления на государство, чтобы обеспечить выполнение

¹ WHA66.10 Глобальная система мониторинга неинфекционных заболеваний.

² WHA68(14) Индикаторы для глобальной системы мониторинга питания матерей, детей грудного и раннего возраста.

им своих обязательств (61). Ликвидация детского ожирения должна стать частью программы гражданского общества в области защиты прав и подотчетности.

59. Комиссия признает, что частный сектор может играть важную роль в борьбе с детским ожирением, однако понимает, что зачастую это требует дополнительных стратегий подотчетности, в том числе законодательных, рыночных и привлекающих средства массовой информации (62). Следует рассматривать инициативы частного сектора (предприятий розничной торговли, производителей продуктов питания, предприятий общественного питания, страховых компаний) по борьбе с ожирением, подкрепленные независимыми доказательствами. Следует выявлять, оценивать и прозрачно управлять рисками, связанными с конфликтами интересов. В связи с этим важны соблюдение кодекса поведения и независимые аудиты его соблюдения, проводимые под государственным контролем.

60. Государства могут осуществлять свое право регулирования для улучшения продовольственной среды, обеспечения соблюдения нормативных актов, внедрения стандартов, признанных на международном уровне, таких как «Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока»¹ и «Рекомендации по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей»², разработанных ВОЗ. Полезным инструментом обеспечения подотчетности могут быть оценочные листы. Это лишь часть примеров потенциальных механизмов подотчетности. Оптимальных результатов можно достичь при использовании комплекса разных методов и стратегий подотчетности.

61. Комиссия отметила, что политика в области торговли оказывает существенное влияние на среду, способствующую ожирению. Это особенно актуально для небольших островных государств, которые во многом зависят от импортируемых продуктов питания, а ассортимент поставляемых продуктов и цены на них в значительной степени определяются импортерами. Комиссия признает сложность международной торговли, особенно торговли пищевой и сельскохозяйственной продукцией, но настоятельно призывает государства-члены и участников международных соглашений в области торговли искать пути для решения проблем торговли, влияющих на детское ожирение.

ВЫВОДЫ

62. Детское ожирение разрушает физическое, социальное и психологическое благополучие детей и является фактором риска неинфекционных заболеваний и ожирения у взрослых. Чтобы улучшить здоровье настоящего и следующих поколений, необходимы неотложные действия. Комиссия признает, что круг потенциальных рекомендаций по борьбе с детским ожирением широк и включает ряд новых элементов. Только многоотраслевой подход, включающий комплексный интегрированный набор мероприятий, направленных на среду, способствующую ожирению, охватывающих все

¹ WHA34.22 «Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока».

² WHA63.14 «Рекомендации по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей».

этапы жизни и задействующих сферу образования, позволит добиться стойкого прогресса. Это требует обязательств и руководства со стороны государства, длительных инвестиций и привлечения всего общества к защите права ребенка на здоровье и благополучие. Комиссия верит, что улучшение ситуации может быть достигнуто, если все участники будут слаженно работать для достижения общей цели – ликвидации детского ожирения.

ЛИТЕРАТУРА

1. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank joint child malnutrition estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; World Bank, Washington DC: 2015.
2. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr.* 2006;Suppl 450:76–85.
3. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014;384:766–81.
4. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet.* 2015;385:2400–9.
5. Taveras EM, Gillman MW, Kleinman K, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL. Racial/ethnic differences in early-life risk factors for childhood obesity. *Pediatrics.* 2010;125:686–95.
6. Food and Agriculture Organization. The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. *Food and Nutrition Paper.* 2006;84:1–334.
7. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *J R Soc Promot Health.* 2006;126:262–7.
8. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiological reviews.* 2014;94:1027–76.
9. McPherson NO, Fullston T, Aitken RJ, Lane M. Paternal obesity, interventions, and mechanistic pathways to impaired health in offspring. *Ann Nutr Metab.* 2014;64:231–8.
10. Tanamas SK, Lean ME, Combet E, Vlassopoulos A, Zimmet PZ, Peeters A. Changing guards: time to move beyond body mass index for population monitoring of excess adiposity. *QJM.* 2015;Nov 1.
11. Eastwood SV, Tillin T, Dehbi HM, Wright A, Forouhi NG, Godsland I, et al. Ethnic differences in associations between fat deposition and incident diabetes and underlying mechanisms: the SABRE study. *Obesity.* 2015;23:699–706.
12. Lobstein T, Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2006;1:33–41.
13. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *Occup Ther Health Care.* 2013;27:99–112.

14. Pediatr Res Miller AL, Lee HJ, Lumeng JC. Obesity-associated biomarkers and executive function in children. *Pediatr Res*. 2015;77:143–7.
15. Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64:1588–90.
16. Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al. Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics*. 2006;118:e594–e601.
17. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*. 2011;365:1876–85.
18. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*. 2014;60:222–8.
19. Finkelstein EA, Graham WC, Malhotra R. Lifetime direct medical costs of childhood obesity. *Pediatrics*. 2014;133:854–62.
20. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2008;23:499–509.
21. Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.
22. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
23. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet*. 2015;385:2410–21.
24. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2014.
25. Arantxa Colchero M, Popkin BM, Rivera JA, Noh SW. Beverage purchases from stores since the start of the Mexican sugar-sweetened beverage excise tax: a year out. *BMJ*. 2016;352:h6704.
26. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N Engl J Med*. 2012;367:1407–16.
27. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. *N Engl J Med*. 2012;367:1397–406.

28. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015.
29. Powell LM, Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. *Obesity Reviews.* 2013;14:110–28.
30. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM, Rayner M, et al. Review of research on the effects of food promotion to children – final report. Report to the Food Standards Agency. Glasgow: University of Strathclyde, Centre for Social Marketing, 2003.
31. McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.
32. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet.* 2015;385:2510–20.
33. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization, 2012.
34. An R, Patel D, Segal D, Sturm R. Eating better for less: a national discount program for healthy food purchases in South Africa. *American journal of health behavior.* 2013;37:56–61.
35. Tremblay MS, Gray CE, Akinroye K, Harrington DM, Katzmarzyk PT, Lambert EV, et al. Physical activity of children: a global matrix of grades comparing 15 countries. *Journal of physical activity & health.* 2014;11:S113–25.
36. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.
37. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund, American Institute of Cancer Research, 2007.
38. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;37:753–72.
39. Miller AL, Lumeng JC, LeBourgeois MK. Sleep patterns and obesity in childhood. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2015;22:41–7.
40. Taveras EM, Gillman MW, Pena MM, Redline S, Rifas-Shiman SL. Chronic sleep curtailment and adiposity. *Pediatrics.* 2014;133:1013–22.

41. Yu Z, Han S, Zhu J, Sun X, Ji C, Guo X. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e61627.
42. Eriksson JG, Sandboge S, Salonen MK, Kajantie E, Osmond C. Long-term consequences of maternal overweight in pregnancy on offspring later health: findings from the Helsinki Birth Cohort Study. *Ann Med*. 2014;46:434–8.
43. Okubo H, Crozier SR, Harvey NC, Godfrey KM, Inskip HM, Cooper C, et al. Maternal dietary glycemic index and glycemic load in early pregnancy are associated with offspring adiposity in childhood: the Southampton Women's Survey. *Am J Clin Nutr*. 2014;100:676–83.
44. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012;26:627–39.
45. Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32:201–10.
46. Janesick A, Blumberg B. Endocrine disrupting chemicals and the developmental programming of adipogenesis and obesity. *Birth defects research Part C, Embryo today: reviews*. 2011;93:34–50.
47. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiologic Reviews*. 2014;36:19–30.
48. Institute of Medicine and National Research Council. *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Washington DC: National Academies Press; 2009.
49. Hanson MA, Bardsley A, De-Regil LM, Moore SE, Oken E, Poston L, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: “Think Nutrition First”. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131:S213–S53.
50. Choi J, Fukuoka Y, Lee JH. The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Med*. 2013;56:351–64.
51. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl*. 2015;104:30–7.
52. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC: Pan American Health Organization and World Health Organization, 2002.

53. Mennella JA, Nicklaus S, Jagolino AL, Yourshaw LM. Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiol Behav.* 2008;94:29–38.
54. Liem DG, Mennella JA. Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. *Developmental psychobiology.* 2002;41:388–95.
55. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2011:CD001871.
56. School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2008.
57. Rasberry CN, Lee SM, Robin L, Laris BA, Russell LA, Coyle KK, et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med.* 2011;52 Suppl 1:S10–20.
58. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet.* 2015;385:2521–33.
59. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2009:CD001872.
60. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2007;120:S254–S88.
61. Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet.* 2015;385:2422–31.
62. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Vandevijvere S, Lobstein T, Sacks G, et al. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. *Lancet.* 2015;385:2534–45.

Добавление 1

КОМИССИЯ ПО ЛИКВИДАЦИИ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ

63. Распространенность ожирения у детей грудного, более старшего возраста и подростков растет во многих странах, особенно быстро в странах с низким и средним уровнем доходов. Без вмешательства грудные дети и дети младшего возраста с ожирением с большой вероятностью будут страдать ожирением в подростковом и взрослом возрасте.

64. Детское ожирение является причиной целого ряда осложнений, повышает риск преждевременного развития ряда заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых и сахарного диабета. Существует много потенциальных решений этой проблемы. Однако, как и в случае любых стратегий в области общественного здравоохранения, существует множество трудностей на пути их внедрения. Только при условии комбинации партнерства, государственной поддержки и научных исследований будут разработаны и повсеместно внедрены наилучшие рекомендации.

65. Чтобы лучше информировать и моделировать комплексный ответ на проблему детского ожирения, Генеральный директор ВОЗ основала Комиссию высокого уровня по ликвидации детского ожирения, в состав которой вошли пятнадцать известных специалистов в разных имеющих отношение к данной проблеме областях. Перед Комиссией была поставлена задача подготовить отчет, определяющий подходы и наборы мероприятий, которые с большой долей вероятности будут эффективны в борьбе с детским и подростковым ожирением в разных условиях во всем мире. Комиссия изучила и ликвидировала пробелы в существующих предписаниях и стратегиях по профилактике детского ожирения. Работа Комиссии была поддержана двумя специальными рабочими группами: первой – по науке и фактическим данным и второй – по внедрению, мониторингу и подотчетности.

66. Комиссия провела четыре совещания и в рамках своей работы предприняла региональные консультации с государствами-членами, а также слушания с негосударственными структурами. Первое совещание прошло в Женеве 17-18 июля 2014 года. Во время него Комиссия изучила отчет первого заседания Специальной рабочей группы по науке и фактическим данным и разработала методологию работы.

67. Во время второго совещания, которое было проведено в Женеве 13-14 января 2015 г., Комиссия изучила второй отчет Специальной рабочей группы по науке и фактическим данным и первый отчет Специальной рабочей группы по внедрению, мониторингу и подотчетности, а также подготовила предварительный доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения. Он обосновал необходимость борьбы с детским ожирением и обязанность государств возглавить ее. Предварительный доклад подчеркнул политические возможности борьбы со средой, способствующей ожирению, необходимость снижения риска ожирения за счет воздействия на критические элементы в рамках подхода, охватывающего все этапы жизни, и лечения детей с ожирением с целью улучшения их здоровья в настоящем и будущем.

68. Предварительный доклад послужил основой для онлайн-консультаций, проведенных с 16 марта по 5 июня 2015 года. Восемьдесят один участник, в том числе государства-члены, неправительственные организации, благотворительные фонды, научные и образовательные организации, исследователи, представители частного сектора и частные лица, представили комментарии к Предварительному отчету.
69. Комиссия провела семь региональных консультаций с государствами-членами:
- 22–23 октября 2015 г. в Аккре (Гана) для стран Африканского региона;
 - 26–28 августа 2015 г. в Мехико (Мексика) для стран Американского региона;
 - 28–29 сентября 2015 г. в Нью-Дели (Индия) для стран Региона Юго-Восточной Азии;
 - 28–29 октября 2015 г. в Валлетте (Мальта) для стран Европейского региона;
 - 2–3 июля 2015 г. в Каире (Египет) для стран Региона Восточного Средиземноморья;
 - 24–25 марта 2015 г. в Маниле (Филиппины) для континентальной части Региона Западной части Тихого Океана;
 - 27–28 июля 2015 г. в Окленде (Новая Зеландия) для островной части Региона Западной части Тихого Океана.
70. Комиссия созвала третье совещание 22 и 23 июня 2015 г. в Специальном административном округе Гонконг, Китайская Народная Республика. Во время этого совещания Комиссия изучила комментарии, полученные от государств-членов по пункту повестки дня 13.3 Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, отклики, полученные во время онлайн-консультаций, а также региональных консультаций и слушаний для континентальной части Региона Западной части Тихого Океана. Комиссия получила также отчет о втором заседании Специальной рабочей группы по внедрению, мониторингу и подотчетности от Генерального директора ВОЗ и обновленные данные от Специальной рабочей группы по науке и фактическим данным.
71. Во время третьего совещания Комиссия разработала проект заключительного доклада, в котором на рассмотрение государств-членов было представлено подробное описание потенциальных стратегий. Проект заключительного доклада послужил основанием для региональных консультаций в Регионе стран Америки, Регионе Юго-Восточной Азии, Африканском регионе и Европейском регионе. С сентября по ноябрь 2015 г. доклад был доступен онлайн для комментариев соответствующих заинтересованных сторон. Было получено и изучено 98 откликов.
72. После периода консультаций Комиссия провела четвертое совещание в Женеве 30 ноября – 1 декабря 2015 г., чтобы изучить полученные отклики, отчеты специальных рабочих групп и подготовить заключительный доклад Комиссии по ликвидации детского ожирения. Этот заключительный доклад был представлен Генеральному директору ВОЗ в январе 2016 года.

Добавление 2

ЧЛЕНЫ КОМИССИИ

Сэр George Alleyne

Почетный директор
Панамериканская организация здравоохранения
(ПАОЗ)

Д-р Constance Chan Hon Yee

Директор по вопросам здравоохранения
Департамент здравоохранения
Специальный административный район Гонконг
Китай

Helen Clark

Администратор
Программа развития Организации
Объединенных Наций (ПРООН)

Сэр Peter Gluckman (сопредседатель)

Главный научный советник Премьер-министра
Новой Зеландии и Институт Лиггинса
Университета Окленда
Новая Зеландия

Adrian Gore

Основатель и генеральный директор
«Discovery Group»
Южная Африка

Betty King

Бывший посол
Постоянное представительство Соединенных
Штатов Америки при Организации
Объединенных Наций и других
международных организациях в Женеве

Nana Oye Lithur

Министр по делам равноправия полов, детей и
социальной защите
Гана

Д-р David Nabarro

Координатор Движения за усиление внимания к
проблемам питания (SUN)
Специальный представитель Генерального
секретаря ООН по продовольственной
безопасности и вопросам питания
Координатор Целевой группы высокого уровня

Д-р Sania Nishtar (сопредседатель)

Основатель организации «Heartfile»,
Пакистан

Paula Radcliffe

Спортсменка и мать
Соединенное Королевство

Профессор Hoda Rashad

Профессор и директор
Центр социальных исследований
Американский университет в Каире
Египет

Профессор K. Srinath Reddy

Президент
Фонд общественного здравоохранения
Индии
Институт исследований в области
промышленного развития (ISID)
Индия

Д-р Jacques Rogge

Почетный президент
Международный олимпийский комитет
(МОК)
Швейцария

Sachita Shrestha

Молодежный активист
Непал

Д-р Colin Tukuitonga

Генеральный директор
Секретариат Тихоокеанского сообщества
(SPC)
Новая Каледония

= = =