

**Проект заключительного доклада
Комиссии по ликвидации
детского ожирения**

Женева, Швейцария



**Всемирная организация
здравоохранения**

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Данный документ представляет собой проект заключительного доклада Комиссии по ликвидации детского ожирения, и некоторые его положения могут отличаться от решений и политики Всемирной организации здравоохранения. Этот рабочий вариант документа предназначен для направления соответствующим заинтересованным сторонам, которые по результатам его изучения должны направить свое мнение в Комиссию по ликвидации детского ожирения. Это не окончательная редакция, и перед публикацией текст документа может быть изменен. Изучение, резюмирование, цитирование, воспроизведение, передача, распространение, перевод и адаптация этого документа в любом виде и любыми способами как частично, так и полностью без разрешения Всемирной организации здравоохранения запрещены.

Содержание

<i>Термины и определения</i>	4
Преамбула.....	7
Введение.....	9
Руководящие принципы борьбы с детским ожирением.....	15
Основные подходы к решению проблемы детского ожирения.....	17
Всесторонний комплекс мер по борьбе с детским ожирением.....	17
Предполагаемые направления деятельности	18
1: Изменение среды, способствующей развитию ожирения, и нормы	18
2: Уменьшение риска ожирения за счет влияния на основные элементы жизненного цикла	28
3: Лечение детей с ожирением для улучшения состояния их здоровья на сегодняшний день и в перспективе	37
Оценка эффективности: контроль и подотчетность	39
Функции и обязанности	42
Актуальные исследовательские задачи	45
Библиографический список	47
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Члены Комиссии по ликвидации детского ожирения	50

Термины и определения

Подростки	Лица в возрасте от 10 до 19 лет
ИМТ	Индекс массы тела = масса тела (кг) / рост (м) ²
Стандартизованный по возрасту ИМТ	ИМТ с поправкой на возраст, стандартизованный для детского возраста
Дети	Лица в возрасте до 19 лет
Дети грудного возраста	Дети в возрасте до 12 месяцев
НИЗ	Неинфекционные заболевания
Здоровое питание, здоровые продукты питания	Продукты, соответствующие требованиям к калорийности и содержанию микро- и макроэлементов, свободного сахара, соли и жира
СВУД	Страны с высоким уровнем дохода
СНСУД	Страны с низким и средним уровнем дохода
Ожирение	С рождения до 5 лет: значение Z-показателя для соотношения массы тела и роста, равное трем или более СО (http://www.who.int/childgrowth/en/) С 5 до 19 лет: значение стандартизованного по возрасту ИМТ на два или более СО выше медианного значения стандартного показателя ВОЗ в отношении роста и развития (http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/)
Избыточный вес	С рождения до 5 лет: значение Z-показателя для соотношения массы тела и роста, равное двум СО, или находящееся в диапазоне от двух до трех СО (http://www.who.int/childgrowth/en/) С 5 до 19 лет: значение стандартизованного по возрасту ИМТ на одно или менее чем на два СО выше медианного значения стандартного показателя ВОЗ в отношении роста и развития (http://www.who.int/nutrition/publications/growthref_who_bulletin/en/)

WGSE	Специальная рабочая группа по науке и фактическим данным в области ликвидации детского ожирения
WGIMA	Специальная рабочая группа по осуществлению, мониторингу и обеспечению подотчетности в целях ликвидации детского ожирения
Нездоровое питание, нездоровые продукты питания	Продукты с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-изомеров жирных кислот, свободных сахаров и соли, т. е. высококалорийные продукты с низким содержанием полезных веществ
Дети раннего возраста	Дети в возрасте до 5 лет

Распространенность детского ожирения значительно возросла в странах как с высоким, так и с низким и средним уровнем дохода, и в настоящее время решение проблемы детского ожирения является неотложной задачей общественного здравоохранения.

У детей с ожирением повышен риск развития хронических заболеваний и смерти.

В детском возрасте ожирение может быть причиной ухудшения состояния здоровья, снижения уровня образования и качества жизни.

Общество и правительства должны безотлагательно принять действенные меры по решению этой проблемы.

Преамбула

1. За последнее десятилетие Всемирная ассамблея здравоохранения, руководящий орган Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), и Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняли ряд резолюций¹, в которых неинфекционные заболевания (НИЗ) признаны одной из основных проблем XXI века, а их профилактика и борьба с ними — ключевыми приоритетными направлениями. Одной из предложенных целей в области устойчивого развития является снижение уровня преждевременной смертности от НИЗ².
2. Среди всех факторов риска НИЗ ожирение вызывает наибольшую озабоченность. В детском возрасте (у лиц младше 19 лет) ожирение вызывает широкий спектр осложнений и повышает риск раннего заболевания сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями. Предупреждение детского ожирения — одно из основных направлений первичной профилактики НИЗ.
3. К развитию ожирения в детском возрасте приводит целый комплекс причин, и на сегодняшний день улучшение ситуации с ожирением среди детей происходит достаточно медленно. Очевидно, что для разработки оптимальных рекомендаций по борьбе с детским ожирением и их выполнения в мировом масштабе необходимо проведение научных исследований, должное руководство на государственном уровне и вовлечение сообществ.
4. Для разработки комплексных действий в области детского ожирения Генеральный директор ВОЗ сформировала Комиссию высокого уровня по ликвидации детского ожирения (ECHO), в состав которой вошли 15 квалифицированных ведущих специалистов из различных областей. При содействии двух специальных рабочих групп — Рабочей группы по науке и фактическим данным в области ликвидации детского ожирения (WGSE) и Рабочей группы по осуществлению, мониторингу и обеспечению подотчетности в целях ликвидации детского ожирения (WGIMA) — Комиссия изучила и проанализировала пробелы в существующих полномочиях и стратегиях, учла их в своей работе и рассмотрела пути их устранения. В целях получения обратной связи был подготовлен промежуточный доклад, обсуждение которого проводилось в ходе ряда региональных консультаций и слушаний с участием государств-членов и

¹ Резолюции WHA53.17 «Профилактика неинфекционных болезней 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 «О комплексном плане осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста»; A66/10 и A68/11 «Последующие меры в контексте Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними»; A68/14 «Вопросы здравоохранения в повестке дня в области развития на период после 2015 г.»; A68/15 «Здоровье подростков»; A68/19 «Итоги второй Международной конференции по вопросам питания».

² <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/04/140417-Goals-and-Targets1.pdf>.

негосударственных структур, а также в ходе обмена мнениями в режиме онлайн, организованного для предоставления возможности соответствующим заинтересованным сторонам вносить комментарии. По результатам изучения представленной информации Комиссия подготовила данный проект заключительного доклада, который ляжет в основу заключительного раунда региональных и международных консультаций.

Задача Комиссии

Главная задача Комиссии по ликвидации детского ожирения заключается в подготовке рекомендаций для выработки политики в целях:

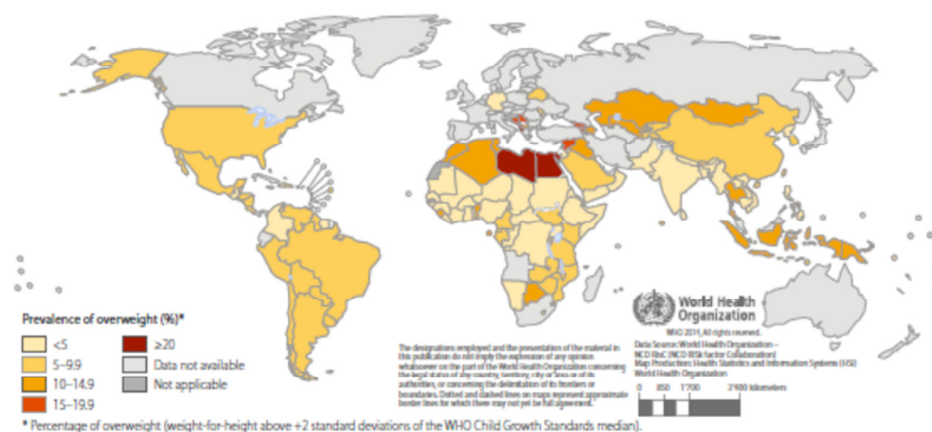
- а) предупреждения ожирения у грудных детей, детей более старшего возраста и подростков и
- б) выявления и лечения уже имеющегося ожирения у детей и подростков

для снижения риска заболеваемости и смерти от неинфекционных заболеваний, ослабления психосоциальных эффектов ожирения как в детском, так и в зрелом возрасте и риска развития ожирения в следующих поколениях.

Введение

4. Эпидемия ожирения способна свести на нет многие благоприятные для здоровья человека изменения, способствовавшие наблюдаемому во всем мире увеличению продолжительности жизни. По оценкам, в 2013 г. у 42 млн детей наблюдался избыточный вес или ожирение (определяется как доля детей с коэффициентом стандартного отклонения (СО) больше 2 и больше 3, соответственно, от медианного значения стандартного показателя ВОЗ в отношении роста и развития (1). На рисунке 1 показана распространенность избыточного веса у детей младше 5 лет в разных странах мира. Предполагается, что в Африке доля детей с избыточным весом и ожирением, которая по оценкам 2010 г. составила 8,5% (или 12 млн детей), вырастет к 2020 г. до 12,7%. В Азии доля таких детей, оцененная в 2010 г. как 4,9%, соответствует примерно 18 млн человек (2-4). Если сегодняшние тенденции сохранятся, то к 2025 г. более 70 млн детей грудного и раннего возраста будут иметь избыточный вес или ожирение, причем в подавляющем большинстве случаев это жители стран с низким и средним уровнем дохода (СНСУД) (5). В некоторых условиях показатели распространенности младенческого, детского и подросткового ожирения могут быть стабильными, но в абсолютном выражении в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД) число детей с избыточным весом и ожирением больше, чем в странах с высоким уровнем дохода (СВУД) (5). Аналогичные данные для детей старшего возраста и подростков в настоящее время уточняются и будут опубликованы ВОЗ к концу 2015 года. До сих пор улучшение ситуации с детским ожирением происходило медленно и успехи в этой области были непостоянными (6).

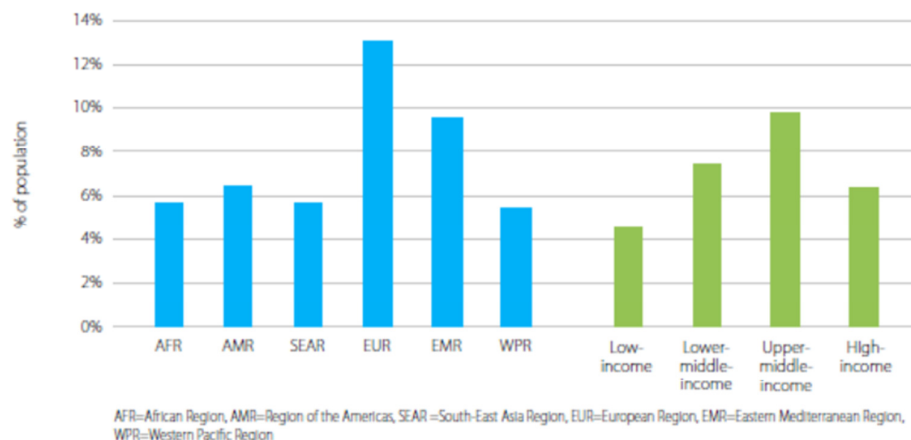
Рис. 1. Стандартизованная по возрасту распространенность избыточного веса у детей младше 5 лет, сравнительная оценка, 2013 г.



Источник: Доклад о ситуации мире в отношении неинфекционных заболеваний, 2014 г., ВОЗ

Prevalence of overweight (%)*	Распространенность избыточного веса (%)*
Data not available	Нет данных
Not applicable	Не применимо
* Percentage of overweight (weight-for-height above +2 standard deviations of the WHO Child Growth Standards median).	* Доля лиц с избыточным весом (соотношение массы тела и роста более чем на 2 стандартных отклонения выше медианного значения стандартного показателя ВОЗ в отношении роста и развития).

Рисунок 2. Распространенность избыточного веса у детей младше 5 лет по регионам ВОЗ и по группам дохода по классификации Всемирного банка, сравнительная оценка, 2013 г.



Источник: Доклад о ситуации мире в отношении неинфекционных заболеваний, 2014 г., ВОЗ

% of population	Доля популяции (%)
AFR=African Region, AMR=Region of Americas, SEAR=South-East Asia Region, EUR=European Region, EMR=Eastern Mediterranean Region, WPR=Western Pacific Region	АФР = Регион Африки, АМР = Регион стран Америки, ЮВАР = Регион Юго-Восточной Азии, ЕВР = Европейский регион, ВСР = Регион Восточного Средиземноморья, ЗТОР = Регион Западной части Тихого океана
AFR	АФР
AMR	АМР
SEAR	ЮВАР
EUR	ЕВР
EMR	ВСР
WPR	ЗТОР
Low-income	Низкий доход
Lower-middle-income	Низкий и средний доход
Upper-middle-income	Средний и высокий доход
High-income	Высокий доход

- Число детей, которые еще до своего рождения находятся на пути к развитию ожирения, еще больше. Дети, у которых стандартизованный по возрасту индекс массы тела (ИМТ) пока не достиг установленного на данный момент порога, определяющего наличие детского ожирения, могут находиться в группе повышенного риска в отношении развития ожирения. Многие страны сегодня сталкиваются с проблемой двойного бремени нарушений питания, которое выражается в увеличении доли детей с ожирением при высоких показателях недоедания и задержки роста. При недоедании риск развития ожирения у детей особенно высок в случае изменения структуры питания и режима физической активности. В этих условиях детское ожирение часто не воспринимается как проблема общественного здравоохранения, поскольку зачастую в соответствии с культурными традициями этих стран детей с избыточным весом принято считать здоровыми.

6. В СВУД наибольший риск детского ожирения отмечается в группах населения, занимающих более низкое социально-экономическое положение. Несмотря на то, что сегодня для большинства СНСУД справедливо обратное, наблюдается тенденция к изменению этого положения. Риск развития ожирения особенно высок в определенных подгруппах населения внутри стран, таких как дети мигрантов и дети коренных народностей (7). Страны, в которых происходят быстрые социально-экономические преобразования и (или) изменения в структуре питания, сталкиваются с двойным бременем, обусловленным одновременным существованием недоедания и переизбытка (8).
7. Ожирение развивается из-за сочетания воздействующего на ребенка нездорового образа жизни (среды, способствующей развитию ожирения) и неадекватных поведенческих и биологических реакций на эту среду, которые имеют индивидуальные различия и сильно зависят от условий развития и жизненного опыта ребенка. Риск ожирения может передаваться от одного поколения к другому, таким образом, «ожирение порождает ожирение». Причиной может быть влияние поведенческих и (или) биологических факторов.
8. Поведенческие установки передаются от поколения к поколению, так как дети наследуют социально-экономический статус, культурные нормы и стандарты поведения, а также семейные привычки в отношении питания и физической активности. Представление о здоровом и желательном весе во многом зависит от культурных ценностей и норм, особенно если речь идет о детях грудного и раннего возраста или о женщинах. В некоторых сообществах избыточный вес и ожирение становятся социальной нормой, что способствует сохранению «благоприятной» среды для развития ожирения.
9. Из-за глобализации и урбанизации воздействие этой среды возрастает как в СВУД, так и в СНСУД, причем во всех социально-экономических группах. В наши дни многие дети растут в условиях, способствующих набору веса и ожирению. Изменения в степени доступности пищи и ее видах, а также сокращение физической активности, направленной на передвижение или игры, привели к формированию энергетического дисбаланса. Дети употребляют в пищу продукты, подвергнутые глубокой переработке, богатые калориями, но содержащие мало полезных веществ, причем эти продукты дешевы и легко доступны. Возможности для физической активности как в школе, так и вне школы сократились, и дети все больше времени проводят перед телевизором, за компьютером или посвящают другим малоподвижным видам досуга.
10. Существуют два основных механизма, связанных с развитием ребенка, которые повышают риск ожирения под действием биологических факторов. Первый из них, механизм «дисбаланса», может реализоваться даже из-за небольшой недостаточности питания в период внутриутробного развития и в раннем детстве, например из-за плохого питания матери или плацентарной недостаточности. Среди процессов, лежащих в основе этого механизма, — влияние внешних факторов на

функционирование генов (эпигенетический эффект), причем это влияние необязательно оказывает заметное воздействие на такие показатели, как вес при рождении (9). У детей, получавших недостаточное питание и родившихся с низким весом или с ростом, не соответствующим сроку беременности (с отставанием в росте), намного выше риск появления избыточного веса и ожирения, если на более поздних этапах они начнут переедать и вести малоподвижный образ жизни. Попытки бороться с недоеданием и отставанием в росте в период детства могут приводить к непредвиденным последствиям и к риску развития ожирения у таких детей.

11. Второй механизм реализуется, если у матери перед наступлением беременности было ожирение или уже имелся сахарный диабет, либо диабет развился во время беременности. В этом случае ребенок бывает предрасположен к повышенному накоплению жира, что связано с нарушением обмена веществ и ожирением. Эпигенетические процессы могут быть задействованы и в этом механизме. Недавние исследования на животных показали, что ожирение у отца также может быть одной из причин повышенного риска ожирения у потомства. Неправильное кормление в раннем грудном возрасте также влияет на развитие организма ребенка. Соответствующие мероприятия, проводимые до наступления беременности, во время беременности и в первые месяцы жизни ребенка, могут предотвратить некоторые из этих воздействий на функционирование генов, но если критический период развития пройден, устранить последствия этих воздействий может быть непросто. Поскольку во многих случаях беременность не планируется и большая часть женщин не обращается к врачу до конца первого триместра, важно распространять знания о значении здорового образа жизни перед зачатием ребенка и на ранних сроках беременности среди подростков, молодых женщин и мужчин.
12. Во многих популяциях у индивидуумов во всем диапазоне значений ИМТ наблюдается больше жировой ткани, чем раньше, то есть среда, способствующая ожирению, отрицательно влияет на тех, кого обычно не относят к имеющим ожирение (10). Избыточный вес и ожирение не являются категориями, не допускающими отклонений, и многие дети находятся на пути к ожирению, даже если их стандартизованный по возрасту ИМТ не выходит за границы нормы. Последствия для здоровья, которыми грозят избыточный вес и ожирение, также не появляются при достижении каких-то конкретных значений и могут влиять на качество жизни ребенка еще до того, как будет достигнуто пороговое значение стандартизованного по возрасту ИМТ. Характер распределения жира в организме также имеет значение с точки зрения результатов для здоровья. Несмотря на то, что ИМТ представляет собой самое простое средство для выявления детей с избыточным весом и ожирением, его применение не всегда позволяет обнаруживать детей с абдоминальным ожирением, несущим риск развития осложнений. Имеются и новые методы оценки, но в настоящее время они могут быть недоступны для обследований, проводимых на популяционном уровне.
13. Дети не способны управлять ни одним из упомянутых выше причинных факторов, поэтому детское ожирение нельзя рассматривать как результат выбранного ребенком

образа жизни. Поскольку на развитие детского ожирения влияют биологические факторы и окружение ребенка, правительства должны решать эти проблемы, давая руководящие указания общественному здравоохранению, проводя просветительскую работу и создавая нормативно-правовую базу для смягчения рисков, обусловленных развитием ребенка и окружающей средой, чтобы поддержать усилия семей, направленные на изменение привычного образа жизни. Родители, другие члены семьи, лица, обеспечивающие уход, учителя играют исключительно важную роль в пропаганде здорового образа жизни.

14. Ожирение приводит к проблемам со здоровьем и психологическим последствиям, которые проявляются в детстве, подростковом периоде и переходят во взрослую жизнь. Ожирение само по себе является непосредственной причиной заболеваний у детей, таких как желудочно-кишечные и ортопедические нарушения, апноэ сна, преждевременное развитие сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, а также сочетание двух последних неинфекционных заболеваний (11). Кроме того, ожирение в детском возрасте может вносить вклад в формирование поведенческих и эмоциональных расстройств, таких как депрессия, может приводить к стигматизации и плохой социализации, а также может отрицательно влиять на учебу (12, 13).
15. Чрезвычайно важно, что детское ожирение с большой вероятностью приводит к ожирению у взрослых, которое, как хорошо известно, влечет за собой проблемы со здоровьем и экономические последствия, причем как для индивидуума, так и для общества в целом (14, 15). Несмотря на то, что некоторые многолетние исследования указывают на то, что с точки зрения относящихся к НИЗ нарушений детское ожирение оказывает необратимое влияние на здоровье взрослого человека (16), другие данные свидетельствуют о том, что улучшение ИМТ во взрослой жизни может снижать риск заболеваемости и смертности (17).
16. В настоящее время идет обработка фактических данных о пожизненных затратах на лиц с детским ожирением, однако их немного по сравнению с информацией об экономическом бремени, связанном с ожирением взрослых. Проводившиеся до сих пор исследования были сосредоточены в основном 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 сохранения ожирения при взрослении с сопутствующими экономическими издержками (18). Раннее развитие НИЗ отрицательно влияет на достигаемый индивидуумом в течение жизни уровень образования и результаты на рынке труда, а также накладывает значительное бремя на систему здравоохранения, семью, работодателей и общество в целом (19).
17. Профилактика детского ожирения должна принести существенные экономические выгоды, которые в настоящее время точно оценить не представляется возможным. Польза, ожидаемая от эффективного решения проблемы детского ожирения, включает

также улучшение материнского и репродуктивного здоровья и сокращение воздействия способствующей ожирению среды на всех членов общества, что является еще одним веским доводом в пользу принятия срочных мер.

Руководящие принципы борьбы с детским ожирением

Комиссия провозглашает следующие принципы и стратегии:

18. **Право ребенка на здоровье:** Правительства и общество несут моральную ответственность за действия в интересах ребенка, направленные на снижение риска ожирения. Стремление остановить распространение детского ожирения согласуется со всеобщим признанием прав ребенка на здоровое развитие, а также с обязательствами, принятыми сторонами Конвенции по правам ребенка³.
19. **Руководящая роль государства:** Во многих странах положение с детским ожирением перешло в критическую фазу и представляет собой серьезную проблему, требующую принятия неотложных мер. Возрастающую распространенность детского ожирения нельзя игнорировать, и правительства должны взять на себя ответственность за решение этой проблемы в интересах детей, которых они по этическим причинам обязаны защищать. Бездействие повлечет за собой медицинские, социальные и экономические последствия большого масштаба.
20. **Общегосударственный подход:** Профилактика и лечение ожирения требует общегосударственного подхода, при котором все политические меры систематически принимаются с учетом требований здравоохранения и необходимости избегать вредного воздействия на здоровье, что способствует улучшению здоровья населения и обеспечивает равные права на получение медицинской помощи. Сфера образования играет решающую роль в распространении знаний о правильном питании и здоровье, а также в расширении возможностей для физической активности и создании здоровой среды в учебных заведениях. Политика в области сельского хозяйства и торговли, а также глобализация системы производства и потребления продуктов питания влияет на ценовую доступность пищи, ее наличие и качество на национальном и региональном уровне. Государства – члены ВОЗ приняли резолюцию, рассматривающую взаимодействие между международной торговлей и здоровьем посредством диалога многочисленных заинтересованных сторон⁴. Проектирование и дизайн городской среды, а также транспортное планирование оказывают прямое влияние на возможности для физической активности и на доступ к здоровым продуктам питания. Создание межотраслевых правительственных структур может способствовать координированию действий, выявлению взаимных интересов, сотрудничеству и обмену информацией за счет механизмов координации.

³ Комиссия по правам ребенка: Замечание общего порядка №15 (2013) по праву ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24) пункт 47 (CRC/C/GC/15).

⁴ Резолюция WHA59.26 «Международная торговля и здоровье».

21. **Равные права:** Правительства должны обеспечить равный охват населения мероприятиями, особенно это важно в отношении социально изолированных, маргинализированных и социально незащищенных групп населения, для которых существует высокий риск двойного бремени нарушений питания и развития ожирения. Доступ к здоровой пище, безопасным пространствам для физической активности, а также к профилактическим медико-санитарным мероприятиям и медицинской помощи у этих групп населения часто ограничен. Заболевания, связанные с ожирением, обесценивают потенциальный прирост социального капитала и капитала здоровья, а также усиливают неравенство.
22. **Интеграция с существующими инициативами:** Данная стратегия, будучи ориентирована на здоровье матерей, детей грудного и более старшего возраста, непосредственно связана с Целями тысячелетия в области развития, провозглашенной Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций Глобальной стратегией охраны здоровья женщин, детей и подростков, а также с инициативой «Каждая женщина, каждый ребенок». Ожирение и НИЗ также существенно влияют на уровень образования, нищеты и социальной несправедливости. Задачи в области здравоохранения, поставленные в рамках предложенных целей в области устойчивого развития, будут дополнительно поддерживать эти инициативы.
23. **Подотчетность:** Для того чтобы справиться с существующим масштабом эпидемии ожирения, необходима политическая воля и финансовые ресурсы. В центре любой эффективной стратегии, направленной на борьбу с детским ожирением, должна быть система подотчетности. Необходим надежный механизм мониторинга процессов разработки и осуществления государственной политики, что упростит реализацию принципа взаимной подотчетности правительств, гражданского общества и частного сектора.
24. **Интеграция с подходом «полного жизненного цикла»:** За счет интеграции с существующими инициативами ВОЗ и другими международными и региональными инициативами может быть сделан новый акцент на проблеме детского ожирения, что может стать дополнительным преимуществом с точки зрения долгосрочных перспектив здоровья населения. В настоящее время ВОЗ и другими учреждениями Организации Объединенных Наций разработаны стратегии и планы реализации мер, связанных с оптимизацией питания матерей и детей грудного и более старшего возраста, а также с улучшением здоровья подростков, что тесно связано с важнейшими элементами комплексного подхода к проблеме профилактики детского ожирения. Соответствующие принципы и рекомендации описаны в ряде документов, содержащих руководящие указания по всем периодам жизненного цикла⁵, именно на этих рекомендациях

⁵ Резолюции WHA53.17 «Профилактика неинфекционных болезней 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

должны основываться инициативы, направленные на решение проблемы детского ожирения, чтобы дети могли реализовать свое фундаментальное право на здоровье, а бремя, лежащее на системе здравоохранения, сокращалось.

25. **Всеобщий охват услугами здравоохранения для лечения ожирения:** Лечение детей, уже страдающих ожирением, и тех детей с избыточным весом, у которых ожирение может развиваться, следует рассматривать в качестве составной части всеобщего охвата услугами здравоохранения. Комплексные медицинские услуги позволят населению получать полный спектр услуг, направленных на укрепление здоровья, профилактику, диагностику, а также лечение и контроль заболеваний с участием разных медицинских учреждений различного уровня в рамках системы здравоохранения на протяжении всего жизненного цикла⁶.

Основные подходы к решению проблемы детского ожирения

Всесторонний комплекс мер по борьбе с детским ожирением

26. Остановить распространение эпидемии ожирения с помощью какой-либо одной меры невозможно. Для борьбы с ожирением среди детей и подростков необходимо учитывать роль среды, способствующей развитию ожирения, и применять подход, охватывающий весь жизненный цикл. По мнению Комиссии, крайне важно воздействовать как на факторы окружающей среды, так и на три ключевых этапа жизненного цикла:
- a. период до зачатия и беременность,
 - b. грудной и ранний детский возраст,
 - c. поздний детский и подростковый возраст.
27. Обращая особое внимание на эти стратегические периоды жизни, можно принимать меры для устранения конкретных факторов риска, но в то же время для создания условий, способствующих изменению образа жизни, важно воздействовать и на внешние факторы. Такой подход используется в едином комплексе с другими мерами

«Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей»; WHA65.6 «Комплексный план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста»; WHA66.10 «Последующие меры в контексте 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 помощи в период до наступления беременности для сокращения материнской и детской смертности и заболеваемости, ВОЗ, 2013 г.; «Оптимальная продолжительность исключительно грудного вскармливания». Отчет консультативного совещания экспертов, ВОЗ, 2001 г.; «Введение прикорма». Отчет глобального консультативного совещания: резюме по руководящим принципам, 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», 53-й Руководящий совет, 66-я сессия Регионального комитета ВОЗ для стран Америки, октябрь, 2014 г.

⁶ Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/67/L36 «Здоровье населения мира и внешняя политика».

по охране здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста, а в контексте более масштабных усилий — в рамках борьбы с НИЗ на международном уровне.

28. Обсуждение вопросов распространенности детского ожирения и существующих тенденций в этой области необходимо проводить на государственном, региональном и местном уровнях, уделяя особое внимание социально незащищенным группам населения и учитывая необходимость обеспечения равных прав. Необходимы сведения о стандартизованном по возрасту ИМТ (особенно в возрастной группе от 5 до 13 лет) и уровне физической активности детей и подростков, относящихся к разным социально-экономическим группам и проживающих в разных условиях и регионах. Наличие такой информации позволит определить надлежащие приоритеты в комплексе мер и охарактеризовать исходное положение дел, относительно которого в дальнейшем будет проводиться оценка эффективности проводимых мероприятий и программ.

Предполагаемые направления деятельности

29. Далее описаны предполагаемые направления деятельности, которые планируется обсудить во время следующего этапа консультаций. Эти направления были выработаны с учетом мнений сторон, высказанных во время консультаций, научных данных и результатов анализа эффективности, экономической целесообразности, доступности и возможности реализации стратегий и мер. Информация об экономической целесообразности мероприятий разнородна по характеру и включает отчеты с данными о разных показателях эффективности. Кроме того, в настоящее время она доступна в основном по СВУД. Необходимо продолжить работу для определения экономической целесообразности мер по борьбе с детским ожирением, используя при этом единые критерии экономической целесообразности и показатели эффективности.

1: Изменение среды, способствующей развитию ожирения, и нормы

30. Для достижения успехов в борьбе с детским ожирением необходимо воздействовать и на среду, способствующую развитию ожирения, и на основные элементы жизненного цикла. Основные цели воздействия на факторы окружающей среды — улучшение рациона питания и увеличение физической активности детей. На среду, способствующую развитию ожирения, влияет целый ряд факторов, в том числе политические (торговые соглашения, политика в области финансов и сельского хозяйства), техногенные (доступ к здоровым продуктам питания и наличие возможностей для занятий физическими упражнениями), социальные (представления о норме в отношении массы тела и внешности, традиционные правила кормления детей, социальные ограничения на занятия физическими упражнениями) и семейные факторы (представления родителей о правилах питания и их действия по организации питания в семье, финансовое положение семьи, сложившиеся в семье привычки в отношении питания). Комиссия предлагает принимать меры как в отношении улучшения рациона

питания, так и в отношении увеличения физической активности.

Принимать меры, направленные на сокращение потребления нездоровых продуктов питания и сахаросодержащих безалкогольных напитков и стимулирование потребления здоровых продуктов питания детьми и подростками.

31. Последние тенденции в области производства, обработки, торговли, маркетинга и розничной продажи продуктов питания привели к росту распространенности НИЗ, связанных с особенностями питания. Реформы в области торговли и прямые иностранные инвестиции могут влиять на характер питания и содержание питательных веществ в продуктах, поэтому при заключении соглашений и выработке политики на национальном и международном уровне следует учитывать их воздействие на здоровье и социальную справедливость (20). В настоящее время обработанные высококалорийные продукты питания с низким содержанием полезных веществ и безалкогольные напитки, продающиеся по доступным ценам в упаковках увеличенного размера, во многих случаях заменили свежие минимально обработанные продукты и воду в ассортименте блюд и продуктов в школьных столовых и домашнем рационе. Доступность высококалорийных продуктов питания и безалкогольных напитков и скрытое стимулирование в рекламе к увеличению объема покупок способствовали увеличению калорийности рациона во многих группах населения.
32. Предоставляемая информация о содержании питательных веществ вводит потребителей в заблуждение, и многие ее плохо понимают. Поскольку в конечном счете свой рацион питания определяют сами люди, для всех членов общества необходимо создать условия, склоняющие их в сторону более правильного выбора при организации питания, в том числе при кормлении детей грудного и более старшего возраста. Это возможно только при повсеместном проведении просветительской работы по вопросам питания и предоставлении всем членам общества полезной информации в понятной форме.

Меры:

Обоснование:

ПРОЕКТ – копирование запрещено

Правительства должны обеспечить подготовку соответствующих адаптированных к конкретным условиям информационных материалов и рекомендаций по вопросам питания взрослых и детей, изложенных в простой и понятной форме, и распространение их во всех группах населения.

Необходимо принять финансовые меры для снижения потребления нездоровых продуктов питания; для этого:

- i. вводить эффективные налоги на сахаросодержащие безалкогольные напитки.**

Размещение информации о содержании питательных веществ на этикетках — недостаточная мера. Помимо этого правительства всех стран должны взять на себя руководящую роль в деле подготовки соответствующих адаптированных к конкретным условиям рекомендаций по вопросам питания взрослых и детей и распространения необходимых сведений через средства массовой информации, в рамках образовательных программ и санитарно-просветительской работы, чтобы помочь людям из всех социальных групп принимать более правильные решения с точки зрения здоровья.

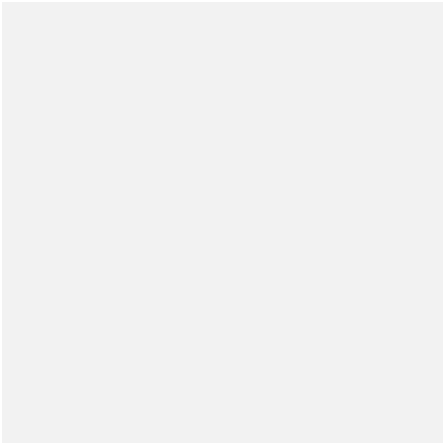
Принятию финансовых мер, способствующих предупреждению ожирения, уделяется большое внимание (21). Целесообразность введения налогов, позволяющих ограничить потребление нездоровых продуктов, в целом подтверждается имеющимися данными, несмотря на то, что такие данные немногочисленны (22). Оценка изменения ситуации в тех странах, где эта мера введена, позволит получить дополнительные сведения⁷. Комиссия считает, что на данный момент существует достаточно оснований для применения такого налогообложения.

Во многих странах наиболее уязвимая группа населения с точки зрения развития ожирения — люди с низким доходом их дети; на их выбор стоимость продукции влияет в наибольшей степени. Предлагаемые финансовые меры могут послужить стимулом для данной группы населения к принятию решений, более правильных с точки зрения здоровья, а также могут оказать косвенное воспитательное влияние на население в целом.

Имеющиеся на сегодняшний день данные подтверждают, что введение налогов на сахаросодержащие безалкогольные напитки является наиболее целесообразной мерой. Она позволит получить дополнительный положительный результат — снизить распространенность кариеса среди детей.

Некоторые страны также могут рассмотреть возможность введения налогов на другие нездоровые продукты

⁷ Опубликованы предварительные данные об изменении ситуации в Мексике, после введения налога на сахаросодержащие безалкогольные напитки. Документ представлен на сайте <http://www.insp.mx/epppo/blog/3666-reduccion-consumo-bebidas.html>.



питания, например, на продукты с высоким содержанием жиров и сахара. Введение налогов на высококалорийные продукты питания с низким содержанием полезных веществ потребует подготовки информации о пищевой ценности продуктов (23). Результаты моделирования свидетельствуют, что эта мера может способствовать сокращению потребления нездоровых продуктов. В некоторых странах приняты нормативные акты, согласно которым доходы от введения таких налогов направляются на нужды здравоохранения (22), однако в других условиях установить такой порядок может быть затруднительно.

Снизить активность маркетинга нездоровых продуктов питания (сахаросодержащих безалкогольных напитков и высококалорийных продуктов с низким содержанием полезных веществ) и его воздействие на детей и подростков; для этого:

- i. принять «Рекомендации по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей»;**
- ii. четко определить возрастные категории и виды маркетинга для упрощения принятия единого подхода;**
- iii. обеспечить отсутствие рекламы нездоровых продуктов питания и безалкогольных напитков в местах присутствия детей и подростков и в видеопроодукции, используемой ими для просмотра или интерактивного участия;**
- iv. подготовить информацию о пищевой ценности продуктов, что облегчит государствам-членам задачу выявления нездоровых продуктов питания и безалкогольных напитков;**

Сегодня имеются неоспоримые доказательства того, что детское ожирение связано с маркетингом нездоровых продуктов питания и безалкогольных напитков (24, 25). Несмотря на все возрастающие добровольные усилия промышленных компаний, воздействие маркетинга нездоровых продуктов питания остается серьезной проблемой, поэтому необходимо принять меры, которые изменят ситуацию и в равной степени защитят всех детей. В связи с этим все усилия, направленные на решение проблемы детского ожирения, должны включать меры по снижению активности маркетинга и его воздействия на детей (26), что соответствует рекомендациям Всемирной ассамблеи здравоохранения⁸. Комиссия с обеспокоенностью и разочарованием отмечает, что государства-члены не уделили должного внимания принятой в 2010 г. резолюции WHA 63.14, в которой им было предложено принять меры по решению этой проблемы. Маркетинг продуктов питания и напитков с высоким содержанием жира и сахара, предназначенных для детей, все больше ориентирован на родителей и лиц, обеспечивающих уход за детьми (27). Маркетинг молочных смесей для детей раннего возраста, правила которого не отражены в текущей редакции «Свода правил по сбыту заменителей грудного молока», также все больше и больше нацелен на родителей и лиц, обеспечивающих уход за детьми.

Учитывая большое разнообразие форм коммерческой деятельности, разные подходы и отношение к вопросам, связанным с производством продуктов питания и безалкогольных напитков, их розничной продажи и маркетинга, при отсутствии независимых проверок и надзора добровольные инициативы могут оказаться недостаточно эффективными. Правительства должны определить точные параметры деятельности, механизмы реализации законов и контроля за их соблюдением.

Для достижения желаемых результатов и воздействия на те формы маркетинга, которые не затронуты принятыми на сегодняшний день добровольными кодексами, могут потребоваться нормативно-правовые и законодательные меры. Регулирование позволит обеспечить равную защиту всех детей, независимо от их принадлежности к той или иной социально-экономической группе, а также равную ответственность крупных транснациональных и небольших местных компаний-производителей.

⁸ Резолюция WHA63.14 «Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей».

v. сотрудничать с другими государствами-членами в целях снижения воздействия маркетинга нездоровых продуктов питания и безалкогольных напитков на международном уровне и	Необходима ясность в понимании того, какие здоровые продукты можно продвигать на рынке, а также в отношении того, какие прямые и непрямые маркетинговые стратегии можно использовать, в том числе в отношении ценообразования, рекламы и размещения товаров. Реализация таких подходов потребует разграничения здоровых и нездоровых продуктов на основании сведений об их пищевой ценности, полученных из независимых источников. Кроме этого, необходимо учитывать вопросы продовольственной безопасности в тех случаях, когда это актуально для государства в целом, отдельных регионов и групп населения.
vi. разработать и внедрить механизмы контроля и обеспечения соблюдения введенных мер с четко определенными штрафными санкциями.	При разработке и реализации политики, механизмов контроля и оценки результатов в этой сфере, государства-члены могут в качестве практического руководства использовать стратегию ВОЗ по применению рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей (28). Комиссия признает, что в некоторых сообществах подростки употребляют алкоголь, который существенно повышает вероятность развития ожирения. Эта проблема не входит в сферу деятельности Комиссии, но ее члены отмечают, что при маркетинге алкогольной продукции, предназначенной для молодых взрослых потребителей, сложно исключить его воздействие на несовершеннолетних подростков. Воздействие привлекательной рекламы на детей и подростков вызывает большую озабоченность. Следует рассматривать возможность применения предупредительных мер по защите молодых людей от воздействия маркетинга таких товаров.

Помочь потребителям принимать более правильные решения, направленные на поддержание здоровья; для этого:

- i. создать международную стандартизованную систему предоставления информации о пищевой ценности продуктов питания на этикетках и**
- ii. предоставлять пояснительную информацию на лицевой стороне упаковок и проводить просветительскую работу среди взрослых и детей по вопросам питания.**

Улучшить доступ к здоровым продуктам питания; для этого:

- i. создать условия для правильного питания в школах, дошкольных и спортивных учреждениях, во время спортивных мероприятий, в городских и сельских сообществах и**
- ii. обратить особое внимание на улучшение доступа к здоровым продуктам питания в социально незащищенных группах населения.**

Создание стандартизованной системы маркировки продуктов питания в соответствии с рекомендациями Комиссии по Кодекс алиментариус⁹ может способствовать просвещению по вопросам питания и здоровья, если ее применение будет обязательным в отношении всех продуктов и напитков, продающихся в упаковке.

Формированием привычек правильного питания можно заниматься уже с младенчества. Этот процесс имеет два аспекта — биологический и поведенческий. Лица, обеспечивающие уход за детьми, должны понимать взаимосвязь между рационом питания и состоянием здоровья, а также должны знать, как стимулировать и поддерживать формирование здорового режима питания. В школах должна быть создана среда, пропагандирующая здоровый образ жизни, а просветительская работа по вопросам здоровья и питания должна быть включена в программу обучения (см. рекомендации в отношении детей раннего и школьного возраста и подростков).

Невозможно следовать рекомендациям по питанию и выбирать полезные продукты, если доступ к этим продуктам ограничен из-за того, что другие продукты легко доступны и продаются по привлекательным ценам. Изменение продовольственной среды требует коллегиального подхода к производству и обработке продуктов питания, а также обеспечению их физической и финансовой доступности. В условиях ограниченного доступа к здоровым продуктам питания продукты с высокой степенью обработки часто оказываются единственной доступной альтернативой, в том числе и по финансовым причинам. Разработан и реализуется ряд инициатив государственного и частного сектора по формированию здоровых привычек в отношении питания, и доступные, хоть и немногочисленные данные свидетельствуют о том, что стимулирование потребителей к принятию более правильных решений может быть эффективным.

⁹ Резолюция WHA56.23 «Совместная оценка ФАО/ВОЗ работы Комиссии по Кодекс алиментариус». Проект заключительного доклада Комиссии по ликвидации детского ожирения

Принимать меры по изменению малоподвижного образа жизни и популяризации физической активности среди детей и подростков

30. Последние данные показывают, что после достижения школьного возраста объем физической активности детей снижается. К 13–15 годам менее 20 % населения земного шара уделяет достаточно времени физической активности (29) (физическая нагрузка средней или высокой интенсивности в течение 60 минут каждый день в соответствии с рекомендациями ВОЗ) (30). В большинстве стран низкий уровень физической активности быстро становится социальной нормой, а этот фактор играет существенную роль в распространении эпидемии ожирения. Физическая активность снижает риск развития сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей (31), улучшает психическое здоровье и благополучие.
31. Проектирование и дизайн городской среды могут как усугублять эту проблему, так и способствовать ее решению. Расширение зон отдыха и создание безопасных трасс для пешеходов и велосипедистов, стимулирующих активное передвижение, способствует увеличению объема физической активности в повседневной жизни. Последние данные показывают, что ожирение в свою очередь снижает физическую активность — образуется порочный круг, в котором увеличение жировых отложений в организме приводит к сокращению физических нагрузок и наоборот.
32. Степень физической активности человека на протяжении жизни во многом зависит от того, насколько он был активен в детстве. Создание безопасных сообществ, обеспечивающих равные возможности для обоих полов, поощряющих занятия физической активностью, создающих условия и деятельно способствующих активному передвижению (ходьбе, езде на велосипеде и т. д.) и активному образу жизни, будет полезным для всех групп населения. Особое внимание следует уделять расширению возможностей для занятий физическими упражнениями и участия в этих занятиях детей с избыточной массой тела и ожирением, социально незащищенных детей и детей с ограниченными возможностями.

Меры:

Поощрять всех детей, подростков и членов их семей к повышению физической активности; для этого:

- i. **создавать на территории школ и в общественных местах необходимые условия для занятий физическими упражнениями в свободное время для всех детей с учетом гендерного аспекта там, где это необходимо;**
- ii. **проводить качественные занятия по физическому воспитанию¹⁰ в рамках школьной программы, подбирать соответствующие кадры и предоставлять необходимые для этого условия; и**
- iii. **предоставлять детям, подросткам, их родителям, лицам, обеспечивающим уход, учителям и медицинским работникам рекомендации по правильной организации двигательной активности, режима сна и использованию развлекательной видеопроодукции, предназначенной для детей и подростков.**

Обоснование:

Физическая активность является основополагающим фактором улучшения здоровья детей и подростков, в числе прочих полезных воздействий она повышает работоспособность сердца и дыхательной системы, укрепляет мышцы, снижает количество жира в организме и улучшает состояние костей. Регулярные занятия физическими упражнениями и другими видами физической активности при их правильной организации улучшают внимание, осознание текущей деятельности и усвоение информации (32). Они могут помочь в преодолении предубеждений и стереотипов, ослабить проявления депрессии и улучшить психосоциальное состояние детей и подростков. Очень важно, чтобы школьные уроки физкультуры были направлены на вовлечение в занятия всех детей, независимо от их способностей, и не были нацелены на подготовку спортсменов высшего уровня.

Расширение возможностей для безопасных занятий подходящей физической активностью, как под руководством взрослых, так и самостоятельно, с учетом гендерного фактора как в школе, так и в свободное от школы время, в том числе улучшение возможностей для активного передвижения (ходьбы и езды на велосипеде), будет прямо способствовать улучшению здоровья детей и подростков и опосредованно приведет к другим улучшениям в их жизни.

Все просветительские материалы по организации здорового образа жизни, предоставляемые детям и лицам, обеспечивающим уход за ними, должны содержать разработанные с учетом конкретных условий руководства по применению рекомендаций, касающихся физической активности, а также по оптимальной продолжительности сна, просмотра телепередач и другим аспектам.

¹⁰ Публикация ЮНЕСКО «Качественное физическое воспитание: руководящие принципы для лиц, ответственных за разработку политики», Париж, 2015 г.

2: Уменьшение риска ожирения за счет влияния на основные элементы жизненного цикла

33. Условия развития начинают влиять на биологические характеристики и поведение индивидуума во внутриутробном периоде, и их действие продолжается в течение всего грудного возраста. Риск ожирения в условиях среды, способствующей его развитию, при этом увеличивается или уменьшается. Задача правительств — ослабить негативное действие такой среды, а также обеспечить руководство и поддержку в вопросах, касающихся изменения образа жизни на всех ее этапах. Совершенствование и совместное применение подобных мер окажет положительное влияние и на другие аспекты программ, связанных со здоровьем матерей и детей, а также репродуктивным здоровьем.

Снижать риск детского ожирения за счет профилактики низкой или высокой массы тела при рождении, недоношенности и других осложнений беременности.

Дополнить рядом рекомендаций и объединить действующее руководство по наблюдению до беременности и дородовому наблюдению с руководством по профилактике НИЗ.

34. Медицинская помощь и уход, которые женщины получают до наступления беременности, во время вынашивания ребенка и после родов, оказывают сильное воздействие на здоровье и развитие их детей. Своевременная и высококачественная медицинская помощь на этих этапах предоставляет широкие возможности в плане предупреждения передаваемых из поколения в поколение проблем со здоровьем и оказывает существенное воздействие на здоровье ребенка в течение его жизни¹¹. Согласно имеющимся данным, недостаточное питание матери (как общее недоедание, так и нехватка определенных питательных веществ), избыточная масса тела или ожирение, чрезмерная прибавка в весе во время беременности, гипергликемия у матери (включая диабет беременных), курение и воздействие токсических веществ могут увеличивать вероятность ожирения у ребенка в грудном и более старшем возрасте (33-38). Появляются данные о том, что здоровье отца на момент зачатия также может влиять на риск ожирения у ребенка. Учитывая это, рекомендации, касающиеся здорового образа жизни, должны распространяться и на будущих отцов.

35. В действующем руководстве по наблюдению до беременности и дородовому наблюдению основное внимание уделяется профилактике недостаточности питания плода. Учитывая двойное бремя нарушений питания и изменчивость факторов, способствующих развитию ожирения, очевидна необходимость руководств, касающихся недоедания и последующего риска ожирения у детей. Меры по борьбе с факторами риска детского ожирения предотвращают и другие неблагоприятные исходы беременности (39) и, как следствие, вносят вклад в улучшение здоровья матери и новорожденного. Избыточная масса тела и ожирение матери увеличивают риск осложнений во время беременности и родов (включая, например, мертворождение). Недостаточное питание матери повышает риск рождения ребенка с низкой массой тела; это увеличивает вероятность смерти в течение первого года жизни, а также повышает риск детского ожирения и риск НИЗ во взрослом возрасте.

¹¹ Комитет по правам ребенка: замечание общего порядка №15 (2013) о праве ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24) пункт 53 (CRC/C/GC/15).

Меры:

Улучшить состояние здоровья матери до и во время беременности; для этого:

- i. проводить диагностику и коррекцию гипергликемии и артериальной гипертензии и**
- ii. осуществлять контроль за прибавкой в весе во время беременности.**

Совершенствовать практику рекомендаций и консультаций для будущих родителей до и во время беременности; для этого:

- i. уделять особое внимание риску детского ожирения и**
- ii. разработать четкое руководство по пропаганде и поддержке здорового питания и физической активности, а также отказа от курения и контакта с табаком и табачным дымом, употребления алкоголя, наркотических и других токсических веществ.**

Обоснование:

Необходимо выявлять (с помощью скрининга) и должным образом контролировать предшествующий сахарный диабет и артериальную гипертензию у беременных женщин; осуществлять раннюю диагностику диабета беременных, артериальной гипертензии, вызванной беременностью, депрессии и нарушений психического здоровья и эффективно корректировать эти состояния; наблюдать за характером прибавки в весе во время беременности, контролировать качество питания и физическую активность.

Меры, дополняющие руководство по всем формам недостаточности питания, должны касаться недоедания, переедания и дефицита отдельных питательных веществ. Согласно имеющимся данным, значительная часть лиц репродуктивного возраста недостаточно осведомлены о принципах питания. Это указывает на то, что правительствам необходимо возглавить работу, обеспечивающую просвещение по вопросам питания.

Имеются данные об эффективности проведения во время беременности ряда обучающих программ, касающихся взаимосвязи ИМТ матери, прибавки в весе и исходов беременности с риском детского ожирения; однако не везде эти меры одинаково эффективны (40).

Имеется ряд фактов, свидетельствующих о том, что состояние здоровья отца перед зачатием в определенной степени влияет на здоровье потомства; количество таких фактов растет. Таким образом, есть очевидные причины воздействовать на образ жизни и здоровье отцов, а также на условия, в которых находится женщина, если они общие у нее и ее партнера.

Обеспечить условия для нормального роста детей, способствовать формированию здорового отношения к физической активности и приобретению полезных пищевых привычек. Дополнить действующее руководство по оптимальным методам воспитания и ухода за детьми в возрасте до 5 лет мерами, касающимися здорового питания, принципов кормления детей, физической активности и гигиены сна.

36. Первые годы жизни — это критический период для формирования полезных пищевых привычек и здорового отношения к физической активности, влияющих на риск ожирения. Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни и последующее введение правильного прикорма (в соответствии с текущими рекомендациями ВОЗ) — важный фактор, уменьшающий риск ожирения. Данные рекомендации совместимы с профилактикой недоедания и в то же время снижают риск накопления в организме грудных детей избыточной жировой ткани. Пропаганда употребления здоровых и разнообразных продуктов в этот критический период, в противовес нездоровым, высококалорийным продуктам питания и безалкогольным напиткам с низким содержанием полезных веществ, способствует оптимальному росту и развитию детей. Работники здравоохранения могут регулярно контролировать стандартизованный по возрасту ИМТ детей и давать соответствующие рекомендации по профилактике излишнего повышения массы тела и детского ожирения лицам, обеспечивающим уход за ребенком.

Меры:

Оберегать, поощрять и поддерживать грудное вскармливание в соответствии с текущими рекомендациями ВОЗ; для этого:

- i. **применять нормативно-правовые меры, такие как «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока»¹² и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения¹³;**
- ii. **пропагандировать преимущества грудного вскармливания для матери и ребенка при помощи массовых образовательных программ, направленных на родителей и общество в целом и**
- iii. **поддерживать грудное вскармливание с помощью нормативно-правовых мер, таких как декретный отпуск, создание условий и выделение времени для грудного вскармливания на рабочем месте¹⁴.**

Обоснование

Грудное вскармливание — основной фактор, необходимый для оптимального развития, роста и питания детей грудного возраста. Кроме того, грудное вскармливание может облегчить женщинам контроль за массой тела после родов.

Учитывая изменения образа жизни и социальной роли женщины, важнейшими условиями для выполнения рекомендаций ВОЗ являются возможность грудного вскармливания вне дома и сохранение грудного вскармливания после того, как женщина возвращается к работе.

Необходимы меры, устанавливающие права женщин и обязанности работодателей. Ряд таких мер уже действуют, однако они должны быть универсальными, чтобы защитить всех матерей и грудных детей, вне зависимости от их социального и экономического статуса.

¹² WHA34.22 «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока».

¹³ 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; WHA65.6 «Комплексный план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста».

¹⁴ Международная организация труда, Конвенция об охране материнства 183, 2000 г.

Дополнить рекомендации по кормлению и питанию грудных детей и детей раннего возраста, касающиеся своевременного введения надлежащего прикорма; для этого:

- i. настоятельно рекомендовать лицам, обеспечивающим уход за ребенком, избегать определенных категорий продуктов (например, сахаросодержащих безалкогольных напитков и в том числе сахаросодержащих молочных продуктов и фруктовых соков, а также высококалорийных продуктов с низким содержанием полезных веществ), чтобы предотвратить чрезмерную прибавку в весе и**
- ii. предоставлять лицам, обеспечивающим уход за ребенком, четкие рекомендации и поддержку с целью поощрить употребление разнообразных и здоровых продуктов путем постоянного моделирования здоровых пищевых привычек во время введения прикорма и в раннем детстве за счет создания здоровой среды и действий лиц, осуществляющих уход.**

Действующее международное руководство по кормлению и питанию грудных детей и детей раннего возраста ориентировано в первую очередь на проблему недоедания. Однако в нынешней ситуации важно учитывать разнообразные риски, связанные с перекармливанием в грудном и детском возрасте.

Очевидно, что странам, испытывающим двойное бремя нарушений питания, необходимы новые руководства, которые должны касаться как недоедания, так и риска ожирения (27).

Современные руководства по введению прикорма (41) содержат рекомендации, касающиеся времени введения прикорма, кормления с учетом реакции ребенка, типов продуктов и их количества.

Отношение семьи к питанию и принятые в семье представления об оптимальной массе тела — важные факторы, влияющие на введение прикорма, и их необходимо учитывать.

Согласно последним данным, сенсорное развитие начинается во внутриутробном периоде и продолжается во время грудного вскармливания, благодаря чему ребенок ощущает вкус пищи, которую ест мать. Это играет важную роль в формировании пищевых предпочтений и механизма, контролирующего аппетит. Поощрение разнообразного и здорового питания в семье помогает ребенку приобрести полезные пищевые привычки (для этого новые продукты предлагаются многократно, с позитивным настроем) (42); ограничивается потребление нездоровой пищи, которая может, например, вызвать пристрастие к чрезмерно сладким продуктам и напиткам (43).

Воспитывать здоровые привычки в отношении питания, физической активности и сна среди детей младшего возраста (от 2 до 5 лет); для этого:

- i. предоставлять лицам, обеспечивающим уход за ребенком, рекомендации по правильному питанию детей младшего возраста и по размеру порций;
- ii. строже контролировать обстановку во время приемов пищи (подавать на стол только полезные продукты и закуски) и распорядок дня в организованных детских коллективах или учреждениях;
- iii. строже контролировать условия для физической активности (убедиться, что физическая активность включена в распорядок дня) и распорядок дня в организованных детских коллективах или учреждениях;
- iv. предоставлять рекомендации, касающиеся здоровой двигательной активности (сон, сидячие занятия, время у экрана телевизора или компьютера и физическая активность или активные игры) для данной возрастной группы и

Новые данные в поддержку мер по ранней профилактике ожирения в СВУД, выглядят многообещающими.

Подтверждена эффективность мероприятий, проводимых в детских дошкольных учреждениях для детей в возрасте от 2 до 5 лет и касающихся питания детей младшего возраста, сна, характера физической активности и воздействия средств массовой информации; цель подобных мероприятий — стимулировать формирование здорового образа жизни и способствовать оптимальной прибавке в весе в этот период жизни ребенка (44).

Некоторые стратегии, применяемые в данной возрастной группе, направлены на то, чтобы родители и лица, обеспечивающие уход за ребенком, минимизировали просмотр телевизора/ время перед экраном компьютера, поощряли активные игры, способствовали развитию полезных пищевых привычек и формированию здорового рациона, обеспечивали здоровый режим сна и сами придерживались здорового образа жизни, формируя индивидуальную и семейную модель для ребенка.

Имеющиеся данные свидетельствуют, что меры, направленные на улучшение питания и оптимизацию физической активности детей, наиболее эффективны в том случае, когда они являются комплексными и поддерживаются лицами, обеспечивающими уход за ребенком, и обществом в целом (44). Социальные изменения и преобразования требуют более тщательного и согласованного подхода к мерам, касающимся данного вопроса; это также включает поддержку родителей и других лиц, обеспечивающих уход за ребенком, дающую им возможность внести свой вклад в формирование рекомендуемых изменений образа жизни.

- v. поощрять обеспечивающих поддержку лиц, осуществляющих уход за ребенком, и детских коллективов в том, что касается пропаганды здорового образа жизни среди детей младшего возраста.

Пропаганда здорового питания и физической активности среди школьников и подростков

Внедрение комплексных программ, способствующих созданию в школах обстановки, благоприятной для формирования здорового образа жизни, и просвещению детей и подростков в области здоровья и питания.

37. Школьники и подростки сталкиваются с рядом специфических трудностей как в рамках организованного обучения, так и вне его. Они чрезвычайно восприимчивы к воздействию маркетинга нездоровых продуктов питания и безалкогольных напитков, легко поддаются влиянию сверстников и склонны следовать их представлениям об идеальной фигуре. В данной возрастной группе подростки пользуются большей свободой при выборе продуктов питания и напитков вне дома. В этом возрасте также снижается уровень физической активности. Несмотря на то, что значительное число детей школьного возраста, к сожалению, не получают формального образования, школы остаются звеном, позволяющим легко взаимодействовать с данной возрастной группой. Необходимо, чтобы правительства требовали от школ создания в их стенах здоровой обстановки, где поощряются здоровое питание и физическая активность. Особое внимание следует уделить разработке программ для детей и подростков, не вовлеченных в систему формального образования, чтобы обеспечить для них равные права.
38. Все больше данных подтверждают необходимость принятия в учебных учреждениях и в обществе в целом мер профилактики ожирения среди детей предподросткового и подросткового возраста (21). Качественные оценки позволяют предположить, что эффективность данных мер для формирования поведенческих моделей, предупреждающих развитие ожирения, и влияние данных мер на результаты связаны со следующими факторами: (а) качество реализации; (б) четкость программы с педагогической точки зрения и ее совместимость с текущим учебным планом (например, чтение, научные дисциплины); и (с) позиционирование мер, принимаемых в сфере школьного образования, в более широком образовательном и общественном контексте.

39. Успешная реализация программ, направленных на коррекцию пищевых привычек и оптимизацию отношения к физической активности среди детей и подростков, требует участия целого ряда заинтересованных сторон. Профилактика ожирения и пропаганда здорового образа жизни традиционно входят в обязанности министерства здравоохранения. Изменения, затрагивающие школьный день или расписание занятий, требуют активного участия со стороны сектора образования. В свою очередь, для успеха подобной работы последний должен признать ее частью своих обязанностей. Из трудностей, связанных с реализацией описанных мер, чаще всего упоминается конкуренция с главной задачей школы (44). При надлежащем участии педагогов подобный образовательный проект можно эффективно интегрировать в основные учебные направления и для него не потребуются выделять отдельное время. Реализовать данную программу помогут сотрудничество и обмен информацией, использование подходов, основанных на доказательствах и соответствующим образом адаптированных к ситуации, а также разделение ресурсов между министерствами образования и здравоохранения. Ключ к успеху — объединение описанных мер со школьной программой популяризации здорового образа жизни при активном участии сектора образования.
40. Необходимо поощрять участие детей старшего возраста и подростков в разработке и внедрении мер, направленных на борьбу с детским ожирением (45). Только при активном участии самих школьников и подростков можно добиться того, чтобы разработанные программы удовлетворяли специфическим потребностям данной возрастной группы, а также были популярными и эффективными.

Меры:

Расширить доступ к полезным продуктам и ограничить распространение вредных продуктов в школах и вблизи них; для этого:

- i. ограничить поставки или продажу нездоровых продуктов, таких как сахаросодержащие безалкогольные напитки и высококалорийные продукты с низким содержанием полезных веществ, в школьной среде;**
- ii. обеспечить доступ к питьевой воде в школах и спортивных учреждениях; и**
- iii. рассмотреть вопрос о «зонировании» территории вокруг учебных заведений, чтобы ограничить продажу вредных продуктов.**

Обоснование

Высококалорийные продукты с низким содержанием полезных веществ и сахаросодержащие безалкогольные напитки — важные факторы, стимулирующие распространение эпидемии ожирения среди школьников и подростков всего мира; они не только приводят к развитию ожирения, но и способствуют сохранению избыточного веса. Чтобы сформировать более здоровый образ жизни и создать среду, в меньшей степени провоцирующую развитие ожирения, необходимо уменьшить поставки вредных продуктов и безалкогольных напитков или ограничить их доступность в местах скопления детей. Нельзя пропагандировать и поощрять здоровый образ жизни, не противодействуя при этом продаже вредных продуктов и напитков в школьной среде.

Данная стратегия непременно должна сопровождаться популяризацией низкокалорийных продуктов и расширением доступа к ним, а также расширением доступа к питьевой воде как альтернативе сахаросодержащим безалкогольным напиткам.

Повысить уровень грамотности детей и подростков в вопросах питания; для этого:

- i. включить обучающие программы, касающиеся питания и здоровья, в обязательный учебный план в школах;**
- ii. повысить осведомленность по вопросам питания и улучшить соответствующие навыки среди родителей и других лиц, обеспечивающих уход за детьми и**
- iii. организовать для детей и лиц, осуществляющих уход за ними, занятия по приготовлению пищи.**

Понимание питания как важной составляющей здоровья — основной фактор, необходимый для успеха мероприятий по улучшению рациона. Поскольку подростки представляют собой будущее поколение родителей, важность просвещения в области здоровья и питания в подростковом возрасте невозможно переоценить; более того, школьные годы и современные образовательные программы предоставляют широкие возможности для реализации этой задачи. Работу по предоставлению в школах информации о жизненном цикле человека необходимо строить совместно с учителями и в соответствии с педагогическими критериями; кроме того, она должна быть частью основного учебного плана. Просвещение по вопросам питания не ограничивается теоретическими знаниями, а ставит своей целью реальное изменение образа жизни. Хотя есть данные об эффективности мер, направленных на улучшение осведомленности и осознанности в вопросах питания, влияние данных мер на пищевое поведение менее очевидно. Сочетание мер, направленных на просвещение по вопросам питания, и четких, соответствующих ситуации рекомендаций для детей и лиц, обеспечивающих уход за ними, а также дополнительных знаний о приготовлении пищи (в целях улучшения среды, способствующей развитию ожирения), позволит детям, подросткам и родителям, а также другим лицам, обеспечивающим уход за детьми, делать выбор, более правильный с точки зрения здоровья.

3: Лечение детей с ожирением для улучшения состояния их здоровья на сегодняшний день и в перспективе

Предоставлять разностороннюю помощь по изменению образа жизни в целях коррекции массы тела (в том числе рекомендации по питанию, физической активности и психосоциальным вопросам) детям и молодым людям с ожирением с привлечением их семей.

41. Дополнительные цели, преследуемые при работе с детьми, у которых уже есть избыточный вес или ожирение, включают снижение степени ожирения, лечение связанных с ожирением сопутствующих заболеваний и устранение факторов риска повышения массы тела. Системы здравоохранения разных стран существенно отличаются друг от друга и при организации лечения лиц с ожирением в каждой стране необходимо будет решать разные

проблемы. Тем не менее, работа с детьми с избыточным весом и ожирением должна быть частью качественной помощи, предоставляемой в рамках обеспечения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

42. Первичная медико-санитарная помощь играет важную роль в ранней диагностике и лечении ожирения и вызываемых им осложнений, например сахарного диабета. Регулярное наблюдение за ростом и развитием детей в школах и лечебно-профилактических учреждениях первичного звена позволяет выявить детей, у которых повышен риск ожирения. В краткосрочной перспективе эффективной мерой при лечении ожирения может быть введение низкокалорийной диеты; при этом повышение подвижности и увеличение физических нагрузок улучшают результаты. В опубликованных материалах содержится мало информации о моделях организации работы системы здравоохранения по лечению детей и подростков с ожирением, но очевидно, что эти меры могут быть эффективными только при участии членов семьи и лиц, обеспечивающих уход. Ряд рекомендаций по этому вопросу содержится в тексте Руководства Национального института передового опыта в области здравоохранения и ухода Великобритании по изменению образа жизни в целях коррекции массы тела (46). Несмотря на то, что они разработаны для Великобритании, многие основные рекомендации подходят и для других стран.
43. Медицинские работники и другие лица могут предвзято относиться к детям с избыточным весом и ожирением. Для оказания поддержки детям и лицам, обеспечивающим уход за ними, необходимо принимать меры по борьбе с этой формой дискриминации (47).

Меры:

Развивать и поддерживать систему услуг по коррекции массы тела для детей и подростков с избыточным весом и ожирением в рамках программы всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Эти услуги должны:

- i. **быть ориентированы на участие семьи;**
- ii. **быть комплексными, направленными в числе прочего на питание, физическую активность и психосоциальную поддержку и**
- iii. **предоставляться группами специалистов разного профиля, прошедших соответствующую подготовку и имеющих необходимые ресурсы.**

Обоснование:

Результаты анализа данных о детском ожирении свидетельствуют о том, что меры по изменению образа жизни, ориентированные на участие семьи, позволяют улучшить показатели, характеризующие степень ожирения, такие как масса тела, ИМТ и другие. Это касается подростков (12–18 лет) и детей предподросткового возраста (5–12 лет) (48). Такой подход лежит в основе всех лечебных вмешательств. Однако в СНСУД исследования этого вопроса практически не проводились.

При неэффективности правильно реализуемых мер по изменению образа жизни детям с тяжелыми формами ожирения может потребоваться фармакотерапия и (или) хирургическое вмешательство (49).

Медицинские работники и все лица, работающие с детьми и подростками, должны пройти надлежащее обучение по вопросам питания и физической активности, а также должны знать факторы риска, способствующие развитию ожирения.

Оценка эффективности: контроль и подотчетность

44. Основной причиной недостаточной эффективности мер по борьбе с детским ожирением может стать нежелание правительств и других участников процесса взять на себя ответственность и руководящую роль в этих вопросах, а также их нежелание принимать необходимые меры. Наилучших результатов в решении проблемы детского ожирения можно добиться при условии заинтересованности и участия всего общества. Правительственные структуры и другие участники процесса, особенно представители гражданского общества, могут требовать друг от друга и от организаций частного сектора отчета о выполнении обязательств, чтобы убедиться в правильном проведении политики и соблюдении стандартов. Для того чтобы обязать правительства по-прежнему выполнять взятые на себя обязательства, стимулировать гражданское общество и частный сектор к необходимым действиям в рамках общей программы и, там где это необходимо, обеспечить соответствие законодательным и нормативным требованиям, необходимы действенные механизмы подотчетности.

45. Главная обязанность правительств — разработка политики и создание в стране нормативно-правовой базы по профилактике и лечению детского ожирения. В связи с этим для реализации принципа подотчетности необходимо выработать обоснованную стратегию, которая давала бы четкое представление о том, что и когда нужно делать. Несмотря на то, что задача выработки стратегии действий возложена на правительство, в некоторых странах подготовка образовательных кампаний и реализация специальных программ может быть разделена между правительством и гражданским обществом.
46. Можно осуществить то, что можно измерить. В первую очередь правительства должны направлять средства на создание надежных систем контроля и подотчетности, которые позволяют определить конкретные количественные показатели стандартизированной оценки детского ожирения и определяющих его факторов. Это крайне важно для понимания масштаба проблемы, получения данных для определения дальнейших действий и оценки степени воздействия и эффективности принимаемых мер.
47. Комиссия понимает, что правительства не хотят увеличения бремени отчетности. В настоящее время уже существует ряд механизмов контроля, которые можно использовать в национальной системе мониторинга реализации мер по борьбе с детским ожирением. Это глобальная система мониторинга для профилактики НИЗ и глобальные основы мониторинга в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста¹⁵.
48. Для контроля за эффективностью государственных мер по борьбе с детским ожирением необходимо отслеживать три основных составляющих этого процесса: стратегическое руководство на государственном уровне, создание соответствующей нормативно-правовой базы, реализацию специальных программ, инвестиций и запланированных действий. Для оценки эффективности проводимых мероприятий в плане снижения распространенности детского ожирения нужны данные о массе тела и росте детей из популяционных исследований.
49. Стратегическое руководство на государственном уровне предполагает создание правительственных структур, необходимых для подготовки и принятия законов, политики действий и специальных программ, в самых разных секторах. Эта деятельность должна быть направлена на изменение среды, способствующей ожирению, организацию просветительской работы по вопросам питания и образа жизни, улучшение здоровья матерей и детей в ключевые периоды жизни и оказание помощи детям, уже имеющим ожирение. Государственные системы контроля могут выбирать некоторые из этих законов и стратегий (приоритетные меры), проводя при этом количественную оценку их наличия и (или) их влияния на ситуацию.
50. Государственное руководство также необходимо для привлечения к решению проблемы представителей гражданского общества и, при необходимости, организаций,

¹⁵ Резолюция WHA66.8 «Глобальная система мониторинга для профилактики НИЗ»; WHA68.9 «Показатели для глобальных основ мониторинга в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста».

представляющих интересы частного сектора. Эффективность государственного руководства можно будет оценить по результатам реализации программ, предпринимаемых действий и использования инвестиций в разных сферах государственной деятельности (например, в образовании, здравоохранении, транспортной сфере), в работе организаций гражданского общества и в частном секторе.

51. Общегосударственный подход предполагает создание четкой цепочки обязанностей и утверждение ответственности учреждений, которым поручена разработка и реализация необходимых мер, за выполнение возложенных на них задач. Разработка стратегий и схем планирования действий, предназначенных для упрощения работы правительств по реализации на практике рекомендаций и необходимых мер, позволяет получить полезные инструменты. Их можно использовать для оценки степени выполнения правительством принятых обязательств, что будет способствовать улучшению подотчетности. Эти инструменты позволяют точно определить объем действий, задачи и рабочие программы, ответственность за которые несут конкретные участники процесса. Все заинтересованные стороны смогут использовать количественные показатели существования программ и мер и (или) оценки их влияния на ситуацию как рычаг воздействия друг на друга в целях исполнения обязательств по реализации всех предлагаемых действий.
52. Гражданское общество может играть решающую роль в оказании социального, морального и политического давления на правительство для того, чтобы обеспечить выполнение им своих обязательств (50). Однако возможности гражданского общества призвать власти к ответственности часто недостаточны и ограничены. Одна из задач учреждений Организации Объединенных Наций и партнеров-доноров — расширять возможности гражданского общества по осуществлению надзора за реализацией государственной политики и действиями частного сектора.
53. Кроме этого, для реализации стратегий и мер странам необходимо будет наладить конструктивное сотрудничество с частным сектором. Комиссия располагает информацией о ряде инициатив частного сектора, которые могут существенно повлиять на решение проблемы детского ожирения. Необходимо поощрять такие инициативы, осознавая, насколько сложным может быть поиск мотиваций и формирование заинтересованности у этих участников процесса. В связи с этим для управления факторами риска важно наличие кодексов поведения и проведение независимых проверок соблюдения установленных правил с помощью государственного надзора. Необходимо иметь прозрачные и действенные способы, позволяющие выявлять эти факторы, избегать их или ослаблять их влияние. При сотрудничестве правительств с частным сектором важно установить четкие цели и базовые правила и в дальнейшем организовывать работу при четком понимании, кто кому и почему подотчетен, в какое время необходимо проводить отчетные мероприятия и какие санкции предусмотрены за неисполнение или ненадлежащее исполнение установленных правил.
54. Обеспечение конструктивного взаимодействия с одной стороны и большей подотчетности частного сектора с другой потребует разработки широкого спектра дополнительных механизмов подотчетности, в том числе правовых, политических и рыночных, а также

механизмов, использующих средства массовой информации (51). Рыночные механизмы подотчетности включают проведение кампаний по снижению потребительского спроса на нездоровые продукты питания, а на государственном уровне — использование стратегий регулирования относительных цен на здоровые и нездоровые продукты и напитки. Кроме этого, задачей государства является более строгий контроль в случае появления конфликта интересов.

55. Правительства имеют право напрямую осуществлять регулирующие функции для улучшения продовольственной среды, обеспечения соблюдения нормативных актов, внедрения стандартов, признанных на международном уровне, таких как Международный кодекс ВОЗ по маркетингу заменителей грудного молока¹⁶ и Свод рекомендаций ВОЗ по вопросам ориентированного на детей маркетинга продуктов питания и безалкогольных напитков¹⁷. Оценочные карточки могут быть полезным инструментом в обеспечении подотчетности организаций частного сектора, а организации-инвесторы все больше учитывают ожидания общества при принятии инвестиционных решений. Это лишь часть примеров тех механизмов подотчетности, которые правительства и представители гражданского общества могут использовать. Однако дело в том, что оптимальных результатов можно достичь только при использовании комплекса соответствующих инструментов и стратегий в рамках реализации принципа взаимной подотчетности.
56. Комиссия отметила, что политика в области торговли оказывает существенное влияние на среду, способствующую ожирению. Это особенно актуально для островных государств, которые во многом зависят от импортируемых продуктов питания, а ассортимент поставок продуктов и цены на них в значительной степени определяется импортером. Кроме этого, производство некоторых вредных для здоровья продуктов осуществляется в рамках одной юрисдикции, а сбыт — в рамках другой, при этом ряд транснациональных компаний в разных странах организуют свою деятельность в соответствии с разными стандартами. Комиссия признает сложность процесса международной торговли, особенно торговли пищевой и сельскохозяйственной продукцией, но настоятельно призывает государства-члены и тех, кто участвует в заключении международных соглашений в области торговли, искать пути для решения связанных с торговлей проблем, влияющих на детское ожирение.

Функции и обязанности

57. Комиссия признает, что круг потенциальных рекомендаций по разработке мер борьбы с детским ожирением достаточно обширен и включает ряд новых элементов, в том числе рекомендацию обратить особое внимание на жизненный цикл человека и на сектор образования. Крайне важным для достижения устойчивого прогресса будет использование многоотраслевого подхода. Комиссия также осознает, какие потенциальные положительные результаты будет иметь выработка политики по данной проблеме и к каким затратам это может привести во многих других сферах. Урегулирование этих

¹⁶ Резолюция WHA34.22 «Международный кодекс ВОЗ по маркетингу заменителей грудного молока».

¹⁷ Резолюция WHA63.14 «Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей».

вопросов действительно создает серьезные проблемы для заинтересованных сторон и в некоторых случаях может вступать в противоречие с устоявшимся восприятием и образом мышления.

58. **ВОЗ:** Всемирная организация здравоохранения может инициировать и возглавить диалог на высоком уровне в рамках системы Организации Объединенных Наций, между ВОЗ и государствами-членами, а также между самими государствами для организации мер по борьбе с детским ожирением, описанных в данном отчете. Реализуя свою нормативную функцию как на международном уровне, так и через свою сеть бюро в регионах и странах, ВОЗ может оказывать техническую помощь путем разработки или дополнения руководств, инструментов и стандартов для упрощения процесса реализации рекомендаций Комиссии и исполнения других соответствующих задач ВОЗ на уровне государств. ВОЗ может распространять руководства по реализации мер, мониторингу и подотчетности, а также контролировать ситуацию по борьбе с детским ожирением и информировать о достижениях в этой области.
59. **Международные организации:** Сотрудничество между международными организациями, в том числе другими учреждениями ООН, может способствовать появлению международных и региональных партнеров и сетей для ведения информационно-разъяснительной работы, мобилизации ресурсов, наращивания потенциала и проведения совместных исследований. Международные организации могут взять на себя руководящую роль в разработке международных стандартов на продукты питания и напитки, правил их маркировки и представления информации о пищевой ценности, а также в осуществлении контроля за этими направлениями деятельности. Межучрежденческая рабочая группа ООН по борьбе с НИЗ может оказывать поддержку государствам-членам в решении проблемы детского ожирения.
60. **Государства-члены:** Правительства несут полную ответственность за обеспечение здоровья своих будущих граждан на ранних этапах их жизни. Таким образом, активную роль правительства в решении проблемы детского ожирения следует воспринимать не как чрезмерную опеку со стороны государства, 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 для системы здравоохранения, но работа по профилактике детского ожирения требует слаженных усилий всех государственных секторов и учреждений, ответственных за формирование политики, в том числе в сфере образования, продовольствия, сельского хозяйства, коммерции и промышленности, развития, финансов (получения доходов), спорта и отдыха, средств массовой информации и коммуникаций, экологического планирования и планирования городской среды, транспорта, социального обеспечения и торговли. Правительства должны разработать общегосударственные подходы к решению проблемы детского ожирения. Кроме того, региональные и местные органы власти должны понимать свои обязанности, использовать имеющиеся ресурсы и прилагать усилия для проведения скоординированных и комплексных действий.

61. Правительства должны обеспечить сбор данных о стандартизированном по возрасту ИМТ детей, в том числе в тех возрастных группах, контроль за которыми в настоящее время не осуществляется. Используя эти данные, правительства могут определить целевые показатели и промежуточные задачи в процессе борьбы с ожирением в соответствии с глобальными целями, установленными Всемирной ассамблеей здравоохранения в области улучшения питания и борьбы с неинфекционными заболеваниями. При разработке государственных механизмов контроля правительства должны учитывать принятые международные показатели, используемые для оценки изменения ситуации с ожирением (для отслеживания прогресса в достижении национальных целей), результатов реализации программ по улучшению рациона питания и повышению физической активности (в том числе степени охвата населения проводимыми мероприятиями) и создания среды для противодействия ожирению (в том числе институциональных механизмов, ресурсов и инвестиций в проведение работы по профилактике и контролю ожирения). Необходимо проводить максимально полный мониторинг с помощью существующих механизмов.
62. Правительствам следует разработать руководства и рекомендации или основополагающие стратегии по привлечению представителей соответствующих секторов, в том числе по мере необходимости и частного сектора, к проведению упомянутых в этом докладе мероприятий по борьбе с детским ожирением.
63. **Негосударственные структуры:** Существует много способов весомого и эффективного участия негосударственных структур в решении проблемы детского ожирения. Как указано в данном докладе, существенную роль в развитии ожирения у детей играют рацион и организация питания, уровень физической активности, школьная среда, восприятие телосложения, обусловленное культурными традициями, и поведение взрослых.
- a. **Неправительственные организации (НПО)** могут побуждать потребителей требовать от правительств поддержки здорового образа жизни, а от промышленности — производства здоровых продуктов питания и безалкогольных напитков и прекращения продажи нездоровых продуктов питания и безалкогольных напитков, предназначенных для детей. Этого можно достичь за счет пропаганды и распространения информации в целях повышения значимости профилактики детского ожирения. НПО также играют определенную роль в разработке механизма мониторинга и подотчетности, а также в осуществлении контроля за участием всех сторон в реализации намеченной политики. Представители местных сообществ могут стать участниками общественных движений, которые являются платформой для информационно-разъяснительной работы и конкретных действий.
 - b. **Частный сектор** состоит из разнородных элементов. В связи с этим важно обратить внимание на те отрасли, деятельность которых прямо или косвенно усугубляет проблему детского ожирения или помогает ее решить. К ним относятся производители сельскохозяйственной продукции, производители продуктов питания и безалкогольных напитков, организации, занимающиеся розничной торговлей, предприятия общественного питания, производители спортивных

товаров, рекламные компании, компании сферы развлечений и средства массовой информации. Так как 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 работникам кустарного производства. Взаимодействие с промышленностью уже привело к некоторым обнадеживающим результатам в отношении питания и физической активности. Инициативы пищевой промышленности по снижению содержания жира, сахара и соли и уменьшению объема упаковок обработанных пищевых продуктов, а также по расширению производства инновационных здоровых продуктов с высокой питательной ценностью могут способствовать улучшению здоровья населения во всем мире. Комиссия считает, что реальный прогресс может быть достигнут при конструктивном, прозрачном взаимодействии с частным сектором при условии соблюдения подотчетности. Правительства могут разработать систему мер, мотивирующих частный сектор предпринимать действия по поддержке производства здоровых продуктов питания и безалкогольных напитков и упрощению доступа к ним, а также по расширению возможностей для занятий физической активностью и поощрению этих занятий.

- c. **Благотворительные фонды** могут играть значительную роль в обеспечении охраны здоровья людей во всем мире, собирая средства на проведение научных исследований, создание потенциала и предоставление услуг. Благотворительные фонды также могут участвовать в проведении мониторинга и обеспечении подотчетности.
- d. **Научные учреждения** могут способствовать решению проблемы детского ожирения путем изучения факторов, предопределяющих развитие ожирения, а также биологических, поведенческих и экологических факторов риска. Эти учреждения также могут оценивать эффективность мер, влияющих на данные факторы, и оказывать поддержку в проведении мониторинга и обеспечении подотчетности.

Актуальные исследовательские задачи

64. На сегодняшний день существуют следующие нерешенные научно-исследовательские задачи, многие из которых упоминались ранее:

- a. Биологические аспекты ожирения — модели роста и развития, характер распределения жировой ткани, факторы риска со стороны матери и отца, другие факторы риска.
- b. Психосоциальные факторы, обуславливающие развитие ожирения у детей — этнические различия, распространенность детского ожирения с учетом социально-экономического статуса, влияние социальных норм и мнения окружающих.
- c. Экономические последствия детского ожирения — экономическое бремя ожирения в детском возрасте, сказывающееся на протяжении всей жизни.
- d. Эффективность мер, принимаемых на всех основных этапах жизненного цикла — помощь и поддержка в период до беременности, меры по улучшению питания и

повышению физической активности детей дошкольного и школьного возраста, просветительская работа по вопросам питания и здоровья.

- е. Оценка экономической целесообразности мер по профилактике детского ожирения, особенно в СНУД.

ПРОЕКТ – копирование запрещено

Библиографический список

1. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta paediatrica*. 2006;Suppl 450:76-85.
2. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427-51.
3. de Onis M, Blossner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr*. 2000;72(4):1032-9.
4. de Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*. 2010;92(5):1257-64.
5. 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(9945):766-81.
6. 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. *The Lancet*. 2015.
7. 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(4):686-95.
8. Food and Agriculture Organization. The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. *Food and Nutrition Paper*. 2006;84:1-334.
9. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev*. 2014;94(4):1027-76.
10. Sun SMS, et al. Secular trends in body composition for children and young adults: The fels longitudinal study. *Am J Hum Biol*. 2012;24:506-14.
11. Lobstein TJ-LR. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *Int J Pediatr Obes*. 2006;1(1):33-41.
12. Miller AL, Lee HJ, Lumeng JC. Obesity-Associated Biomarkers and Executive Function in Children. *Pediatr Res*. 2014.
13. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *Occupational Therapy In Health Care*. 2013;27(2):99-112.
14. Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*. 2014;64(15):1588-90.
15. 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(3):e594-e601.
16. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*. 2014;60(3):222-8.
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(20):1876-85.
18. Finkelstein EA, Graham WC, Malhotra R. Lifetime direct medical costs of childhood obesity. *Pediatrics*. 2014;133(5):854-62.
19. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T, Berghofer A, Willich SN. Health-economic burden of obesity in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2008;23(8):499-509.
20. 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.
21. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *The Lancet*. 2015.
 22. World Health Organization Regional Office for Europe. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2014.
 23. 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. *Obes Rev*. 2013;14(2):110-28.
 24. 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.
 25. McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI. Food marketing to children and youth. Threat or opportunity? . Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.
 26. Thow AM, Downs S, Jan S. A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: Understanding the recent evidence. *Nutrition reviews*. 2014;72(9):551-65.
 27. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet*. 2015.
 28. World Health Organization. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization, 2012.
 29. 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(4 Suppl 1):S113-25.
 30. Всемирная организация здравоохранения. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010.
 31. World Cancer Research Fund., American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington, D.C.: American Institute of Cancer Research, 2007.
 32. UNESCO. Quality physical education. Guidelines for policy-makers. Paris: UNESCO, 2015.
 33. 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(4):e61627.
 34. 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(6):434-8.
 35. 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(2):676-83.
 36. Poston L. Maternal obesity, gestational weight gain and diet as determinants of offspring long term health. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2012;26(5):627-39.
 37. Oken E, Levitan EB, Gillman MW. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32(2):201-10.
 38. Janesick A, Blumberg B. Endocrine disrupting chemicals and the developmental

- programming of adipogenesis and obesity. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2011;93(1):34-50.
39. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiol Rev*. 2014;36(1):19-30.
40. 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(6):351-64.
41. Pan American Health Organization, World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington, D.C.: Pan American Health Organization and World Health Organization, 2002.
42. 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(1):29-38.
43. Liem DG, Mennella JA. Sweet and sour preferences during childhood: role of early experiences. *Dev Psychobiol*. 2002;41(4):388-95.
44. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD001871.
45. World Health Organization. School policy framework. Implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2008.
46. National Institute for Health and Care Excellence. Managing overweight and obesity among children and young people: lifestyle weight management services. NICE public health guidance 47 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph47>.
47. 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. *The Lancet*. 2015.
48. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1):CD001872.
49. 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(Supplement 4):S254-S88.
50. Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *The Lancet*. 2015.
51. 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. *The Lancet*. 2015.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Члены Комиссии по ликвидации детского ожирения

Сэр George Alleyne

Почетный директор
Панамериканской организации
здравоохранения

Д-р Sania Nishtar (сопредседатель)

Основатель организации «Хартфайл»
(Heartfile), Пакистан

Д-р Constance Chan Hon Yee

Директор по вопросам здравоохранения
Министерства здравоохранения
Специального административного района
Сянган Китайской Народной Республики

Paula Radcliffe

Спортсменка и родитель

Helen Clark

Администратор Программы развития
Организации Объединенных Наций (ПРООН)

Профессор Hoda Rashad

Руководитель и научный сотрудник
Социального исследовательского центра
Американского университета в Каире,
Египет

Сэр Peter Gluckman (сопредседатель)

Главный научный советник премьер-министра
Новой Зеландии
и сотрудник Института им. Лиггинса
Университета Окленда, Новая Зеландия

Профессор K. Srinath Reddy

Президент Фонда общественного
здравоохранения Индии,
сотрудник Института исследований в
области промышленного развития (ISID),
университетский городок, Индия

Adrian Gore

Основатель и главный исполнительный
директор «Дискавери Груп» (Discovery Group),
Южная Африка

Jacques Rogge

Почетный президент Международного
олимпийского комитета (МОК),
Швейцария

Betty King

Бывший посол,

сотрудник Постоянного представительства
Соединенных Штатов Америки при
Организации Объединенных Наций и других
международных организаций в Женеве

Sachita Shrestha

Молодежный активист, Непал

Nana Oye Lithur

Министр по делам равноправия полов, детей
и социальной поддержки Ганы

Colin Tukuitonga

Начальник управления
Секретариата Тихоокеанского сообщества
(SPC), Новая Каледония

Д-р David Nabarro

Координатор движения за усиление внимания
к проблеме питания (SUN),

Специальный представитель Генерального
секретаря ООН по вопросам
продовольственной безопасности и питания,
координатор Целевой группы высокого
уровня