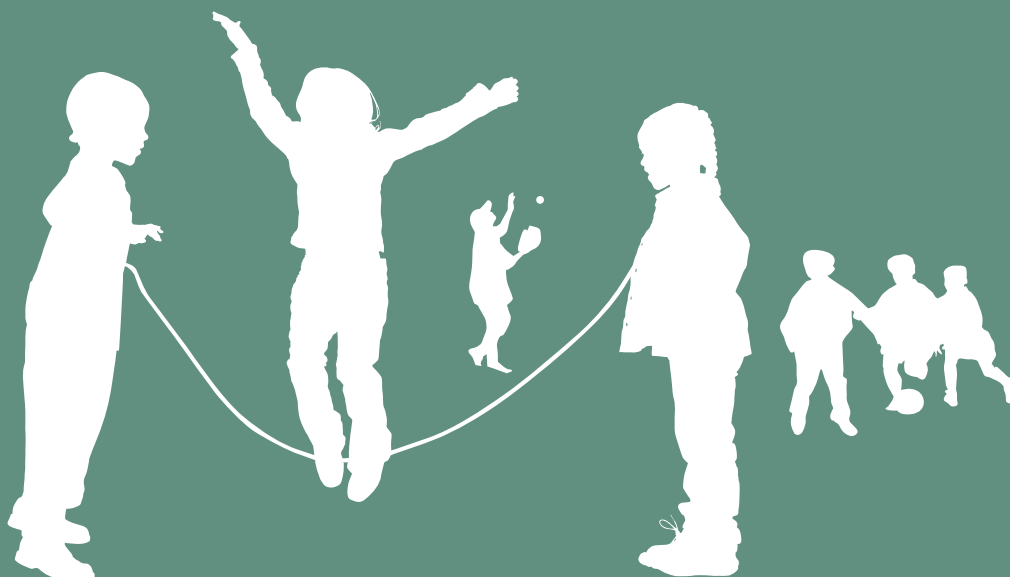




ЕВРОПА

Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения

Резюме



**Проблема ожирения
в Европейском регионе ВОЗ и
стратегии ее решения**

Резюме

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением около 880 млн. человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми максимально возможного уровня здоровья.



Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения

Резюме

Под редакцией:

Francesco Branca, Haik Nikogosian
и Tim Lobstein

WHO Library Cataloguing in Publication Data

The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary /edited by Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein

1.Obesity – prevention and control 2.Obesity – etiology 3.Strategic planning
4.Program development 5.Health policy 6.Europe I.Branca, Francesco
II.Nikogosian, Haik III. Lobstein, Tim

ISBN 978 92 890 4388 5 (print)

ISBN 978 92 890 4380 9 (ebook)

(NLM Classification : WD 210)

ISBN 978 92 890 4388 5

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© **Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Отпечатано в Дании

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	vii
Лица, внесшие вклад в подготовку данной публикации	viii
<i>Предисловие</i>	xii
Исполнительное резюме	xiv
1. Проблема, стоящая перед нами	1
Ключевые положения	1
Определения, используемые в данной публикации	1
Введение	1
Распространенность избыточной массы тела и ожирения	2
Динамика показателей избыточного веса и ожирения	4
Связь между поколениями	4
Влияние на общественное здоровье	9
Экономические последствия ожирения	11
Различия в распространенности ожирения, связанные с социально-экономическим статусом	13
Дальнейшие действия по улучшению оценки проблемы ожирения	14
2. Детерминанты ожирения	15
Ключевые положения	15
Введение	16
Сидячий образ жизни, физическая активность, физическая подготовленность и ожирение	16
Детерминанты физической активности	18
Рацион питания как один из детерминантов ожирения	19
Пищевые привычки в Европе и их связь с ожирением	20
Условия потребления пищи	21
Какие факторы влияют на условия потребления пищевых продуктов?	24
Маркетинг и реклама пищевых продуктов	26
Социально-экономические условия, способствующие развитию ожирения	27
Ожирение и психическое здоровье	28
Изучение детерминантов ожирения: дальнейшие этапы работы	28
3. База фактических данных для практических действий по борьбе с ожирением	30
Ключевые положения	30
Введение	30
Меры вмешательства на микроуровне	31
Меры вмешательства на макроуровне	34
Увеличение физической активности	35
Экономические меры	35

Принятие во внимание контекстуальных факторов	36
За пределами экспериментально полученных данных.....	37
Построение доказательной базы для эффективных мер вмешательства: дальнейшие этапы работы.....	38
4. Ведение и лечение больных ожирением	40
Ключевые положения.....	40
Введение	40
Меры вмешательства: взрослые.....	41
Меры вмешательства: дети и подростки.....	42
Ведение и лечение больных ожирением: дальнейшие этапы работы	44
5. Разработка стратегий борьбы с ожирением.....	46
Ключевые положения.....	46
Введение	47
Существующие международные механизмы действий	48
Текущая национальная политика по проблеме ожирения в странах Европейского региона	50
Разработка стратегий и планов действий.....	54
Инвестиционный подход к укреплению здоровья.....	55
Пакет основных видов действий	56
Роль заинтересованных сторон	60
Оценка политики	61
Стратегические действия: дальнейшие этапы работы	62
Библиография.....	64
Приложение 1. Европейская хартия по борьбе с ожирением.....	71

Выражение признательности

Мы благодарны W. Philip T. James (Международная целевая группа по ожирению, Лондон, Соединенное Королевство) и Kaare R. Norum (Университет г. Осло, Норвегия) за рецензию первых проектов данной книги и высказанные ими предложения, Shubhada Watson (Фактические данные о потребностях здравоохранения) и Garden Tabacchi (Университет г. Палермо, Италия) за общую редакторскую поддержку в доработке окончательного варианта книги.

Мы также благодарны рецензентам технического содержания отдельных документов, основные мысли и идеи которых подытожены в настоящей публикации, а именно: Jonathan Back (Генеральный директор здравоохранения и защиты прав потребителей, Европейская комиссия, Брюссель, Бельгия), Leena Eklund (Сеть фактических данных о здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ), Egon Jonsson (Албертский университет, Канада), Brian Martin (Федеральное бюро спорта, Магглингген, Швейцария), Wilfried Kamphausen (Генеральный директор здравоохранения и защиты прав потребителей, Европейская комиссия, Люксембург), Bente Klarlund Pedersen (Больница Национального университета, Копенгаген, Дания), Mark Pettigrew (Глазго, Соединенное Королевство), Claudio Politi (Финансирование систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ), Pekka Puska, (Национальный институт общественного здравоохранения, Хельсинки, Финляндия) и Antonia Trichopoulou (Сотрудничающий центр ВОЗ по образованию в области питания, медицинская школа Афинского университета, Греция). Полезный вклад в подготовку данной книги также внесли Jill Farrington (Неинфекционные заболевания, Европейское региональное бюро ВОЗ), Eva Jané-Llopis (Укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств, Европейское региональное бюро ВОЗ) и Matthijs Muijen (Охрана психического здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ).

И наконец, мы хотели бы отметить профессиональную работу сотрудников отдела публикаций, секретариата и отдела коммуникаций в Европейском региональном бюро ВОЗ, которые поддерживали организацию и работу Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением и помогли дать жизнь ее публикациям.

Francesco Branca, Haik Nikogosian и Tim Lobstein

Лица, внесшие вклад в подготовку данной публикации

Ayodola Anise

The Lewin Group, Falls Church, Вирджиния, Соединенные Штаты Америки

Tim Armstrong

Хронические заболевания и укрепление здоровья, штаб-квартира ВОЗ

Colin Bell

Дикинский университет, Джилонг, Австралия

Wanda Bemelman

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Vassiliki Benetou

Школа медицины, Национальный и Каподистрийский университет г. Афины, Греция

Finn Berggren

Академия физической культуры и спорта Герлев, Слеелсе, Дания

Lena Björck

Шведская национальная администрация по пищевым продуктам, Уппсала, Швеция

Roar Blom

Неинфекционные заболевания и образ жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ

Hendriek Boshuizen

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Francesco Branca

Питание и продовольственная безопасность, Европейское региональное бюро ВОЗ

Vanessa Candeias

Хронические заболевания и укрепление здоровья, штаб-квартира ВОЗ

Margherita Caroli

Департамент профилактики, Azienda Sanitaria Locale (ASL) Brindisi, Италия

Rob Carter

Экономика здравоохранения, Дикинский университет, Мельбурн, Австралия

Kath Dalmeny

Международная ассоциация организаций потребительских продовольственных товаров, Комиссия по пищевым продуктам, Лондон, Соединенное Королевство

Mikael Fogelholm

Институт научных исследований по укреплению здоровья Urho Kekkonen (UKK), Тампере, Финляндия

Clifford Goodman

The Lewin Group, Falls Church, Вирджиния, Соединенные Штаты Америки

Filippa von Haartman
Шведский национальный институт общественного здравоохранения, Стокгольм, Швеция

Michelle Haby
Департамент социального обеспечения, правительство Виктории, Мельбурн, Австралия

Richard Heijink
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Rudolf Hoogenveen
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Alan A. Jackson
Саутгемптонский университет, Соединенное Королевство

Susan A. Jebb
Лаборатория Elsie Widdowson Laboratory, Кембридж, Соединенное Королевство

Sonja Kahlmeier
Транспорт и здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ

Ingrid Keller
Неинфекционные заболевания и психическое здоровье, штаб-квартира ВОЗ

Cécile Knai
Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Peter Kopelman
Университет Восточной Англии, Норвич, Соединенное Королевство

Tim Lobstein
Международная целевая группа по ожирению, Международная ассоциация изучения ожирения, Лондон, Соединенное Королевство

Brian Martin
Федеральное бюро спорта, Магглинген, Швейцария

Marjory Moodie
Дикий университет, Мельбурн, Австралия

Androniki Naska
Школа медицины, Национальный и Каподистрийский университет г. Афины, Греция

Haik Nikogosian
Отдел программ здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ

Chizuru Nishida
Питание с пользой для здоровья и развития, штаб-квартира ВОЗ

Marga C. Ocké
Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Pekka Oja
Каролинский институт, Худдинге, Швеция

Jean-Michel Oppert

Университет Пьера и Марии Кюри, Париж, Франция

Johan Polder

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Joceline Pomerleau

Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Francesca Racioppi

Транспорт и здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ

Neville Rigby

Международная целевая группа по ожирению, Международная ассоциация изучения проблемы ожирения, Лондон, Соединенное Королевство

Nathalie Röbbel

Координация и партнерство в области окружающей среды и здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Harry Rutter

Юго-Восточная обсерватория общественного здравоохранения, Оксфорд, Соединенное Королевство

Liselotte Schäfer Elinder

Шведский национальный институт общественного здравоохранения, Стокгольм, Швеция

Jaap C. Seidell

Свободный университет Амстердама, Нидерланды

Anne Simmons

Дикинский университет, Гилонг, Австралия

Michael Sjöström

Каролинский институт, Худдинге, Швеция

Annica Sohlström

Шведская национальная администрация по пищевым продуктам, Уппсала, Швеция

Marc Suhrcke

Инвестиции в здоровье и развитие, Европейское региональное бюро ВОЗ

Carolyn Summerbell

Школа здравоохранения и социального обеспечения, University of Teesside, Мидлсброу, Соединенное Королевство

Boyd Swinburn

Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике ожирения, Дикинский университет, Мельбурн, Австралия

Ursula Trübswasser

Питание и продовольственная безопасность, Европейское региональное бюро ВОЗ

Agis Tsouros

Здоровые города и управление городами, Европейское региональное бюро ВОЗ

Colin Tukuitonga

Неинфекционные заболевания и психическое здоровье, штаб-квартира ВОЗ

Nienke Veerbeek

Амстелвеен, Нидерланды

Tommy L.S. Visscher

Свободный университет Амстердама, Нидерланды

Patricia M.C.M. Waijers

Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Билтховен, Нидерланды

Trudy M.A. Wijnhoven

Питание и продовольственная безопасность, Европейское региональное бюро ВОЗ

Stephen A. Wootton

Саутгемптонский университет, Соединенное Королевство

Laura Wyness

Турифф, Шотландия, Соединенное Королевство

Agneta Yngve

Каролинский институт, Худдинге, Швеция

Предисловие

В связи с усиливающейся эпидемией ожирения Европейское региональное бюро ВОЗ организовало Европейскую министерскую конференцию ВОЗ по борьбе с ожирением, которая состоялась в Стамбуле, Турция, 15–18 ноября 2006 г.

Настоящая публикация является основным информационно-справочным документом, подготовленным для Конференции, и отражает в сжатом виде концепции и выводы множества документов, подготовленных большой группой экспертов в области общественного здравоохранения, питания и медицины и издаваемых в настоящее время Региональным бюро. И в резюме, и в полном тексте публикации показана динамика эпидемии и ее воздействие на здоровье населения Европейского региона ВОЗ. В частности, быстрое распространение эпидемии ожирения в странах восточной части Региона вызывает большую обеспокоенность, так как эти страны страдают сейчас от двойного бремени болезней, связанных как с недостаточным, так и избыточным питанием.

Быстрый рост этой эпидемии связан с увеличением физической и экономической доступности продуктов питания, с одной стороны, и уменьшением возможностей для физической активности, т.е. для расхода пищевой энергии, с другой. Продукты питания никогда не были столь доступными. Более того, к категории самых дешевых относятся продукты с высоким содержанием жиров и сахара. Таким образом, современные общества, в которых наблюдается тенденция к излишнему потреблению пищевых продуктов и сидячему образу жизни, можно охарактеризовать как способствующие ожирению. В двух публикациях Конференции подробно рассматриваются характер и особенности этих воздействий в различных условиях, например, в рамках семьи, школы, местного сообщества и на рабочих местах.

В книге приводятся этические и экономические аргументы в пользу усиления действий, направленных на борьбу с ожирением, которое наносит вред здоровью и благополучию огромной доли населения, значительно увеличивает расходы служб здравоохранения, а также наносит огромный и совершенно недопустимый ущерб здоровью детей. Дети с ожирением в большей степени страдают от метаболического синдрома, а его последствия, такие, например, как диабет, развиваются в более раннем возрасте. Проблема детского ожирения наглядно показывает силу социальных и средовых факторов и слабость традиционных стратегий профилактики, основанных только на методах укрепления здоровья. Проблема заключается в том, что дети в гораздо большей степени подвержены влиянию коммерческой рекламы, чем влиянию рекомендаций своих учителей или врачей. Помимо этого, лица, определяющие политику, должны осознавать, что ожирение является и причиной, и следствием социального расслоения. Социально уязвимые группы чаще страдают от ожирения, так как они живут в местах, где не принимаются меры для содействия активным видам передвижения и досуга, для них менее доступны образование и информация относительно образа жизни и здоровья, а более дешевые продукты питания, как правило, малопитательны, но высококалорийны.

Сейчас настало время действовать. В Стамбуле государства - члены Региона одобрили Европейскую хартию по борьбе с ожирением (Приложение 1), содержащую четкое описание руководящих принципов и направлений работы в этой области. В борьбе с ожирением должны участвовать самые различные заинтересованные стороны, и она должна быть межотраслевой и международной по своему характеру. В публикациях Конференции анализируются эффективные программы и стратегии в различных секторах, таких как образование, здравоохранение, сельское хозяйство, торговля, городское планирование, транспорт. В них также содержатся рекомендации относительно разработки стратегий и программ профилактики ожирения, а также механизмов мониторинга прогресса в этой области. Что касается

действий со стороны различных заинтересованных сторон, то в этих документах частному сектору (в том числе всем лицам и организациям, занимающимся производством, рекламой и сбытом продуктов питания), в частности, предлагается пересмотреть свою политику – как на добровольной основе, так и на основе соответствующего законодательства. Профессиональным организациям следует оказывать поддержку мерам, направленным на профилактику и лечение ожирения и связанных с ним заболеваний. Организациям потребителей следует объединить усилия с целью как можно лучшего информирования населения по проблеме ожирения. Межправительственным организациям следует приложить усилия к тому, чтобы согласованные меры осуществлялись на международном уровне, и для этой цели им следует разрабатывать и принимать соответствующие руководства и стратегические рекомендации.

Роль ВОЗ заключается в предоставлении стратегических рекомендаций, в распространении примеров наилучшей практики, в содействии усилению политической поддержки и в стратегическом управлении работой в этой области на международном уровне. Четкие рекомендации по решению этой проблемы во всем мире изложены в Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью. В Европейском регионе принятие Первого плана действий в области пищевых продуктов и питания способствовало тому, что вопросы питания были поставлены в повестку дня национальных правительств. ВОЗ полна решимости продолжить работу по разработке новых подробных рекомендаций в поддержку решения этой важнейшей проблемы общественного здравоохранения.

Авторитетные наблюдатели во всем мире охарактеризовали Европейскую хартию по борьбе с ожирением как полезный шаг вперед, особенно отмечая ее основные принципы и четко обозначенные направления деятельности, а также широкое согласие государств - членов Региона по основным вопросам. Эта Хартия способствует созданию условий, в которых страны в пределах десяти лет смогут не только остановить рост проблемы детского ожирения, но и поставить под контроль эпидемию ожирения в целом. Со своей стороны ВОЗ принимает все усилия для того, чтобы сделать достижение этой цели не только возможным, но практически неизбежным.

Marc Danzon
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Исполнительное резюме

Эпидемия ожирения в Европе представляет собой беспрецедентную проблему здравоохранения, которая к тому же недооценивается, плохо изучена и не полностью осознается как государственная проблема, имеющая значительные экономические последствия. Эпидемия ожирения, развивающаяся сейчас и среди детского населения, значительно увеличит бремя нездоровья среди населения, если не будут предприняты неотложные и инновационные меры противодействия, основанные на четком понимании глубинных экономических детерминантов этой эпидемии, что, в частности, подразумевает отказ от традиционных предположений о ее причинах. Здоровье большинства взрослых в Европе подрывают такие причины, как нерациональное питание и дефицит физической активности. Задача сегодня заключается в отказе от поиска какого-то одного и единственно правильного пути решения этой проблемы и в разработке согласованной рациональной межотраслевой и международной стратегии, направленной на содействие таким краткосрочным, среднесрочным и долгосрочным изменениям в обществе, которые необходимы для успешной борьбы с ожирением.

Плохое питание, недостаточная физическая активность и вызванное ими ожирение с сопутствующими болезнями вносят такой же вклад в заболеваемость и преждевременную смертность населения, как и табакокурение. В странах Европейского региона ВОЗ от проблемы избыточного веса страдают 30–80% взрослых и до одной трети детей.

Распространенность ожирения возрастает практически во всех частях Региона. Расходы служб здравоохранения, связанные с лечением проблем со здоровьем, развивающихся в результате ожирения, таких как диабет второго типа, некоторые виды рака и сердечно-сосудистые болезни, доходят до 6% общих расходов на здравоохранение, помимо столь же высоких косвенных расходов, связанных с утраченной производительностью.

Повышение уровней ожирения среди детей является, по-видимому, еще более тревожной тенденцией. Свыше 60% детей, имеющих избыточный вес до наступления половой зрелости, будут страдать от этой проблемы и по достижению совершеннолетия, в связи с чем снижается средний возраст, когда начинают развиваться различные неинфекционные болезни, и существенно увеличивается бремя на службы здравоохранения, которым придется оказывать этим людям лечебную помощь в течение значительного периода их взрослой жизни.

Таким образом, предупреждение ожирения – очень актуальная задача общественного здравоохранения, которая должна быть решена посредством внедрения инновационных подходов по изменению среды обитания. В качестве примера таких мер можно назвать создание систем питьевого и хозяйственного водоснабжения, систем удаления и обработки сточных вод и служб контроля качества пищевых продуктов в 18–19-м столетиях, а в последнее время внедрение механизмов контроля применительно к загрязнению атмосферного воздуха, вождению мототранспортных средств в нетрезвом виде, использованию ремней безопасности в автомобилях, курению в общественных местах и т.д.

В настоящей публикации приводится резюме серии научных докладов, заказанных Европейским региональным бюро ВОЗ в рамках подготовки к Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением, которая состоялась в Стамбуле, Турция, в ноябре 2006 г., в рамках более широкого процесса реализации Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2004 г. (резолюция WHA57.17), Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (принятой Европейским региональным комитетом ВОЗ на пятьдесят шестой сессии в 2006 г.) и Глобальной стратегии по кормлению детей

грудного и раннего возраста, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2002 г. (резолюция WHA55.25). В полном виде эти доклады будут опубликованы Региональным бюро в течение 2007 г.

В настоящей публикации в кратком виде характеризуются масштабы этой проблемы, ее последствия для сектора здравоохранения и других секторов, а также меры, необходимые для того, чтобы остановить эту опасную тенденцию и, в конечном итоге, обратить ее вспять. В ней также дается описание общих подходов к укреплению здоровья и профилактике, описание действий, направленных на группы высокого риска, а также эффективных методов лечения и оказания помощи лицам, страдающим ожирением.

1. Проблема, стоящая перед нами

Ключевые положения

- Избыточная масса тела и ожирение – это серьезная проблема общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.
- Распространенность ожирения быстро увеличивается, и, согласно прогнозам, к 2010 г. от ожирения будут страдать 150 миллионов взрослых и 15 миллионов детей.
- Особенно тревожной тенденцией является возрастающая распространенность ожирения среди детей и подростков. Показатель распространенности детского ожирения постоянно растет. На сегодняшний день он в десять раз выше, чем в 1970-х годах. Эта тенденция усиливает эпидемию ожирения среди взрослых и создает растущую проблему для здоровья следующего поколения.
- Среди взрослого населения Региона на избыточную массу тела и ожирение ежегодно приходится около 80% случаев диабета второго типа, 35% случаев ишемической болезни сердца и 55% случаев гипертонической болезни, а также свыше 1 миллиона смертей и 12 миллионов лет жизни с плохим здоровьем.
- На ожирение приходится до 6% национальных расходов на здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.
- Ожирение и сопутствующие ему болезни являются препятствием для экономического развития и реализации экономических возможностей отдельных людей.
- Ожирение оказывает непропорционально большое воздействие на малоимущие слои населения в Европе, что обуславливает большее бремя болезней в этой группе населения и подрывает их возможности в плане улучшения своего социально-экономического статуса.

Определения, используемые в данной публикации

Применительно к взрослым об избыточной массе тела говорится, когда индекс массы их тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м², об ожирении – когда ИМТ ≥ 30 кг/м²; а о состоянии, предшествующем ожирению, – когда ИМТ равен 25,0–29,9 кг/м². В настоящей публикации определение “с избыточной массой тела” относится к взрослым с ИМТ ≥ 25 кг/м², хотя, по мнению ряда авторов, его можно использовать только по отношению к взрослым с ИМТ, равным 25,0–29,9 кг/м² (1).

Для определения состояния избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков используется ряд иных подходов (2). В данной публикации используется определение, основанное на перцентильных значениях ИМТ, скорректированных на возраст и пол и равных соответственно 25 и 30 кг/м² в возрасте 18 лет (3). Данные о распространенности этой проблемы у детей моложе пяти лет, возможно, необходимо пересмотреть на основе новых стандартов роста детей, разработанных ВОЗ (4).

Введение

В XXI-м веке избыточная масса тела стала одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, где за последние двадцать лет распространенность ожирения увеличилась в три раза и достигла сейчас масштабов эпидемии. Если не будут предприняты действия для решения этой проблемы и если показатели распространенности ожирения продолжают увеличиваться такими же темпами, как в 1990-х годах, то, согласно прогнозам, к 2010 г. от ожирения будут страдать 150 миллионов взрослых (5) и 15 миллионов детей и подростков (6).

Избыточная масса тела является причиной значительной доли общего бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ; в рамках Региона на эту проблему ежегодно приходится свыше 1 миллиона

смертей и 12 миллионов лет жизни с плохим состоянием здоровья (7). Свыше 75% случаев диабета второго типа ассоциируется с ИМТ, превышающим 21 кг/м². Помимо этого, избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, ишемического инсульта, рака ободочной кишки, рака молочной железы, рака эндометрия и остеоартрита, а также оказывают негативное влияние на психосоциальное здоровье людей и качество их жизни.

Избыточная масса тела также оказывает негативное влияние на экономическое и социальное развитие, увеличивая расходы на здравоохранение и снижая продуктивность людей и их доходы. Уже сегодня на лечение проблем, связанных с ожирением среди взрослых, приходится до 6% всех расходов на здравоохранение в рамках Региона.

Показатели распространенности ожирения значительно различаются как между странами Региона, так и между социально-экономическими группами внутри стран, что свидетельствует о том, что средовые и социально-культурные детерминанты оказывают существенное влияние на характер питания и уровень физической активности населения.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения

На основе имеющихся баз данных, опубликованных литературных источников, а также данных отдельных ученых и учреждений здравоохранения обобщены данные национальных и региональных исследований о распространенности проблемы избыточной массы тела и ожирения среди детей, подростков и взрослых. В настоящее время информация о нынешней ситуации (на основе данных, собранных за последние шесть лет) имеется по 46 из 52 стран Европейского региона¹. В случае отсутствия национальных репрезентативных цифровых данных были использованы местные данные.

Взрослые

В странах, проводивших соответствующие оценки, распространенность избыточной массы тела колебалась от 32% до 79% у мужчин и от 28% до 78% у женщин. Самые высокие уровни распространенности избыточной массы тела наблюдаются в Албании (в Тиране), Боснии и Герцеговине и в Соединенном Королевстве (Шотландия), а самые низкие – в Туркменистане и Узбекистане. Распространенность ожирения варьировалась от 5% до 23% у мужчин и от 7% до 36% у женщин. В данных, основанных на самооценке, как правило, распространенность ожирения занижена, особенно в случае женщин с избыточной массой тела. Показатель распространенности ожирения, основанный на самооценке, может быть на 50% ниже в сравнении с показателем, рассчитанным на основе данных измерения веса и роста.

Распространенность ожирения выше среди мужчин, чем среди женщин, в 14 из 36 стран или регионов, по которым имеются данные в разбивке по половому признаку, в то время как распространенность состояния, предшествующего ожирению, была выше среди мужчин по сравнению с женщинами во всех 36 странах. Как показано на рис. 1, уровни ожирения среди мужчин и женщин существенно различаются в Албании, Боснии и Герцеговине, Греции, Израиле, Ирландии, Латвии, Мальте и Сербии и Черногории.

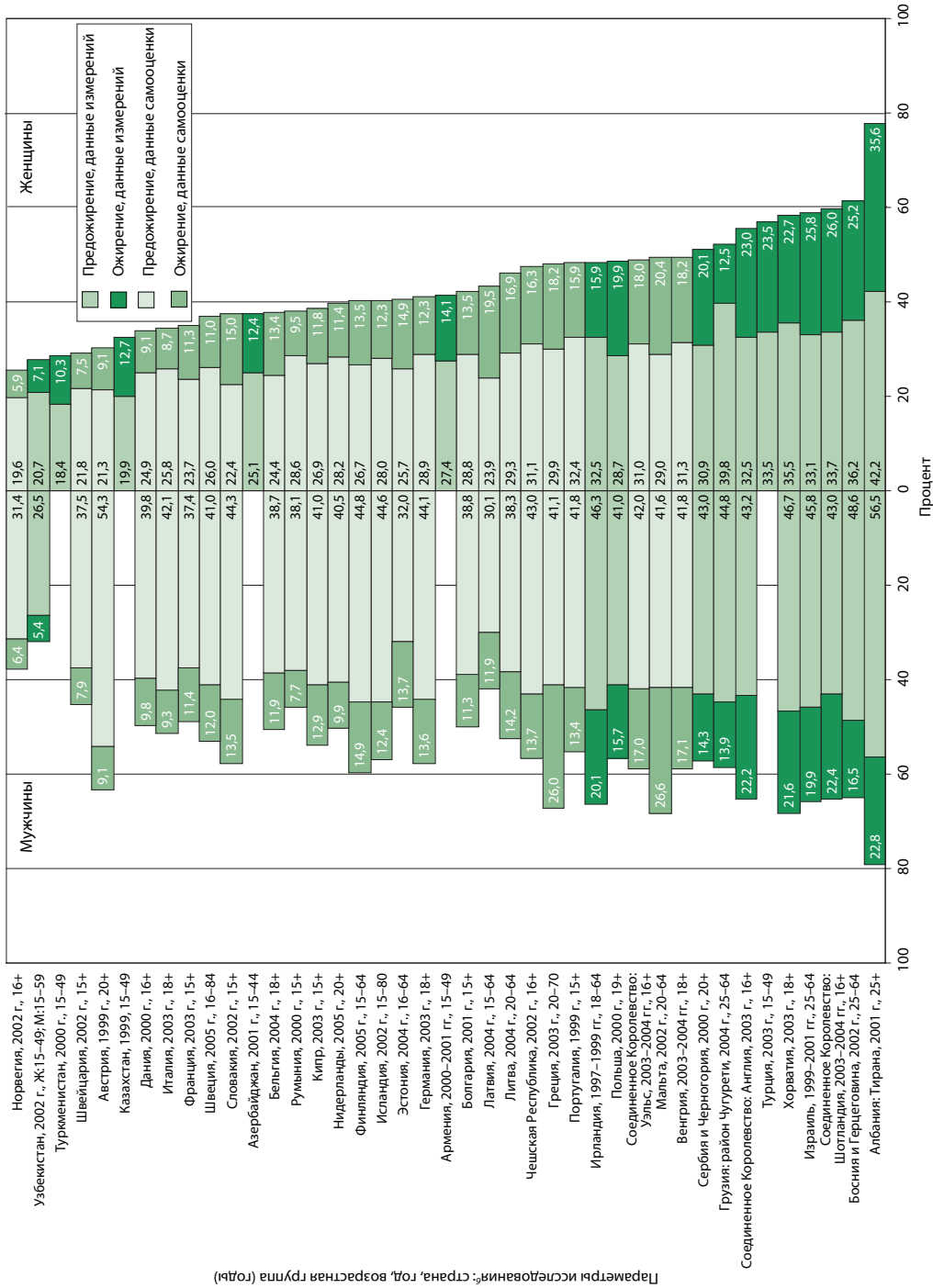
Растет объем фактических данных о том, что риск сердечно-сосудистых и метаболических болезней, ассоциируемых с ожирением, связан с количеством и долей отложения жира на животе, что особенно верно, когда речь о лицах с умеренной степенью избыточного веса. Наличие у человека абдоминального ожирения можно легко проверить с помощью измерения окружности талии.

Дети

Самые высокие показатели распространенности ожирения у детей младшего школьного возраста (обоих полов) были отмечены в Португалии (7–9 лет, 32%), Испании (2–9 лет, 31%) и Италии (6–11 лет, 27%);

¹ За время, прошедшее после написания данной работы, число стран Региона возросло до 53 в связи с разделением Черногории и Сербии.

Рисунок 1. Распространенность избыточной массы тела и ожирения^а среди взрослых в странах Европейского региона ВОЗ на основе результатов обследований, завершенных к 1999 г. или позднее



^а Избыточная масса тела определяется как ИМТ>25 кг/м², а ожирение как ИМТ>30 кг/м². Понятие "избыточная масса тела" включает предожирение и ожирение.

^б Результаты сравнений, проводимых между странами, следует интерпретировать с осторожностью ввиду различий в методах сбора данных, доли ответивших от общего числа опрошенных, времени проведения исследований и возрастных диапазонов. Информация об источниках использованных данных может быть предоставлена по запросу.

а самые низкие – в Германии (5–6 лет, 13%), Кипре (2–6 лет, 14%) и Сербии и Черногории (6–10 лет, 15%) (рис. 2).

Что касается детей более старшего возраста, то лишь в небольшом числе исследований измеряли их вес и рост, и нам поэтому приходится полагаться на данные, основанные на самооценке, которые главным образом были собраны в ходе двух международных исследований. Исследование “Pro Children”, проведенное в 2003 г. среди 11-летних детей в девяти европейских странах, показало, что от избыточной массы тела чаще страдают мальчики (17%), чем девочки (14%) (8). В рамках исследования “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья”, проведенного в 2001–2002 гг., были собраны основанные на самооценке данные о весе и росте детей. Согласно этим данным, избыточная масса тела наблюдается у 24% 13-летних девочек в сравнении с 34% у 13-летних мальчиков и у 31% 15-летних девочек в сравнении с 28% среди 15-летних мальчиков (рис. 3).

От ожирения страдало до 5% 13-летних и 15-летних девочек в сопоставлении с 9% среди мальчиков аналогичного возраста (9). Анализ достоверности, проведенный в Уэльсе (Соединенное Королевство) в рамках исследования “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья”, показал, что в обследованиях, основанных на самооценке, подлинная распространенность избыточного веса у 13- и 15-летних детей недооценивается примерно на одну четверть, а распространенность ожирения – примерно на одну треть (10).

Динамика показателей избыточного веса и ожирения

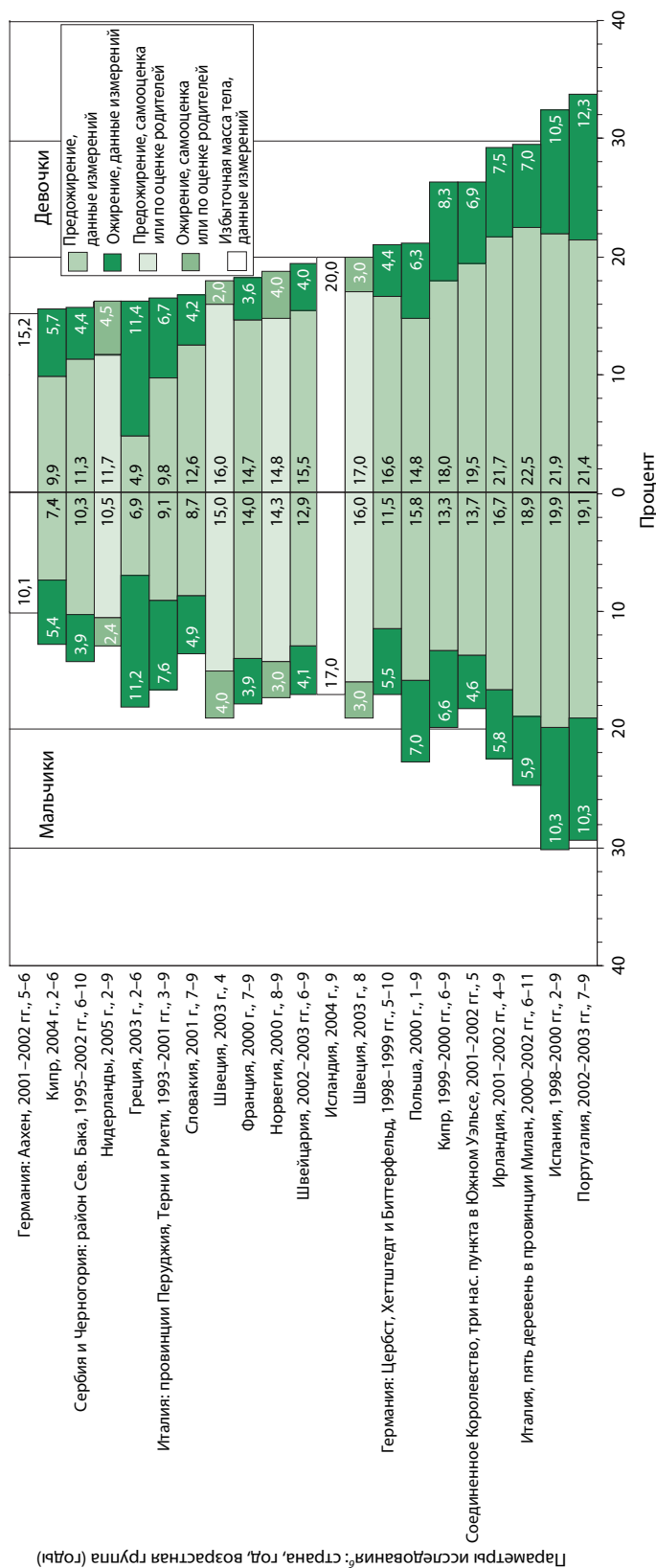
Распространенность ожирения возросла в три или более раза за период с 1980-х годов – даже в странах с традиционно низкими уровнями избыточного веса и ожирения. Согласно данным, основанным на измерениях как среди мужчин, так и среди женщин, распространенность избыточного веса в Ирландии и Соединенном Королевстве (Англия и Шотландия) быстро повышается (свыше 0,8% в год). Согласно данным, основанным на самооценке, самое высокое ежегодное повышение распространенности избыточного веса у женщин и мужчин было отмечено в Дании (1,2% и 0,9% соответственно в период с 1987 г. по 2001 г.), Ирландии (1,1% с 1998 до 2002 гг.), во Франции (0,8% среди взрослых в период с 1997 по 2003 г.), Швейцарии (0,8% и 0,6% соответственно в период с 1992 по 2002 г.) и в Венгрии (0,6% для обоих полов в период с 2000 по 2004 г.). В то же время, согласно обследованиям, основанным на самооценке, показатели ожирения среди взрослых имели тенденцию к снижению в ряде стран, например, в Эстонии и Литве. Согласно имеющимся прогнозам, если в этой области не будут предприняты эффективные меры и если распространенность ожирения продолжит увеличиваться такими же темпами, как и в 1990-х годах, к 2010 г. от проблем избыточного веса или ожирения будут страдать 150 миллионов взрослых (5).

Эпидемия развивается особенно быстрыми темпами среди детей. Так, например, в Швейцарии распространенность избыточного веса и ожирения среди детей возросла с 4% в 1960 г. до 18% в 2003 г. В Англии (Соединенное Королевство) соответствующие показатели возросли с 8% в 1974 г. до 20% в 2003 г. В ряде регионов Испании показатели распространенности избыточной массы тела возросли более чем в два раза в период с 1985 по 2002 гг. (рис. 4). Единственное отмеченное снижение распространенности этой проблемы было зарегистрировано в Российской Федерации во время экономического кризиса, последовавшего за распадом СССР. Ежегодное увеличение распространенности избыточного веса в странах, где были проведены обследования, показанное на рис. 5, в среднем составило 0,1% в 1970-х годах, 0,4% в 1980-х годах, 0,8% в начале 1990-х годов и до 2,0% в ряде стран к 2000-м годам. По прогнозам международной целевой группы по ожирению, к 2010 г. около 38% детей школьного возраста в Европейском регионе ВОЗ будут страдать от избыточного веса, а свыше четверти этих детей будут страдать от ожирения (6).

Связь между поколениями

Состояние питания матери до зачатия и ее фактическое питание во время беременности оказывают значительное влияние на рост и развитие плода. Взаимодействия между нутриентами и генами во время

Рисунок 2. Распространенность избыточной массы тела и ожирения^а среди детей в возрасте 11 лет или младше в странах Европейского региона ВОЗ на основе результатов обследований, завершённых к 1999 г. или позднее



Параметры исследования^а: страна, год, возрастная группа (годы)

^а Избыточная масса тела и ожирение определяются как ИМТ, достигающий или превышающий, соответственно, 25 кг/м² и 30 кг/м² в возрасте 18 лет с использованием принятых на международном уровне пороговых точек ИМТ с учетом возраста и пола (3). Понятие "избыточная масса тела" включает предожирение и ожирение.

^б Результаты сравнений, проводимых между странами, следует интерпретировать с осторожностью ввиду различий в методах сбора данных, доли ответивших от общего числа опрошенных, времени проведения исследований и возрастных диапазонах. Информация об источниках данных может быть представлена по запросу.

Рисунок 3. Распространенность избыточной массы^a тела среди 13-летних и 15-летних детей (на основе данных о росте и весе, сообщенных самими респондентами) в странах Европейского региона ВОЗ в соответствии с результатами проведенного в 2001–2002 гг. исследования “Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья”



^a Избыточная масса тела и ожирение определяются как ИМТ, достигающий или превышающий, соответственно, 25 кг/м² и 30 кг/м² в возрасте 18 лет с использованием принятых на международном уровне пороговых точек ИМТ с учетом возраста и пола (3). Понятие “избыточная масса тела” включает предожирение и ожирение.

Источник: Currie et al. (9).

Рисунок 4. Показатели избыточной массы тела среди детей школьного возраста в отдельных европейских странах, согласно результатам обследований, проведенных в 1958–2003 гг.

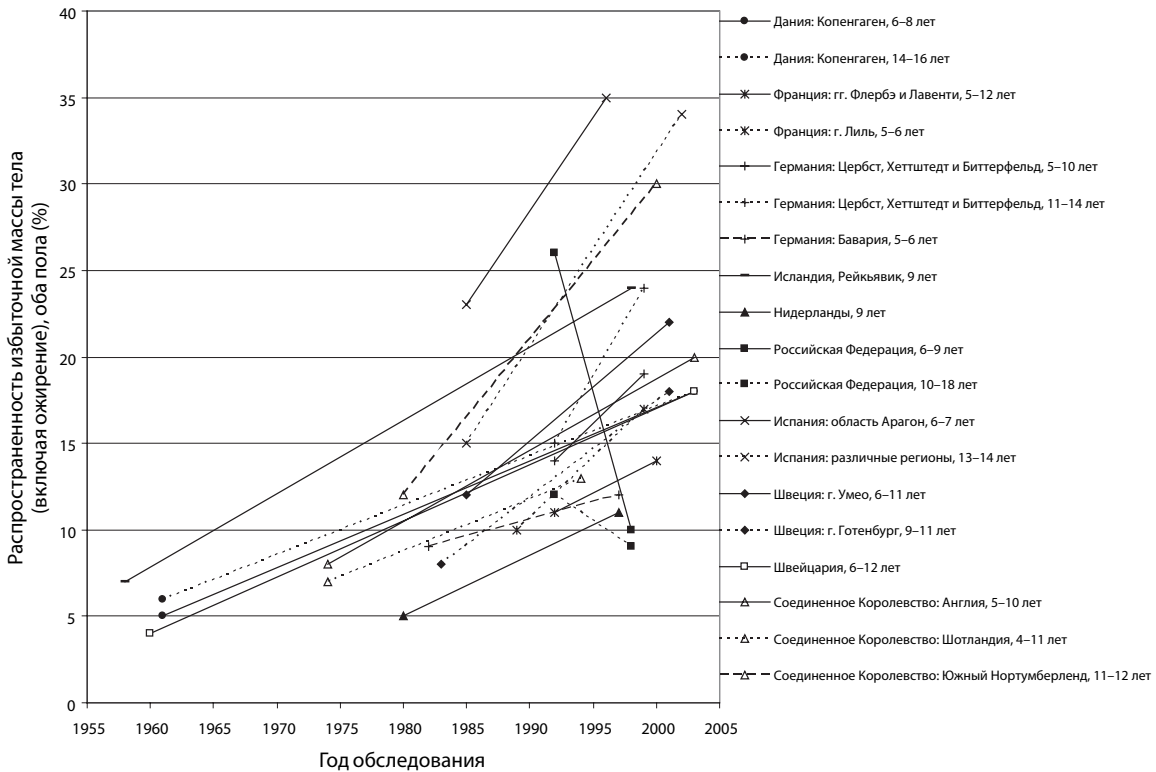
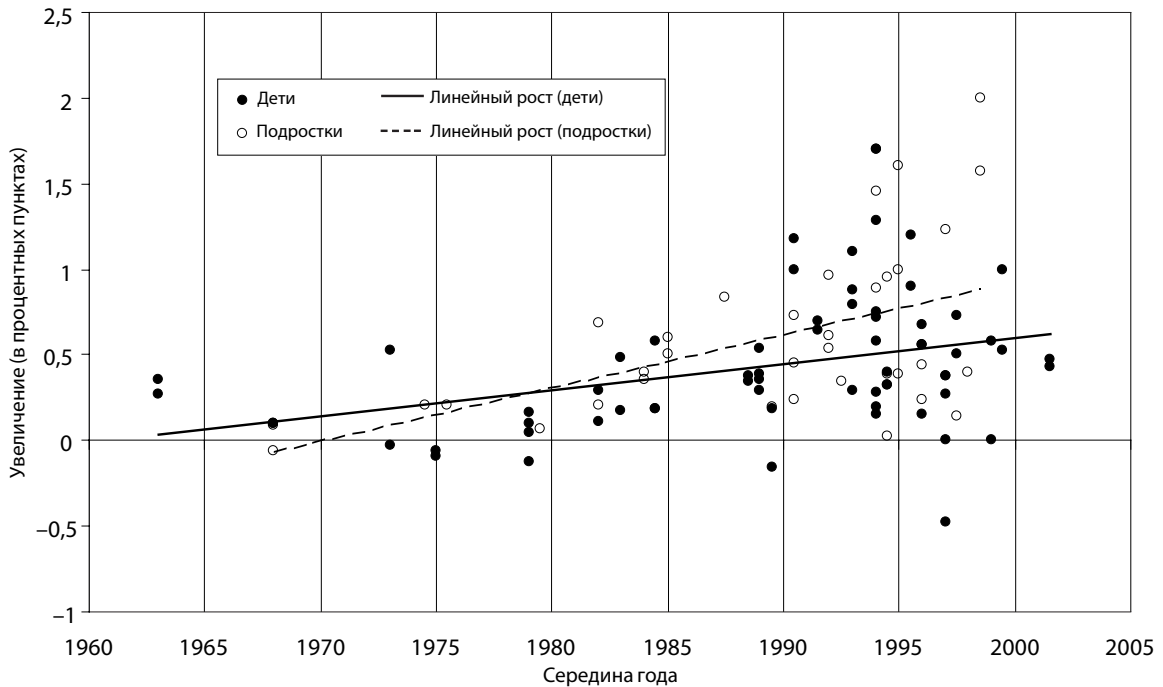


Рисунок 5. Ежегодные изменения в показателях распространности избыточной массы тела среди детей и подростков в отдельных европейских странах, проводивших соответствующие обследования, 1960–2005 гг.



Источники: Информация об источниках использованных данных может быть предоставлена по запросу.

беременности во многом определяют форму тела человека в последующей жизни, а также его способность преобразовывать питательные вещества в жировые и нежировые (в основном мышечные) ткани.

Эта связь между состоянием питания матери и здоровьем ребенка имеет очень большое значение для многих стран Европейского региона ВОЗ, где многие молодые женщины вступают в беременность с недостаточностью питания, например, с анемией, неадекватными запасами основных жиров и витаминной недостаточностью. Проблема беременности у подростков вызывает особую озабоченность, так как в этом возрасте организму приходится обеспечивать потребности, связанные с ростом и матери, и плода, это может неблагоприятно отразиться на физическом состоянии и здоровье следующего поколения.

В ряде европейских стран значительная доля взрослого населения родилась в очень неблагоприятных условиях, в частности, характеризуемых тем, что во время беременности питание их матерей было недостаточным. В настоящее время возрастает объем фактических данных о том, что алиментарные и иные стрессы во внутриутробном и раннем детском возрасте во многом определяют дальнейшую восприимчивость человека к факторам риска болезней. Это может частично объяснить большую восприимчивость к развитию диабета второго типа и гипертензии в тех случаях, когда такие люди набирают даже относительно небольшой избыточный вес во взрослом возрасте. Это еще раз подчеркивает важность обеспечения хорошего здоровья и благополучия девочек-подростков и молодых женщин, так как от их здоровья зависит здоровье будущих поколений.

В настоящее время признано, что недостаточное питание матери – это фактор риска развития ожирения – особенно абдоминального – у их детей. Это также связано с серьезными рисками для здоровья тех детей с нормальной и особенно недостаточной массой тела при рождении, которые в ранний и средний период детства быстро набирают вес (11). Таким образом, неправильное и недостаточное питание на раннем этапе жизни и избыточная масса тела, ожирение и хронические неинфекционные болезни на более позднем этапе жизни следует рассматривать как взаимосвязанные причины нездоровья, а не как проблему первоначально недостаточности, а затем избыточности питания.

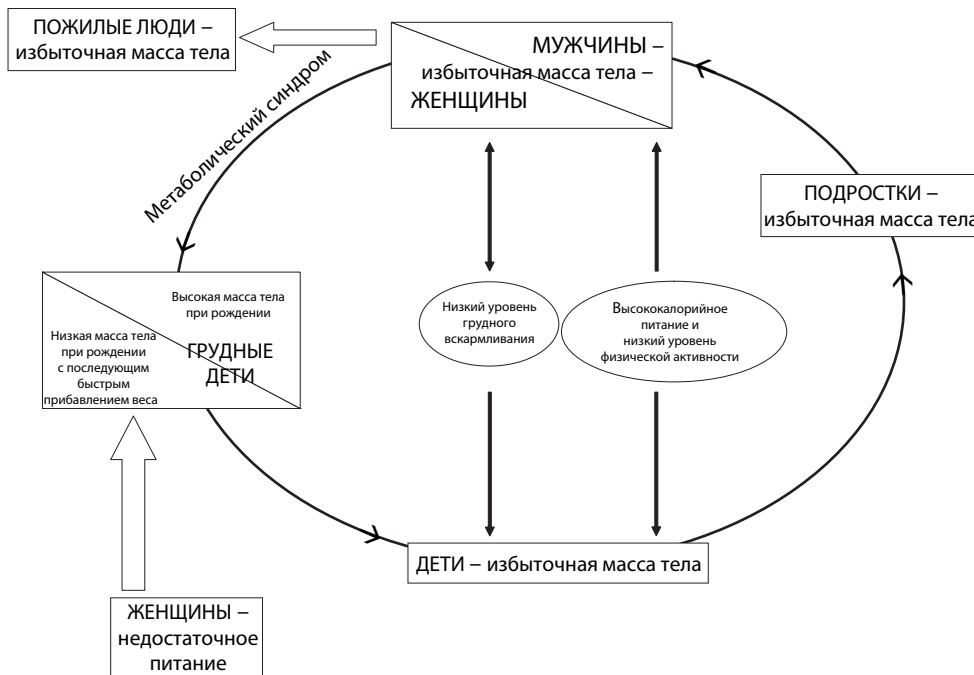
На фоне возрастающей распространенности ожирения среди населения в целом увеличивается также и число беременных женщин с избыточной массой тела и ожирением. У женщин с ожирением вероятность того, что их дети также будут страдать ожирением, гораздо выше среднестатистической – особенно при наличии таких проблем как гестационный диабет (диабет беременных) или метаболический синдром в период, предшествующий беременности, признаками которого обычно являются высокие уровни инсулина в сыворотке крови, высокие уровни холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), низкие уровни липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и большая прибавка веса при беременности. Все большее число детей рождаются с очень большим весом (вес при рождении, превышающий 4500 г или свыше 95-й перцентили для стандартизированной массы тела при рождении). Большой вес при рождении ассоциируется с риском ожирения в последующей жизни, как это было показано в когортном обследовании детей, рожденных в Исландии в 1988 г. и 1994 г.; дети, вес которых при рождении был выше 85-й перцентили, чаще страдали от избыточной массы тела в 6, 9 и 15 лет (12).

Все больший объем фактических данных указывает на то, что грудное вскармливание помогает предотвратить развитие ожирения у детей. Согласно имеющимся данным, дети грудного и раннего возраста, вскармливаемые грудью с самого рождения, реже страдают ожирением в сравнении с детьми, вскармливаемыми молочными смесями (13). Эти данные послужили стимулом к разработке новых стандартов роста детей, которые должны основываться на динамике роста детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании, а не детей, которых кормят молочными смесями. ВОЗ разработала новые стандарты роста детей (4) на основе этого критерия, и их применение позволит выявить ранее непризнанную проблему избыточного веса в раннем детском возрасте.

Если более крупные дети грудного возраста будут вскармливаться молочными смесями, если у них разовьется проблема избыточной массы тела или даже ожирения в детстве, которая не исчезнет в подростковом и взрослом возрасте, тогда во многих группах населения в Европе будет наблюдаться рост

проблемы ожирения в следующих поколениях и возникнет большая проблема общественного здравоохранения, важность и масштабы которой пока не признаны на уровне лиц, определяющих политику. Усиливающаяся тенденция к тому, что у детей, страдающих ожирением, с возрастом эта проблема не исчезает, указывает на необходимость принятия соответствующих профилактических мер на каждом этапе жизненного цикла. На рис. 6 все эти взаимосвязи представлены в виде своего рода “порочного” круга, в который вовлечены различные поколения и все возрастные группы населения.

Рисунок 6. Проблема избыточного веса и ожирения – циклический процесс, связывающий разные поколения



Влияние на общественное здоровье

Ожирение оказывает значительное влияние на заболеваемость и смертность. Как об этом четко свидетельствуют крупные эпидемиологические исследования, диабет второго типа и сердечно-сосудистые заболевания, такие как инфаркт миокарда и ишемический инсульт, являются двумя наиболее важными неинфекционными болезнями, причиной которых является ожирение. В научных кругах для описания выраженной корреляции между абдоминальным ожирением, с одной стороны, и гипертензией, дислипидемией и нарушениями резистентности к инсулину, с другой, все чаще используется термин “метаболический синдром”, от которого страдает 20–30% населения Европейского региона. Согласно литературным источникам, другие последствия ожирения включают следующее: злокачественные новообразования различной локализации, образование желчных камней, нарколепсия, увеличенное использование лекарств от хронических болезней, гирсутизм, расстройства репродуктивной функции, астма, катаракты, доброкачественная гипертрофия предстательной железы, неалкогольный стеатогепатит и поражения костномышечной системы, например, остеоартрит. Напротив, регулярная физическая активность и нормальная масса тела – это важные индикаторы уменьшенного риска как смерти от всех причин, так и развития сердечно-сосудистых болезней и рака. Более того, физическая активность оказывает положительный эффект независимо от величины ИМТ.

Увеличение у взрослых ИМТ выше оптимального уровня (около 21–23 кг/м²) связано с очень значительным бременем болезней и прежде всего с развитием диабета второго типа. Помимо высокого ИМТ

факторы риска болезней включают табакокурение, употребление алкоголя, чрезмерное употребление соли, недостаточное употребление фруктов и овощей, низкий уровень физической активности. Тем не менее, по крайней мере три четверти случаев диабета второго типа, треть случаев ишемической болезни сердца, половина случаев гипертонической болезни, треть случаев ишемического инсульта и около четверти случаев остеоартрита могут быть отнесены на счет избыточной массы тела. Кроме того, избыточный вес является фактором риска развития различных видов рака. Согласно оценкам, он является причиной почти одной пятой всех случаев рака ободочной кишки, половины случаев рака эндометрия и одной восьмой случаев рака молочной железы у женщин после менопаузы (7).

В Европейском регионе бремя болезней у взрослых, приписываемое высокому ИМТ, достигло в 2000 г. более 1 миллиона случаев смерти и около 12 миллионов лет здоровой жизни, утраченных в результате болезни или инвалидности (DALYs) (7). В Соединенных Штатах Америки опубликованы данные о гендерных различиях в распределении бремени болезней, приписываемого ожирению. Так, женщины с избыточной массой тела и ожирением значительно чаще страдают различными заболеваниями, чем мужчины с избыточным весом и ожирением, в то время как различия в уровнях заболеваемости между женщинами и мужчинами с нормальной массой тела не столь велики. Это объясняется гендерными различиями, касающимися факторов, определяющих физическое, эмоциональное и социальное благополучие людей (14).

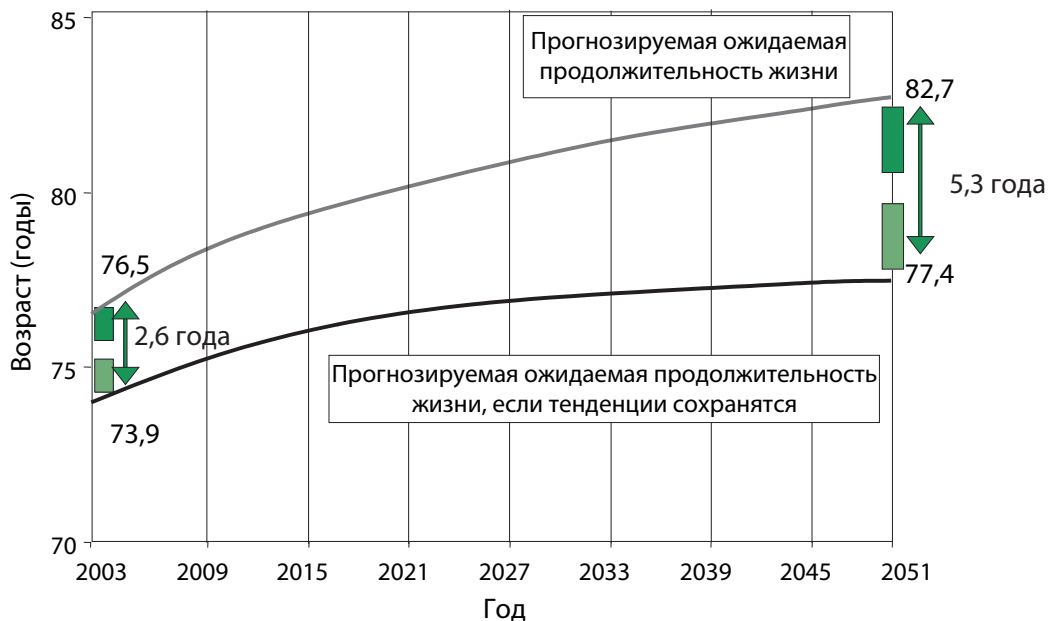
Согласно данным, зарегистрированным в Соединенных Штатах Америки, эпидемия ожирения сочетается с ростом частоты диабета второго типа, который диагностируется все в более молодом возрасте (15).

Ожирение снижает ожидаемую продолжительность жизни. Проведенное в Фрамингхеме (США) исследование, показало, что ожирение в возрасте 40 лет ассоциируется со снижением ожидаемой продолжительности жизни на 7 лет у женщин и 6 лет у мужчин (16). Расчеты, недавно проведенные Департаментом здравоохранения Соединенного Королевства, показывают, что если нынешние тенденции распространенности ожирения не будут обращены вспять, к 2050 г. прогнозируемая ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди мужчин будет на пять лет меньше (17) (рис. 7). До настоящего времени более высокая распространенность ожирения не сопровождалась увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, но это может быть результатом употребления большего числа лекарств для противодействия факторам риска ожирения или просто таким феноменом, как отсроченность эффекта.

В этом анализе не учитываются последствия детского ожирения. Последствия избыточной массы тела для здоровья детей мало изучены, однако систематический обзор показывает (18), что детское ожирение тесно коррелирует с факторами риска развития сердечно-сосудистых болезней и диабета, ортопедических проблем, а также серьезных психических расстройств. Высокий ИМТ в подростковом возрасте является прогностическим показателем повышения у взрослых показателей смертности и сердечно-сосудистых болезней даже при последующей потере избыточной массы тела. В большинстве случаев проблема избыточной массы тела у подростков сохраняется и во взрослом возрасте. Многие проблемы здоровья, связанные с ожирением, которые, как раньше считалось, относятся только к взрослым, в настоящее время все чаще наблюдаются и у детей. В качестве примеров можно привести следующие проблемы: высокое давление крови, ранние симптомы уплотнения артерий, диабет второго типа, неалкогольная жировая болезнь печени, поликистозное изменение яичников и затрудненное дыхание во сне (18).

Ожирение также широко распространено среди взрослых с проблемами психического здоровья и/или с серьезными психическими заболеваниями (19), особенно с депрессивными и тревожными расстройствами (20). Для определенной доли людей, страдающих ожирением, характерны нарушения пищевого поведения, включая неконтролируемое поглощение пищи, многие из которых соответствуют критериям диагноза булимии (20). Среди людей с ожирением расстройства и патология личности чаще встречаются у лиц, страдающих булимией, по сравнению с лицами, не имеющими этой проблемы (21).

Рисунок 7. Прогнозируемое уменьшение средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении для мужского населения Соединенного Королевства, если тенденции в отношении ожирения/избыточной массы тела сохранятся



Источник: Департамент здравоохранения (17).

Экономические последствия ожирения

Экономические последствия ожирения для общества связаны с увеличенными медицинскими расходами по лечению болезней, обусловленных ожирением (прямые расходы), утраченной производительностью в результате невыхода на работу и преждевременной смерти (косвенные расходы), а также нереализованными возможностями, психологическими проблемами и более низким качеством жизни (неосязаемые расходы). Прямые расходы можно оценить с помощью исследований, посвященных оценке стоимости болезней. Однако из-за различий в методологиях, используемых для этой цели, возможности для сравнения полученных данных на международном уровне являются ограниченными.

Сопоставление результатов проведенных в мире исследований, посвященных прямым расходам, связанным с ожирением, показывает, что этот вид расходов на душу населения варьируется от 13 долл. США (Соединенное Королевство, 1998 г.) до 285 долл. США (Соединенные Штаты Америки, 1998 г.) (табл. 1). Согласно исследованиям, проведенным в Европейском регионе ВОЗ, прямые расходы на медицинскую помощь, связанную с ожирением, составляют, в среднем, 2–4% национальных расходов на здравоохранение (1), но в связи с методологическими различиями были получены и более высокие оценки. Так, например, согласно исследованию, проведенному в Бельгии (22), расходы на ожирение составляют 6% расходов на социальное обеспечение, однако эта цифра была бы равна 3%, если бы в качестве знаменателя были взяты общие нынешние расходы на охрану здоровья.

Произведенные в Соединенных Штатах Америки расчеты показывают, что у лиц с ИМТ, превышающим 30 кг/м^2 , ежегодные медицинские расходы на 36% выше, чем у лиц с ИМТ, равным $20,0\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$, а у лиц с ИМТ, равным $25,0\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$, эти расходы на 10% выше по сравнению с лицами с ИМТ, равным $20,0\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$ (23). Кумулятивные расходы, связанные с лечением ряда серьезных болезней, подсчитанные за восемь лет, показали тесную взаимосвязь с ИМТ: у мужчин в возрасте 45–54 года с ИМТ, равным $22,5$, $27,5$, $32,5$ или $37,5 \text{ кг/м}^2$, эти расходы, соответственно, составили 19 600, 24 000, 29 600 или 36 500 долл. США. Кумулятивные медицинские расходы на протяжении всей жизни могут быть, конечно,

Таблица 1. Экономические последствия ожирения и их характеристики (согласно результатам проведенных исследований)

Страна	Год проведения оценки	Величина ИМТ	Расходы			
			вид	на душу населения (долл.США с учетом ППС ^а)	доля от общих текущих расходов на здравоохранение (%)	в процентах от ВВП ^б (%)
Европейский регион ВОЗ						
Бельгия (22)	1999	≥30	Прямые	69	3	–
Франция (диапазон) (26)	1992	≥30	Прямые	71–148	0,6–1,3	–
Франция (27)	1992	≥27	Прямые	202	1,8	0,9
Германия (диапазон) (28)	2001	≥30	Прямые	17–35	1,2–2,6	0,1–0,3
			Косвенные	17–38	–	
Нидерланды (29,30)	1993	≥30	Прямые	32	1,7	–
Швеция (31)	2003	≥30	Прямые	45	1,8	0,7
			Косвенные	157	–	
Швейцария (28)	2001	≥25	Прямые + косвенные	186	–	0,6
Соединенное Королевство (Англия диапазон) (32)	2002	≥30	Прямые	ДО ^в	2,3–2,6	–
Европа (15 стран) (25)	2002	≥30	Прямые + косвенные	ДО	ДО	0,3
Страны, не входящие в Европейский регион ВОЗ						
Австралия (диапазон) (33)	1995–1996	≥30	Прямые	28–51	1,7–3,2	–
Канада (34)	1997	≥27	Прямые	49	2,4	–
Канада (35)	2001	≥30	Прямые	41	1,6	0,4
			Косвенные	70	–	
Япония (36)	1995–1998	≥30	Прямые	55	0,2	–
Новая Зеландия (37)	1991	≥30	Прямые	26	ДО	–
Соединенные Штаты (38)	1994	≥30	Прямые	92	2,7	–
Соединенные Штаты (39)	1995	≥30	Прямые	263	7,3	–
Соединенные Штаты (40)	1995	≥29	Прямые	194	5,4	–
			Прямые + косвенные	371	–	1,4
Соединенные Штаты (41)	1998	≥25	Прямые	285	7,1	–
Соединенные Штаты (42)	2000	≥30	Прямые	199	4,8	1,2
			Косвенные	183	–	

^а ППС = паритет покупательной способности. ППС позволяет обеспечить учет различий в покупательной способности денег, то есть тот факт, что доллар в одной стране может иметь большую ценность в плане приобретения товаров и услуг, чем в другой.

^б В тех случаях, когда в рамках одного исследования рассчитывались как прямые, так и косвенные расходы, совокупные расходы в % от ВВП представляют собой сумму прямых и косвенных расходов.

^в ДО = Данные отсутствуют.

несколько меньше в связи с преждевременной смертью лиц, страдающих ожирением, но, с другой стороны, они могут быть более высокими в старших возрастных группах в результате аккумуляции эффектов длительного ожирения (24).

Косвенные расходы в результате ожирения связаны, в частности, с тем, что лица, страдающие ожирением, вносят меньший вклад в экономическую жизнь страны из-за временной нетрудоспособности или преждевременной смерти. Оценки потери производительности, проведенные в Соединенном Королевстве (табл. 1), показывают, что этот вид расходов может быть в два раза выше прямых расходов на медицинскую помощь. Однако конкретные потери секторов экономики и социального обеспечения,

обусловленные проблемой ожирения, во многом зависят от ситуации на рынке труда и от характера системы социального обеспечения.

Недавно проведенные в Испании оценки показывают, что при учете косвенных расходов, обусловленных потерей производительности, общие расходы, связанные с ожирением, повышаются до 7% общего бюджета здравоохранения и что в денежном выражении это составляет 2,5 млрд. евро в год. В 2002 г. общие прямые и косвенные ежегодные расходы, связанные с ожирением, в 15 странах, которые были членами Европейского союза (ЕС) до мая 2004 г., были оценены в 32,8 млрд. евро в год (25). По мере роста понимания тех последствий для здоровья детей и взрослых, которые связаны с увеличенным ИМТ, будут возрастать и величины оценок этих расходов. Кроме того, в таких оценках, как правило, не рассматривается то негативное воздействие на взрослых, которое оказывают состояния, предшествующие ожирению. Данные, полученные в Соединенном Королевстве, показывают, что несмотря на их более мягкие последствия, широкая распространенность состояний, предшествующих ожирению, приводит к удвоению ориентировочной величины прямых расходов. И наконец, следует отметить, что ни в одном исследовании не рассматриваются расходы, связанные с теми последствиями, которые связаны с проблемой избыточной массы тела среди детского населения.

Выраженные в виде доли ВВП общие расходы, связанные с ожирением (прямые и косвенные), составляют, согласно оценкам, 0,2% в Германии, 0,6% в Швейцарии, 1,2% в Соединенных Штатах Америки и 2,1% в Китае, что указывает на тот факт, что экономические последствия ожирения являются более выраженными в развивающихся странах (43).

Различия в распространенности ожирения, связанные с социально-экономическим статусом

В ряде исследований была выявлена более высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения среди отдельных групп населения, категоризируемых по уровню доходов или образования (иными словами, по их социально-экономическому статусу) (44,45). В большинстве стран Региона ожирение является более распространенным среди социально неблагополучных сообществ, характеризующихся более низким уровнем доходов, образования и доступности медицинской помощи. Однако в ряде стран, например в Азербайджане и Узбекистане, проблема ожирения, по-видимому, в большей степени поражает группы населения с более высоким социально-экономическим статусом.

Различия между странами свидетельствуют о том, что их экономическое развитие оказывает непосредственное влияние на динамику и структуру распространенности ожирения. В странах с низким уровнем доходов распространенность ожирения резко увеличивается с ростом благосостояния страны, а риск ожирения смещается с групп с высоким социально-экономическим статусом в группы с более низким социально-экономическим статусом. Эти тенденции могут отражать относительно большую доступность пищевых продуктов и напитков массового производства и уменьшающуюся долю физического труда в экономической жизни страны по мере роста национального дохода. Однако в большинстве стран проблема ожирения чаще встречается среди лиц с более низким социально-экономическим статусом, чем с высоким социально-экономическим статусом, что также относится и к диабету второго типа. Другие исследования показали, что социальное неравенство может оказывать непосредственное влияние на здоровье неблагополучных групп населения, что может быть связано либо с различным доступом к среде и возможностям, способствующим укреплению здоровья, либо с тем психосоциальным воздействием, которое неравенство оказывает на физическое здоровье людей (46,47).

В настоящее время уже имеются некоторые фактические данные о том, что проблема избыточной массы тела у детей также связана с социально-экономическим статусом их семей (48). Согласно сообщениям, в Соединенном Королевстве в Шотландии ожирение среди 3-летних детей чаще наблюдается среди менее благополучных семей, а в Англии (49) распространенность ожирения среди детей в возрасте 2–10 лет возрастает с уменьшением социально-экономического благополучия района и снижения

доходов домашних хозяйств. Более того, в последнее десятилетие темпы роста этой проблемы были более выраженными в менее благополучных семьях. Имеющиеся данные показывают, что независимо от последующего социально-экономического статуса у детей из малообеспеченных семей значительно выше предрасположенность к развитию ожирения во взрослом возрасте, в связи с чем стратегии профилактики ожирения должны включать меры, направленные на решение проблемы социально-экономического неблагополучия.

На ситуацию в этой области могут влиять такие взаимосвязанные факторы, как гендерные различия, социально-экономический статус и национальные особенности. Так, в Российской Федерации проблема ожирения более распространена среди мужчин с более высоким уровнем образования, тогда как в Чешской Республике наблюдается обратная картина. При этом в обеих странах у женщин с более низким уровнем образования риск развития ожирения является более высоким (50). В проведенном в Англии (Соединенное Королевство) обследовании состояния здоровья (1993–2001 гг.) среди мужчин не было выявлено какой-либо четкой корреляции между ИМТ и социальным классом, в то время как среди женщин распространенность ожирения была выше у представительниц более низкого социального класса.

Ожирение также более распространено в некоторых группах населения, недавно иммигрировавших в данную страну, хотя следует учитывать, что причиной некоторых из этих различий может быть их социально-экономический статус. Исследование, проведенное в Германии (51), посвященное роли этнического происхождения в детском ожирении, показало, что основными причинами различий в распространенности ожирения в различных этнических группах являются такие известные факторы риска, как низкое образование матери и проведение большого количества времени перед телевизором.

И наконец, следует помнить о том, что в группах населения с более низким социально-экономическим статусом также наблюдается более высокая распространенность других факторов риска, таких как табакокурение и употребление алкоголя, и поэтому причины неинфекционных заболеваний имеют множественный характер.

Дальнейшие действия по улучшению оценки проблемы ожирения

Все страны нуждаются в надежной системе мониторинга, обеспечивающей регулярное измерение массы тела детей и взрослых, и не только для того, чтобы лучше понять динамику развития эпидемии ожирения, но и обеспечить оценку эффективности реализуемых профилактических инициатив. Данные, имеющиеся для этих целей в Европе в целом, не адекватны, и система, позволяющая оценивать относительную эффективность различных инициатив, была бы крайне ценной для всех лиц, определяющих политику в Европейском регионе.

Нам также нужно больше информации, для того чтобы лучше высветить такую значительную проблему, как нарушения здоровья детей, связанные с избыточной массой тела и состояниями, предшествующими ожирению. И наконец, лучшее понимание того негативного воздействия, которое эпидемия ожирения оказывает на расходы здравоохранения и на общее экономическое развитие, позволит заложить более прочную основу для принятия правильных решений.

2. Детерминанты ожирения

Ключевые положения

- Основной причиной наблюдаемой сейчас эпидемии ожирения является сочетание дефицита физической активности и плохого питания. В настоящее время рацион питания населения характеризуется высокой энергетической плотностью и низкой насыщающей способностью, а примерно у двух третей взрослых в западной части Региона уровень физической активности ниже рекомендуемого.
- Рационы питания различаются между европейскими странами, однако во временном масштабе наблюдается тенденция к уменьшению этих различий. Так, для средиземноморских стран было характерно высокое потребление растительных продуктов, растительного масла и рыбы, но в последнее время – особенно среди молодых людей – наблюдается утрата прежних пищевых традиций.
- Исключительно грудное вскармливание и надлежащая практика прикорма помогают предупредить развитие ожирения. Однако большие группы населения по-прежнему не придерживаются такой оптимальной практики вскармливания грудных детей.
- На индивидуальном уровне на характер потребления пищевой энергии и ее расходования влияет множество средовых факторов, включая семейные привычки, школьную политику и школьные правила, политику в отношении транспорта и городского планирования, деятельность в сфере коммерческого маркетинга, а также политику в отношении продовольственного снабжения и сельского хозяйства. В настоящее время многие аспекты среды являются “жирогенными”, то есть способствующими формированию такого пищевого поведения и таких установок в отношении физической активности, которые повышают риск ожирения.
- Семьи, дошкольные учреждения и школы должны играть особую роль в привитии привычек здорового питания и адекватной физической активности, а также в обучении детей здоровому поведению. Именно в семьях и воспитательных учреждениях должны быть созданы условия, способствующие формированию здоровых привычек питания и двигательной активности. Однако в большинстве стран Европейского региона это далеко не так.
- Дети являются особо уязвимой группой по отношению к коммерческому маркетингу пищевых продуктов, который – помимо телевизионной рекламы – включает широкий диапазон методов рекламы, способной обходить родительский контроль.
- Начало трудовой деятельности может стать периодом жизни, характеризующимся увеличением массы тела. В настоящее время большинство видов труда является сидячими, и если на работе не налажено на должном уровне общественное питание и не выделено достаточного времени для приема пищи, трудящиеся могут начать употреблять уже готовую к употреблению высококалорийную, но малопитательную пищу.
- Характер употребления тех или иных продуктов питания во многом зависит от политики изготовителей и поставщиков пищевых продуктов, включая заведения быстрого питания, прежде всего в таких областях, как дизайн упаковки пищевых продуктов, установление объема расфасовки продуктов питания и предлагаемых порций пищевых блюд, а также установление цен на продукты питания.
- Сельскохозяйственная политика влияет на рацион питания населения через такие механизмы, как установление относительных цен на различные виды продуктов питания и обеспечение их снабжения. В течение ряда десятилетий сельскохозяйственная политика была направлена на содействие производству все более дешевых продуктов животного происхождения и продуктов с высоким содержанием жиров и сахара, и поэтому устранение долгосрочных последствий такой политики – это важная, но трудная стратегическая задача для всех стран.

- Потребители хотят, чтобы этикетки на пищевых продуктах содержали четкую информацию об их питательной ценности, но, к сожалению, на сегодняшний день практика маркировки продуктов питания такова, что эти этикетки содержат запутанную, нечеткую, а иногда и вводящую в заблуждение информацию. Размещение на этикетках пищевых продуктов четкой информации о хороших питательных свойствах может послужить одним из важнейших стимулов для потребления более здоровых продуктов питания.
- Некоторые социальные группы особенно уязвимы к риску ожирения. Люди с более низким социально-экономическим статусом испытывают различные структурные, социальные, организационные, финансовые и другие ограничения при принятии решения о выборе здорового образа жизни. В частности, значительное влияние на фактический рацион питания оказывают цены на пищевые продукты и их наличие.

Введение

Нарушение баланса потребляемых и расходуемых калорий – это результат нынешних социальных тенденций. Уровень физической активности, по крайней мере, двух из трех взрослых в странах ЕС недостаточен для поддержания их оптимального здоровья (52). Большая доля населения также потребляет избыточное количество высококалорийных, но малопитательных продуктов и напитков (53) и недостаточное количество фруктов и овощей (54).

Чтобы понять, почему люди могут потреблять чрезмерно много калорий, с одной стороны, и почему они могут не расходовать достаточно энергии для предупреждения увеличения массы тела, с другой стороны, необходимо изучить все факторы, влияющие на рацион питания людей и их физическую активность.

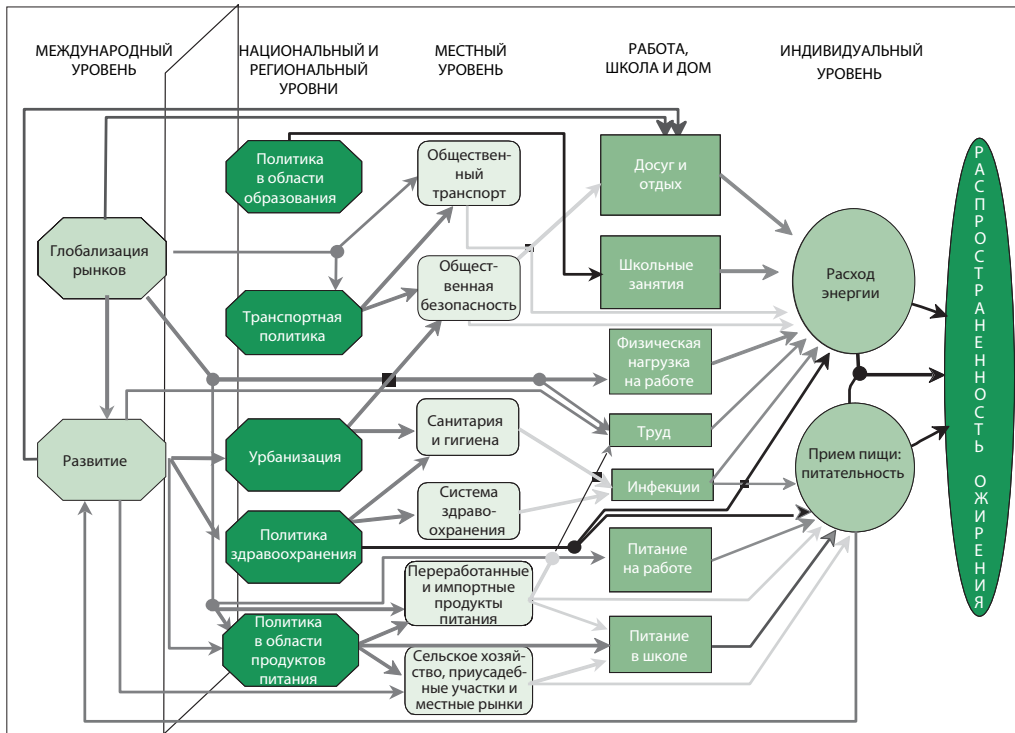
Эти факторы можно рассматривать как серию причин, некоторые из которых сразу же воздействуют на поведение людей, в то время как другие являются более отдаленными по своему характеру и скорее формируют не само поведение, а контекст, в котором оно формируется и проявляется. На рис. 8 показаны различные факторы, влияющие на уровень пищевого потребления и расход энергии. Вертикальные и горизонтальные связи, показанные на рисунке, могут различаться между различными обществами и группами населения.

В настоящей главе рассматриваются конкретные аспекты этой общей модели: взаимодействия факторов, определяющих выбор рациона питания и уровень физической активности в различных условиях, в различных социальных группах и на различных этапах жизни. На основе рассмотренных в главе данных делается вывод, что детерминанты ожирения и способствующие ожирению условия формируются в самых различных секторах и зависят в одинаковой степени как от стратегий, относящихся к сельскому хозяйству, торговле, образованию и планированию, так и от политики в области здравоохранения и социального обеспечения.

Сидячий образ жизни, физическая активность, физическая подготовленность и ожирение

Жир накапливается в организме, когда энергетическое содержание потребляемых пищевых продуктов и напитков превышает объем энергии, расходуемой в процессе обмена веществ и физической активности конкретного человека. Поскольку увеличение массы тела зависит как от потребления, так и расхода энергии, зачастую трудно определить, какой же именно из этих факторов является единственной или основной причиной развития проблемы ожирения как у отдельных людей, так и в обществе в целом (56). Более того, поскольку увеличение веса приводит к увеличению нагрузки на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, а также к развитию таких проблем, как боль в спине, артрит и сильное потение при выполнении физических упражнений, само увеличение веса может способствовать снижению

Рисунок 8. Общественные стратегии и процессы, прямо или косвенно влияющие на распространенность ожирения



Источник: Адаптировано из Kumanyika et al. (55).

физической активности человека. Таким образом, неверным будет утверждать, что причиной роста бремени болезней в стране является только неадекватное питание или только малоподвижный образ жизни. Для решения проблемы ожирения необходимо устранить обе эти причины.

Физическая активность полезна для людей с любой массой тела, поскольку она:

- позволяет уменьшить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, гипертензии и диабета второго типа;
- оказывает благотворное влияние на метаболизм жиров и углеводов, увеличивает чувствительность к инсулину и улучшает содержание липидов в крови;
- может способствовать увеличению мышечной массы тела даже в тех случаях, когда вес человека уменьшился совсем незначительно или совсем не уменьшился (57).

Физическая активность особенно эффективна, когда речь идет не о потере веса, а о поддержании стабильной массы тела, и поэтому после того, как люди сбросили лишние килограммы, изменив свой рацион питания, им нужно сформировать устойчивую привычку к физически более активному образу жизни. Даже умеренная физическая активность может существенно уменьшить риск развития диабета (58) и большинства других основных хронических болезней.

В настоящее время имеется согласие относительно объема физической активности, необходимой для получения положительного эффекта. Умеренно интенсивная активность, такая, например, как быстрая ходьба в течение 30 минут пять дней в неделю, безусловно, уменьшает вероятность развития как сердечно-сосудистых заболеваний, так и диабета второго типа у взрослых. Однако в настоящее время для борьбы с увеличением массы тела в странах с рационом питания, предрасполагающим к ожирению, предлагаются более длительные периоды активности, например, 60–90 минут ходьбы или иного вида достаточно интенсивной физической активности в день.

Уровень физической активности по крайней мере двух третей взрослых в странах ЕС, по-видимому, ниже рекомендуемого (52). В последнее десятилетие было отмечено снижение уровня физической активности населения, главным образом из-за того, что условия современной жизни, независимо от того, идет ли речь о транспорте, жилье, рабочих местах и школах, все в меньшей и меньшей степени содействуют физической активности людей.

Таким образом, даже если физическая активность и не является очень эффективным способом снижения массы тела, убедительные фактические данные говорят в пользу неотложных действий, направленных на повышение физической активности населения во всех странах Европейского региона.

Детерминанты физической активности

Некоторые аспекты социальной среды (такие, например, как школьная политика или средства массовой информации) и искусственная среда обитания (например, транспортная и городская инфраструктура) оказывают влияние на выбор того или иного характера физической активности человека.

1. Во многих странах органы образования уделяют большее внимание академическим дисциплинам в ущерб урокам физической культуры и другим формам плановой физической активности в школах. Более того, свободное время школьников может сейчас все чаще использоваться не для подвижных игр и физических упражнений, а для сидения перед телевизором (в младших классах) или перед компьютером.
2. Во многих странах все меньшее число детей добираются в школу пешком или на велосипедах, главным образом из-за того, что родители считают, что это небезопасно.
3. Наличие большого числа телеканалов в течение всего дня, а также высокая популярность электронных средств развлечения приводят к тому, что почти в любом возрасте физически неактивное проведение досуга стало практически нормой.
4. Что касается взрослых, то в последние десятилетия существенно возросло использование личных автомобилей, в то время как физически активные средства передвижения (например, ходьба или езда на велосипеде) во многих странах используются сейчас реже, чем когда-либо прежде.
5. В последнее время снизилась степень участия населения в некоторых традиционных видах спорта, что частично объясняется демографическими изменениями и увеличением числа спортивных дисциплин. Значительное развитие получили коммерческие фитнес-клубы и фитнес-занятия, но в определенных районах и для определенных групп населения их доступность может быть ограничена.
6. Уменьшился уровень физической активности людей во время работы, так как все большее число людей занимается сидячей работой. Социально-культурная среда, создаваемая работодателями, – это важный детерминант физической активности служащих. В частности, полезными являются такие подходы, как создание возможностей для физической активности на местах работы и предоставление стимулов, способствующих участию членов рабочих коллективов в спортивных и фитнес-занятиях, или использованию активных средств передвижения от дома до работы и обратно.
7. Планировка городов и городская физическая среда могут способствовать физической активности и активной жизни людей или, наоборот, ограничивать их. Планирование городов с целью уменьшения расстояний между местами, где люди живут, работают, совершают покупки и отдыхают, позволит сократить необходимость в дальних поездках, что послужит стимулом для ходьбы и передвижений на велосипедах. В ряде европейских городов имеются хорошие примеры городского планирования, способствующего передвижению на велосипедах, а также практики использования стимулов, способствующих использованию велосипедов вместо или в дополнение к другим видам транспорта.
8. В районах жилой застройки на готовность и желание людей быть физически активными могут повлиять не только наличие физических возможностей для двигательной активности, но и уровень благоустройства и поддержания, эстетического качества и субъективно воспринимаемой безопасности

открытых общественных мест. Важную роль в этом отношении играет социально-экономический статус, так как у лиц с более низким таким статусом могут иметься трудности с использованием открытых общественных мест и физической инфраструктуры для поддержания двигательной активности (например, в связи с их расположением и/или стоимостью входных билетов и соответствующего инвентаря), либо они могут ошибочно считать, что для этого требуются какие-то особые навыки.

Несмотря на то, что большинство изменений, имевших место в последние годы, не способствовало повышению физической активности населения, все вышеуказанные аспекты могут быть очень успешно применены для этой цели. Изменяемые детерминанты устойчивого транспортного развития включают обеспечение безопасности на дорогах, более справедливое распределение инвестиций в транспортном секторе и ценовую политику, создающую благоприятные условия для развития немоторизованного и общественного транспорта.

На индивидуальном уровне также имеется ряд детерминантов, определяющих характер использования ресурсов для физической активности. Так, например, исследования, посвященные нежеланию школьников принимать участие в спортивных мероприятиях, показывают, что многие дети, особенно дети, уже имеющие проблему избыточного веса, не любят соревновательные виды спорта или спортивные занятия, где они вряд ли достигнут успеха, и что они также не любят переодеваться в общественных раздевалках или, например, носить узкую спортивную форму, купальники или плавки, делающие их объектом насмешек для сверстников. В некоторых культурах традиции запрещают даже частичное обнажение тела в общественных местах (особенно, когда речь идет о женщинах и девочках), в связи с чем возникает необходимость создания альтернативных возможностей для поддержания достаточного уровня физической активности в таких странах или группах населения.

Рацион питания как один из детерминантов ожирения

В современном мире имеется множество возможностей для употребления пищевых продуктов и напитков, что может приводить к неосознанному избыточному их потреблению, когда человек даже не знает, что он употребляет особенно высококалорийное блюдо или напиток. Недавно проведенные анализы различных исследований, посвященных отношению людей к продуктам питания и включающих как оценку спонтанного употребления пищи в тщательно контролируемых условиях (59,60), так и ее употребление в условиях повседневной жизни, однозначно указывают на два фактора, особенно predisposing к неосознанному перееданию:

- употребление продуктов с очень высоким содержанием калорий на единицу веса из-за того, что они содержат дополнительные количества жиров и/или сахара как следствие их переработки с целью уменьшения содержания воды или пищевых волокон, или из-за того, что люди не имеют достаточно доступа к фруктам и овощам;
- употребление высококалорийных, например, подслащенных напитков, в периоды между основными приемами пищи.

Эти два фактора, по-видимому, находятся вне сферы действия механизмов нормального биологического регулирования аппетита и пищевого потребления, и поэтому в условиях, когда им постоянно предлагаются такие продукты и напитки, дети и взрослые часто не способны рационально регулировать объемы потребления пищи. Эта проблема еще более усугубляется в обществах, характеризующихся малоподвижным образом жизни. Дело в том, что в таких обществах людям, как правило, нужно меньше есть, а на фоне потребления высококалорийных пищевых продуктов и напитков им становится еще труднее поддерживать баланс между потреблением и расходом калорий.

Напротив, рационы питания с меньшей калорийностью и содержанием жиров и с большей долей сложных углеводов и пищевых волокон являются средством профилактики увеличения массы тела (61).

Интервенционные исследования также показывают, что высокий уровень потребления пищевых волокон может способствовать уменьшению избыточного веса (62). Однако такие низкоэнергетические рационы питания должны содержать адекватное количество микронутриентов и биоактивных соединений, чтобы, несмотря на низкий уровень употребления пищевых калорий, организм получал требуемое количество микронутриентов.

Ввиду вышеуказанного неудивительно, что подслащенные напитки (63) и блюда быстрого приготовления² (64) представляют собой особо значимые факторы риска. Более того, большие порции высококалорийных блюд увеличивают риск чрезмерного их потребления (65), в то время как частота приемов пищи не вносит сколь-либо значительного вклада в изменение массы тела в случаях, когда вид потребляемой пищи остается без изменений. Таким образом, неудивительны данные о том, что более высокое потребление фруктов и овощей ассоциируется со сниженным риском увеличения массы тела (66), а высокий уровень потребления мясных продуктов (вместе с содержащимся в них жиром) увеличивает риск прибавления веса (67). Определенные фактические данные указывают на то, что алкоголь способствует развитию ожирения у мужчин, однако сколь-либо однозначная и устойчивая корреляция между употреблением алкоголя и ожирением не выявлена. В последнее время были получены некоторые фактические данные о взаимосвязи между увеличением массы тела и потреблением продуктов питания с высоким гликемическим индексом. Однако для подтверждения этой взаимосвязи необходимы более долгосрочные исследования.

Несмотря на то, что в литературе имеется множество сообщений, которые, по-видимому, противоречат этим выводам, следует помнить о том, что многие исследования основаны на данных о потреблении пищевых продуктов и прибавке веса, сообщаемых самими людьми, и что эти данные могут поэтому быть во многом ошибочными. Так, имеются сведения о том, что при проведении таких обследований некоторым людям, особенно лицам, больше всего страдающим от избыточной массы тела, свойственно занижать данные о потреблении общего количества калорий, жиров и сахара (68).

Пищевые привычки в Европе и их связь с ожирением

Некоторые выводы о характере пищевых привычек в Европейском регионе ВОЗ можно сделать на основе данных о продовольственном обеспечении, продаже пищевых продуктов, покупках на уровне домашних хозяйств и индивидуальном потреблении (обычно с использованием самостоятельно ведущихся дневников). Результаты анализа этих данных подытожены ниже.

1. Доля общих жиров в рационе питания взрослых колеблется примерно от 30% до свыше 40% от общего потребления калорий (в настоящее время рекомендуется, чтобы доля жиров в общем потреблении калорий составляла 15–30%). Доля пищевых калорий, приходящихся на жиры, является высокой почти во всех европейских странах и особенно в Греции и Бельгии (среди взрослых) (рис. 9) и в Испании и Франции (среди детей). Растительное масло легкодоступно для населения в странах Южной Европы, в то время как для населения стран Западной и Северной Европы легкодоступными являются и растительное масло, и животные жиры. В большинстве стран потребление простых углеводов также превышает рекомендуемый в настоящее время уровень (10% от общего количества потребляемой пищевой энергии).
2. В Европейском регионе за последние сорок лет увеличился объем снабжения фруктами и овощами. В странах Южной Европы наблюдается самый высокий уровень потребления фруктов и овощей, хотя в ряде этих стран в последнее десятилетие наметилась тенденция к снижению этого уровня. Напротив, в ряде стран Северной Европы было отмечено повышение потребления фруктов и овощей. Во многих

² В данной публикации блюда быстрого приготовления означают пищу, потребляемую вне дома, в пищевых предприятиях самообслуживания, например, гамбургеры, пицца и жареная курица.

странах средние уровни индивидуального потребления фруктов и овощей продолжают оставаться существенно ниже рекомендуемого минимального уровня, равного 400 г в день (рис. 9).

- Этот низкий уровень потребления фруктов и овощей в сочетании с недостаточным потреблением продуктов из цельных зерен лежит в основе удивительно однородного рациона питания жителей европейских стран, главной характеристикой которого является низкое потребление пищевых волокон, варьирующееся от 1,8 до 2,4 г/МДж среди мужчин и от 2,0 до 2,8 г/МДж среди женщин (рекомендуемый уровень их потребления равен 2,5–3,1 г/МДж).
 - Прежде в средиземноморских странах наблюдался более высокий уровень потребления растительной пищи, растительного масла и рыбы, однако в последнее время наблюдается тенденция к исчезновению этого традиционного рациона питания – особенно среди молодежи. Более того, данные о долговременных тенденциях в рационе питания (рис. 10) показывают, что в странах Южной Европы в целом наблюдается исчезновение их более здорового рациона питания и его замещение нерациональным питанием, характерным для стран Северной и Западной Европы.
3. Европейские страны во многом различаются по уровню употребления напитков с высоким содержанием сахара (газированных напитков). Уровень их потребления ниже в Южной Европе по сравнению с Северной Европой и среди женщин по сравнению с мужчинами. В последнее десятилетие доступность этих напитков увеличилась во всех странах за исключением Германии и Греции (рис.10).
 4. В Европейском регионе зарегистрирован самый высокий уровень употребления алкоголя в мире – особенно среди мужчин (69). В Южной Европе наиболее предпочтительным алкогольным напитком является вино, в то время как в странах Центральной и Северной Европы потребляется большее количество пива. В последние 40 лет в рамках ЕС повысился объем поставок пива и снизился объем поставок вин.

Эти данные свидетельствуют о том, что в странах Европейского региона, как правило, имеются оба фактора, предрасполагающие к риску излишнего потребления калорий, а именно:

- рацион питания, характеризующийся высокой энергетической плотностью и низкой насыщающей способностью, что объясняется высоким удельным весом энергии, поступающей с жирами, высоким уровнем потребления сахара и низким уровнем потребления пищевых волокон;
- растущее употребление напитков с высоким содержанием сахара на фоне устойчивого уровня употребления спиртных напитков.

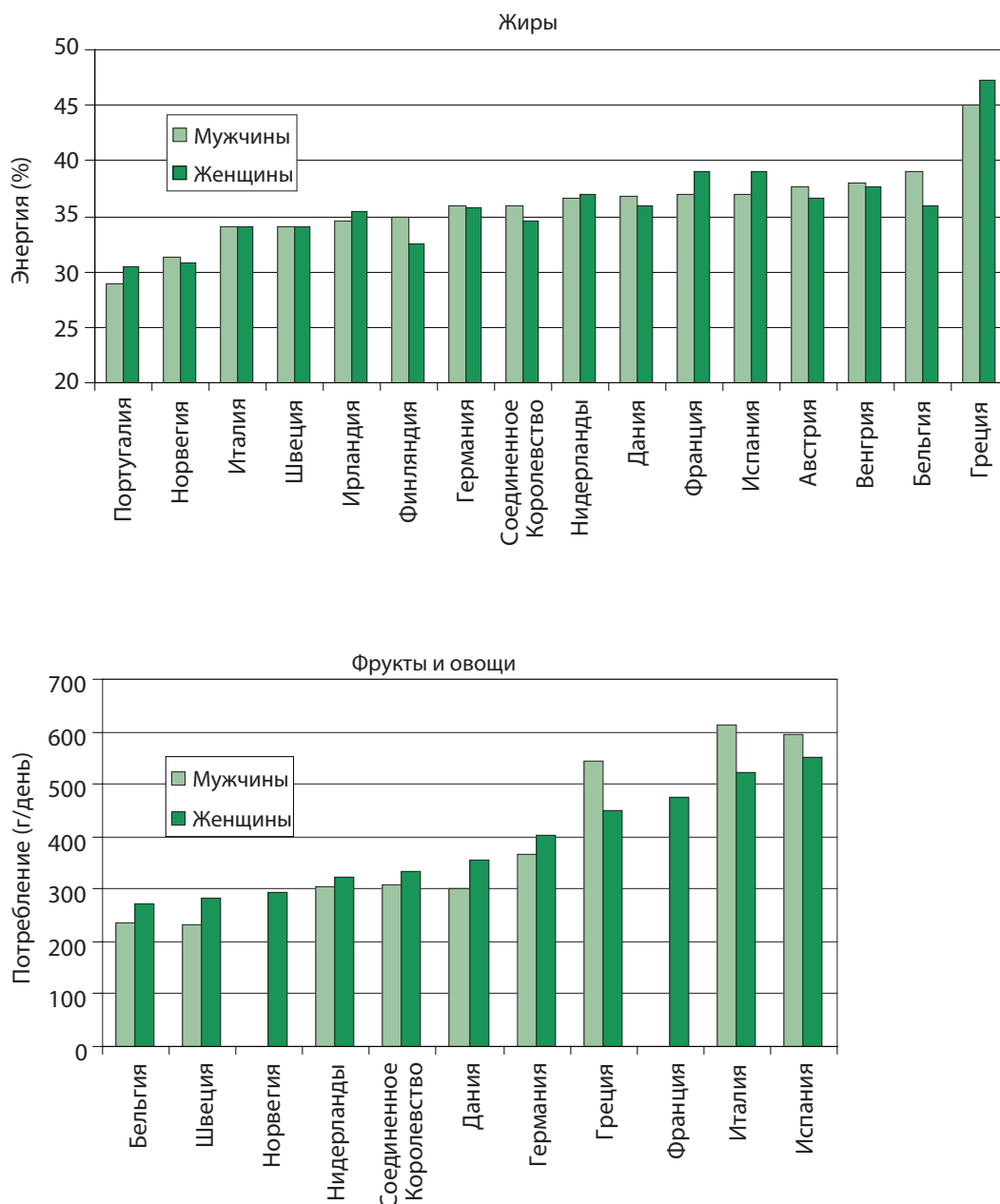
Условия потребления пищи

Условия потребления пищи влияют как на характер, так и на количество съедаемой пищи. Хотя на данный момент условия потребления пищи изучены наиболее широко применительно к дому и школе, был также проведен ряд исследований, посвященных условиям потребления пищи в других местах.

Условия потребления пищи дома

Большое количество фактических данных показывает, что независимо от генетических факторов дети, родители которых страдают от избыточного веса или ожирения, подвергаются большему риску ожирения. Помимо этого, имеющиеся данные свидетельствуют о повышенном риске ожирения среди детей из семей, где родители не следят за количеством принимаемой пищи; пища редко или реже употребляется в кругу семьи; во время еды смотрят телевизор; члены семьи часто садятся за стол, чтобы перекусить; а мать эпизодически садится на диету, чтобы сбросить лишний вес. Дополнительные факторы риска ожирения среди детей включают более низкий социально-экономический статус семьи и наличие только одного родителя. Несмотря на все более расширяющиеся возможности для приема пищи вне дома, не следует недооценивать важность того, в каких условиях происходит потребление пищи дома.

Рисунок 9. Доля энергии, получаемой от потребления жиров, а также фруктов и овощей, среди мужчин и женщин в некоторых европейских странах по данным опросов, проведенных среди отдельных лиц, 1992–2004 гг.



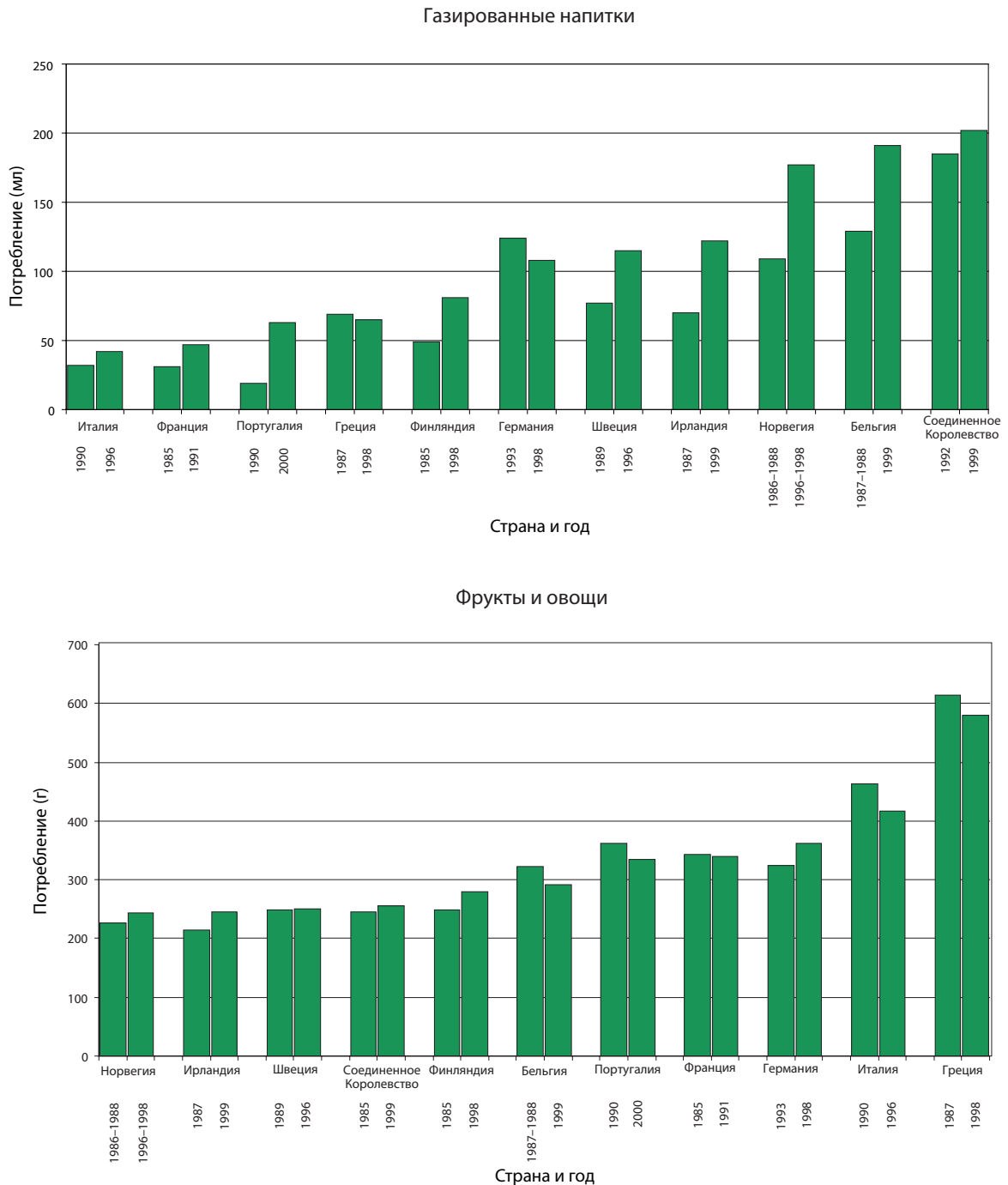
Примечание. Изучение потребления фруктов и овощей во Франции и Норвегии проводилось только среди женщин.

Источники: Elmadfa, Weichselbaum (53), Harrington et al. (70), Netherlands Nutrition Centre (71), Agudo et al. (54), de Vriese et al (72).

Школы

В условиях школы факторы, относящиеся к потреблению пищи, включают следующее: организуемое школьное питание; наличие торговых автоматов и других источников пищи в школе; правила, относящиеся к продуктам, приносимым в школу; доступность бесплатной питьевой воды. Небольшое количество фактических данных свидетельствует о том, что условия потребления пищи в школах влияют на рацион

Рисунок 10. Динамика средних уровней наличия в домашних хозяйствах газированных напитков и фруктов и овощей на душу населения в день в некоторых европейских странах



Источник: Система обмена данными о пищевых продуктах DAFNE (73).

питания учащихся и потенциально содействуют формированию нездоровых привычек питания, способствующих развитию ожирения среди школьников. Убедительные данные указывают на то, что программы, в которых принят общешкольный подход к интеграции политики в отношении пищевых продуктов с политикой в отношении образования и физической активности и которые вовлекают родителей и учащихся

в разработку политики, могут способствовать улучшению фактического питания. Меры, основанные на информировании населения и ценовых стимулах, способны повлиять на выбор пищевых продуктов (при этом особенно эффективными были ценовые стимулы), однако после отмены таких стимулов изменения в рационе питания не сохранялись (74).

Рабочие места

Начало трудовой деятельности связано с таким изменением образа жизни, которое может привести к увеличению массы тела. Имеются ограниченные данные о том, какие производственные факторы связаны с пищевыми привычками, способствующими развитию ожирения. В частности, к ним могут относиться уменьшение уровня повседневной физической активности и выбор пищевых продуктов, предлагаемых в рабочих столовых или кафетериях. С другой стороны, на рабочих местах имеются возможности для проведения профилактических программ, направленных на формирование здорового образа жизни. Огромным потенциалом обладают просветительные мероприятия в сочетании с улучшением системы общественного питания и программами содействия физической активности.

Заведения розничной торговли продуктами питания

Маркетинговые стимулы оказывают сильное влияние на структуру приобретения пищевых продуктов (см. обсуждение, посвященное вопросам маркетинга и рекламы на сс. 26–27). На выбор пищевых продуктов, особенно для семей с более низкими доходами, могут повлиять ценовые стратегии и доступность пищевых продуктов, а последняя, в свою очередь, зависит от места расположения заведений розничной торговли и имеющихся транспортных служб как в городах, так и в сельской местности. В некоторых странах для описания районов с низкой доступностью продуктов питания стали использовать выражение “продовольственная пустыня”.

Предприятия общественного питания

Во многих обществах употребление пищи вне дома становится все более популярным. Согласно некоторым данным, существует корреляция между частым посещением ресторанов и/или предприятий быстрого питания и более высоким потреблением пищевых калорий и жиров среди взрослых и подростков. Более того, ограниченный объем данных указывает на определенную связь между наличием предприятий быстрого питания и ресторанов и повышенной распространенностью ожирения среди местного населения.

Какие факторы влияют на условия потребления пищевых продуктов?

Наблюдения, относящиеся к домашним хозяйствам, школам, рабочим местам и другим местам, следует рассматривать с учетом конкретного контекста. В частности, продовольственный рынок формируется под влиянием множества факторов, включающих доступность тех или иных пищевых продуктов, политику в области сельского хозяйства и торговли, цены на продукты питания и характер маркировки продуктов. В исследованиях, проведенных в Финляндии и Норвегии, было показано, что целенаправленное воздействие на производство и распределение продуктов питания и на установление цен на эти продукты помогает повлиять на пищевые привычки населения и способствует улучшению общественного здоровья.

Наличие продуктов питания

Повышающаяся доступность высококалорийных продуктов, по-видимому, является основной причиной эпидемии ожирения. По мере повышения доходов и дальнейшей урбанизации общество входит в так называемый этап изменения характера питания, характеризующийся переходом от рациона питания со значительным объемом зерновых и овощей к рациону питания, характеризующемуся высоким

содержанием жиров и сахара, возрастающему числу приемов пищи вне дома, а также большей долей потребления переработанных продуктов питания, таких, например, как кондитерские изделия и газированные напитки.

Изменения в системах производства, транспортировки, переработки и упаковки пищевых продуктов, а также увеличение продаваемых порций способствуют потреблению высококалорийных продуктов, но могут также способствовать увеличению доступности фруктов и овощей. В настоящее время пищевые продукты можно купить во многих местах и круглосуточно, а наиболее доступными продуктами являются продукты с самой высокой энергетической плотностью.

Многонациональные компании, производящие пищевые продукты и торгующие ими, способствуют переходу на новый рацион питания, осваивая новые рынки и разрабатывая глобальные товарные знаки и стратегии маркетинга, что приводит к формированию спроса, стимулируемого производителями.

Сельскохозяйственная и торговая политика

Некоторые виды аграрной политики, например Общая сельскохозяйственная политика ЕС, способствовали производству сахара, жирных продуктов, растительного масла, мяса и алкоголя по низким ценам (с использованием таких механизмов, как субсидии и ряд других мер), а также ограничению снабжения населения фруктами и овощами.

Избыток продовольственных товаров (например, сливочного масла) побуждает производителей применять новые методы маркетинга, чтобы повысить потребление этих товаров, и это привело к их чрезмерному потреблению на внутреннем рынке и дисбалансу в международной торговле со связанными с этим негативными последствиями для здоровья населения как богатых, так и бедных стран.

Цели и рекомендации в отношении питания, принятые на общеевропейском уровне, особенно относительно потребления сахара, жиров, алкоголя, фруктов и овощей, можно использовать для воздействия на производство, переработку, торговлю (включая розничную торговлю и выездное обслуживание), а также маркетинг сельскохозяйственных продуктов.

Цены на продукты питания

На сегодняшний день во многих странах Европейского региона реальные цены на пищевые продукты ниже, чем когда-либо прежде. Расходы на питание представляют собой уменьшающуюся долю бюджетов домашних хозяйств в большинстве стран Региона. Однако люди с низким уровнем доходов более чувствительны к изменению цен, чем люди с более высокими доходами, и поэтому они в большей степени реагируют на такие изменения.

Маркировка пищевых продуктов

Потребители считают, что нынешние форматы маркировки продуктов питания недостаточно четки и понятны. С другой стороны, они дают положительную оценку практике маркировки пищевых продуктов краткими текстами об их влиянии на здоровье и символами, характеризующими их питательную ценность. Предварительный опыт Соединенного Королевства показал, что постановка акцента на питательном составе переработанных пищевых продуктов с помощью системы специальных знаков может быть более эффективным подходом к формированию рационального выбора на уровне потребителей. Заявления о пользе продуктов для здоровья также могут облегчить для потребителей выбор более здоровых пищевых продуктов.

Организации потребителей хотят, чтобы маркировка продуктов с указанием их питательных свойств стала обязательной и чтобы она применялась в масштабах всего ЕС. При этом на этикетках должна приводиться информация о тех нутриентах, которые имеют наибольшую важность для общественного здоровья. Обязательная маркировка продуктов питания стимулирует пищевую промышленность к производству более здоровых продуктов питания.

Маркетинг и реклама пищевых продуктов

Как указывалось выше, выбор того или иного рациона питания зависит от целого ряда внешних факторов, включая цены на продукты, их доступность, адекватную информацию о них, а также личные предпочтения и культурные ценности отдельных людей. В целях рекламы и продвижения своих товаров компании, производящие продукты питания и напитки, могут использовать все эти факторы: цены (предлагая скидки или специальные предложения), доступность (например, размещение высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов около кассовых аппаратов), информация (как общая – с помощью рекламы продуктов, так и специфическая – например, заявления о пользе продуктов для здоровья и маркировка продуктов с указанием их питательных свойств), личные вкусы (например, применение красителей или вкусовых добавок при производстве продуктов) и культурные ценности (например, привлечение известных личностей и спортсменов к рекламе своих товаров).

ВОЗ (75) проанализировала фактические данные о характере и силе взаимосвязей между рационом питания и неинфекционными болезнями и сделала вывод о том, что неблагоприятный эффект массивного маркетинга высококалорийных продуктов и предприятий быстрого питания можно считать “вероятным” или “доказанным”. На недавно состоявшемся форуме и техническом совещании ВОЗ (76) был проведен анализ данных о маркетинге пищевых продуктов и неалкогольных напитков, направленном на детей, и был сделан вывод о том, что коммерческая реклама и продвижение высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов и напитков может оказать неблагоприятное влияние на пищевой статус детей.

Интенсивный маркетинг высококалорийных, но малопитательных продуктов может оказать негативное влияние на выбор здорового образа жизни. Несмотря на то, что в настоящее время акцент в стратегиях борьбы с ожирением ставится на воздействие маркетинга на детей, следует отметить, что компетентность взрослых в плане принятия здоровых решений или их способность противостоять маркетингу нездоровых продуктов питания может быть недостаточной для их полной защиты от того ущерба для здоровья, который может нанести такой маркетинг.

В ряде исследований было отмечено, что в большинстве случаев реклама продуктов питания, особенно реклама, показываемая в детских телевизионных программах, направлена на поощрение употребления высококалорийных продуктов и напитков. Систематический обзор научных данных, проведенный для агентства Соединенного Королевства по пищевым стандартам в 2003 г. (77), позволил сделать вывод, что сейчас уже имеется достаточный объем фактических данных, показывающих, что реклама повышает уровень общего потребления рекламируемых категорий пищевых продуктов, а также влияет на выбор торговых марок. В обзоре, проведенном в 2006 г. Институтом медицины в Соединенных Штатах Америки (78), были получены убедительные данные о том, что реклама влияет на характер общего рациона питания в краткосрочной перспективе среди детей в возрасте 2–11 лет, и определенные данные о ее долгосрочном воздействии на детей в возрасте 6–11 лет. В этом обзоре также была выявлена статистически значимая корреляция между объемом просматриваемой телевизионной рекламы и ожирением в возрастных группах 2–11 лет и 12–18 лет. Была также выявлена взаимосвязь между уровнем воздействия на детей телевизионной рекламы высококалорийных продуктов и повышенной распространенностью избыточной массы тела, а также слабая корреляция между уровнем воздействия на детей рекламы здоровой пищи и сниженной распространенностью избыточной массы тела (79).

В настоящее время все в большей степени используются новые виды рекламы, обходящие родительский контроль и направленные на детей, такие, например, как реклама через Интернет (интерактивные игры, бесплатно загружаемые программы и файлы, компьютерные электронные журналы, *chatterbots*), СМС-сообщения, направляемые на мобильные телефоны детей, реклама продуктов в школах и дошкольных учреждениях, а также реклама торговых марок в образовательных материалах. Новые формы рекламы все чаще используются в общественных местах, например, экранная реклама в общественном транспорте и электронные доски объявлений.

В последнее десятилетие в восточной части Европейского региона быстро расширяются масштабы маркетинга пищевых продуктов и напитков, что связано с большим увеличением прямых иностранных инвестиций в продовольственный сектор этой зоны и прежде всего в кондитерские изделия, газированные напитки и блюда быстрого приготовления.

Социально-экономические условия, способствующие развитию ожирения

В разделе, посвященном социально-экономическим различиям распространенности избыточной массы тела и ожирения (сс. 13–14), указывается на более высокую распространенность этих проблем среди групп населения с более низким уровнем доходов или образования, т.е. среди людей с более низким социально-экономическим статусом. Это объясняется тем, что они живут в условиях, в которых вышеприведенные детерминанты ожирения являются более распространенными, а также располагают меньшими возможностями для того, чтобы противостоять тем видам воздействия, которые предрасполагают к развитию ожирения.

Более низкий социально-экономический статус, по-видимому, коррелирует с индикаторами плохого рациона питания, предрасполагающего к ожирению, такими, например, как низкий уровень потребления свежих фруктов и овощей, сниженный уровень грудного вскармливания и более высокое потребление высококалорийной пищи. Обследования, проведенные в странах с высоким уровнем доходов, показали, что взрослые и дети с более низким социально-экономическим статусом, как правило, ведут более сидячий образ жизни по сравнению со своими сверстниками с более высоким социально-экономическим статусом, что, по-видимому, объясняется более низкой доступностью, в том числе с экономической точки, спортивных и фитнес-клубов, меньшим количеством свободного времени, меньшими знаниями о пользе физической активности и менее позитивным отношением к пользе такой активности (80).

В странах с более низким уровнем экономического развития значительная доля бюджета многих семей расходуется на приобретение пищевых продуктов. Кроме того, эти страны могут находиться на этапе изменения рациона питания и привычек. Традиционно трудоемкие виды работы на производстве и в быту все чаще заменяются сидячим образом жизни. Процесс урбанизации, по-видимому, будет способствовать увеличению потребления и маркетинга высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов, снижению практики ходьбы как средства передвижения и переходу на малоподвижные виды досуга.

Необходимо усовершенствовать системы эпидемиологического мониторинга детерминантов ожирения таким образом, чтобы эти системы позволяли выявлять влияние этих детерминантов на уязвимые группы населения, например, на лиц с низким социально-экономическим статусом и на детей, находящихся на самых ранних этапах жизни.

Кроме того, необходимо предпринять меры для разработки простых и сопоставимых методов достоверной оценки состояния питания и физической активности ввиду того факта, что большинство населения Европы должно изменить оба этих фактора, способствующих развитию эпидемии ожирения.

Межстрановые сравнения показывают, что – по крайней мере, для 50 стран с самым высоким уровнем развития – распространенность ожирения (и диабета второго типа) в большей степени коррелирует со степенью неравенства в рамках общества (измеряемого с помощью таких показателей, как индекс ГИНИ), чем с абсолютным уровнем доходов или образования (81). Это свидетельствует о том, что преобладающий социальный климат может повлиять на индивидуально оцениваемые возможности или контроль людей по отношению к их способности улучшить свое здоровье и может усилить их чувство фатализма относительно своего здоровья.

Более низкий социально-экономический статус, с одной стороны, повышает риск ожирения, а с другой, может быть его результатом. Несколько исследований показали, что ожирение уменьшает число

социальных связей среди подростков и уменьшает субъективно оцениваемую популярность детей и подростков среди своих сверстников, увеличивает период времени, когда дети не посещают школу, и уменьшает уровень их успеваемости, а также снижает возможности их будущего трудоустройства, что повышает вероятность того, что по достижению совершеннолетия такие люди будут иметь работу с меньшей зарплатой или станут безработными (82). Таким образом, социальная изоляция и более низкий уровень образования и доходов могут усугубить взаимозависимость между более низким социально-экономическим статусом и ожирением.

Ожирение и психическое здоровье

Социальные детерминанты ожирения, такие, например, как бедность и проживание в неблагополучном районе, также связаны с психическими расстройствами, например, с депрессией и шизофренией. Проблемы психического здоровья сами по себе также являются факторами риска развития ожирения, и между некоторыми из таких расстройств (например, депрессией (83) и шизофренией (84,85)) и ожирением имеется выраженная корреляция (86). Еще один способствующий фактор заключается в том, что некоторые из лекарств, назначаемых в случае проблем психического здоровья, могут стать причиной прибавки веса (87,88).

Помимо этого, имеются убедительные фактические данные о корреляции между ожирением и низкой самооценкой (89), особенно среди детей и подростков (90). При этом девочки, страдающие от ожирения, чаще страдают от связанных с ожирением серьезных эмоциональных проблем и чувства безнадежности (91).

В ряде клинических и популяционных исследований была выявлена взаимосвязь между депрессией и ожирением. Дети и взрослые с тяжелой депрессией могут подвергаться повышенному риску развития ожирения или избыточной массы тела, а у людей с ожирением, обращающихся к врачам с просьбой помочь сбросить вес, могут часто встречаться расстройства настроения. Ожирение также является одним из факторов развития тяжелой депрессии у женщин. В то же время на уровне сообщества большинство лиц, страдающих излишним весом или ожирением, не имеют расстройств настроения (92).

Изучение детерминантов ожирения: дальнейшие этапы работы

Поскольку, исходя из имеющихся фактических данных, большинство населения Европы должно изменить свои привычки и по отношению к рациону питания, и по отношению к физической активности, необходимо предпринять меры для сбора сопоставимых данных по обоим этим факторам, способствующим развитию эпидемии ожирения. Системы мониторинга детерминантов ожирения следует усовершенствовать таким образом, чтобы они позволяли быстро выявлять влияние вышеуказанных детерминантов на уязвимые группы населения, например на лиц с низким социально-экономическим статусом и на детей самого раннего возраста. В частности, необходимо иметь массив данных, дезаггегированных по полу, этнической принадлежности и принадлежности к той или иной социальной группе.

Следует лучше изучить детерминанты потребления пищевых продуктов в различных общественных контекстах и группах населения, равно как и детерминанты изменения рациона питания под влиянием средовых факторов, относящихся к продовольственному снабжению. Аналогичным образом, следует продолжить изучение средовых факторов, способствующих повышению физической активности.

Кроме того, следует глубже изучить, в частности, с помощью метода анализа конкретных ситуаций, роль факторов, защищающих здоровье, таких как эмоциональная устойчивость, хорошее психическое здоровье и социальная поддержка.

Нам следует глубже изучить динамику системы продовольственного обеспечения населения, особенно в условиях расширяющихся рынков Восточной Европы, а также проанализировать эволюцию системы продовольственного снабжения с уделением особого внимания ценам и доступности различных продуктов питания. Рациональное использование рыночных механизмов может внести

значительный вклад в общественное здравоохранение, если достаточное внимание будет уделяться решению таких проблем, как информационная асимметрия и внешние расходы.

Необходимо создать систему активного мониторинга маркетинга в различных европейских странах, уделяя при этом особое внимание направленной на детей рекламе пищевых продуктов и неалкогольных напитков.

3. База фактических данных для практических действий по борьбе с ожирением

Ключевые положения

- Получение стандартизированных фактических данных для успешной профилактики ожирения сопряжено с трудностями. В открытых популяциях сложно обеспечить проведение рандомизированных контролируемых исследований, и в большинстве случаев контролируемые исследования проводились в местах, обеспечивающих наибольшие возможности для контроля и регулирования (таких как школы, центры здравоохранения и места работы), в результате чего в базе фактических данных для формирования политики преобладает информация в отношении лишь некоторых определенных мест проведения исследований.
- Меры по профилактике ожирения в школах, на рабочих местах или в районе проживания продемонстрировали умеренную эффективность. Меры вмешательства в таких местах, как школы и дошкольные группы, должны носить комплексный характер и осуществляться в рамках служб общественного питания, медико-санитарного просвещения, физического воспитания, а также в местах игр и занятий спортом. Они должны охватывать лиц, участвующих в формировании политики.
- Вмешательства на микроуровне, если они не подкреплены вмешательствами на макроуровне, например, в области маркировки, ценообразования и обеспечения доступности продуктов питания, как правило, будут иметь лишь незначительный эффект.
- В целом ряде мест, в особенности на уровне местных сообществ, имеется возможность использования множества экономически эффективных мер увеличения физической активности в рамках повседневной деятельности. Для увеличения физической активности необходимо участие различных секторов, обеспечение возможности поддержки с их стороны и переход от мер, ориентированных на отдельных людей, к мерам, осуществляемым в масштабе всего населения.
- Для разработки эффективных стратегий первичных мер вмешательства, воздействующих на детерминанты поведения в отношении здоровья, необходимы нетрадиционные виды фактических данных, включая примеры деятельности в других областях общественного здравоохранения, модельные исследования и рекомендации комитетов экспертов.
- Стратегии ценообразования могут оказывать влияние на покупательское поведение, свидетельствуя о том, что меры финансового характера также могут являться одним из возможных элементов стратегии борьбы с ожирением. Меры в области налогообложения и ценообразования способствуют профилактике и борьбе с потреблением табака и алкоголя, хотя политика ценообразования в отношении продуктов питания или их основных ингредиентов может быть более сложной для реализации.

Введение

Объем фактических данных о профилактике ожирения и о разработке эффективных путей улучшения рациона питания и повышения физической активности быстро увеличивается. В данной главе приводится обзор новейших опубликованных данных и рекомендаций консультативных совещаний экспертов. База имеющихся фактических данных о мерах вмешательства, предпринимаемых на уровне отдельных лиц и местных сообществ (микровмешательства), содержит больший объем информации, чем в отношении мер, осуществляемых на уровне всего населения (макроемешательства), таких как нормативные положения в

отношении цен на продовольственные товары и рекламирования продуктов питания, хотя такие меры обладают большим потенциалом воздействия на все население в целом, а их реализация в меньшей степени зависит от использования ресурсов на бытовом уровне или на уровне местного сообщества.

Стремясь к удовлетворению критериев, необходимых для получения надежных данных, которые, как ожидается, должны быть получены при проведении клинических исследований, научные работники изучали практические меры борьбы с ожирением в таких местах – например, в школах и центрах здравоохранения – которые поддаются контролю и регулированию, что позволяет судить о характере и степени воздействия конкретной меры вмешательства. Однако это привело к тому, что в базе фактических данных преобладает информация в отношении некоторых определенных мест проведения исследований. При проведении оценки эффективности мер вмешательства необходимо принимать во внимание и учитывать также другие виды фактических данных, которые не зависят от того, проводится ли исследование в строго контролируемых условиях.

Кроме того, воздействие мер вмешательства следует оценивать с осторожностью. Хотя эффективность некоторых мер оценивается по оказываемому ими влиянию на показатели распространенности ожирения или на такой показатель, как ИМТ, в отношении других мер изучается их воздействие на определенные детерминанты поведения, такие как пищевые предпочтения или уровень физической активности. Оценка во всех случаях сопряжена с трудностями, особенно если она основывается на результатах самооценки, проводимой самими участниками.

Фактические данные могут быть получены по результатам экспериментальных исследований, а также оценки программ или политики, но они могут также быть экстраполированы на основе модельных оценок (например, при проведении экономических анализов или при переносе результатов какой-либо программы на все население в целом) или быть получены на основе опыта, приобретенного при решении других проблем общественного здравоохранения (например, борьба с курением), или опыта, накопленного учеными, практическими работниками и лицами, определяющими политику, в отношении влияния некоторых мер политики на социальные изменения.

Полученные выводы показывают, что хотя экспериментальные фактические данные в пользу какой-либо эффективной стратегии вмешательства отсутствуют, многие меры обладают хорошим потенциалом для обеспечения высокой эффективности. Имеется достаточный объем фактических данных для незамедлительных действий, а эффективность осуществляемых стратегий может быть повышена путем продолжения поиска новаторских подходов к профилактике, изменения местных условий и проведения новых исследований.

Меры вмешательства на микроуровне

Имеется три классических варианта мест и условий для осуществления мер по укреплению здоровья: службы здравоохранения (семейные службы, специализированные клиники и выездные бригады медицинских работников); школы и другие учреждения социального характера (для осуществления мер просветительного и практического характера); и места работы (также для осуществления мер просветительного и практического характера). К числу других мест относятся места, где формируется поведение в отношении здоровья, например, такие, где ведется экономическая деятельность (магазины, рестораны и т.д.), ориентированная на потребителей, а также места, создаваемые проектировщиками и дизайнерами (например, дороги, парки и здания) и ориентированные на пользователей.

Наиболее распространенными местами проведения контролируемых исследований являются школы, где можно осуществлять количественную оценку конкретных “вводимых факторов” (таких как учебные занятия, службы питания и занятия физической активностью), а схема эксперимента может обеспечить определенную степень научной достоверности результатов. К другим местам, пригодным для осуществления контролируемых мер вмешательства, относятся дошкольные учреждения, учреждения здравоохранения и места работы.

Использование этих мест, которые наиболее пригодны для проведения контролируемых исследований, ограничивает информацию, имеющуюся в распоряжении лиц, формирующих политику, и приводит к возникновению опасений, что политика, основанная на фактических данных, носит слишком узконаправленный характер. Использование результатов этих исследований для формирования политики создает серьезные проблемы: меры вмешательства, осуществляемые в школах, в местных сообществах и на рабочих местах, подвергались критике ввиду отсутствия устойчивых результатов (лишь в немногих исследованиях сообщается о долгосрочных результатах), неприменимости в других условиях и необходимости использования больших объемов ресурсов. Кроме того, большинство таких мер мало или вовсе не влияют на профилактику избыточной массы тела и оказывают лишь небольшое воздействие на изменение таких детерминантов ожирения, как рацион питания и физическая активность.

Семья

Результаты обзора, подготавливаемого к печати, показывают, что эффективность мер, ориентированных на детей в возрасте от двух до пяти лет, а также на их семьи и лиц, осуществляющих за ними уход, вызывает сомнения в отношении их возможности способствовать поддержанию здоровой массы тела или профилактики избыточной массы тела или ожирения (93). Проведенные исследования показывают, что небольшие изменения могут быть достигнуты и что эффективность мер вмешательства может быть более высокой, если они направлены конкретно на профилактику ожирения (а не на изменение рациона питания и физической активности), а также являются активными, дорогостоящими, целенаправленными и предназначенными для решения определенных задач. Эффективность мер, предпринимаемых на уровне семьи, в отношении детей более старшего возраста также сомнительна. Меры, осуществляемые на уровне семьи могут быть менее эффективными в отношении профилактики ожирения у подростков.

Дошкольные учреждения и школа

Изучение эффективности мер, направленных на формирование здоровых привычек питания в дошкольных учреждениях среди детей в возрасте от одного до пяти лет, показало, что их воздействие на поведение в отношении питания оценивалось реже, и полученные результаты носят непоследовательный характер (94), хотя большинство исследований указывают на определенный положительный эффект в плане просвещения по вопросам питания. Данные, необходимые для оценки долгосрочной эффективности в отношении имеющихся знаний или форм поведения, отсутствуют.

Имеются убедительные данные в пользу профилактики ожирения в школах, где используется подход, предусматривающий проведение мероприятий в рамках всей школы. Исследования показывают, что применение такого подхода может оказывать воздействие на рацион питания за счет небольших, но важных изменений в отношении выбора продуктов питания детьми, таких как увеличение уровня потребления фруктов и овощей, а также общее сокращение потребления жиров. Интересно отметить, что девочки, в целом, лучше реагируют на использование общешкольного подхода, чем мальчики. «Клубы завтраков» в школах оказывают положительный эффект в отношении поведения, рациона питания, состояния здоровья, социального общения, концентрации внимания и обучения, посещаемости и пунктуальности. Это может иметь особое значение не только потому, что ожирение чаще встречается в семьях с низким социально-экономическим статусом, но также потому, что их эффективность может распространяться на семьи, члены которых подвергаются риску социальной маргинализации или уже испытывают ее.

Имеются определенные данные о том, что школьные мероприятия по проведению интенсивных программ обучения по вопросам питания с использованием мультимедийных средств (которые, однако, требуют значительных объемов дополнительных финансовых и людских ресурсов) помогают детям поддерживать массу тела на здоровом уровне. Такие же результаты, хотя они носят несистематический характер, демонстрируют меры, направленные на повышение физической активности. Меры, являющиеся интересными и новыми для детей, такие как танцевальные клубы, а также направленные на сокращение

времени, затрачиваемого на телевизионные передачи, просмотр видеокассет и видеоигры, также эффективны в отношении поддержания веса. У детей младшего возраста наиболее успешные результаты дают меры в области питания, направленные лишь на один из аспектов здорового рациона питания, например, потребление фруктов и овощей, и использующие несколько подходов к пропагандированию здоровых привычек питания наряду с повышением доступности соответствующих продуктов питания. Среди детей более старшего возраста факторы, способствующие получению успешных результатов, все еще менее ясны. Некоторые фактические данные в отношении профилактики ожирения в школах свидетельствуют в пользу применения комплексных стратегий в рамках школ в отношении завтраков, приносимых детьми в школу, наличия фруктов в школьных буфетах, а также ходьбы в школу пешком или езды на велосипеде.

Имеется ограниченный объем фактических данных в отношении мер, основанных на программах потребления фруктов в школах, которые могут иметь положительное воздействие на семьи низкого социального уровня. Имеется также ограниченный объем данных в отношении использования таких подходов, как наличие более здоровых продуктов питания в школьных торговых автоматах.

Программы профилактики ожирения, в особенности ориентированные на детей и подростков, должны сочетать классические подходы к снижению веса с повышением уровня самооценки, выработкой здорового отношения к своему телу и обеспечением того, чтобы пищевой рацион детей не носил дисфункциональный характер и не приводил к расстройствам пищевого поведения (20). Программы профилактики в школах должны быть комплексными и не приводить к тому, чтобы внимание, уделяемое профилактике ожирения, способствовало росту стигматизации в связи с избыточной массой тела или риском развития расстройств пищевого поведения (95).

Места работы

Стратегии, ориентированные на взрослых людей, занятых трудовой деятельностью, включают целый ряд различных подходов: просвещение по вопросам питания, занятия аэробикой или силовой тренировкой, обучение методам поведенческой терапии, предоставление материалов для оказания самопомощи, конкретные рекомендации в отношении питания и групповые или организованные занятия физическими упражнениями. Имеющиеся данные об эффективности мер борьбы с избыточной массой тела и ожирением на рабочем месте не носят характер строгих доказательств, однако могут побуждать работодателей предоставлять возможность занятий по таким программам. Имеющиеся литературные данные также указывают в пользу мер, сочетающих рекомендации в отношении здоровых привычек питания со структурированным подходом к усилению физической активности на рабочем месте (96). Меры борьбы с хроническими заболеваниями и факторами риска на рабочем месте успешно применялись в США, при этом коэффициент окупаемости составлял, в среднем, 3,5 в отношении затрат на медицинскую помощь и 5,8 в отношении невыхода на работу (97).

Местное сообщество

Примерами более творческих подходов, используемых на уровне местных сообществ, могут служить:

- повышение информированности в отношении здоровых продуктов питания и их доступности (например, расширение доступа к крупным магазинам и обеспечение более широкого ассортимента товаров в местных магазинах, создание продовольственных кооперативов, общественные кафе, клубы по выращиванию пищевых продуктов);
- оздоровляющие мероприятия с целью повышения уровня знаний и навыков (например, поездки по магазинам, практические занятия по приготовлению пищи);
- обеспечение возможности ходьбы пешком и езды на велосипеде и повышение их безопасности;
- использование специальных купонов для посещения местных объектов (например, бассейнов).

Рекламные мероприятия, проводимые супермаркетами, представляются эффективными в отношении краткосрочного улучшения рациона питания, в особенности если они сопровождаются предоставлением дополнительной информации.

В табл. 2 приводятся примеры контролируемых исследований в области профилактики ожирения среди детей, продемонстрировавших свою эффективность. Меры, направленные на изменение характера питания, дали успешные результаты среди детей младшего возраста при использовании программ, основанных на мультимедийных стратегиях, применяемых для маркетинга, таких как видео, игрушки и герои мультфильмов, с использованием четко выраженных положительных и отрицательных примеров для подражания (98).

Меры вмешательства на макроуровне

До настоящего времени предпринимавшиеся меры в области политики не были достаточно эффективными, они касались преимущественно отдельных факторов или призывали к усилению ответственности на индивидуальном уровне путем проведения просветительных кампаний. Несколько комитетов экспертов согласились с тем, что для успеха таких мер требуется сочетание стратегий и программ, ориентированных на все население, механизмов регулирования и практических действий в рамках

Таблица 2. Примеры контролируемых оценочных исследований в области профилактики ожирения среди детей

Страна и проводимые мероприятия	Выводы
Австрия: Многопрофильная программа PRESTO по проведению просветительных мероприятий в школах среди детей в возрасте 10–12 лет (пилотное исследование) (99)	Расширение знаний в области питания, в особенности среди наиболее успевающих учащихся. Показатели ИМТ не изменяются.
Крит, Греция: Проспективное исследование по проведению медико-санитарного просвещения в школах среди детей в возрасте от 6 до 12 лет (100,101)	ИМТ улучшился в группе наблюдения по сравнению с контрольной группой, хотя уровни ИМТ в обеих группах возросли за этот период вместе с увеличением доли детей с избыточной массой тела.
Дания: Проводимые в течение двух лет консультации по семейным вопросам, планированию покупок и принятию пищи (102)	Масса тела у детей уменьшилась.
Германия: Исследование по профилактике ожирения в Киле (KOPS), мероприятия, проводившиеся в течение 8 лет в школах среди детей, начиная с возраста 5–7 лет (103)	Расширение знаний по вопросам питания, увеличение физической активности, сокращение времени, проводимого перед телевизором. Снижение показателей ожирения (толщина кожной складки, процент жировой массы) по сравнению с контрольной группой.
Германия: Мероприятия на базе школ STEP TWO среди детей в возрасте 7–9 лет (104)	Снижение темпов роста ИМТ, снижение уровня систолического артериального давления.
Израиль: Комплексные, структурированные многопрофильные меры вмешательства среди детей и подростков (105)	Снижение массы тела, уменьшение ИМТ и повышению уровня физической подготовки, особенно в тех случаях, когда родители не страдали избыточной массой тела.
Соединенное Королевство: “Будь умней”: мероприятия в школах и в семье среди детей в возрасте от 5 до 7 лет (106)	Расширение знаний в области питания и потребления фруктов и овощей. Отсутствие значительных изменений в показателях распространенности избыточной массы тела.
Соединенное Королевство: “MAGIC”: 12-недельная программа для дошкольников (3–4 года) по повышению уровня физической активности (пилотное исследование) (107)	Повышение уровня физической активности на 40%. Данных об изменениях в отношении ожирения не имеется.
Соединенное Королевство: “APPLES”: школьные мероприятия среди детей в возрасте 7–11 лет (108,109)	Некоторое улучшение в отношении рациона питания. Отсутствие изменений в уровне физической активности или ИМТ.

скоординированной долгосрочной стратегии общественного здравоохранения. Необходимы широко-масштабные изменения, касающиеся образа жизни, при этом потребуется определенное время для того, чтобы стали видны их результаты.

Меры макроэкономического уровня с участием всех правительственных структур успешно осуществлялись в отношении борьбы с табаком и алкоголем, однако в области питания они были менее успешными. Таким образом, имеется не слишком много примеров такой деятельности для оценки ее эффективности. Экономические реформы в Польше способствовали снижению объемов потребления животных жиров, а также росту потребления растительных масел, фруктов и овощей (43). На национальном уровне было показано, что такие меры, как предпринимавшиеся в Финляндии для снижения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, продемонстрировали важное значение сочетания мер медико-санитарного просвещения (включая кампании с использованием различных средств массовой информации) со структурными изменениями, такими как политика в области ценообразования, меры поддержки сельскохозяйственного производства, маркировка продуктов питания и снабжение населения продовольствием.

Имеется несколько примеров деятельности в этой области за пределами Европейского региона. В Китае борьба с лишним весом, сокращение потребления соли и алкоголя, а также усиление физической активности в рамках программ на уровне местных сообществ привели к снижению уровня артериального давления (43).

Исходя из сказанного, меры по борьбе с ожирением могут быть ориентированы на более широкую аудиторию, включая предприятия пищевой промышленности (изготовителей продуктов питания, предприятия питания и розничной торговли, которые контролируют большую часть того, что производят фермеры, и определяют качество большинства продуктов питания), местные органы самоуправления, школы и места работы, а также средства массовой информации, неправительственные организации, группы политического влияния и законодателей.

Увеличение физической активности

Так же, как и меры по пропагандированию здорового рациона питания, стратегии, направленные на увеличение физической активности, охватывают не только такие классические объекты деятельности, как места отдыха и занятия спортом, школы, места работы, службы здравоохранения, но также транспорт, планирование дорожного движения, планировку зданий и городскую среду обитания.

Имеются достоверные фактические данные о том, что физическая подготовка на базе школ с использованием высококвалифицированных преподавателей физкультуры, комплексные подходы к организации работы, рекомендации реже пользоваться лифтами и обеспечение или расширение доступа к местам занятия физической активностью в сочетании с информационно-пропагандистской деятельностью могут способствовать повышению уровня физической активности (110). Кроме того, имеются достоверные данные о том, что меры, способствующие развитию активных средств передвижения, таких как ходьба пешком и езда на велосипеде, повышают уровень физической активности и что субъективно воспринимаемые и объективно определяемые атрибуты окружающей среды, такие как эстетика, удобство (пешеходные дорожки), доступность (озелененные территории), безопасность и защищенность связаны с повышенным уровнем физической активности.

Таким образом, для повышения уровня физической активности эффективными могут быть такие меры, которые сочетают в себе информационные, поведенческие, социальные, экологические и политические подходы.

Экономические меры

Ряд авторов высказывали предположение, что экономические меры могут быть использованы для непосредственного воздействия на характер потребления продуктов питания или на занятия физической

активностью. Одним из таких подходов является использование отрицательных экономических стимулов в отношении ожирения, например, путем повышения стоимости медицинского страхования для лиц, страдающих ожирением. Это может привести к усилению неравенства в отношении здоровья и носит крайне несправедливый характер, принимая во внимание различия в генетической предрасположенности разных людей к ожирению. Другим подходом является использование налоговых стимулов, например, в отношении работодателей, предоставляющих возможности получения консультаций по вопросам питания или обеспечивающих возможность занятий физической активностью, или местных органов власти, сооружающих велосипедные дорожки и расширяющих доступ к открытым площадкам.

Рассматривалась также возможность введения целевого налогообложения высококалорийных и малопитательных продуктов питания и субсидирования продуктов питания, способствующих укреплению здоровья. Имеются убедительные данные о том, что регулирование цен действительно влияет на характер потребления и что этот метод можно использовать для того, чтобы население придерживалось более здорового рациона питания, хотя необходимо следить за тем, чтобы изменение цен приводило не к усилению социально-экономического неравенства, а к его уменьшению.

Результаты продольного исследования цен на продукты питания и характера их потребления в Китае показали, что рост цен на вредные для здоровья продукты питания сопровождается снижением уровня потребления этих продуктов (111). В США программы снижения цен на здоровые продукты питания способствовали росту их потребления на 78% (43). Ценообразование считается также мощным средством воздействия на уровень потребления табачных изделий и спиртных напитков.

Результаты модельных исследований показывают, что повышение цен на такие компоненты продуктов питания, как жиры, насыщенные жиры и сахар, с помощью мер налогового характера вместо повышения цен на сами переработанные продукты в сочетании с субсидиями на продукты питания, богатые клетчаткой, могут снизить уровень потребления налогооблагаемых компонентов продуктов питания, а также общего потребления калорий. Краткосрочное исследование, проводившееся, в основном, в школах и на рабочих местах, непосредственно указывает на то, что снижение цен на фрукты, овощи и другие полезные для здоровья продукты приводит к росту покупок этих продуктов питания и напитков (74).

Даже если обложение налогами или предоставление льгот не приводит к быстрым изменениям форм поведения, принятие таких мер убедительно свидетельствует о ценности таких продуктов питания и их воздействия на состояние здоровья – в самом деле, угроза налогообложения сама по себе может являться сигналом для коммерческих производителей, что они должны пересмотреть состав и рецептуру своих продуктов. Инвестиционные компании уже предупредили ведущие компании по производству продуктов питания о том, что они могут подвергнуться коммерческому риску, если будут излишне ориентированы на узкий ассортимент высококалорийных и низкопитательных продуктов питания (112).

Принятие во внимание контекстуальных факторов

На эффективность применяемых мер сильно влияют условия и ситуации, в которых они осуществляются. Например, политика в отношении школьного питания различна в школах, обеспечивающих и не обеспечивающих питание учащихся, а также в школах, где введена плата за питание, и тех школах, где она отсутствует. Меры, направленные на повышение уровня потребления фруктов и овощей, могут быть неэффективны, если доступ к свежим фруктам и овощам ограничен или их стоимость слишком высока. Меры, направленные на расширение использования велосипедов в городах, располагающих велосипедными дорожками на улицах и правилами движения, благоприятными для велосипедной езды, таких как Копенгаген и Амстердам, будут отличаться от мер, осуществляемых в городах, где езда на велосипеде не поддерживается мерами проектирования или законодательства.

Эффективные стратегии по борьбе с ожирением должны учитывать культурные различия. В ряде стран высокая степень ожирения считается допустимой или даже желательной, в то время как в других странах имеются сильные предубеждения против лиц с избыточной массой тела, что может оказывать

влияние как на детей, так и на взрослых. Кроме того, в силу культурных традиций отношение к физической активности детей, особенно девочек, может быть разным. Кроме того, следует следить за тем, чтобы программы профилактики ожирения не способствовали использованию методов похудения, опасных для здоровья, или таких рискованных форм поведения, как курение для снижения веса. Следует применять меры борьбы с распространением ожирения, в которых подчеркивается важное значение здоровых форм поведения и полезной для здоровья активности, а не идеализируется какой-либо определенный вес или внешний вид.

Некоторые дети и родители могут противиться введению таких мер, как школьная политика, изменяющая среду питания. Анализ передового опыта указывает на то, что в процессе планирования мер вмешательства должны участвовать те, на кого они ориентированы. Изменения общепринятой практики в школах, например, могут дать наиболее успешные результаты, если в этом процессе на этапе планирования будут принимать участие все заинтересованные стороны – дети, сотрудники и родители. Это особенно важно, если для реализации предложенных решений необходимо их сотрудничество. Такие предложения соответствуют принципам Оттавской и Бангкокской хартий по укреплению здоровья (113,114).

За пределами экспериментально полученных данных

При отсутствии экспериментальных данных об успешных мерах профилактики ожирения можно рассмотреть возможность использования других видов фактических данных.

Проведение экономического анализа может позволить экстраполировать полученные данные. Например, модельные оценки показывают, что через 20 лет объем экономии средств здравоохранения за счет маркировки продуктов питания (в долл. США) достигнет 1 млрд. долл. в Австралии, 2,7 млрд. долл. в США и 5 млрд. долл. в Канаде (43). В Дании проводилось модельное исследование с целью изучения того, как семьи, относящиеся к различным социально-экономическим группам, реагировали на колебания цен на продукты питания. Его результаты показали, что даже небольшие изменения налога на добавленную стоимость могут существенно улучшить рацион питания менее имущих слоев населения (115).

Параллельные данные (фактические данные, касающиеся других вопросов общественного здравоохранения при использовании аналогичных стратегий) указывают на эффективность методов регулирования, таких как введение ограничений на рекламную деятельность, ориентированную на детей, и обязательная маркировка продуктов питания с четкой информацией об их потребительских качествах. Такие методы доказали свою практическую ценность в борьбе с воздействием табачного дыма, в отношении использования ремней безопасности в автомобилях, в ограничении пропагандирования заменителей материнского молока, а также в ограничении потребления алкоголя молодыми людьми.

Ценным руководством может служить также мнение экспертов. Оно может учитывать целевые группы, места осуществления мероприятий и методы, которые не позволяют проводить контролируемые исследования, но, как свидетельствуют другие виды фактических данных, считаются имеющими важное значение для снижения риска ожирения среди населения. По результатам консультативных совещаний экспертов ВОЗ (1,75) были выработаны рекомендации в отношении мер профилактики избыточной массы тела и ожирения, при этом указывалось на необходимость рассмотрения возможностей осуществления мер, ориентированных на все население в целом, а также влияющих на факторы, определяющие пищевые предпочтения и уровни физической активности, вместо мер, предполагающих, что улучшение рациона питания и увеличение уровня физической активности должно происходить на индивидуальном уровне.

В настоящее время имеется несколько инициатив, осуществляемых в местах, не поддающихся научному контролю, которые, тем не менее, показывают, что может быть реально достижимо и приемлемо с политической точки зрения, в связи с чем их можно считать достойными принятия, не дожидаясь результатов полной оценки. Примеры таких инициатив приводятся в табл. 3

Таблица 3. Примеры новаторских мероприятий, стратегий и практических действий в Европе, которые могут способствовать профилактике ожирения

Страна	Мероприятия или стратегии
Дания	Программа “6 раз в день” (116): увеличение потребления фруктов на рабочих местах и в школах
Франция	Налог на телевизионную рекламу газированных напитков Запрет на торговые автоматы во всех школах
Германия	Орган контроля за использованием промышленных материалов в школах
Греция	Сетям предприятий быстрого питания запрещено организовывать пункты питания или столовые в школах
Греция и Шотландия, Соединенное Королевство	Нормы питания для школ
Ирландия, Швеция	Ограничения на рекламу по телевидению, ориентированную на детей
Казахстан	Сеть школ укрепления здоровья (117): участвуют 300 школ
Норвегия	Декретный отпуск для поощрения и поддержки грудного вскармливания (118): 98% женщин при выписке из роддома кормят детей грудью, 90% продолжают грудное вскармливание через 3–4 месяца, 75% – через 6 месяцев
Российская Федерация	Выращивание овощей на крышах домов (119): примерно 15 огородов на крышах в Санкт-Петербурге вносят значительный вклад в обеспечение фруктами и овощами лиц с низким уровнем доходов на уровне местных сообществ
Швеция	Предоставление бесплатного питания в школах в соответствии с рекомендациями, не носящими обязательный характер
Швейцария	Компании предоставляют рекомендации сотрудникам в отношении избыточной массы тела их детей
Соединенное Королевство	<p>“Холодная вода в школе” (120): в нескольких школах установлены охладители питьевой воды, и всем детям в школе предлагаются бесплатно бутылки с водой, что способствовало уменьшению сбоев в учебном процессе и повышению концентрации внимания</p> <p>“Пешие автобусы” по дороге в школу (121): взрослые сопровождают организованные группы детей, идущих в школу по определенному маршруту, увлекая за собой по дороге других “пассажиров”</p> <p>“Борьба с потреблением жиров – борьба за хорошую физическую форму”, телевизионная кампания, ориентированная на все население (122): высокий уровень информированности, однако лица с низким уровнем образования и группы этнических меньшинств меньше воспринимают призывы к изменению образа жизни. Уровень участия низок даже среди целевых групп</p> <p>Потребление фруктов и овощей будет способствовать сооружению в школе плавательных бассейнов</p> <p>Замена торговых автоматов в школах на молочные бары</p> <p>Субсидирование использования спортивных центров местными школами</p> <p>Дети, покидающие школу на автомобилях, должны выждать 10 минут, прежде чем сесть в машину</p> <p>Налог с продаж продуктов питания категории “люкс”</p>

Построение доказательной базы для эффективных мер вмешательства: дальнейшие этапы работы

Необходимо разработать новые методы оценки фактических данных и экономической эффективности, которые будут способствовать обоснованному выбору мер вмешательства. Сметы расходов должны основываться на информации о ресурсах, необходимых для проведения выбранных мер.

Необходимо разработать стратегии, которые учитывают недостатки традиционных подходов в отношении фактических данных и признают, что меры общественного здравоохранения включают элемент риска (неопределенность конечных результатов), а также что уровни окупаемости (последствия мер вмешательства) будут разными. Например, имеется недостаточный объем веских данных, непосредственно свидетельствующих в пользу введения ограничений на рекламу высококалорийных и малопитательных продуктов питания, ориентированную на детей, или ведения активной деятельности на рынках с помощью финансовых мер, направленных на изменение структуры потребления. В то же время имеется достаточный объем данных для того, чтобы полагать, что эти меры обладают большим потенциалом в рамках портфеля возможных мер по борьбе с ожирением и будут содействовать улучшению показателей здоровья.

Поскольку лица, формирующие политику, могут предпочесть реализовывать экономические или другие инструменты социальной политики при отсутствии убедительных данных, такие меры должны подвергаться в будущем постоянной оценке. При проведении оценки экономических инструментов следует изучать как их воздействие на характер потребления конкретных продуктов питания, так и их способность изменять соотношение между уровнем потребления калорий и расходами.

Политическая среда может влиять на возможность ведения активной жизни посредством целого ряда механизмов. Некоторые из них ограничиваются определенной областью, например, бюджетные средства для управления транспортом и дорожным движением или политика в области городского планирования и жилищного строительства. Другие носят многопрофильный характер, как, например, политика в области здравоохранения, создающая стимулы и способствующая развитию физической активности. Новаторские подходы и методы, доказавшие свою эффективность при других социально-культурных условиях, должны быть документированы.

4. Ведение и лечение больных ожирением

Ключевые положения

- Имеющиеся высококачественные фактические данные указывают на эффективность низкокалорийных диет для лечения ожирения у взрослых. Ограничение жиров в питании представляется эффективным методом снижения концентрации калорий и приводит к быстрой потере веса.
- Высококачественные фактические данные указывают на то, что увеличение физической активности эффективно для умеренного снижения веса и поддержания его на этом уровне, обеспечивая дополнительные положительные эффекты для здоровья. Однако следует отметить, что при сравнении подхода, ориентированного на изменение питания, с подходом, ориентированным на повышение физической активности, взятых в отдельности, первый представляется более эффективным.
- До настоящего времени нет фактических данных, подтверждающих сохранение эффективности на протяжении более двух лет либо наличие долгосрочных положительных эффектов в сравнении с сопутствующими рисками для здоровья.
- Устранение факторов риска ожирения и лечение возникших осложнений столь же важно, как и лечение ожирения.
- С помощью регулирования питания у детей можно добиться целого ряда положительных результатов, однако, если не принять меры предосторожности, некоторые последствия могут быть отрицательными, включая уменьшение безжировой компоненты массы тела, снижение показателей линейного роста и обострение расстройств приема пищи. Предпочтительными методами для всех, кроме очень тучных детей до достижения ими половой зрелости, являются режимы поддержания веса (в сочетании с консультированием по вопросам питания). Для детей с очень высокой степенью ожирения или со средней степенью ожирения и дополнительными осложнениями рекомендуется сбалансированный низкокалорийный рацион питания, предусматривающий использование широко распространенных продуктов.
- Увеличение физической активности, активная ходьба пешком и разработка программы соответствующих мероприятий могут повышать эффективность лечения ожирения, и даже в тех случаях, когда это не приводит к снижению веса, такие меры могут сами по себе способствовать снижению заболеваемости.
- Участие родителей в лечебных программах необходимо для успешного снижения веса как у детей младшего возраста, так и, в меньшей степени, у подростков.

Введение

В предыдущих главах основное внимание уделялось необходимости принятия стратегий и мер профилактики ожирения, охватывающих все население.

В данной главе рассматриваются принципы лечения ожирения. Поскольку лица, у которых имеется “предожирение” уже характеризуются повышенным риском заболеваемости, снижение веса должно быть рекомендовано в случае умеренного превышения нормального индекса массы тела для того, чтобы не допустить дальнейшего прогрессирования и развития более выраженных форм ожирения.

Меры, направленные на снижение веса у взрослых, позволяют быстро получать положительные результаты. Например, снижение веса у женщин приводит к уменьшению смертности в течение первых двух лет, а также к сокращению факторов риска, ведущих к ухудшению состояния здоровья и развитию осложнений, связанных с другими болезнями. Однако для успешного снижения веса как у взрослых, так

и у детей требуются соответствующие ресурсы, включая время, затраченное специалистами различного профиля, и даже в этом случае добиться устойчивого снижения веса может быть сложно.

Снижение веса не должно являться единственной целью лечения ожирения. Оно может быть направлено также на снижение риска нарушения здоровья, а также осложнений, связанных с возможным наличием сопутствующих заболеваний. Кроме того, врачи и пациенты должны хорошо понимать, что результаты лечения должны носить устойчивый характер, а не ограничиваться коротким промежутком времени.

Возможность проведения скрининга отдельных групп населения можно рассматривать при наличии эффективных служб последующего наблюдения и их доступности, желательно в контексте проводимой оценки множественных факторов риска неинфекционных заболеваний.

Меры вмешательства: взрослые

С помощью мер, направленных на изменение образа жизни, у взрослых людей можно добиться небольшого или умеренного снижения веса и поддержания его на этом уровне. Врачи первичной медицинской помощи, при условии получения ими соответствующей подготовки, должны играть определенную роль в предоставлении рекомендаций по вопросам питания и физической активности при состояниях, характеризующихся предожирением. Специализированные центры располагают большими возможностями по оказанию консультативной помощи и мониторингу при более тяжелых состояниях.

Лечебное питание

Высококачественные фактические данные указывают на эффективность низкокалорийных диет для лечения ожирения. Ограничение жиров в питании представляется эффективным методом снижения концентрации калорий и приводит к быстрой потере веса.

Умеренное снижение потребления калорий (около 2,5 МДж (600 ккал) в день) может способствовать соблюдению режима и схемы лечения и рекомендовано в качестве рациона питания для регулирования веса. Фактические данные указывают также на то, что диеты с низким содержанием жиров в сочетании с ограничениями в отношении калорийности и диеты с низким содержанием жиров сами по себе являются эффективными долгосрочными мерами вмешательства. Диеты с очень низким содержанием калорий эффективны для быстрого снижения веса, однако они обычно используются только в отношении людей с тяжелым ожирением (ИМТ >35) и сопутствующими болезнями, требующими быстрого снижения веса. Имеющиеся данные указывают на то, что диеты с очень низким содержанием калорий не более эффективны в плане долгосрочного лечения, чем более умеренные стратегии питания.

Некоторые работники здравоохранения, часто не имеющие должной квалификации, или даже средства массовой информации рекомендуют применение целого ряда несбалансированных диет. Использование таких диет следует избегать, в особенности в течение длительного времени, так как это может привести к недостаточному обеспечению потребностей в питательных веществах.

Физическая активность

Высококачественные фактические данные указывают на то, что увеличение физической активности эффективно для умеренного снижения общего веса. Однако применение только диеты представляется более эффективным, чем только занятия физической активностью. В ряде стран рекомендуется занятие физической активностью по предписанию врачей первичной медицинской помощи.

Поведенческая терапия

Использование методов поведенческой терапии в сочетании с другими методами снижения веса эффективно в течение одного года. Имеется ограниченный объем фактических данных об эффективности проведения поведенческой терапии на протяжении более длительного периода.

Лекарственная терапия

Лекарственные препараты против ожирения эффективны в плане увеличения относительного числа лиц, достигающих умеренного снижения веса в течение периода до двух лет, однако их применение должно сочетаться с лечебным питанием и может вызывать побочные эффекты. Имеются некоторые фактические данные, свидетельствующие об эффективности этого метода в течение более длительного периода, а небольшой объем фактических данных свидетельствует в пользу долгосрочного снижения показателей инвалидности и смертности. Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства Соединенного Королевства выпустил методические рекомендации в отношении двух наиболее популярных лекарственных средств – сибутрамина (123) и орлистата (124). В разных странах применяются различные подходы к обеспечению доступности этих лекарственных средств в рамках систем возмещения расходов.

Хирургические методы

Хирургическое вмешательство при ожирении является единственной мерой, доказавшей свою эффективность в плане снижения веса у больных с тяжелым ожирением на более длительный срок (более 10 лет). Такое снижение веса сочетается со значительным положительным эффектом в отношении обмена веществ, в частности способствуя снижению частоты случаев диабета второго типа.

Хирургическое вмешательство эффективно для лечения ожирения в тех случаях, когда все другие нехирургические методы оказались безрезультатны. В то же время эти методы лечения требуют очень больших затрат, а риск смертности при их применении составляет 0,5%. Создание любой службы такого рода требует наличия многопрофильных бригад специалистов должной квалификации для проведения операций и обеспечения долгосрочной поддержки.

Лечение сопутствующих заболеваний

Необходимо принимать во внимание наличие заболеваний, сопутствующих ожирению, а также проводить скрининг в отношении других факторов риска, таких как алкоголь и курение. Лечение больных с избыточной массой тела и ожирением, которое должно проводиться высококвалифицированными работниками здравоохранения, требует не только снижения веса, но также лечения сопутствующих нарушений здоровья. Устранение факторов риска ожирения и лечение возникших осложнений столь же важно, как и лечение ожирения. Нередко борьба с рисками или осложнениями откладывается из-за ошибочных представлений о том, что снижение веса обеспечивает достаточный положительный эффект. Неумеренное потребление пищи в сочетании с сопутствующим психическим расстройством приводит к неудовлетворительным результатам лечения ожирения (20); работники служб здравоохранения и психиатрических учреждений должны знать об этом и проводить скрининг на наличие психических расстройств даже в том случае, если вначале ничто не указывает на это (20,21).

Меры вмешательства: дети и подростки

Обзор методов лечения ожирения у детей и подростков показывает, что снижение веса сопровождается улучшением ряда сопутствующих факторов, однако добиться устойчивого снижения веса нелегко. Методы, применяемые в отношении детей и подростков, обычно предназначены для того, чтобы не допустить дальнейшего увеличения веса, а также для лечения и облегчения сопутствующих заболеваний.

Важное значение имеет мотивация: если ребенок или пользующийся авторитетом родитель не мотивированы, вероятность успешного исхода при применении какой-либо меры вмешательства невелика. Практические работники должны ознакомиться с методами обеспечения и усиления мотивации детей и их семей.

По сравнению с детьми младшего возраста, подростки менее склонны к тому, чтобы принять строгие ограничения в доме или в школе; они чаще отказываются от соблюдения рекомендаций и используют

более широкий набор стратегий, для того чтобы избежать лечения или сообщать о себе неточные данные. Подростки рискуют попасть в ситуацию, при которой они могут остаться неохваченными ни педиатрическими службами, ни службами для взрослых, при этом подростки отказываются от того, чтобы с ними обращались “как с детьми”, и не приходят для консультаций в назначенное для них время. Необходимо искать новые стратегии, например, предусматривающие коммуникацию через Интернет, большую вовлеченность подростков в разработку программ, которыми руководят они сами, а также стратегии поддержки со стороны сверстников.

Лечебное питание

С помощью регулирования питания у детей можно добиться целого ряда положительных результатов, однако некоторые последствия могут быть отрицательными, включая уменьшение безжировой компоненты массы тела, снижение показателей линейного роста и обострение расстройств приема пищи. Предпочтительными методами для всех, кроме очень тучных детей до достижения ими половой зрелости, являются режимы поддержания веса (в сочетании с консультированием по вопросам питания). Для детей с очень высокой степенью ожирения или со средней степенью ожирения и дополнительными осложнениями рекомендуется сбалансированный низкокалорийный рацион питания, предусматривающий использование широко распространенных пищевых продуктов.

Физическая активность

Увеличение физической активности, активная ходьба пешком и разработка программы соответствующих мероприятий могут повышать эффективность лечения ожирения, и даже в тех случаях, когда это не приводит к снижению веса, эти меры могут сами по себе способствовать снижению заболеваемости. Стратегии, направленные на повышение расхода энергии, включают увеличение физической активности и, в качестве самостоятельной стратегии, борьбу с сидячим образом жизни, например, с сидением перед телевизором. Простые меры, такие как ограничение просмотра телевизионных передач, видеозаписей и занятий видеоиграми, могут значительно способствовать снижению избыточной массы тела у детей.

Для достижения устойчивого снижения веса важное значение имеет также характер физической нагрузки (физическая нагрузка как элемент повседневной деятельности, включая игры, плавание, спорт, танцы и езду на велосипеде или занятия аэробикой по определенной программе). Обе формы физической нагрузки способствуют снижению веса уже на начальном этапе, однако представляется вероятным, что дети и подростки будут продолжать и в дальнейшем заниматься той физической активностью, которая стала частью их повседневной жизни. Занятия физической активностью могут назначаться врачом наряду с другими видами лечения.

Психологическая поддержка и поддержка семьи

Семья ребенка оказывает влияние на привычки в отношении питания и физической активности, и это следует принимать во внимание при проведении любого эффективного лечения. Участие родителей в лечебных программах необходимо для успешного снижения веса как у детей младшего возраста, так и, в меньшей степени, у подростков. Врачи должны обращать внимание на наличие возможных препятствий к участию родителей в лечении детей. В некоторых семьях в силу культурных или психологических причин родители могут не замечать, что ребенок страдает ожирением. В других семьях родители могут признавать, что ребенок действительно страдает ожирением, но отрицать, что это может иметь какие-либо последствия.

Поведенческие и психологические формы терапии, способствующие увеличению физической активности и развитию здоровых привычек в отношении питания, считаются важными для обеспечения длительного успеха лечения тучных детей и подростков. В отношении детей дошкольного возраста

групповое обучение имеет более важное значение, чем индивидуальное лечение, и в этой деятельности должна принимать участие вся семья. К моменту достижения детьми половой зрелости они создают свои собственные группы и системы социальных взаимоотношений, вследствие чего индивидуальные подходы к лечению могут быть более приемлемы. Такое лечение может проводиться в форме когнитивно-поведенческой терапии, семейной терапии, лечения в специализированных школах и стационарных учреждениях, особенно если дети страдают сопутствующими проблемами психического здоровья, которые могут являться как причиной, так и следствием ожирения, и если имеются данные об эффективности применяемых форм поведенческой терапии и психообразовательных подходов (125–127).

Лечение в стационарных учреждениях

В ряде случаев предпринимаемые меры могут считаться более эффективными, если они осуществляются в условиях более контролируемой среды с использованием определенной комбинации лечебных мер, направленных на борьбу с последствиями ожирения для здоровья. Программы стационарного лечения более всего подходят для детей старшего возраста, которые могут проживать вне семьи и формировать системы социальных взаимоотношений со своими сверстниками, проходящими лечение по этой же программе.

Лекарственная терапия

Рассматривалась возможность использования среди подростков некоторых методов лекарственной терапии, предназначенных для взрослых, однако большинство из них еще не были официально одобрены. До тех пор, пока не будут получены более подробные данные о безопасности и надежности этих лекарственных средств, они могут использоваться для снижения веса у подростков и детей лишь в экспериментальном порядке.

Хирургические методы

Методы хирургического вмешательства не рекомендуется использовать в отношении детей и подростков с обычными формами ожирения. Безопасность и эффективность хирургических методов лечения в этих группах пациентов не была в достаточной мере доказана, в связи с чем следует вначале применять другие подходы. Возможность хирургического вмешательства следует рассматривать только в тех случаях, когда все другие методы не дали результатов, при достижении детьми роста взрослого человека и если имеют место тяжелые последствия ожирения, которые могут представлять угрозу для жизни.

Ведение и лечение больных ожирением: дальнейшие этапы работы

Медицинские рекомендации в отношении образа жизни, касающиеся питания и физической активности, могут способствовать снижению массы тела, не требуя больших затрат. Результаты недавнего проведенного исследования показывают, что снижение веса на 5% в течение одного года может быть достигнуто при уровне затрат около 150 евро на человека (128).

Лишь немногие работники здравоохранения прошли специальную подготовку по вопросам питания и физической активности или реально достижимых целей в отношении снижения веса, и лечение ожирения нередко проводится без использования тех преимуществ, которые обеспечивает комплексная программа регулирования образа жизни. В связи с этим имеются значительные возможности для разработки более эффективных программ подготовки работников, занимающихся лечением тучных людей или предоставлением вспомогательных услуг: врачей-клиницистов, консультантов по семейным вопросам, специалистов в области физической активности, диетологов и практических руководителей, которые могут нуждаться в координации деятельности, осуществляемой на дому.

Скрининг детей на наличие ожирения может иметь практическую ценность, когда лица с ожирением, подвергшиеся скринингу, готовы к проведению дальнейшей оценки и к изменениям для достижения

здорового уровня массы тела; когда местное сообщество располагает возможностями для проведения дальнейшей оценки или другими необходимыми средствами лечения; и когда эффективные программы практических мер и последующей деятельности для выявленных детей имеются в наличии и доступны.

Системы здравоохранения должны решать проблемы, связанные с большим числом детей и взрослых с избыточной массой тела, которые страдают также другими сопутствующими заболеваниями, такими как диабет второго типа и ишемическая болезнь сердца. Таким образом, министерства здравоохранения и профессиональные организации должны изучить возможности того, как наилучшим образом помочь такому большому числу людей, способных извлечь пользу из проведения медицинской оценки и лечения. Врачи нередко считают, что они и так уже излишне загружены клинической работой, поэтому необходимо изыскивать новые подходы к использованию другого персонала служб здравоохранения для проведения оценки, лечения и последующего наблюдения. Кроме того, специализированные службы, предоставляющие лечение и укомплектованные штатом многопрофильных специалистов, должны обеспечивать должный территориальный охват и предоставление помощи в приемлемые сроки. Это является серьезной задачей, которую пока не удалось успешно и последовательно решить еще ни одной из национальных систем здравоохранения.

5. Разработка стратегий борьбы с ожирением

Ключевые положения

- За последние годы многие страны добились успехов в повышении уровня информированности о данной проблеме. Возрастает число стран, приступивших к реализации стратегий и планов действий, однако до настоящего времени ни одна из стран не сумела взять эпидемию ожирения под контроль.
- Страны и международные организации должны безотлагательно расширить объем инвестиций в деятельность по профилактике ожирения. Приоритетными группами являются дети, молодежь и группы населения с низким социально-экономическим статусом. Особое внимание следует уделять здоровью женщин, принимая во внимание важное значение метаболического импринтинга и их роль в качестве лиц, осуществляющих уход за детьми, а также учитывая их повышенную уязвимость на определенных этапах жизни.
- Изучение заявлений, сделанных странами по вопросам политики, указывает на хорошее понимание необходимости наличия широкого ассортимента вариантов политических решений с участием нескольких секторов и большого круга заинтересованных лиц.
- Министерства здравоохранения должны признать, что основными факторами, способствующими развитию эпидемии ожирения, являются действия других секторов; таким образом, министерства здравоохранения должны обеспечивать необходимое руководство и лидерство, для того чтобы все заинтересованные стороны внесли свой вклад в успех общенациональных усилий по улучшению рациона питания и повышению уровня физической активности для профилактики ожирения.
- Необходимо провести оценку состояния здоровья и экономики в каждой стране для иллюстрации масштабов данной проблемы и мобилизации межсекторальной поддержки. Необходимо достичь согласия в рамках правительства и его министерств в отношении значимости данной проблемы, ее детерминантов и совместной ответственности за улучшение ситуации.
- Каждое министерство, оказывающее влияние на детерминанты ожирения, должно взаимодействовать с широким кругом частных, государственных и общественных организаций на национальном, региональном и местном уровнях для выработки мер, которые могут применяться на практике.
- Эффективной моделью формирования политики является инвестиционный подход, при котором признается наличие риска (неопределенности конечных результатов) и допускаются различные уровни отдачи от инвестиций (воздействия мер вмешательства).
- К числу мер, направленных на усиление спроса и предложения более здоровых продуктов питания, относятся: разработка и совершенствование национальных рекомендаций в отношении питания на основе пищевых продуктов; реализация мер по регулированию цен, по введению стандартов на продукты питания и по оказанию поддержки социально ущемленным группам населения в обеспечении доступа к продуктам питания, полезным для здоровья; уменьшение давления со стороны рынка на детей путем регулирования рекламной деятельности и сотрудничества со средствами массовой информации и Интернет-провайдерами; ведение просветительской деятельности по вопросам питания и улучшение схем маркировки продуктов питания; расширение практики грудного вскармливания; повышение питательной ценности продуктов питания путем снижения содержания сахара, соли и насыщенных жиров; недопущение использования производственных стимулов в отношении производства жиров, сахара и алкоголя; и создание благоприятных условий для выращивания фруктов и овощей и торговли ими; обеспечение здорового рациона питания в школах; и улучшение системы общественного питания, в том числе на рабочих местах.

- Деятельность по увеличению физической активности среди населения включает: обеспечение наличия и доступности по цене мест и сооружений для занятий физической активностью; более широкое использование безопасных средств передвижения, требующих физической активности, особенно по дороге в школу и на работу; создание на рабочих местах условий для повышения мотивации к занятиям физической активностью; стимулирование изменений в городской среде обитания для повышения уровня физической активности; информационно-пропагандистская деятельность среди населения; повышение эффективности программ физической активности в школах; создание условий для физически активного отдыха и расширение практики индивидуального консультирования работниками здравоохранения.
- Важным инструментом развития межсекторальных стратегий профилактики ожирения является проведение оценки их влияния на состояние здоровья.
- Участие широкого круга заинтересованных сторон является важнейшим компонентом разработки новых стратегий для решения задач в области профилактики и лечения ожирения. Участники этого процесса, находящиеся за рамками сектора здравоохранения, могут играть ключевую роль в переориентации стратегий общественного здравоохранения.
- Не все заинтересованные стороны разделяют искреннее стремление добиться достижения целей в области здравоохранения. Таким образом, необходимы более эффективные подходы и аргументы для обеспечения участия в этой деятельности других секторов с целью более полного понимания ими той роли, которую они могут играть в этом процессе, а также положительного эффекта, который может быть ими получен за счет мер, направленных на оздоровление рациона питания и увеличение физической активности. Успеху усилий по привлечению к работе заинтересованных сторон может способствовать подготовка предложений, обеспечивающих их участие на основе законодательства или нормативно-правовых актов, а не только на добровольной основе, так как это создаст “единое игровое поле” для субъектов экономической деятельности.
- Неправительственные и профессиональные организации могут оказать значительную поддержку в реализации стратегий, обеспечивая возможность совместной деятельности и предоставления других услуг для развития этих стратегий и их мониторинга.
- Мониторинг и оценка являются важным инструментом изучения хода работ по реализации стратегий и обеспечивают возможность для проведения анализа. Необходимо обеспечить наличие достаточных средств и времени для проведения качественной оценки, при этом орган, отвечающий за проведение мониторинга и оценки, не должен зависеть от политических и коммерческих интересов.
- Необходимы международные действия в поддержку реализации национальных стратегий.

Введение

За последние годы многие страны добились успехов в повышении уровня информированности о данной проблеме. Возрастает число стран, приступивших к реализации стратегий и планов действий, однако до настоящего времени еще ни одной стране не удалось преодолеть тенденцию к росту показателей распространенности ожирения. Быстрое распространение данной проблемы требует новаторских решений и создания новых структур. В данной главе рассматриваются принципы, лежащие в основе стратегий профилактики ожирения, и определяется круг участников процесса формирования и реализации политики в этой области.

В предыдущих главах подчеркивалась необходимость рассмотрения целого ряда стратегий с участием широкого круга заинтересованных сторон, представляющих многие секторы, для борьбы с ожирением как среди всего населения в целом, так и на индивидуальном уровне. Рекомендуется использовать

“портфель инвестиций” с учетом особенностей национальной и местной культуры и нормативно-правовой базы.

Меры, направленные на улучшение привычек в отношении питания и увеличение физической активности, должны, прежде всего, осуществляться на том уровне общества, где формируются условия для здоровых привычек в области питания и физической активности, что облегчает задачу принятия здорового образа жизни. Опыт показывает, что люди делают здоровый выбор чаще, если окружающая среда способствует этому. Меры укрепления здоровья, направленные исключительно на отдельных лиц и не оказывающие влияния на общесоциальные условия обеспечения здоровья, не достигают желаемого эффекта и могут усиливать неравенство в отношении здоровья. Заинтересованные стороны также должны быть вовлечены в реализацию стратегий, и их участие в разработке политики может обеспечивать получение важной политической поддержки. Кроме того, следует уделять приоритетное внимание направлениям деятельности, в которых испытывается наибольшая потребность и которые потенциально способны обеспечить оптимальный эффект в плане улучшения показателей здоровья, таким как меры, ориентированные на социально ущемленные группы населения и молодежь.

Данный подход отражен в Глобальной стратегии в области рациона питания, физической активности и здоровья (принятой резолюцией WHA55.23 Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2002 г.) и в таких региональных инициативах, как Платформа ЕС для действий области питания, физической активности и здоровья и настоящая инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ по борьбе с ожирением.

Требуется комплексный подход в виде “портфеля инвестиций”, включающего целый ряд мер политического характера, осуществляемых в разных секторах и на разных уровнях, принимая во внимание культурные особенности и экономическую ситуацию.

Необходимо оценить результаты реализации политики в данной области, что требует постоянного мониторинга показателей ожирения и его детерминантов, таких как рацион питания и уровень физической активности. Результаты мониторинга должны использоваться в качестве основы для регулярного пересмотра инструментов политики и их реализации. Работа по пересмотру вопросов политики должна проводиться органами, не зависящими от коммерческих и политических интересов, такими как независимая обсерватория по наблюдению за проблемой ожирения, совет по питанию или институт общественного здравоохранения, располагающими полномочиями по разработке рекомендаций в отношении политики.

Существующие международные механизмы действий

За последнее время разработано несколько международных политических инструментов, касающихся важнейших факторов риска ожирения – нездорового рациона питания и низкого уровня физической активности.

Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья (129) представляет собой набор вариантов политических решений, предлагаемых для рассмотрения правительствам стран и другим заинтересованным сторонам. Технические рекомендации основаны на достоверных фактических данных, полученных из целого ряда научных источников, а рекомендации в отношении политики разрабатывались с учетом политической и финансовой ситуации, инфраструктуры здравоохранения, кадрового потенциала и других соображений практического характера. Это делается с той целью, чтобы страны и другие заинтересованные стороны принимали решения в отношении вариантов политических действий, которые в наибольшей степени соответствуют конкретным условиям в этих странах. Несмотря на убедительные данные о быстрых темпах развития эпидемии неинфекционных заболеваний и распространения их общих факторов риска во всех частях земного шара (за исключением районов Африки, расположенных к югу от Сахары), объемы инвестиций, осуществляемых правительствами стран и международными учреждениями в целях снижения этих показателей, намного ниже требуемого уровня. Европейские страны в целом выражают большую готовность к действиям, чем

страны в других частях земного шара. В то же время бремя болезней, связанных с неинфекционными заболеваниями, в Европейском регионе является самым высоким в мире, поэтому странам Европейского региона необходимо предпринимать значительно большие усилия в этом направлении.

Отмечаются некоторые положительные сдвиги в отношении развития национального потенциала и возможностей по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними, а также с общими для них факторами риска. По сравнению с результатами глобальной оценки, проведенной в 2000–2001 гг., в настоящее время возросло число стран, располагающих национальным потенциалом по разработке стратегий, планов и программ профилактики неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а в нескольких странах были разработаны конкретные меры с учетом требований Глобальной стратегии ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья. Однако во многих странах надлежащие меры по решению проблем, вызываемых неинфекционными болезнями, не были разработаны, а рекомендации, содержащиеся в Глобальной стратегии, не выполняются.

В связи с разработкой и принятием Глобальной стратегии имели место некоторые изменения в частном секторе. Производители продуктов питания и безалкогольных напитков ведут активную деятельность по разработке новой, более полезной для здоровья продукции и повышают качество предоставляемой потребителям информации о своей продукции. Эта деятельность является обнадеживающей, однако проводится не систематически и в ограниченных масштабах, в связи с чем необходимы более широкие действия, предпринимаемые в масштабах всей отрасли в отношении коммерческого производства основных продуктов питания и напитков. Неправительственные и профессиональные организации могут оказывать значительное влияние на достижение задач, поставленных в Глобальной стратегии, и с этими группами были установлены отличные рабочие взаимоотношения.

Кодекс Алиментариус, совместная комиссия ВОЗ и Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО) по утверждению стандартов в области торговли продуктами питания, приняла шаги к использованию своих полномочий в поддержку Глобальной стратегии. Мандат этой комиссии включает маркировку продуктов питания и выступления с заявлениями в отношении их полезности для здоровья, а также определение требований к составу и ингредиентам продуктов питания. В настоящее время она рассматривает возможные пути использования своих полномочий для расширения возможностей потребителей делать выбор в пользу здоровых продуктов питания.

Платформа ЕС для действий в области питания, физической активности и здоровья (130) была создана в 2005 г. в качестве форума с участием заинтересованных сторон из числа коммерческих, профессиональных, потребительских и других общественных организаций при координации со стороны Европейской комиссии. В рамках этой деятельности была проведена серия совещаний и семинаров, и в настоящее время осуществляется мониторинг и оценка выполнения обязательств, принятых участвующими сторонами. В 2007 г. предусматривается проведение анализа хода работ в рамках этой Платформы. Деятельность Комиссии осуществлялась при поддержке Европейского экономического и социального комитета, консультативного органа, состоящего из представителей субъектов экономической деятельности, профсоюзов и организаций гражданского общества, которые также высказали свое собственное мнение о необходимости участия всех секторов в борьбе с ожирением. После создания Платформы Европейская комиссия выпустила Зеленую книгу о расширении использования здорового рациона питания и увеличении физической активности в рамках проводимых общественных консультаций о путях борьбы с ожирением и с распространением сопутствующих неинфекционных болезней в странах ЕС. Зеленая книга призывает к высказыванию конкретных предложений и идей в отношении действий, которые могут быть предприняты в рамках всех секторов и на всех уровнях общества для решения этой серьезной проблемы и для побуждения жителей европейских стран придерживаться более здорового образа жизни. Европейская комиссия намерена опубликовать отчет о результатах этих консультаций в начале 2007 г., где будут содержаться предложения в отношении действий в области питания и физической активности.

Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (131) в Европейском регионе ВОЗ, одобренная Европейским региональным комитетом ВОЗ в сентябре 2006 г., предусматривает реализацию комплексной стратегии, направленной на активизацию деятельности как по укреплению здоровья всего населения, так и по выполнению программ профилактики заболеваний, уделяя особое внимание группам, повышенного риска, и обеспечивает максимальный охват населения эффективными методами лечения и комплексными действиями в отношении факторов риска и соответствующих детерминантов в рамках различных секторов в сочетании с усилиями по укреплению систем здравоохранения с целью повышения эффективности профилактики этих болезней и борьбы с ними.

Глобальная стратегия ВОЗ по питанию детей грудного и раннего возраста (132) предусматривает использование исключительно грудного вскармливания до достижения шестимесячного возраста с последующим своевременным введением адекватного и безопасного дополнительного питания. Доказанная взаимосвязь между питанием детей грудного возраста и развитием ожирения в раннем детстве делает реализацию данной стратегии особо важной задачей. Европейская комиссия также опубликовала **Программу действий по расширению практики грудного вскармливания в Европе**, учитывая имеющиеся фактические данные о том, что у детей, получающих грудное вскармливание, снижается риск инфекций, может снижаться риск развития ожирения в будущем и что грудное вскармливание оказывает положительное воздействие на “матерей, семьи, местные сообщества, систему здравоохранения и социального обеспечения, окружающую среду и все общество в целом” (133).

Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков” (134), принятая Европейским региональным комитетом в сентябре 2005 г., придает особое значение правильному питанию в качестве основы для здорового развития и подчеркивает необходимость профилактики ожирения среди детей школьного возраста и с помощью действий в рамках различных секторов.

Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей” (ЕОСЗД) (135), принятый в 2004 г., обязует страны Европейского региона обеспечивать снижение заболеваемости, связанной с отсутствием адекватной физической активности, путем содействия созданию таких населенных пунктов, которые не только безопасны для жизни и здоровья всех детей, но и способствуют их развитию. В частности, он предусматривает реализацию мер дорожной безопасности, осуществление действий в области городского планирования, учитывающего потребности и интересы детей, а также обеспечение безопасной и доступной инфраструктуры для социального взаимодействия, игр и занятий спортом.

Общеввропейская программа по транспорту, охране окружающей среды и здоровью (ОПТООСЗ) (136), принятая в 2002 г., обязывает страны разработать меры по обеспечению и улучшению безопасных условий для езды на велосипеде и ходьбы пешком с уделением особого внимания детям.

Текущая национальная политика по проблеме ожирения в странах Европейского региона

В большинстве стран Европейского региона ВОЗ разработаны планы действий в области питания или стратегий общественного здравоохранения, направленные на борьбу с факторами риска ожирения, однако лишь некоторые из них затрагивают вопросы физической активности. Всесторонняя оценка политики, разрабатываемой в области питания, физической активности и профилактики ожирения, приводится в документе, специально подготовленном для Министерской конференции по борьбе с ожирением (137). Ниже приводится комплексный анализ результатов этой оценки:

- В странах Европейского региона имеется большое количество **документов по вопросам политики** в области пищевых продуктов и питания, хотя основное внимание в них может уделяться не только вопросам питания, но также физической активности, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, охране здоровья населения, проблеме устойчивого развития или гигиене окружающей среды.

Проблема профилактики ожирения решается в рамках конкретного плана действий по борьбе с ожирением (как, например, в Дании, Ирландии, Испании, Португалии и Словакии) или в рамках плана действий в области питания или стратегии общественного здравоохранения. В Нидерландах, Норвегии, Словакии, Словении, Соединенном Королевстве, Финляндии и Эстонии разработаны дополнительно отдельные национальные документы по вопросам политики, касающиеся физической активности. В Российской Федерации разработка такого плана действий находится на стадии рассмотрения.

- Стратегии в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова, Украине и Таджикистане, например, уделяют особое внимание вопросам питания и безопасности пищевых продуктов, которые рассматриваются в рамках национальных документов или отдельных проектов, например, по профилактике недостаточности питательных микроэлементов или расширению практики грудного вскармливания. Вопросы повышения физической активности и профилактики ожирения нередко являются частью этих стратегий.
- Помимо выступлений с заявлениями об общих задачах, многие страны ставят **конкретные цели в области питания с количественными показателями**, однако лишь немногие страны определили поддающиеся количественной оценке цели в отношении избыточной массы тела, ожирения и физической активности. Например, в Соединенном Королевстве поставлена цель не допустить дальнейшего роста распространенности ожирения среди детей младше 11 лет до 2010 г. В Болгарии и Франции целью является снижение числа лиц с избыточной массой тела и ожирением, соответственно, на 10% и 20%.
- В большинстве стратегий определены участвующие стороны, а меры, направленные на вовлечение в работу заинтересованных сторон, включают создание **партнерств**, сетей или платформ либо принятие обязательств в рамках подписанных соглашений. Примерами таких мер служат Платформа для действий в области питания и физической активности в Германии, Платформа для действий в области питания, физической активности и здоровья в Польше, Соглашение по проблеме избыточного веса и ожирения в Нидерландах, Сети укрепления здоровья в Эстонии, Сеть по укреплению здоровья и физической активности в Швейцарии, Межминистерская комиссия в Армении и несколько партнерств между государственными и частными организациями на национальном или местном уровнях, как, например, в Дании, Греции и Соединенном Королевстве.
- Конкретные мероприятия по проведению **политики** в данной области в различных местах (школы, места работы, службы здравоохранения), на разных уровнях (национальный, региональный, местный) и в разных секторах (охрана окружающей среды, сельское хозяйство, спорт, научные исследования, жилищно-коммунальная сфера) разработаны в Дании, Ирландии, Испании, Италии, Норвегии, Финляндии, Соединенном Королевстве и Швеции.
- Большинство стран располагают **учрежденческой структурой**, включая, например, совет по вопросам пищевых продуктов и питания или институт общественного здравоохранения, с различным кругом обязанностей – от технической поддержки до консультирования, планирования и реализации стратегий. В некоторых странах созданы специальные учреждения для разработки политики по борьбе с ожирением, например, Чешский национальный совет по проблеме ожирения, Датская ассоциация по изучению ожирения, Португальское общество по изучению ожирения и целевые группы по проблеме ожирения в Ирландии и Израиле. В некоторых странах, в особенности в странах Северной Европы, советы по вопросам политики существуют уже давно. В качестве примеров недавно созданных учреждений, отвечающих за предоставление рекомендаций и улучшение координации деятельности разных секторов, можно привести консультативный комитет в Эстонии, Совет по вопросам питания в Латвии, Центр по вопросам питания и пищевого рациона в Бывшей Югославской Республике Македония и Комитет по пищевым продуктам и питанию в Турции. Они могут иметь ограниченный срок деятельности (как, например, Целевая группа в Ирландии) или функционировать на постоянной основе (например, Обсерватория по проблеме ожирения в Испании).

- Во всех стратегиях развития политики определяются **группы целевого воздействия** для использования подхода с точки зрения полного жизненного цикла. К другим целевым группам относятся лица с низким социально-экономическим статусом или низким уровнем образования, лица, находящиеся в затрудненном положении, хронически больные люди, инвалиды, члены групп этнических меньшинств и иммигранты.
- Большинство мероприятий проводится в рамках **школ**, при этом общей целью является изменение школьной среды путем обеспечения хорошей основы для занятий физической активностью и усиления физической подготовки. На Мальте специальная рабочая группа разрабатывает национальную политику с целью создания системы здорового питания в школах. В Испании осуществляется проект, направленный на изменение среды обитания в школах, а в Хорватии используется подход, предусматривающий проведение мероприятий в рамках всей школы. В Бельгии фламандская община в настоящее время разрабатывает стратегический и практический план деятельности в рамках образовательного сектора. Деятельность во многих странах направлена на улучшение школьного питания в столовых или в рамках системы общественного питания, как, например, в Венгрии и Нидерландах, где осуществляется национальная программа в области питания в школьных столовых, и в Эстонии, где школьникам с первого по девятый класс и в профессиональных училищах будет бесплатно предоставляться питание. В Норвегии недавно начато выполнение проекта в области физической активности и здорового питания с целью распространения примеров, которые могут служить образцом для подражания, и консультирования местных органов, занимающихся вопросами школьного образования, в отношении основных факторов для достижения успеха. Национальная политика в отношении торговых автоматов носит противоречивый характер и направлена либо на их ликвидацию, либо на оптимизацию продаваемой ими продукции. Во Франции, например, был принят закон о введении запрета на использование торговых автоматов в школах. В Латвии, Нидерландах, Норвегии, Франции и Соединенном Королевстве предпринимаются попытки предоставлять бесплатно фрукты или обеспечивать их доступность в школах.
- К числу мер, предпринимаемых на **рабочих местах**, относятся гибкие часы работы, снижение платы за использование гимнастических залов, введение стимулов за езду на велосипеде или ходьбу пешком по дороге на работу, обеспечение доступа к душевым и раздевалкам, пропагандирование принципов здорового питания и здорового образа жизни и оптимизация работы столовых на предприятиях. С целью поощрения езды на велосипеде на работу и обратно в Австрии и Швеции было начато проведение мероприятий, направленных на развитие конкуренции между компаниями. В Норвегии новый закон, касающийся условий труда, обязывает работодателей предусматривать возможность занятия физической активностью в качестве одной из их обязанностей.
- В некоторых документах по вопросам политики рассматриваются вопросы **создания потенциала**, включая необходимость подготовки работников здравоохранения, преподавателей в области питания и физической подготовки, работников по уходу за детьми и других лиц, осуществляющих стратегии укрепления здоровья, а также подготовки специалистов для инспектирования таких служб, как школы и центры ухода за детьми, где должны реализовываться стратегии укрепления здоровья. В Ирландии предложено разработать программы обучения и повышения квалификации работников здравоохранения для оказания соответствующей помощи лицам с избыточной массой тела и ожирением, которая должна носить деликатный характер. В Норвежском плане действий в области физической активности предлагается ввести вопросы оценки влияния предпринимаемых мер на состояние здоровья в учебную программу медицинских вузов.
- В отношении **городского планирования** в большинстве стран основное внимание уделяется средствам передвижения, требующим физической активности, для чего, например, создаются безопасные дорожки для ходьбы пешком и езды на велосипеде. В Германии, Дании, Норвегии, Соединенном Королевстве, Финляндии, Франции и Чешской Республике имеются национальные стратегии в

отношении езды на велосипеде. Инициативы, направленные на уменьшение использования автомобилей и поощрение детей к ходьбе в школу пешком, такие как “пешие автобусы”, осуществляются в Италии, на Мальте и в Соединенном Королевстве. На Мальте создан комитет по вопросам транспорта и окружающей среды с целью развития сети безопасного транспорта, включая ходьбу пешком и езду на велосипеде в школу. В финском проекте Jaloin основное внимание уделяется развитию пешеходного движения и езды на велосипеде. В Соединенном Королевстве разработан план действий “Дорога в школу”, предусматривающий ряд мер, с помощью которых центральные и местные органы власти и школы могут обеспечить более широкое использование ходьбы пешком, езды на велосипеде и на общественном транспорте по пути в школу и обратно.

- Массовые мероприятия по повышению физической активности, в рамках которых всему населению предлагается принять участие в занятиях физической активностью того или иного рода в определенный день, проводятся в Казахстане и в Швейцарии.
- Меры в области **жилищной политики** составляют неотъемлемую часть усилий, предпринимаемых в Швеции, по созданию среды обитания, способствующей ведению физически активной жизни в рамках плана действий по принятию здоровых привычек питания и увеличению физической активности. В Норвегии в настоящее время пересматривается закон о планировании и строительстве с целью создания среды обитания, в большей степени содействующей повышению физической активности.
- Имеется несколько примеров проектов, осуществляемых как на национальном, так и на местном уровнях: например, в Бельгии, Российской Федерации и Соединенном Королевстве помимо общенациональных стратегий имеются региональные стратегии и программы.
- В нескольких странах используется или предусматривается использование **финансовых мер**, таких как налогообложение продуктов питания, не полезных для здоровья, и обеспечение стимулов к поставке и потреблению здоровых продуктов питания или обеспечение возможностей для занятий физической активностью, однако чаще всего это делается с целью увеличения доходов, а не укрепления здоровья. Документ, принятый в Норвегии, содержит конкретные предложения в отношении снижения цен на фрукты и овощи и субсидирования их поставок в отдаленные районы, а также повышения налогов на высококалорийные и малопитательные продукты питания. В Швейцарии недавно было предложено ввести налогообложение высококалорийных продуктов питания, однако в настоящее время его реализация не предусматривается.
- В ряде стран начат диалог с пищевой промышленностью по вопросу пересмотра **состава пищевых продуктов**. Например, правительство Соединенного Королевства стремится к снижению содержания соли, а также сахара и жиров в переработанных продуктах и будет продолжать разработку и публикацию руководств в отношении размеров порций пищи. В Чешской Республике Федерацией предприятий пищевой промышленности и по производству безалкогольных напитков была создана специальная технологическая платформа. В Греции также в настоящее время разрабатывается аналогичная платформа для успешного сотрудничества между пищевой промышленностью и министерством здравоохранения.
- В большинстве стран рассматриваются возможности изменений **маркировки продуктов питания**, и отмечается тенденция к улучшению качества информации и ее большей доступности для понимания. Примерами легкодоступных для понимания указаний могут служить знак с изображением замочной скважины, применяемый в Швеции для маркировки продуктов питания с низким содержанием жиров, сахара или соли или высоким содержанием клетчатки, а также система маркировки продуктов питания с помощью цветов светофора – красного, желтого и зеленого, указывающих на, соответственно, высокий, средний или низкий уровень содержания в них жиров, насыщенных жиров, сахара и соли.
- Серьезной проблемой в Европейском регионе является **маркетинг продуктов питания и напитков, ориентированный на детей**. В некоторых странах, таких как Швеция и Норвегия, приняты законодательные акты, запрещающие рекламу такого рода, а в Финляндии и Ирландии существуют

рекомендации незаконодательного характера, предусматривающие определенные ограничения такой деятельности. В других странах, таких как Нидерланды, Португалия и Испания, используются механизмы саморегулирования, устанавливаемые саморегулируемыми организациями, которые создают рекламные агентства и средства массовой информации. Во Франции вся телевизионная реклама и другие формы маркетинга переработанных продуктов питания и пищевых продуктов и напитков, содержащих добавленные жиры, подсластители и соль, должны сопровождаться предупреждением о вреде для здоровья на основе принципов просвещения по вопросам питания, одобренных Национальным институтом санитарного просвещения; в противном случае рекламодатель должен уплатить налог (1,5% от суммы годовых расходов на данную рекламу) для финансирования кампаний по информированию и просвещению в вопросах питания.

В заключение, в политике стран признается важное значение экологического подхода к улучшению состояния здоровья, необходимость осуществления деятельности на национальном, местном и индивидуальном уровнях, а также необходимость участия заинтересованных сторон в реализации политики. Для успешной реализации политики и оценки полученных результатов необходима постановка ясных и реально достижимых целей и определение приоритетных задач в рамках предлагаемых действий. Необходимо обеспечить обмен опытом и примерами успешной деятельности в широких масштабах, а также усилить сотрудничество и взаимодействие между различными направлениями работы на национальном уровне.

Разработка стратегий и планов действий

Правительства должны управлять процессом разработки, осуществления и мониторинга стратегии профилактики ожирения. Как указывалось выше, детерминанты ожирения зависят от многих отраслей, и министерствам здравоохранения следует сотрудничать с коллегами из других министерств с целью разработки и реализации комплексной стратегии профилактики и борьбы с ожирением.

Стратегия борьбы с ожирением может быть частью общего документа по охране здоровья населения (например, стратегии борьбы с неинфекционными заболеваниями или плана действий, относящегося к пищевым продуктам, питанию и образу жизни) или же она может быть самостоятельным документом, в котором приводятся ссылки на соответствующие стратегии и планы, относящиеся к питанию и физической активности.

Для разработки такой стратегии министерству здравоохранения следует взять на себя лидирующую роль. Ему также следует определить соответствующие стратегические области и инициировать создание межотраслевой группы или комитета, в который должны войти все партнеры, необходимые для выработки многоотраслевого подхода, сотрудничая при этом с соответствующими техническими экспертами и другими лицами, располагающими соответствующей информацией. Эта роль может быть успешно выполнена через специализированные учреждения в странах.

На подготовительном этапе министерство здравоохранения может предоставить: фактическую информацию о рационе питания, физической активности и проблеме ожирения в стране с помощью:

- создания специальных систем мониторинга состояния питания, физической активности и ожирения;
- постановки национальных целей в отношении рациона питания, физической активности и ожирения;
- проведения анализа основных детерминант пищевых привычек и привычек в отношении физической активности;
- проведения анализа имеющихся планов здравоохранения в отношении ожирения, питания, неинфекционных заболеваний и т.д. для выявления их слабых и сильных сторон, а также возможностей для консолидации и расширения действий;
- использования методов оценки воздействия на здоровье.

Другие министерства и учреждения, идентифицированные как потенциальные партнеры, должны проанализировать имеющиеся стратегии в своих отраслях и провести оценку их влияния на здоровье и состояние питания населения.

На этапе разработки стратегии министерство здравоохранения и другие министерства могут сформулировать меры борьбы с существующими факторами риска ожирения в рамках своего круга ведения. Каждое министерство и ведомство может разработать комплекс мер для их реализации в рамках своих стратегических полномочий, включая пересмотры имеющихся стратегий. Межотраслевая группа или комитет могут подготовить проект плана и проконсультироваться с местными сообществами, частным сектором и неправительственными организациями. Предлагаемые меры должны быть конкретными, стороны, отвечающие за их осуществление, должны быть идентифицированы, а их участие подтверждено. Кроме того, необходимо рассмотреть такие вопросы, как финансирование осуществляемых мер и приложить усилия для обеспечения необходимых финансовых ресурсов. Стратегические решения будут приниматься на основе ожидаемой эффективности решений, их потенциальных побочных эффектов, практической возможности осуществления, стоимости, устойчивости и приемлемости для заинтересованных сторон.

Инвестиционный подход к укреплению здоровья

Тот факт, что фактические данные в отношении мер вмешательства ограничены и могут характеризоваться необъективностью в результате систематической ошибки оценки, обусловленной особенностями конкретных мест, где проводятся исследования, является веским аргументом в пользу выхода за рамки классической медицинской парадигмы, зависящей от проведения контролируемых исследований, рассматривая вместо этого возможность использования альтернативной парадигмы (“портфеля инвестиций”), основанной на практике управления банковскими и финансовыми рисками.

При таком подходе меры вмешательства определяются как инвестиции, и портфель инвестиций должен содержать набор как безопасных мер с низкой степенью доходности, так и рискованных, но потенциально высокодоходных мер. Степень риска может оцениваться с помощью показателей, характеризующих устойчивость эффекта воздействия вероятную эффективность воздействия. Таким образом, интенсивные меры вмешательства в рамках небольших групп или среди отдельных лиц могут быть классифицированы как связанные с низким риском и низкой доходностью, поскольку они, как правило, приводят к изменению поведения, но оказывают лишь небольшое влияние на показатели распространенности ожирения среди населения (138,139).

В отношении укрепления здоровья отдача от инвестиций может оцениваться с точки зрения ожидаемых положительных эффектов в отношении здоровья и других желаемых конечных результатов. Риск может оцениваться с точки зрения устойчивости эффекта той или иной меры вмешательства в разных группах населения, уровня охвата ею данной группы населения и показателей ее вероятной эффективности. При оценке риска следует также учитывать объем ресурсов, необходимых для осуществления выбранной меры вмешательства. К сожалению, литературные источники содержат удивительно малый объем информации такого рода.

Инвестиции в здоровье можно также представить в виде прогнозной таблицы, в которой их окупаемость представлена в виде двух векторов: воздействие на население (в диапазоне от низкого до высокого) и вероятность наличия эффекта (также в диапазоне от низкого до высокого), что дает большой диапазон конечных результатов – от наименьшего (низкая вероятность, слабое воздействие) до наибольшего (высокая вероятность, сильное воздействие). Таким образом, интенсивные меры вмешательства в рамках небольших групп или в отношении отдельных лиц могут иметь высокую степень вероятности, если они устойчиво приводят к изменению поведения, но обладать низким уровнем воздействия, если они приводят лишь к небольшому улучшению состояния здоровья населения в целом.

Процесс оценки и взвешивания возможных положительных эффектов и рисков позволяет разработать комплекс различных мер вмешательства, или портфель, который может быть принят для

уравновешивания рисков с целью сохранения темпов деятельности по укреплению здоровья в условиях отсутствия полного объема фактических данных об эффективности используемых мер вмешательства. Такой подход позволяет производить отбор мер вмешательства на основе наилучших имеющихся фактических данных, не исключая, однако, непроверенные на практике, но многообещающие стратегии.

При применении инвестиционного подхода может возникнуть необходимость в различных видах информации, в том числе об объеме затрат, вероятной эффективности, вероятной глубине воздействия и уровне охвата, устойчивости и приемлемости. Кроме того, при принятии решений в отношении той или иной инвестиции необходимо принимать во внимание последствия решений в области политики, которые влияют на условия, в которых осуществляются стратегии профилактики.

Пакет основных видов действий

Пакет ключевых профилактических действий для включения в предлагаемый портфель действий может быть определен на основе анализа фактических данных, рекомендаций комитетов экспертов, положений международно согласованных стратегий и нынешних стратегических разработок в ряде стран. Приоритетность действий должна основываться на учете национальных условий и уровня стратегических разработок, однако успех выбранной стратегии зависит от приверженности соответствующим стратегиям на макроуровне и программам, нормативному законодательству и действиям в области питания и физической активности, охватывающим все население. Стратегии на макроуровне следует всегда анализировать с точки зрения их потенциального воздействия на группы населения с низким социально-экономическим статусом.

Действия, способствующие росту как спроса на продукты здорового питания, так и их предложения

1. **Сельскохозяйственная политика:** сельскохозяйственная политика и другие аспекты продовольственного снабжения должны согласовываться с целями охраны общественного здоровья. Нынешняя политика стимулов, поддерживающих производство сахара и жира, должна быть пересмотрена в пользу поддержки производства и сбыта фруктов и овощей. Следует также пересмотреть тарифы, ограничивающие торговлю фруктами и овощами. Кроме того, следует поощрять развитие местной системы устойчивого производства пищевых продуктов.
2. **Меры по изменению состава пищевых продуктов:** первичных производителей (например, животноводов) и производителей готовых продуктов питания следует побуждать и стимулировать к тому, чтобы они изменили состав своей продукции с целью снижения общего количества содержащихся в них жиров, насыщенных жиров, добавок сахара и соли.
3. **Установление цен на продукты питания:** необходимо рассмотреть вопрос о принятии экономических мер, способствующих более здоровому выбору продуктов питания и ограничивающих потребление жиров и сахара, например, меры, направленные на увеличение цен на высококалорийные продукты и напитки и снижение цен на фрукты и овощи, особенно ввиду того воздействия, которое они могут оказать на характер потребления среди малоимущих групп населения.
4. **Продажа и маркетинг продовольственных товаров:** градостроителям и местным властям следует уделить самое пристальное внимание вопросу о размещении продовольственных торговых точек. Местным рынкам следует оказать поддержку с одновременным принятием мер для обеспечения равномерного распределения различных видов продовольственных торговых точек. Предприятия розничной торговли следует побуждать к тому, чтобы они обеспечивали большее наличие здоровых продуктов питания во всех местах продажи и чтобы цены на эти продукты были доступными для малоимущих групп населения. В местах продажи продовольственных товаров следует организовывать специальные мероприятия, направленные на поощрение выбора продуктов здорового питания и противодействие выбору продуктов, являющихся менее здоровыми.

5. **Организация общественного питания:** частный сектор общественного питания следует побуждать к тому, чтобы он обеспечивал такой ассортимент блюд, который был бы совместим с рекомендуемыми величинами потребления пищевых веществ. Следует принять меры к тому, чтобы столовые и заведения быстрого питания прекратили практику использования ценовых стимулов, для того чтобы расширить продажу более крупных порций блюд и блюд с высоким содержанием калорий. В процессе городского планирования следует также учитывать такой элемент, как плотность размещения предприятий общественного питания.
6. **Реклама и продвижение пищевых продуктов:** объем коммерческого продвижения продуктов питания и сладких газированных напитков среди детей следует уменьшить с помощью как методов саморегулирования в рамках самой пищевой промышленности, так и законодательных мер. В данном контексте продвижение продуктов включает использование всех видов рекламы и коммуникации, таких, например, как конкурсы, реклама продуктов на месте продажи, текст на упаковках, лотерея, подарки, размещение продуктов, спонсорство, реклама продуктов знаменитыми личностями, использование в рекламе героев мультфильмов, использование новых средств коммуникации, таких, как мобильные телефоны и Интернет, а также реклама в средствах массовой информации.
7. **Маркировка продуктов питания:** маркировка продуктов питания должна быть внедрена для того, чтобы обозначить продукты с высоким содержанием проблемных питательных веществ (жир, сахар, большое количество калорий, соль). Используемая маркировка должна быть понятной, стандартизированной и основанной на согласованной системе оценки питательной ценности продуктов.
8. **Организация питания в школах и детских садах:** продовольственное снабжение этих заведений должно быть улучшено посредством обеспечения того, чтобы обслуживающие их компании при поставке питания основывались на рекомендуемых величинах потребления пищевых веществ, предлагали детям фрукты, овощи и прохладительную воду и удалили из торговых автоматов высококалорийные, но малопитательные блюда и напитки.
9. **Организация питания на рабочих местах:** на рабочих местах необходимо обеспечить поставку блюд, основанных на рекомендуемых величинах потребления пищевых веществ. Кроме того, на рабочих местах следует принять меры для рекламы более здоровых продуктов питания, а также использовать ценовые стимулы для увеличения потребления таких продуктов.
10. **Организация питания в больницах:** в больницах не должно быть никаких точек быстрого питания и торговых автоматов, предлагающих высококалорийные, но малопитательные продукты питания.
11. **Информация и просвещение:** следует регулярно проводить кампании просвещения и социального маркетинга по вопросам питания, которые должны поощрять принятие здорового образа жизни и информировать людей о риске для здоровья, связанном с наличием избыточного веса. Следует пропагандировать культуру здорового образа жизни, используя для этого такой метод, как включение в журналы и телевизионные программы сообщений о пользе, связанной с выбором более здорового образа жизни. Следует также оказать поддержку организации в школах просвещения по вопросам питания.
12. **Рекомендации по питанию:** на международном уровне необходимо разработать и стандартизировать рекомендуемые величины потребления пищевых веществ, а также обновить эталонные величины потребления пищевых веществ.
13. **Грудное вскармливание и дополнительное питание ребенка:** необходимо оказать поддержку практике исключительно грудного вскармливания с помощью таких мер, как поддержание и расширение сети больниц, доброжелательного отношения к ребенку, обеспечение внедрения международного кодекса маркетинга заменителей грудного молока, разработка стратегий охраны труда женщин, гарантирующих достаточно длинный декретный отпуск и поддержку кормящим матерям на месте работы. Следует принять меры для распространения среди матерей рекомендаций по питанию грудного ребенка, для оказания им соответствующей поддержки, а также для организации их обучения.

Действия, способствующие повышению уровня физической активности среди населения

1. На уровне первичной медико-санитарной помощи **медицинские работники** должны давать своим пациентам рекомендации и назначения, нацеленные на повышение уровня их физической активности.
2. Транспортная инфраструктура европейских стран может обеспечить прекрасную, но все еще недостаточно используемую возможность для поддержания рекомендуемого ежедневного уровня умеренной физической активности, благоприятной для общего здоровья человека. Для того чтобы выбор **физически активных видов передвижения** стал возможным и легким, необходимо принять меры для удовлетворения тех потребностей велосипедистов и пешеходов, которые связаны с обеспечением их безопасности. Это особенно важно в случае детей, так как безопасность – это необходимое условие, для того чтобы они могли самостоятельно добираться в школу и обратно.
3. **Школы и детские сады** должны обеспечить детей и подростков более широкими и лучшими возможностями для физической активности. Для того чтобы значительная доля рекомендуемых 60 минут ежедневной разнообразной физической активности детей и молодежи приходилась на детские сады и школы, в этих учреждениях следует разработать разнообразную программу физической культуры во время и после уроков.
4. **Городская планировка и жилая физическая среда** могут способствовать физической активности и активной жизни или, наоборот, препятствовать им. Качество среды жилых застроек влияет на возможности и готовность жителей использовать открытые общественные места для физически активных занятий. Кроме того, должны быть приняты все меры для обеспечения безопасности населения.
5. Уменьшенная физическая нагрузка, связанная с производственной и домашней работой, в сочетании с увеличением свободного времени у большинства людей, дает хорошую основу для повышения уровня **рекреационной физической активности** на свежем воздухе во время досуга. После десятилетий, когда приоритет отдавался организованному спорту и специализированным спортивным дисциплинам, что находило отражение в развитии и использовании соответствующей материальной базы, включая множество дорогостоящих и специализированных спортивных клубов и других спортивных сооружений, настало время уделить больше внимания менее активным группам населения. В частности, необходимо изыскать ресурсы для создания соответствующей инфраструктуры и обеспечения ее широкой доступности. На местном уровне следует создать возможности, которые бы стимулировали людей быть физически активными во время досуга. Для населения следует обеспечить легкодоступные, в том числе экономически, рекреационные и физкультурно-спортивные сооружения и комплексы, предусматривая при этом также оказание поддержки социально уязвимым группам населения.
6. **На рабочих местах** имеются идеальные возможности для создания условий, способствующих повышению уровня физической активности среди взрослых. Наилучшие результаты достигаются тогда, когда специальные упражнения – желательны адаптированные с учетом индивидуальных возможностей и характера той физической активности, которая связана с производственными функциями – выполняются на уровне умеренной или энергичной интенсивности и на регулярной основе, предпочтительно три раза в неделю. Финансовые меры, например, применение налоговых льгот для работодателей, также следует рассмотреть в качестве возможных механизмов повышения физической активности по месту работы.

Действия на уровне служб здравоохранения

1. На уровне первичной медико-санитарной помощи следует предоставлять **рекомендации** по питанию и здоровому образу жизни, с тем чтобы помочь людям поддерживать оптимальную массу тела, сбросить лишний вес или предотвратить прогрессирование от состояния избыточной массы тела к состоянию ожирения. Для этой цели следует использовать рекомендуемые величины потребления пищевых веществ. Особое внимание в консультативной работе следует уделять лицам, подвергающимся более

высокому риску, таким, например, как детям родителей, страдающих избыточной массой тела, беременным женщинам, женщинам в постменопаузальном периоде и лицам, переживающим период изменения образа жизни. Одной из возможных рекомендаций может быть назначение людям адаптированной к их потребностям программы физической активности. Службам охраны здоровья матери и ребенка следует предоставлять женщинам специальные рекомендации о питании во время беременности и о кормлении детей грудного и раннего возраста.

2. В целях улучшения **диагностики и лечения** расстройств и заболеваний, связанных с ожирением, на уровне первичной медико-санитарной помощи следует проводить рутинные антропометрические измерения, например ИМТ и окружности талии, параллельно со скринингом, направленным на выявление сопутствующих факторов риска (гипертензии, высоких уровней липидов и глюкозы в крови и т.д.). Низкокалорийный рацион питания и увеличенная физическая активность – это эффективные методы обеспечения как умеренного снижения общей массы тела, так и поддержания массы тела на сниженном уровне. Однако следует отметить, что при сравнении подхода, ориентированного на изменение питания, с подходом, ориентированным на повышение физической активности, взятых в отдельности, первый представляется более эффективным. Для детей с очень высокой или средней степенью ожирения и дополнительными осложнениями рекомендуется сбалансированный низкокалорийный рацион питания, предусматривающий использование широко распространенных пищевых продуктов. Устранение связанных с ожирением факторов риска для здоровья и лечение возникших осложнений – это такая же важная задача, как и лечение ожирения.
3. Для повышения **качества медицинского обслуживания** министерствам здравоохранения и профессиональным медицинским организациям следует опубликовать клинические рекомендации по скринингу и лечению ожирения. В государственном секторе должны быть предприняты все меры для запрещения диагностических процедур и схем диетического лечения, не поддерживаемых научными данными.

Действия в сфере подготовки кадров и проведения научных исследований

1. Различные категории медицинских работников (например, в службах охраны здоровья матери и ребенка, стоматологии, а также медицинского обслуживания первичного и вторичного уровней и в школах) должны пройти **подготовку** по вопросам здорового образа жизни и методам его пропаганды и поощрения. Медицинские работники должны также пройти подготовку по вопросам профилактики и лечения ожирения среди детского и взрослого населения. Особое внимание следует уделить людям с такими сочетанными проблемами, как психические расстройства и патологическое ожирение, для лечения которых в рамках междисциплинарного подхода нужны специальные знания психологии.
2. Ученых следует привлечь к работе по **расширению базы фактических данных**, что может быть сделано с помощью разработки и проведения соответствующих пилотных проектов, а также анализа воздействия тех или иных стратегических мер на здоровье людей.
3. Метод **экономической эффективности** следует применять для оценки всех реализуемых стратегий, так как это поможет соответствующим ответственным работникам выбирать наиболее эффективные и рациональные стратегии.
4. Следует обеспечить создание и поддержание **системы мониторинга** динамики изменений в уровнях факторов риска и в получаемых результатах.

Соответствующие действия следует осуществлять не только на национальном уровне, но и на уровне областных и местных органов власти. Кроме того, они должны быть адаптированы с учетом фактических потребностей населения, существующих нормативно-правовых механизмов и культурных особенностей. Действия должны предприниматься в каждой возрастной группе, однако особое внимание следует уделить таким периодам жизни, как начало жизни, детство и подростковый возраст. Законодательство следует рассматривать как один из основных механизмов государственной работы в этой области.

Роль заинтересованных сторон

Сектор здравоохранения может предпринять ряд действий в таких областях, как эффективная профилактическая работа среди всего населения, эффективная профилактика ожирения в группах высокого риска и рационализация медицинского обслуживания. Для решения проблемы ожирения необходимы адекватные ресурсы, и первая задача в этой области будет заключаться в их идентификации и мобилизации. Следует обеспечить наиболее рациональное использование имеющихся ресурсов, для того чтобы комплексно и согласованно решить проблему ожирения на основе междисциплинарного и многоуровневого подхода. Инвестирование в укрепление здоровья с помощью проведения соответствующих мер на местном уровне, а также популяционных кампаний по оздоровлению образа жизни – это ключевая обязанность отрасли здравоохранения. В этой области, по-видимому, следует также инвестировать в развитие кадровых ресурсов. Все категории медицинских работников (врачи, диетологи, медицинские сестры) нуждаются в подготовке по вопросам питания. Врачи первичного звена особенно нуждаются в навыках консультирования по вопросам здорового образа жизни. На первичном уровне здравоохранения также необходимо увеличить объем средств на приобретение расходных медицинских материалов, необходимых для проведения оценки различных факторов риска при обследовании пациентов. Отрасли здравоохранения следует также обеспечить высококачественное медицинское обслуживание, в том числе посредством внедрения протоколов лечения, уменьшения времени ожидания медицинской помощи и обеспечения доступности медицинских услуг во всех частях страны и особенно в менее благополучных районах. Государственный сектор должен обеспечивать адекватное качество медицинских услуг, оказываемых в частном секторе, а также принять меры к запрещению неприемлемой практики, например, предоставления рекомендаций по питанию, не поддерживаемых научными данными.

Ввиду того, что детерминанты ожирения являются самыми разнообразными, для решения этой проблемы необходимо участие множества государственных ведомств помимо министерства здравоохранения, например, ведомств, занимающихся вопросами сельского хозяйства, образования, торговли, транспорта, социального обеспечения, жилья и планирования, финансов, культуры, массовой коммуникации и спорта. Для этого необходимо, чтобы сектор здравоохранения приложил больше усилий для повышения уровня информированности о возможных положительных эффектах развития партнерских связей для того, чтобы заручиться поддержкой других заинтересованных сторон. Следует мобилизовать и поддерживать местные органы самоуправления и сообщества, необходимо создать эффективные сети и объединения, а также осуществлять деятельность с участием многих секторов на местном уровне.

Что касается частного сектора, то большой вклад в работу в этой области могут внести не только сектора, занимающиеся производством и торговлей пищевых продуктов и напитков, розничной торговлей и рекламой, но и сектора, занимающиеся конструкторскими и дизайнерскими разработками, организацией досуга и массовыми коммуникациями, а также сектора, занимающиеся производством автомобилей и компьютеров. Основным условием для такого сотрудничества является достижение всеми заинтересованными сторонами согласия об их конкретной роли в этой области. Промышленность, производящая пищевые продукты и напитки, должна полностью признать, что одна из ее функций заключается в решении проблемы детского ожирения.

Неправительственные организации и организации гражданского общества, включая профессиональные ассоциации, обладающие специальными экспертными знаниями, организации потребителей и группы, занимающиеся вопросами местных сообществ, также могут оказать ценную поддержку и предоставить доступ к важным сетям знаний и ресурсов, которые могут помочь укрепить вносимые предложения и усилить получаемые результаты.

Для обеспечения участия всех заинтересованных сторон необходимы ресурсы, позволяющие обеспечить успешное и конструктивное консультирование, диалог или партнерское сотрудничество, которые должны быть одним из элементов разработки и последующего осуществления стратегий охраны общественного здоровья, особенно стратегий, имеющих профилактическую направленность. При разработке

и утверждении новых подходов к борьбе с ожирением важно определить, какие именно заинтересованные стороны являются “легитимными”, а также установить специальные процессы, регулирующие характер их участия в рассматриваемой деятельности. Процесс обеспечения сопоставимости различающихся ценностей заинтересованных сторон из государственного и частного секторов, а также неправительственных организаций и групп гражданского общества должен регулироваться самым тщательным образом.

Участие заинтересованных сторон также предусматривает использование совместных подходов, основанных на консенсусе о направлении разрабатываемых и реализуемых стратегий. К сожалению, это редко происходит на практике. Как показал опыт борьбы против табака, правительства должны быть готовы к принятию параллельного подхода, позволяющего укреплять нормативно-законодательные меры, а также принимать новые подходы, обеспечивающие максимальную эффективность участия заинтересованных сторон.

Коммерческие производители будут, вероятно, противодействовать любым попыткам ограничить свободу маркетинга продукции, и поэтому стратегии в этой области следует основывать на опыте борьбы с другими угрозами для общественного здоровья (такими, например, как алкоголь, табак и заменители грудного молока). Внедрение рыночных механизмов контроля можно также обосновать тем, что дети имеют право на жизнь, свободную от коммерческой эксплуатации. В частности, в статье 17 Конвенции о правах ребенка говорится, что страны “поощряют разработку надлежащих принципов защиты ребенка от информации и материалов, наносящих вред его благополучию” (140).

Для оценки мер, предпринимаемых заинтересованными сторонами, необходимы специальные механизмы мониторинга, которые бы позволяли: (а) определять, насколько эффективными могут быть такие меры; (б) обеспечивать мониторинг выполнения этих мер; (в) определять их воздействие на проблему ожирения или ее детерминанты. Предусматриваемые меры и действия следует оценить для выяснения того, способны ли они оказать влияние на значительную долю населения, или же они являются чисто символическим жестом. Опыт показывает, что может возникнуть необходимость в определенных правилах, регулирующих взаимоотношения государственного и частного секторов, с тем чтобы предупредить ситуацию, когда может сложиться впечатление, что государственный сектор одобряет инициативы частного сектора (такие, например, как распространение частичной, искаженной или неясной информации), которые могут не только не способствовать укреплению общественного здоровья, но и приводить к его ухудшению.

Оценка политики

Мониторинг и оценка – это важнейшие элементы политики и программ общественного здравоохранения, и они должны включаться во все стратегические действия.

- Показатели результатов должны быть четко определены, измеримы и стандартизированы на страновом уровне, а также четко привязаны к целям общественного здравоохранения.
- Показатели следует использовать для измерения не только окончательных результатов политики с точки зрения ее воздействия на общественное здоровье, но и для оценки процесса ее реализации и эффективности продуктов, методов и средств, используемых для этой цели.
- Оценка воздействия стратегий на общественное здоровье – с уделением особого внимания ожирению – может усилить те действия, которые различные звенья государственного аппарата предпринимают для борьбы с ожирением, для улучшения здоровья и благополучия населения и для снижения неравенства в отношении здоровья. Эта методика позволяет оценивать влияние на здоровье всех стратегий на национальном или местном уровнях и способствует принятию многоотраслевого подхода к борьбе с ожирением.
- В силу практических соображений многие исследования, посвященные ожирению, измеряют эффект тех или иных вмешательств на общинном, местном или программном уровнях. При этом на

национальном уровне часто не оцениваются эффекты тех или иных проектов или стратегий, относящихся к более широким социальным детерминантам ожирения и факторам среды обитания, способствующим ожирению. Оценка влияния на здоровье может быть очень полезным механизмом, поскольку в настоящее время наблюдается дефицит фактических данных о воздействии стратегий или программ на национальном уровне.

- В настоящее время имеется острая необходимость в мониторинге проблемы ожирения на местном, национальном и международном уровнях. В частности, не хватает данных о распространенности этой проблемы среди детей дошкольного и младшего школьного возраста, равно как и специфических данных о физической активности населения.
- Мониторинг более широких детерминантов ожирения, таких, например, как наличие, стоимость, маркетинг и маркировка продуктов питания, должен осуществляться на национальном и международном уровнях. При этом такой мониторинг должен осуществляться с учетом социально-экономического статуса людей.
- Процесс осуществления предпринимаемых действий должен контролироваться и оцениваться, а сами реализуемые стратегии следует пересматривать с учетом результатов оценки. Опыт показывает, что лучше всего эту функцию способны выполнить организации, свободные от каких-либо коммерческих или политических влияний. Примерами органов, которые могут быть использованы для проведения этой работы, являются центры наблюдения за проблемой ожирения, советы по питанию и институты общественного здравоохранения. Задачи таких органов должны включать опубликование результатов проведенных оценок, а также хорошо структурированных и доступных для общественности обзоров, проводимых с регулярным интервалом времени.
- Органы, осуществляющие мониторинг, не должны подвергаться какому-либо политическому или коммерческому влиянию, а их отчеты следует издавать на регулярной основе.

Стратегические действия: дальнейшие этапы работы

Общество должно быть готово к фундаментальным изменениям в своих культурных ценностях и стремлениях, что окажет несомненное влияние на все звенья пищевой цепи, на социальные службы, на формы проведения досуга и на более широкие аспекты среды обитания. В конечном итоге, необходимо создать условия для полной свободы личного выбора, однако при этом нужно уделить самое серьезное внимание законодательству, которое будет позволять делать этот выбор на основе полной информированности и с обеспечением права всех людей, и особенно детей, на всестороннюю защиту и поддержку их здоровья.

Стратегические меры борьбы с ожирением, в которых особый акцент ставится на санитарном просвещении и информировании, могут иметь меньшее влияние на лиц из семей с более низким уровнем доходов и образования, которые могут не иметь средств (или могут считать, что они их не имеют) для того, чтобы осуществить предлагаемые рекомендации на практике. В частности, если для того чтобы улучшить рацион питания или повысить уровень физической активности необходимы специальные ресурсы, например, деньги, свободное время или умения, то соответствующие рекомендации могут выполнять только группы, располагающие такими ресурсами. Такие образовательно-просветительные стратегии в одиночку могут поэтому быть полезными только для групп населения с более высоким социально-экономическим статусом, что приводит к увеличению различий между этой категорией населения и социально-уязвимыми группами. Для того чтобы предупредить это, необходимо, чтобы стратегии здравоохранения включали меры, обеспечивающие, чтобы люди с более низким социально-экономическим статусом также могли легко принимать решения в пользу здорового образа жизни.

Следует уделять больше внимания мерам вмешательства, ориентированным не на отдельных лиц, а на население в целом. Для повышения уровня физической активности населения необходимо использовать комплексный подход, в котором учитываются как влияние на людей физической и культурно-социальной среды обитания, так и влияние самых различных отраслей и секторов.

Необходимость увеличения инвестиций в профилактику ожирения не вызывает каких-либо сомнений. Расходы на этот вид профилактической работы следует анализировать с учетом расходов, которые будут иметь место в случае нашего бездействия, учитывая при этом не только дополнительные расходы, связанные с оказанием медицинской помощи лицам, страдающим ожирением, но так же и расходы, связанные с утраченной производительностью, расходы, связанные с оказанием социальной и семейной поддержки, а также страдания людей.

Европейские страны входят в группу стран, активно разрабатывающих новые методы повышения физической активности населения с помощью таких подходов, как улучшенная городская планировка и создание инфраструктуры для занятия спортом и активным досугом; примерами хорошей практики в этой области можно обмениваться с помощью соответствующих сетей. Аналогичным образом, у многих европейских правительств за плечами большая история осуществления проактивных стратегий охраны общественного здоровья и эффективных подходов к содействию здоровому рациону питания и защите традиционных пищевых ресурсов и методов производства продуктов питания, и поэтому необходимо принять меры к обеспечению максимально широкого обмена опытом, хорошими традициями и подходами.

Следует провести анализ возможностей стран в осуществлении принятых стратегий. Так, например, в случае выявления дефицита квалифицированных и опытных работников здравоохранения, прошедших специальную подготовку по профилактике и решению проблем ожирения, необходимо приступить к разработке и осуществлению инновационных программ подготовки кадров, основанных на общеевропейских стандартах и нормативах.

Частному сектору следует делать больше для того, чтобы улучшить диапазон производимой продукции, а также методы маркетинга и информирования потребителей. Государственные стимулы, содействующие необходимым изменениям в частном секторе, включают, в частности, покупательную способность контрактов, заключаемых государственным сектором на услуги общественного питания, которую можно использовать для содействия производству и продаже более здоровых продуктов питания.

Неправительственные организации могут принимать более активное участие в пропагандировании необходимых изменений на уровне организаций и учреждений, в функции которых входят действия, направленные на улучшение рациона питания людей и повышение уровня их физической активности. Деятельность таких неправительственных организаций в этом направлении должна поддерживаться в рамках развития соответствующей национальной политики.

Обеспечение тесного международного сотрудничества в борьбе с ожирением представляет собой не только актуальную задачу, но и хорошую возможность, так как многие ключевые меры, которые должны быть приняты в этой области, выходят за рамки отдельных стран как по своему характеру, так и с точки зрения ожидаемых результатов.

Для решения той возрастающей проблемы, которую эпидемия ожирения представляет для здоровья, экономики и развития, министры и делегаты, принимавшие участие в Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением (Стамбул, Турция, 15–17 ноября 2006 г.), в присутствии Европейского комиссара по здравоохранению и защите прав потребителей приняли Европейскую хартию по борьбе с ожирением (Приложение 1). В рамках общего диалога и консультативных встреч в процессе подготовки Хартии приняли участие различные государственные сектора, международные организации, эксперты, а также представители гражданского общества и частного сектора. Ожидается, что этот международный документ, служащий хорошим примером совместной работы и мобилирующий усилия в этой области на глобальном уровне, сможет внести значительный вклад в решение проблемы ожирения в Европейском регионе и за его пределами.

Библиография³

1. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894) (<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>).
2. Lobstein T, Baur L, Uauy R for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 2004, 5(Suppl. 1):4–104.
3. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:1240–1243.
4. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html).
5. WHO Global NCD InfoBase: WHO global comparable estimates [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon).
6. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2006, 1:11–25.
7. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors*. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 2004:497–596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>).
8. Yngve A. *Intake of fruit and vegetables in European children and their mothers, folate intake in Swedish children and health indicators – Overweight, plasma homocysteine levels and school performance* [dissertation]. Stockholm, Karolinska University Press, 2005.
9. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4) (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1).
10. Elgar FJ et al. Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 37:371–375.
11. Baird J et al. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *British Medical Journal*, 2005, 331:929.
12. Johannsson E et al. Tracking of overweight from early childhood to adolescence in cohorts born 1988 and 1994: overweight in a high birth weight population. *International Journal of Obesity*, 2006, 30:1265–1271.
13. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397–403.
14. Muenning P et al. Gender and the burden of disease attributable to obesity. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(9):1662–1668.
15. Burke JP et al. Impact of case ascertainment on recent trends in diabetes incidence in Rochester, Minnesota. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155(9):859–865.
16. Peeters A et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:24–32 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/96/9/1662>).
17. Department of Health – Economic and Operational Research. *Life expectancy projections, Government Actuary's Department: estimated effect of obesity (based on straight line extrapolation of trends)*. London, The Stationery Office, 2004.

³ Ссылки на электронные публикации приводятся по состоянию на 17 января 2007 г.

18. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 1998, 101:518–525.
19. Weil E et al. Obesity among adults with disabling conditions. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1265–1268.
20. Delvin M et al. Obesity: what mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*, 2000:157(6), 854–866.
21. van Hanswijck de Jonge P et al. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 2003, 33(7):1311–1317.
22. *Evaluation du coût de l'obésité en Belgique*. Brussels, Institut Belge de l'Economie de la Santé, 2000 (Briefing 29).
23. Thompson D et al. Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 2001, 9:210–218.
24. Thompson D et al. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159:2177–2183.
25. Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005, 64(3):359–362.
26. Detournay B et al. Obesity morbidity and health care costs in France: an analysis of the 1991–1992 Medical Care Household Survey. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:151–155.
27. Levy E et al. The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1995, 19:788–792.
28. Schmid A et al. Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 2005, 50(2):87–94.
29. Polder JJ et al. *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld* [Cost of illness in the Netherlands: disentangling the care euro]. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2002.
30. Polder JJ, Achterberg PW. *Cost of illness in the Netherlands – Highlights*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2002.
31. Borg S et al. Obesity, survival and hospital costs – Findings from a screening project in Sweden. *Value in Health*, 2005, 8(5):562–571.
32. House of Commons Health Committee. *Obesity: third report of Session 2003–04. Volume I, report together with formal minutes*. London, The Stationery Office, 2004.
33. *Report on the weight status of NSW: 2003*. Sydney, New South Wales Center for Public Health Nutrition, 2003 (http://www.health.nsw.gov.au/pubs/r/pdf/weight_nut.pdf).
34. Birmingham CL et al. The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 160:483–488.
35. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 2004, 29(1):90–115.
36. Kuriyama S et al. Medical care expenditure associated with body mass index in Japan: the Ohsaki Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:1069–1074.
37. Swinburn B et al. Health care costs of obesity in New Zealand. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1997, 21:891–896.
38. Quesenberry CP Jr et al. Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158:466–472.
39. Colditz GA. Economic costs of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55(2):503–507.
40. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*, 1998, 6:97–106.
41. Finkelstein EA et al. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? *Health Affairs*, 2003 (W3):219–226 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.219v1>).

42. *The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 2001 (<http://health.utah.gov/obesity/docs/SurgeonGeneralReport.pdf>).
43. Suhrcke M et al. *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention*. London, Oxford Health Alliance, 2005 (http://www.oxha.org/knowledge/publications/05-meeting-documentation/economics_of_chronic_disease_26oct.pdf/view).
44. Monteiro CA et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:940–946.
45. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 105:260–275.
46. Power C. Health and social inequality in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 308:1153–1156.
47. Mackenbach JP, Kunst AE. Health and social inequality in Europe. Classification used in paper was misleading [letter]. *British Medical Journal*, 1994, 309:57.
48. Armstrong J et al. Coexistence of social inequalities in undernutrition and obesity in preschool children: population-based cross-sectional study. *Archives of Disease in Childhood*, 2003, 88:671–675.
49. Jotangia D et al. *Obesity among children under 11*. London, National Centre for Social Research, 2005.
50. Walters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (WHO European Office for Investment for Health and Development Working Paper 2005/1) (http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf).
51. Kuepper-Nybelen J et al. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood*, 2005, 90:353–363.
52. European Opinion Research Group EEIG. *Eurobarometer: physical activity*. Brussels, European Commission, 2003 (Special Eurobarometer 183–6/Wave 58.2) (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf).
53. Elmadfa I, Weichselbaum E, eds. European nutrition and health report 2004. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2004, 48(Suppl. 2).
54. Agudo A et al. Consumption of vegetables, fruit and other plant foods in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. *Public Health Nutrition*, 2002, 5:1179–1196.
55. Kumanyika S et al. Obesity prevention: the case for action. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2002, 26:425–436.
56. Petersen L et al. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28:105–112.
57. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of Applied Physiology*, 2005, 99:765–770.
58. Laaksonen DE et al. Physical activity in the prevention of type 2 diabetes: the Finnish diabetes prevention study. *Diabetes*, 2005, 54:158–165.
59. Bell EA, Rolls BJ. Energy density of foods affects energy intake across multiple levels of fat content in lean and obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:1010–1018.
60. Stubbs J et al. Energy density of foods: effects on energy intake. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2000, 40:481–515.
61. Howard BV et al. Low-fat dietary pattern and weight change over 7 years. The women's health initiative dietary modification trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(1):39–49.
62. Howarth NC et al. Dietary fibre and weight regulation. *Nutrition Reviews*, 2001, 59:129–139.

63. Mattes RD, Rothacker D. Beverage viscosity is inversely related to postprandial hunger in humans. *Physiology & Behavior*, 2001, 74:551–557.
64. Pereira MA et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, 2005, 365:36–42.
65. Ledikwe JH et al. Portion sizes and the obesity epidemic. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:905–909.
66. He K et al. Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *International Journal of Obesity*, 2004, 28:1569–1574.
67. Schulz M et al. Food groups as predictors for short-term weight changes in men and women of the EPIC-Potsdam cohort. *Journal of Nutrition*, 2002, 132:1335–1340.
68. Tooze JA et al. Psychosocial predictors of energy underreporting in a large doubly labeled water study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 79:795–804.
69. *Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г. (<http://www.euro.who.int/document/e88335R.pdf>).
70. Harrington KE et al. Macronutrient intakes and food sources in Irish adults: findings of the North/South Ireland Food Consumption Survey. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:1051–1060.
71. *Zo eet Nederland 1998: resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1998* [This is how the Netherlands eats in 1998: results of the 1998 food consumption survey]. The Hague, Netherlands Nutrition Centre, 1998.
72. De Vriese SR, et al. Enquête de consommation alimentaire Belge 1 – 2004 [web site]. Brussels, Scientific Institute of Public Health, 2006 (<http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/foodfr/table04.htm>).
73. DAFNE data food networking. The Pan-European Food Data Bank based on household budget surveys [online database]. Athens, National and Kapodistrian University of Athens, 2005 (<http://www.nut.uoa.gr/dafnesoftweb>).
74. French SA. Public health strategies for dietary change: schools and workplaces. *Journal of Nutrition*, 2005, 135:910–912.
75. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series No. 916) (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/index.html>).
76. *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children. Report of a WHO Forum and Technical Meeting, Oslo, Norway, 2–5 May 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf>).
77. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report*. Glasgow, Centre for Social Marketing, 2003 (http://www.ism.stir.ac.uk/projects_food.htm).
78. McGinnis JM et al. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, DC, National Academies Press, 2006.
79. Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews*, 2005, 6:203–208.
80. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:701–709.
81. Pickett KE et al. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:670–674.
82. Finkelstein E et al. Economic causes and consequences of obesity. *Annual Review of Public Health*, 2005, 26:239–257.
83. Carpenter K et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:251–257.
84. Allison DB et al. The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2003, 54(4):565–567.
85. Faulkner G et al. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108(5):324–332.

86. Meyer JM. Awareness of obesity and weight issues among chronically mentally ill inpatients: a pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2002, 14(1):39–45.
87. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(Suppl. 7):4–18.
88. Allison DB et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156:1686–1696.
89. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity*, 1998, 22(6):578–583.
90. French SA et al. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity Research*, 1995, 3:479–490.
91. Falkner NH et al. Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*, 2001, 9:32–42.
92. McElroy SL et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 65(5):634–651.
93. Summerbell C et al. *A systematic review of the effectiveness of interventions, including family interventions (in children aged 5–12), to prevent excess weight gain or maintain a healthy weight in children aged between two and five years*. Middlesborough, University of Teesside, 2005.
94. Tedstone A et al. *Effectiveness of interventions to promote healthy eating in preschool children aged 1 to 5 years: a review*. London, Health Education Authority, 1998.
95. Jackson Y et al. Summary of the 2000 Surgeon General's listening session: toward a national action plan on overweight and obesity. *Obesity Research*, 2002, 10(12):1299–1305.
96. Katz DL et al. Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 2005, 54:1–11.
97. Aldana SG et al. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 2001, 15(5):296–320.
98. Lowe CF et al. Effects of a peer modelling and rewards-based intervention to increase fruit and vegetable consumption in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 58:510–522.
99. Damon S et al. PRESTO – Prevention study of obesity: a project to prevent obesity during childhood and adolescence. *Acta Paediatrica*, 2005, 94(Suppl. 448):47–48.
100. Mamalakis G et al. Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *International Journal of Obesity*, 2000, 24:765–771.
101. Manios Y et al. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *British Journal of Nutrition*, 2002, 88:315–324.
102. Nielsen J, Gerlow J. *Evaluering af projekt for familier med overvægtige børn* [Evaluation of a project for families with overweight children]. Copenhagen, Udviklings- og Formidlingscenter for Børn og Unge, 2004.
103. Muller MJ et al. Prevention of obesity – More than an intention. Concept and first results of Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, 2001, 25(1):66–74.
104. Graf C et al. Data from the StEP TWO programme showing the effect on blood pressure and different parameters for obesity in overweight and obese primary school children. *Cardiology in the Young*, 2005, 15:291–298.
105. Eliakim A et al. The effect of a combined intervention on body mass index and fitness in obese children and adolescents – A clinical experience. *European Journal of Pediatrics*, 2002, 161:449–454.
106. Warren JM et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International*, 2003, 18:287–296.
107. Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2003, 62:611–619.

108. Sahota P et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1027–1029.
109. Sahota P et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 2001, 323:1029–1032.
110. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(4 Suppl 1):73–107.
111. Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition*, 1999, 129:994–1001.
112. Palmer D. *Expanding waistlines/contracting multiples?* Warburg, UBS Investment Research, 2005.
113. *Оттавская Хартия по развитию здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986 г. (<http://www.websib.ru/education/school/net/enclosure2.html>).
114. *Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_Russian%20version.pdf).
115. Smed S et al. Differentiated food taxes as a tool in health and nutrition policy. *XIth International Congress of the European Association of Agricultural Economists, Copenhagen, Denmark, 24–27 August 2005* (http://www.eaae2005.dk/CONTRIBUTED_PAPERS/S23_474_Jensen&Smed.pdf).
116. *Fruit and vegetable promotion initiative: a meeting report, 25–27/08/03*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/NMH/NPH/NNP/0308) (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf).
117. Aimbetova G. A health boost for school children. *Network News: European Network of Health Promoting Schools*, 2002, 7:50 (<http://www.euro.who.int/document/enhps/ENHPSnews072002.pdf>).
118. Case study of Norway. In: *UK law: briefing paper*. Cambridge, Baby Milk Action, 1997 (<http://www.babymilkaction.org/pages/uklaw.html#1>).
119. *План действий в области пищевых продуктов и питания для городов и пригородных районов. Составные элементы действий на местном уровне с целью укрепления социального согласия и уменьшения неравенства посредством осуществления принципа “местное производство для местного потребления”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (<http://www.euro.who.int/document/e72949R.pdf>).
120. Carr S. Water in school is cool! *Health News for Schools*, 2004, 16:2 (<http://www.beh.nhs.uk/healthwise/pdf/Schlnews16.pdf>).
121. What is a walking bus [web site]? Welwyn Garden City, Mouchel Parkman Services, 2003 (<http://www.walkingbus.com>).
122. Wardle J et al. Mass education for obesity prevention: the penetration of the BBC’s “Fighting Fat, Fighting Fit” campaign. *Health Education Research*, 2001, 16:343–355.
123. *Guidance on the use of sibutramine for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.31).
124. *Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults*. London, National Institute for Clinical Excellence, 2001 (Technology Appraisal Guidance No.22).
125. Loh C et al. A comprehensive review of behavioural interventions for weight management in schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2006, 18(1):23–31.
126. Umbricht D et al. Cognitive behaviour therapy for weight gain. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:971.
127. Merriman S et al. Wonderful me!: Evaluation of multidisciplinary therapy package for overweight psychiatric patients. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1995, 2(10):531–535.
128. Bogers RP et al. *Costs of lifestyle interventions within healthcare and the amount of weight loss achieved*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2006 (RIVM Report 260701002/2006).

129. Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью. [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_russian_web.pdf).
130. Physical Activity and Health – EU Platform for Action [web site]. Brussels, European Commission, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm).
131. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E89306R.pdf?language=Russian>).
132. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_ycf.pdf).
133. Nutrition policy [web site]. Brussels, European Commission, 2006 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_policy_en.htm).
134. Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/document/E87710R.pdf>).
135. Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей” [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://www.euro.who.int/document/e83338r.pdf>).
136. Pan-European programme on transport, health and environment [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/transport/policy/20021009_1).
137. Питание, физическая активность и профилактика ожирения: события последнего времени в области политики в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 г. (http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_ebd01.pdf, ссылка на англ. яз.).
138. Hawe P, Shiell A. Preserving innovation under increasing accountability pressures: the health promotion investment portfolio approach. *Health Promotion Journal of Australia*, 1995, 5:4–9.
139. Swinburn B et al. Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 2005, 6:23–33.
140. Конвенция о правах ребенка. Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки, 1989 г. (<http://www.un.org/russian/documen/convents/childcon.htm>).

Приложение 1. Европейская хартия по борьбе с ожирением

Для решения растущих проблем в области здравоохранения, экономики и развития, связанных с эпидемией ожирения, мы, министры и делегаты, принимающие участие в работе Европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением (Стамбул, Турция, 15–17 ноября 2006 г.), а также директор Европейского регионального бюро ВОЗ в присутствии Европейского комиссара по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей принимаем в качестве основы политики настоящую Европейскую хартию по борьбе с ожирением. Процесс подготовки настоящей Хартии включал диалог и консультации с участием различных государственных отраслей, международных организаций, экспертов, гражданского общества и частного сектора.

Мы заявляем о нашей приверженности усилению действий, направленных на борьбу с ожирением, в соответствии с данной Хартией и приданию этой проблеме высокой значимости в политической повестке дня наших правительств. Мы также призываем всех партнеров и заинтересованные стороны усилить действия по борьбе с ожирением, и мы признаем лидирующую роль в этом вопросе Европейского регионального бюро ВОЗ.

Имеется достаточный объем фактических данных, указывающих на необходимость незамедлительных действий; в то же время, эффективность стратегий может быть повышена путем поиска новаторских решений, адаптации имеющегося опыта к местным условиям и проведения новых исследований по отдельным аспектам этой проблемы.

Ожирение – это глобальная проблема здравоохранения. Мы признаем, что действия Европейского региона по ее решению могут послужить примером для других регионов ВОЗ и, таким образом, способствовать мобилизации усилий на глобальном уровне.

1. Проблема, стоящая перед нами

Мы признаем, что:

- 1.1 **Эпидемия ожирения представляет собой одну из важнейших проблем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.** За последние два десятилетия показатели распространенности ожирения возросли почти в три раза. В странах Европейского региона ВОЗ половина взрослого населения и каждый пятый ребенок имеют избыточную массу тела, а треть из них уже страдает ожирением, при этом число таких лиц возрастает быстрыми темпами. Избыточный вес и ожирение играют значительную роль в развитии многих неинфекционных болезней, приводят к сокращению ожидаемой продолжительности жизни и оказывают неблагоприятное воздействие на качество жизни. Каждый год заболевания, связанные с избыточной массой тела, становятся причиной более одного миллиона случаев смерти в Регионе.
- 1.2 **Особенно тревожная тенденция наблюдается среди детей и подростков,** что ведет к усилению эпидемии среди взрослого населения и создает все большую угрозу здоровью будущих поколений. Ежегодные темпы роста показателей распространенности ожирения среди детей непрерывно увеличиваются и в настоящее время до десяти раз превышают уровень 1970 г.
- 1.3 **Эпидемия ожирения оказывает также большое влияние на экономическое и социальное развитие.** До 6% расходов на здравоохранение в Европейском регионе приходится на долю избыточной массы тела и ожирения среди взрослых; кроме того, эта проблема приводит к косвенным издержкам (вследствие потери жизни, снижения производительности труда и уровня доходов), которые, как минимум, еще в два раза выше. Избыточным весом и ожирением в большей степени

страдают представители групп населения с низким социально-экономическим статусом, что, в свою очередь, приводит к усилению неравенства и в отношении здоровья, и в других областях.

1.4 За последние десятилетия масштабы эпидемии расширились, чему способствовал ряд изменений социальной, экономической, культурной и физической среды обитания. Проблема энергетического дисбаланса, наблюдающаяся среди населения, вызвана резким снижением уровня физической активности и изменением рациона питания, включая увеличение потребления высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов и напитков (с высоким содержанием насыщенных и общих жиров, соли и сахара) при недостаточном потреблении фруктов и овощей. Согласно имеющимся данным, уровень физической активности двух третей взрослого населения в большинстве стран Европейского региона ВОЗ недостаточно высок для поддержания и улучшения здоровья, и лишь в некоторых странах уровень потребления фруктов и овощей соответствует рекомендуемым нормам. Одна лишь генетическая предрасположенность отдельных людей – без учета вышеуказанных изменений в социальной, экономической, культурной и физической среде обитания – не способна объяснить нынешнюю эпидемию ожирения.

1.5 Для успеха национальной политики в этой области необходима международная поддержка. Ожирение перестало быть проблемой, характерной для богатых обществ; оно становится столь же распространенным в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой, особенно в условиях глобализации. Принятие межотраслевых действий для решения этой проблемы является трудной задачей, и до настоящего времени ни одной стране еще не удалось обеспечить взять эпидемию ожирения под контроль. Многие основные меры борьбы являются межстрановыми по своему характеру и последствиям, и поэтому принятие на международном уровне энергичных и скоординированных действий для борьбы с ожирением – это не только актуальная задача, но и возможность, которая не должна остаться нереализованной.

2. Что может быть сделано: цели, принципы и основа для действий

2.1 Эпидемию ожирения можно обратить вспять. Существующую тенденцию можно переломить, и что эпидемия может быть взята под контроль. Поскольку корень данной проблемы заключается в быстром изменении социальных, экономических и экологических факторов, определяющих образ жизни людей, это может быть сделано только путем принятия комплексных мер. Важной задачей при этом является формирование общества, где здоровые привычки питания и адекватная физическая активность являются нормой, где цели в отношении здоровья отражают цели в области экономического, общественного и культурного развития, и где создаются условия для того, чтобы выбор в пользу здорового образа жизни был более доступным и легким выбором.

2.2 Конечной целью действий в Европейском регионе является обуздание эпидемии ожирения и обращение вспять существующей тенденции. Заметный прогресс, в частности по отношению к детям и подросткам, должен быть достигнут в большинстве стран в течение ближайших 4–5 лет, а обращение существующей тенденции вспять должно стать возможным не позднее 2015 г.

2.3 Деятельность в Европейском регионе ВОЗ должна основываться на следующих направляющих принципах:

2.3.1 Для мобилизации сил и достижения синергизма в работе различных отраслей необходимо наличие политической воли и лидерства на самом высоком уровне при приверженности правительства в целом усилиям по решению этой проблемы.

2.3.2 Борьба с ожирением должна быть связана с общими стратегиями, направленными на борьбу с неинфекционными болезнями и укрепление здоровья населения, а также деятельностью в широком контексте устойчивого развития. Улучшение рациона питания и повышение уровня

физической активности окажут значительное, и зачастую быстрое, воздействие на состояние здоровья населения в целом – помимо положительных эффектов, связанных со снижением показателей избыточной массы тела и ожирения.

- 2.3.3 Необходимо найти должный баланс между ответственностью отдельных людей, с одной стороны, и государства и общества, с другой. Недопустимо возлагать ответственность за развитие ожирения только на людей, страдающих им.
- 2.3.4 Меры борьбы с ожирением следует принимать с учетом культурных особенностей каждой страны или региона, а также с признанием того, что здоровое питание и физическая активность могут доставлять людям удовольствие.
- 2.3.5 Необходимым условием является установление на всех уровнях (национальном, субнациональном, местном) сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами, такими как государственные органы, гражданское общество, частный сектор, профессиональные объединения, средства массовой информации, международные организации.
- 2.3.6 Следует обеспечить координацию мер, предпринимаемых в различных частях Региона, в частности для предупреждения ситуаций, когда усилия по маркетингу высококалорийных продуктов питания и напитков переносятся на страны с менее развитой регуляторной средой. В этой области ВОЗ может внести свой вклад в развитие и поддержание межправительственного сотрудничества.
- 2.3.7 Особое внимание следует уделять уязвимым группам населения, таким, как дети и подростки, неопытностью или доверчивостью которых нельзя злоупотреблять в коммерческих интересах.
- 2.3.8 В число наиболее приоритетных задач должна входить также поддержка групп населения с низким социально-экономическим статусом, испытывающих большие трудности и ограничения при осуществлении выбора в пользу здорового образа жизни. Следовательно, расширение доступности, в том числе финансовой, здорового выбора должно быть важной задачей.
- 2.3.9 При разработке экономической политики, особенно в области торговли, сельского хозяйства, транспорта и городского планирования, следует уделять приоритетное внимание их влиянию на общественное здоровье.

2.4 Для воплощения этих принципов в действия нужна система, охватывающая основные заинтересованные стороны, инструменты политики и конкретные средовые условия.

- 2.4.1 **Все отрасли и уровни государственного аппарата, имеющие отношение к данной проблеме, должны принимать участие в ее решении.** Для обеспечения такого сотрудничества необходимо наличие соответствующих институциональных механизмов.
 - Ведущую роль должны играть министерства здравоохранения, стимулирующие и направляющие многоотраслевые действия. Они также должны подавать другим ведомствам пример, создавая для работников здравоохранения и потребителей медицинских услуг условия, облегчающие выбор в пользу здорового образа жизни. Еще одна важная функция системы здравоохранения – оказание помощи людям, уже страдающим избыточным весом и ожирением, посредством профилактических мер, скрининга, диагностики и лечения.
 - Важную роль в разработке стратегий и мер в этой области должны также играть другие министерства и ведомства, например, занимающиеся вопросами сельского хозяйства, пищевой промышленности, финансов, торговли и экономики, прав потребителей, развития, транспорта, городского планирования, образования, науки, социального обеспечения, труда, спорта, культуры и туризма. Это будет также способствовать достижению целей в их собственных областях деятельности.

- Местные органы власти также имеют большой потенциал и играют важную роль в создании среды обитания и возможностей, способствующих физической активности, активному образу жизни и здоровому питанию, и им следует оказывать поддержку в этой деятельности.

- 2.4.2 Гражданское общество может оказывать поддержку действиям, направленным на решение проблемы ожирения.** Его активное участие может сыграть важную роль в повышении уровня информированности населения, в стимулировании необходимых практических действий и в поиске новаторских подходов. Поддержка стратегиям борьбы с ожирением может быть оказана со стороны различных неправительственных организаций, например, ассоциаций работодателей, потребителей, родителей и молодежи, а также спортивных обществ и профсоюзов в рамках присущих им функций. Профессиональные организации медицинских работников должны обеспечить активное участие своих членов в профилактической деятельности.
- 2.4.3 Частный сектор должен играть важную роль и нести определенную ответственность за создание более здоровой среды обитания, а также за обеспечение возможностей выбора здорового образа жизни на своих рабочих местах.** В этом должны принимать участие предприятия всех звеньев пищевой цепи – от производства сырья до розничной торговли. Эти действия должны быть сосредоточены в основной сфере их деятельности, например, в области производства, маркетинга и информирования о своей продукции; при этом информирование потребителей в рамках, определенных политикой в области здравоохранения, также может играть положительную роль. Важную роль в этом отношении играют также такие структуры, как спортивные клубы и компании и агентства, занимающиеся вопросами организации досуга, строительства, рекламы, общественного транспорта, активного туризма и т.д. Частный сектор можно также привлекать к деятельности, обеспечивающей взаимный выигрыш, указывая на экономические возможности, открывающиеся в связи с инвестированием в производство, способствующее более здоровому образу жизни.
- 2.4.4 Большая ответственность лежит на средствах массовой информации.** Она заключается в повышении информированности и просвещения населения и поддержке политики общественного здравоохранения в этой области.
- 2.4.5 Межсекторальное сотрудничество необходимо не только на национальном, но и на международном уровне.** ВОЗ должна инициировать, координировать и направлять деятельность на международном уровне. Такие международные организации, как Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО), Детский фонд Организации Объединенных наций (ЮНИСЕФ), Всемирный банк, Совет Европы, Международная организация труда (МОТ), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), могут создавать эффективные партнерства и таким образом стимулировать многосекторальное сотрудничество на национальном и международном уровнях. Ведущую роль должен играть также Европейский союз (ЕС), действующий с помощью законодательства ЕС, программ и политики в области общественного здравоохранения, научных исследований, а также в рамках, например, Платформы ЕС для действий в области питания, физической активности и здоровья.

Существующие международные обязательства, такие как Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью, Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания и Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, следует использовать для общего руководства и синергии. Политические механизмы, такие как Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей” (СЕНАРЕ), Общеευропейская программа по окружающей среде, транспорту и охране

здоровья (ОПОСТОЗ) и Кодекс Алиментариус, в рамках своих полномочий, могут быть использованы для достижения целостности и последовательности международных действий и максимально эффективного использования ресурсов.

- 2.4.6 Инструменты политики в этой области варьируют от законодательства до установления партнерского сотрудничества между государственными и частными организациями, при этом особое внимание следует уделять государственному регулированию.** Правительство и национальные парламенты должны обеспечивать последовательность и устойчивость проводимых мер, используя для этого различные регулирующие механизмы, включая законодательство. К другим важным инструментам относятся пересмотр политики, стратегии в области финансирования и государственного инвестирования, оценка воздействия на здоровье, кампании по повышению уровня осведомленности и информированности потребителей, наращивание потенциала и развитие партнерского сотрудничества, научные исследования, планирование и мониторинг. Следует также поощрять создание и развитие таких партнерств между государственным и частным секторами, которые ориентированы на охрану здоровья населения и имеют конкретные общие цели. В число конкретных мер регулирования должно входить принятие нормативных актов для значительного снижения масштабов использования и воздействия коммерческой рекламы высококалорийных продуктов питания и напитков, особенно среди детей (с разработкой соответствующих международных подходов, например, кодекса маркетинга, направленного на детей), а также для повышения безопасности дорог с целью стимулирования пользования велосипедом и ходьбы пешком.
- 2.4.7 Действия должны предприниматься как на микро-, так и на макроуровне и в различных средовых условиях.** Особое внимание следует уделить действиям на уровне дома и семьи, местных сообществ, дошкольных учреждений и школ, мест работы, средств передвижения, городской среды обитания, объектов жилищно-коммунальной сферы, служб здравоохранения и социальной защиты и учреждений отдыха. Деятельность в этом направлении также должна осуществляться на местном, страновом и международном уровнях, оказывая поддержку людям и побуждая их взять на себя ответственность за свое здоровье, активно используя для этого предлагаемые возможности.
- 2.4.8 Действия должны быть направлены на обеспечение оптимального энергетического баланса путем поощрения более здорового питания и физически активного образа жизни.** Несмотря на то, что информирование и просвещение населения продолжают сохранять свою важность, основные усилия должны быть сосредоточены на создании комплекса мер, направленных на изменение социальной, экономической и физической среды обитания таким образом, чтобы она благоприятствовала здоровому образу жизни.
- 2.4.9 Следует поддерживать принятие пакета ключевых профилактических мер; в дальнейшем страны могут определять приоритетность мер, входящих в этот пакет, в зависимости от конкретных национальных условий и уровня развития политики в этой области.** Пакет ключевых мер должен включать следующие элементы: уменьшение маркетингового давления, в особенности на детей; поощрение грудного вскармливания; обеспечение доступа к более здоровым продуктам питания и их наличия, в том числе фруктов и овощей; принятие экономических мер, способствующих выбору здоровых продуктов питания; предоставление населению доступных по цене средств и возможностей для активного отдыха и физической активности с оказанием поддержки социально уязвимым группам; снижение содержания жиров, свободных (особенно добавленных) сахаров и соли в готовых продуктах питания; маркировка продуктов с адекватной информацией о содержании пищевых веществ; создание условий, благоприятствующих езде на велосипеде и ходьбе пешком, путем

совершенствования городской планировки и политики в области транспорта; создание на местном уровне условий, повышающих мотивацию людей к физической активности в свободное время; обеспечение наличия здоровых продуктов питания, а также возможностей для ежедневных занятий физической культурой, адекватного питания и физического воспитания в школах; поощрение и мотивация людей к улучшению рациона питания и повышению уровня физической активности по месту работы; разработка/совершенствование национальных рекомендаций по питанию, основанных на пищевых продуктах, и рекомендаций относительно физической активности; поддержка формирования здорового образа жизни с учетом индивидуальных потребностей.

- 2.4.10 **Следует также продолжать уделять повышенное внимание профилактике ожирения у людей, которые уже страдают избыточной массой тела и, таким образом, находятся в группе повышенного риска, а также лечению ожирения.** К числу конкретных мер в этой области относятся: внедрение в рамках первичного звена медицинской помощи практики своевременного выявления и лечения избыточной массы тела и ожирения; обучение медицинских работников вопросам профилактики ожирения; и подготовка клинических руководств по скринингу и лечению. Необходимо избегать какой бы то ни было стигматизации людей, страдающих ожирением, или же чрезмерного внимания к ним, в каком бы возрасте они ни были.
- 2.4.11 **При разработке и осуществлении политики необходимо использовать опыт успешного применения мер, уже доказавших свою эффективность.** К ним относятся проекты с доказанной эффективностью в отношении потребления здоровой пищи и повышения уровней физической активности, например: предоставление бесплатных фруктов в школе; ценовая политика, направленная на повышение доступности более здоровых продуктов питания; повышение доступности более здоровых продуктов питания на работе и в районах с неблагоприятной социально-экономической ситуацией; создание велосипедных дорожек с приоритетным режимом движения; поощрение ходьбы в школу пешком; улучшение освещения улиц; стимулирование использования лестниц; уменьшение времени, проводимого перед телевизором. Имеются также фактические данные, свидетельствующие о высокой экономической эффективности многих мер борьбы с ожирением, таких как оздоровительная работа в школах и использование активных средств передвижения. Европейское региональное бюро ВОЗ будет предоставлять информацию о примерах передового опыта и конкретных практических действиях.

3. Развитие деятельности и мониторинг

- 3.1 Целью данной Хартии является усиление борьбы с ожирением в Европейском регионе ВОЗ. Она будет стимулировать и оказывать влияние на национальную политику и регулируемую деятельность, включая законодательство и планы действий. В Европейском плане действий, охватывающем вопросы питания и физической активности, будут обозначены конкретные меры и механизмы мониторинга, основанные на принципах и подходах, сформулированных в настоящей Хартии.
- 3.2 Необходимо организовать процесс разработки международно сопоставимых основных показателей для включения в национальные системы наблюдения за состоянием здоровья. Эти данные впоследствии могут быть использованы для целей информационно-разъяснительной работы, формирования политики и мониторинга. Это также позволит проводить на регулярной основе оценку и обзор политики и действий и доводить полученные результаты до сведения широкой общественности.

3.3 Важное значение имеет проведение долгосрочного мониторинга, так как существенные изменения в распространенности ожирения и связанной с ним заболеваемости проявятся лишь через определенное время. На уровне Европейского региона ВОЗ отчеты о ходе работы следует подготавливать раз в три года. Первый из таких отчетов должен быть подготовлен в 2010 г.



Профессор Reser Akdağ
Министр здравоохранения Турции



Д-р Marc Danzon
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Стамбул, 16 ноября 2006 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония



В связи с эпидемией ожирения Европейское региональное бюро ВОЗ организовало в ноябре 2006 г. специальную конференцию, на которой все государства – члены Региона приняли Европейскую хартию по борьбе с ожирением, которая содержит четкое описание руководящих принципов и направлений работы в этой области на местном, региональном, национальном и международном уровнях. Данная книга представляет собой первую из двух публикаций конференции. Она включает Хартию, и в ней приведены основные концепции и выводы многих технических документов, подготовленных для Конференции большой группой экспертов в области общественного здравоохранения, питания и медицины.

Данное резюме содержит краткое, четкое и изложенное понятным языком описание динамики эпидемии и ее влияния на здоровье населения Европейского региона ВОЗ, особенно в странах его восточной части. В ней также дается описание того, как факторы, повышающие риск ожирения, срабатывают в различных ситуациях, например, на уровне семьи, школы, местного сообщества и рабочего места. В ней приводятся этические и экономические аргументы в пользу усиления работы, направленной на борьбу с ожирением, и анализируются эффективные программы и стратегии в этой области в различных государственных отраслях, например, в таких как образование, здравоохранение, сельское хозяйство, торговля, городское планирование, транспорт. В резюме дается описание того, как разрабатывать стратегии и программы профилактики ожирения и как осуществлять мониторинг прогресса в этой области, а также содержится призыв к конкретным действиям со стороны всех заинтересованных сторон: различных государственных отраслей; частного сектора, включая лиц и учреждения, занимающиеся производством, рекламой и торговлей пищевых продуктов; профессиональных организаций, организацией потребителей и международных и неправительственных организаций и объединений, таких, например, как Европейский союз.

Действия нельзя откладывать ни на минуту, так как, согласно прогнозам, если в этой области не будут приняты эффективные меры, то к 2010 г. число страдающих от ожирения в Регионе повысится до 150 миллионов взрослых и 15 миллионов детей. Ожирение наносит вред здоровью и благополучию огромной доли населения, значительно повышает расходы служб здравоохранения, а также наносит огромный и совершенно недопустимый ущерб здоровью детей. В этой книге в кратком и четком виде изложены идеи, концепции и данные, которые помогут всем заинтересованным сторонам и особенно лицам, определяющим политику, принимать эффективные меры для того, чтобы остановить, а затем обратить вспять эпидемию ожирения в рамках всего Европейского региона ВОЗ.



Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. адрес: postmaster@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>